

вает опасность злокачественной регрессии или ограничивает понимание пациентом интерпретаций. С другой стороны, терапевтическая цель не может быть достигнута и простым соблюдением повседневных правил разговора. Важно, чтобы аналитик стремился к ясности относительно того, каков эффект его вмешательств, и учитывал реакции пациента в своих последующих вмешательствах.

## Средства, пути и цели

### 8.1 Время и место

Структура многих социальных событий в своей основе содержит категории времени и места. Регулярные клубные вечера, встречи в доме Фрейда по средам, посещения церкви по воскресеньям и летние отпуска в одном и том же месте каждый год — это лишь некоторые примеры биологически и социально обусловленного ритма жизни. Регулярность может укреплять идентичность. Сейчас мы хотели бы рассмотреть вопрос о частоте лечебных сеансов с точки зрения организации переживаемого.

Хотя Фрейд ввел свой «принцип предоставления определенного часа» исходя из прагматических соображений, тем не менее, ежедневные сеансы еще и позволяли предотвратить «утерю контакта с настоящим», под которым он подразумевал жизнь пациента за рамками анализа (1913с, pp. 126—127). Однако мы должны принять во внимание и то, что само лечение может стать настоящим пациента, то есть решающим фактором в его жизни. Сравнительно недавно наметилась тенденция отхода от ежедневных сеансов, как это практиковалось Фрейдом, в сторону разных видов анализа, неодинаковых по своей интенсивности. Эта тенденция мотивирована стратегическими соображениями, то есть попыткой находить гибкие решения:

Точная мера интенсивности лечения по времени определяется той комбинацией структурирования, конфронтации и ассимиляции, которая является оптимальной для динамики лечения, обусловленной со стороны аналитика наблюдением, участием и принятием к рассмотрению соответствующих событий, со стороны пациента — его переживаниями за пределами аналитической ситуации, их ассимиляцией между сеансами, а также целями лечения (Fürstenau, 1977, p. 877).

Александр и Френч (Alexander, French, 1946, p. 31) предложили контролировать интенсивность переноса путем варьирования частоты сеансов, и это встретило сильное сопротивление. Что же именно заставляет нас сохранять первоначально установленную частоту сеансов и изменять этот порядок только после длительного и тщательного рассмотрения? Здесь возникает

Время и место 359

интересный вопрос: с одной стороны, частота сеансов рассматривается как переменная, зависящая от оптимальной комбинации структурирования, конфронтации и ассимиляции, но с другой — однажды установленная частота приобретает характер независимой переменной, то есть превращается в часть установленного порядка и объект, вокруг которого могут кристаллизироваться конфликты во взаимоотношениях. Согласование времени превращается в арену борьбы, вовлекающую самые разные мотивы с обеих сторон. Это может стать поводом

для конфликта с той же вероятностью, что и молчание аналитика. Поскольку соблюдение графика сеансов в кабинете аналитика является важным общим условием, то оно становится особенно привлекательной мишенью для бессознательных нападок со стороны пациента. Это весьма чувствительная область, так как пациент может угрожать автономности аналитика, нападая на его способ обращения со временем как основу организации деятельности. Чем более непреклонен аналитик в защите принятой частоты сеансов, тем более интенсивной может стать борьба.

Установление частоты встреч является вопросом, который лишь в довольно ограниченной мере может быть выведен из теории техники. Само по себе решение о шести, пяти, четырех, трех, двух или даже одном часовом еженедельном сеансе не позволяет нам предсказывать последующий набор приемов, делающих терапию возможной в чрезвычайно разнообразных условиях, как это видно из описания Рэнгелла (Rangell, 1981) в его ретроспективном обзоре собственного двадцатипятилетнего профессионального опыта. Конечно, частота сеансов влияет на размер пространства, доступного для развертывания бессознательных процессов. Это подводит нас к метафоре сцены, которую мы, как и Шарп (Sharpe, 1950, p. 27) и Лёвальд (Loewald, 1975) до нас, принимаем вполне серьезно. Размер сцены, то есть доступное для действия пространство, задает общие рамки, однако от режиссера требуется гораздо больше, чем простое размещение актеров на сцене. Лёвальд (Loewald, 1975, pp. 278—279) говорит о трансферентном неврозе как о драме, которая создается и разыгрывается пациентом вместе с аналитиком. К тому же для нас представляет особый интерес вопрос о количестве времени, необходимого каждому отдельному пациенту, чтобы разыграть в аналитических отношениях свои бессознательные конфликты. Сегодня представляется очевидным, что стандартизованные установки, например: четыре часа — это тот минимум, который позволяет развиваться неврозу переноса, являются пережитком ортодоксального понимания психоанализа. Можно продемонстрировать, что в ситуации, когда число еженедельных сеансов по экономическим причинам необходимо сократить, как, например, во Франции, где, как правило, анализ

### 360 Средства, пути и цели

проходит в три еженедельных сеанса, сущность аналитической активности не находится в прямой зависимости от этого внешнего фактора. В редких случаях терапевтический процесс может установиться и поддерживаться только при высокой частоте лечебных сеансов (пять или шесть сеансов в неделю). В таких обстоятельствах подобная частота вполне оправдана. Мы полагаем, однако, что миф о единообразии в настоящее время затуманивает психоаналитическую мысль, препятствуя любому объективному обсуждению индивидуальных случаев — как, например, сколько сеансов в неделю необходимо данному пациенту.

Мнение о том, что одинаковая частота сеансов для всех пациентов позволяет более удовлетворительно определять различия между реакциями пациентов на стандартизованную ситуацию, кажется нам ложным и ограниченным пониманием правил. Бахрах (Bachrach, 1983), сравнивая психоаналитическую процедуру с приготовлением препарата для микроскопического исследования, которое требует соблюдения правильной процедуры для обеспечения сравнимости результатов, допускает фундаментальную ошибку, предполагая, что такие же данные можно собрать также и в социальной ситуации, используя предписанный набор внешних процедур. Как мы уже говорили при обсуждении вопроса об анализируемости, вынесение за скобки специфического смысла таких внешних процедур создает иллюзию.

Однако значение частоты и желаемой интенсивности лечения может быть адекватно понято, только если предметом теоретического и клинического обсуждения становится вопрос о том, как анализируемому удастся согласовывать свои переживания в анализе с тем, что находится за его рамками. Пациентам, которым необходимо длительное время для

создания связей между отдельными сеансами, прячущимся в своеобразную защитную капсулу и тормозящим развитие процесса самоанализа, очевидно, потребуется большая частота сеансов, чем пациентам, которые довольно быстро развивают эту способность и умение ее использовать. Таким образом, «аналитическое пространство» (Viderman, 1979) относится также и к миру интрапсихического опыта, открываемого аналитическим процессом, а не только к конкретному периоду самого по себе лечения. Фрейд писал в этой связи, что «для легких или уже далеко продвинувшихся в своем течении случаев вполне достаточно трех дней в неделю». (1913с, р. 127).

На кандидатов в ходе их обучения налагается особая нагрузка: например, от них требуется строго придерживаться предписанной частоты — четырех сеансов в неделю. Если пациент желает снизить частоту до трех или даже двух сеансов, то после всестороннего рассмотрения ситуации часто бывает невозможно уклониться от его вопросов, а будет ли меньшее число сеансов

Время и место 361

недостаточным и почему нельзя даже только попробовать его сократить. В большинстве случаев и ситуаций отсутствуют какие-либо убедительные аргументы; кандидат, обучаясь, напротив, обязан придерживаться четырех сеансов, чтобы получить формальное признание в качестве психоаналитика. Он должен принять трудное решение. Если он согласится на сокращение, аналитический процесс будет протекать в изменившихся условиях и может даже стать более продуктивным в силу возросшей автономии пациента. Однако в таком случае кандидат возьмет на себя значительное бремя: анализ только с тремя сеансами в неделю не будет зачтен и, следовательно, это приведет к значительному увеличению продолжительности его обучения, возможно на три года или даже на еще больший срок. Самое худшее, когда борьба вокруг частоты сеансов приводит к окончанию анализа. Однако, если пациент подчиняется предписанию, не будучи убежден в его правильности, психоаналитический процесс, по крайней мере временно, идет очень напряженно, и терапевтическая эффективность оказывается под угрозой.

Протяженность отдельного сеанса почти всегда составляет 45—50 минут. «Время от времени встречаются также пациенты, которым необходимо предоставить времени больше, чем обычный час в день, поскольку добрая часть этого часа исчезает прежде, чем они вообще начинают раскрываться и становятся коммуникабельными» (Freud, 1913с, pp. 127—128). Разве сегодня встреча с такими пациентами кажется нам необычной или мы просто не желаем встречаться с ними? Жалобы, что 45—50-минутный сеанс является слишком коротким, не так уж редки.

Субъективное переживание времени определяется тем, что было или не было достигнуто в терапевтической работе в отведенное время: оно определяется взаимодействием. И хотя очевидно, что аналитик не может просто уступать назойливым желаниям, а должен их анализировать, следует помнить о словах Фрейда: «Среднее время — около одного часа в день». Слово «средний» подразумевает, что существует вариативность вокруг середины. Однако, несмотря на то, что время — деньги, в современной практике отклонения, вероятно, являются минимальными. Гринсон, в частности, критиковал материальную заинтересованность аналитика в выдерживании точного графика сеансов; особенно он отметил практику сокращения приемлемого перерыва между сеансами.

Я полагаю, что сокращение 50-минутного часа является симптомом материалистической тенденции в психоаналитической практике, развивающейся за счет гуманистической и научной точки зрения. Очевидно, что прием пациента за пациентом по расписанию конвейерного типа представляет собой акт враждебности, каким бы скрытым и бессознательным он ни был (Greenson, 1974, pp. 789—790).

Критические замечания Гринсона сводятся к тому, что аналитику необходима достаточная дистанция от субъективного мира аналитического процесса одного пациента, чтобы можно было уделить безраздельное внимание новому пациенту. Ввиду большого разнообразия в стиле работы мы полагаем, что каждый аналитик должен сам решать вопрос о продолжительности требующегося ему перерыва.

Способ переживания времени, идущий от анаклитически-диатрофической фазы развития, считается существенным фактором, влияющим на успешность фундаментального опыта пациента в психоаналитической ситуации (Stone, 1961). Кафка (Kafka, 1977, p. 152) отмечает, что особый интерес психоаналитика к чувству времени, возможно, проистекает из того факта, что он постоянно наблюдает, как прошлый опыт структурируется в настоящем. Однако необходима особая чуткость к временным аспектам психоаналитической деятельности. Теоретически трудно ответить на вопрос о том, как старые схематически хранящиеся знания с присущей им сгущенной временной структурой преобразуются в текущий временной поток (Bonaparte, 1940; Ornstein, 1969; Schachtel, 1947; Loewald, 1980). «Психопатология времени» представляет собой еще одну важную область для аналитика (Hartocollis, 1985). К сожалению, забыта работа Шилдера (Schilder, 1935a), который пытался применить к психоанализу феноменологические исследования Штрауса (Straus, 1935), фон Гебсаттеля (Gebsattel) и Минковского (Minkowski, 1933). Лёвальд пытался вновь оживить эту теоретическую дискуссию, имеющую гораздо более прямое, чем кажется, отношение к лечению (Loewald, 1980, pp. 138—139).

Кафка (Kafka, 1977, p. 152) особенно отмечает следующие моменты: «Аналитический час пациента» — это «длительный тайм-аут (в работе, в обычной деятельности, в обычном стиле поведения, в обычном стиле общения)». Один из факторов, определяющих природу этого тайм-аута, то есть степень, до которой пациент может отойти от повседневной деятельности и чувства времени, — это способ использования аналитиком этого часа, включая и настоящую функцию молчания аналитика:

Мир за стенами комнаты уходит на задний план. Тишина действует подобно абажуру, смягчающему слишком яркий свет. Давящая близость материальной реальности становится отдаленной. Как будто молчание аналитика уже отмечает начало более спокойного, менее сиюминутного взгляда на других и на себя (Reik, 1949, p. 123).

Молчание аналитика, если оно хорошо дозировано, может поддержать тайм-аут пациента и помочь ему обратиться к своему внутреннему, субъективно переживаемому чувству времени. Регулярность сеансов создает структуру особых по частоте рит-

#### Время и место 363

мов, делает возможным для пациентов развитие их собственного аналитического чувства времени, то есть личное восприятие тайм-аутов. Для аналитика сеанс — это «длительное и сравнительно обычное (time in) рабочее время» (Kafka, 1977, p. 152). Как аналитик использует его, определяется его личным настроением, а также и ритмом, который развился во взаимоотношениях с пациентом. Другими словами, использование аналитиком аналитического часа определяется его личным понятием времени, временем, имеющимся в его распоряжении, и ощущением вневременности бессознательного. «Аналитик в большей степени, чем его пациент, допускает, что связность (contiguity) коммуникации (и переживаний) обладает возможными «смысловыми» подтекстами, которые шире самой по себе связности» (Kafka, 1977, p. 152). У аналитика имеются свои, зависящие от теории гипотезы о временной структуре, которая в линейно-временном виде содержится в материале пациента. Он может усмотреть «смысловую связь» в высказываниях, сделанных в

весьма различное время. Эта конструктивная деятельность поначалу относительно нова для пациента, и он сначала должен убедиться в правильности такого взгляда на вещи. Поэтому Кафка называет аналитика «конденсатором» и «расширителем времени».

От пациента ожидается, что он интернализирует эту смелую конструктивистскую форму получения доступа к временному измерению в смысле ассимиляции истории жизни, как это описывал Хабермас.

Я думаю, что процесс иного связывания событий и чувств — в смысле привнесения новой информации, связывающей эпизоды, вновь пережитые во время психоанализа, — позволяет реорганизовать и по-другому интерпретировать чувство времени. Эта реорганизация может усилить чувство непрерывности и способствовать расширению временной перспективы и ее распространению на будущее (Kafka, 1977, p. 154).

Индивидуальные тайм-ауты аналитических сеансов соединяются, создавая период времени, продолжительность которого трудно предсказать, особенно в начале лечения. Нежелательный вопрос, который пациент задает врачу в самом начале, — это: «Сколько времени займет лечение? Сколько времени потребуется вам, чтобы избавить меня от моих трудностей?» (Freud, 1913c, p. 128). Остроумный совет Фрейда — обратиться к басне Эзопа:

Наш ответ подобен ответу, данному Философом Путнику в басне Эзопа. Когда Путник спросил, сколько времени еще ему предстоит идти, Философ всего лишь сказал: «Иди!» — и потом объяснил свой явно бесполезный ответ тем, что он должен знать длину шага Путника, прежде чем ответить, сколько времени займет путешествие. Эта уловка помогает преодолеть первые трудности; но сравнение не из лучших, так как невротик может легко изменить свой темп, а иногда продвигается вперед очень мед-

#### 364 Средства, пути и цели

ленно. В действительности на вопрос о предполагаемой продолжительности лечения почти невозможно ответить (1913c, p. 128).

Если обратиться к нынешней практике, мы обнаружим лаконичные замечания о так называемой стандартной процедуре, например что «лечение предполагает четыре или пять сеансов в неделю и обычно длится около четырех или пяти лет, в редких случаях продолжается меньше трех лет, а в некоторых случаях даже может длиться более шести лет» (Nedelmann, 1980, p. 57). Хотя большинство видов психоаналитической терапии проводится в более короткий период времени, весьма своевременна постановка вопроса о том, почему неоклассическая техника привела к такому удлинению сроков лечения, что усилия и результат пребывают в столь хрупком равновесии. Когда Фрейд упоминал о «долгом периоде времени», он имел в виду «полгода или целые годы — более длительные периоды, чем ожидает пациент» (1913c, p. 129).

В разделе 8.9 мы обсудим более подробно факторы, которые привели к увеличению продолжительности психоаналитического лечения. Здесь мы хотели бы, однако, подчеркнуть, что при обсуждении периода времени, требующегося для психоаналитического лечения, возникает тенденция к опасному смешению субъективно переживаемого времени (Minkowski, 1933) с объективно прошедшим периодом времени. Именно по этим соображениям мы подвергли критическому изучению те стратегии, которые мы считаем выражением, согласно Габелю (Gabel, 1975), материализовавшегося понимания психоаналитического процесса.

Время — это диалектическое измерение не только потому, что в противоположность пространству его невозможно представить в состоянии покоя, но также и потому, что его ход осуществляет

диалектический синтез, постоянно вновь рождающийся из своих трех измерений: настоящего, прошедшего, будущего. Это целостность, которая может быть разъединена материализацией прошлого или будущего... (Gabel, 1975, p. 107)

Изучение психоаналитического пространства, напротив, должно начинаться с конкретного пространства и описывать его смысловое расширение метафорически. Пациент формирует аналитическое пространство на основе своего субъективного опыта, то есть его индивидуальной схемы апперцепции, и ожидает в этом пространстве встретить аналитика. Видерман сформулировал это следующим образом:

Трансферентный невроз развивается не в пространстве, лишенном аффектов... Аналитический процесс возможен только в особой обстановке, создаваемой техническими правилами, при которых взаимодействуют аффекты и контрафффекты двух организаторов аналитического пространства (Viderman, 1979, p. 282).

Время и место 365

Кабинет аналитика образует внешнее обрамление, в котором разворачивается терапевтический процесс. Изолированное и безопасное пространство, находящееся за табличкой «Не беспокоить», создано для диадической деятельности, которая ограничена во времени и физические черты которой могут иметь положительное или отрицательное влияние.

Хотя в литературе очень мало говорится о помещении, в котором проходит лечение, всем психоаналитикам знакома фотография комнаты, которую использовал Фрейд. Ее детально описал Энгельман (Engelman, 1976); для Дулиттла (H. Doolittle, 1956) это место было священным. Фрейд стимулировал развитие переноса своей личностью и своим лечебным кабинетом и понимал метафору зеркала не в смысле сплошного чистого экрана. В противоположность этому рассказывают анекдоты об аналитиках, которые пытаются стандартизировать все внешние влияния, используя очень монотонное помещение, заставляя портного снова и снова шить им все тот же костюм и другими способами пытаясь превратиться в совершенное зеркало. Такой подход критиковал Фенихель (Fenichel, 1941, p. 74).

Если мы используем максимум, что аналитику должно быть удобно в аналитическом пространстве, с тем чтобы это также мог почувствовать и пациент, тогда обустройство пространства может быть разнообразным. Конкретное обустройство можно тогда исследовать, чтобы определить, в какой мере оно отражает конгруэнтность позиции и поведения аналитика. Главной характеристикой аналитического пространства является сам аналитик, который сидит спокойно или передвигается и лично обставляет свой кабинет. Работы Гоффмана (Goffman, 1961) по ролевой теории помогают понять аналитическое пространство как обстановку, постановку (setting) лечебного процесса. Снова и снова объектом обсуждений становилось множество мелких деталей, касающихся использования аналитиком терапевтических отношений; это ясно указывает на то, что реальные отношения есть часть системы ролей в модели, описывающей, как обеспечиваются данные особые услуги (Goffman, 1961). Аналитик решает, где должен проходить анализ, то есть где могут развиваться психоаналитические отношения, и своим обустройством обстановки делает себя объектом обсуждения. Лечебное помещение должно иметь качество «облегчающей среды». Мы наделяем аналитика способностью проявлять «заботу» (Winnicott, 1965) и умением ощущать, тепло ли в комнате и не нуждается ли пациент в одеяле. Трудности, идущие от понимания пространства как продолжения самого аналитика, встречаются нечасто с пациентами-невротиками, чье любопытство в отношении предметов, находящихся в комнате, и обстановки может быть удовлетворено и встречено в соответствии с рекомендациями о том, как отве-

чать на вопросы (см. разд. 7.4). Трудности возникают тогда, когда пациенты с сильными нарушениями воспринимают лечебное помещение как переходный объект (transitional object). Гринсон проиллюстрировал это на примере одного пациента, который через поглаживание обоев мог почувствовать успокоение, которого ему не мог дать своим голосом Гринсон. «Даже кабинет аналитика может оказывать мощное воздействие, выступая для пациента в качестве убежища от опасностей внешнего и внутреннего мира» (Greenson, 1978, p. 208).

Кроме того, прямое использование кабинета аналитика в качестве облегчающей обстановки подразумевает и то, что аналитик все время должен осознанно держать в уме сепарационный процесс. Если пациент относится к комнате и к находящимся в ней предметам так, как будто они принадлежат ему, а аналитик недостаточно быстро разъясняет пациенту спутанность между «моим» и «твоим», то в результате отрицается то, что «доля» пациента в этой комнате ограничена во времени и в принципе является неполной. Возникающее в результате непонимание препятствует терапевтическому процессу. В этом отношении проблема границ Эго, являющаяся абстрактной темой в теории Федерна (Federn, 1952), становится технически вполне уместной. Границы, конечно, представляют первостепенную важность во всех пограничных случаях. Практикующему в своем кабинете аналитику часто бывает трудно решить проблему разумного обозначения границ, поскольку они должны обозначаться индивидуально. Напротив, в учреждениях иногда трудно получить кабинет, который был бы персонально обустроен аналитиком.

Восприятие пациентом кабинета аналитика является важной предпосылкой для того, чтобы он мог обогатить свои ограниченные идентификации человеческими чертами и личными переживаниями путем формирования переходных объектов. Пациент также повсюду обнаруживает пороги и границы, а, следовательно, и автономию и личное пространство аналитика. Если кабинет аналитика находится в его доме, то личные комнаты недоступны для пациента, в то время как в учреждении пациент и аналитик могут встретиться в туалете. В результате создается противоречие между назойливым желанием пациента как-то принять участие в личной жизни аналитика и уважением к его личному пространству. Устанавливая пространственные и временные ограничения, аналитик подает пример индивидуализации и автономии. Чтобы иметь возможность достичь этой цели, пациент добровольно приносит в жертву часть своей независимости на какое-то время для последующего обретения большей и более свободной от тревоги автономии.

Психоаналитическая эвристика 367

## 8.2 Психоаналитическая эвристика

«Эврика! Я нашел!» — вот что воскликнул, как говорят, греческий математик Архимед, открыв закон вытеснения. Эвристику определяют как искусство открытий и как методологическое руководство для открытия чего-то нового. Собранные вместе небольшие достижения пациента равнозначны открытиям, имеющим большое терапевтическое значение, даже если они затрагивают положение всего лишь одной личности и ее ближайших родственников и не войдут в историю, как восклицание Архимеда. Если пациент проделал работу, приведшую его к новому инсайту, аналитик доволен, что идея, которую он породил на основе своей профессионально подготовленной эмпатии, упала на благоприятную почву.

Несмотря на удовольствие от успешности совместных поисков, аналитик по ряду причин остается сдержанным. Он не хочет связывать гордость и удовлетворение пациента с творче-

ской находкой необычного и удивительного решения. И возможно, он будет ждать еще долго, прежде чем выкажет свое согласие с пациентом, поскольку считает, что подтверждение, даже и ограниченное, обладает неуместным дополнительным суггестивным воздействием. В такие моменты у него даже может появиться желание сказать, что одна ласточка весны не делает. И, в конце концов, эвристика оказывается перед сложным вопросом, насколько обоснована убежденность в том, что подтверждено или даже вновь открыто нечто важное. Во всяком случае, вопрос в том, чтобы путем критического рассмотрения с совершенно разных позиций определить правдоподобие предполагаемой связи. Как сказал Фрейд,

мы даем пациенту сознательную предварительную идею, и затем он находит в себе вытесненную бессознательную мысль на основе ее сходства с предварительной идеей. Эта интеллектуальная помощь позволяет ему преодолеть сопротивление между сознательным и бессознательным (1910d, p. 142).

Мы согласны с Боденом (Boden, 1977, p. 347) в том, что «эвристика — это метод, направляющий мышление по пути, на котором вероятнее всего достижение цели, а менее обещающие направления остаются неисследованными». В отличие от этого алгоритмические стратегии описываются как системы правил, которые налагаются или определяются пошаговым методом. Нельзя ошибиться, если следовать алгоритму предписанным путем. С повышением степени сложности ситуации шаги, предписываемые алгоритмическими стратегиями, становятся все более сложными; в этом случае предпочтительнее использование эвристических правил.

#### 368 Средства, пути и цели

Метафора Фрейда о шахматах ясно показывает, что он осознавал сложность и неопределенность психоаналитической ситуации. Хотя он не делал различий между алгоритмическим и эвристическим методами, тем не менее, его технические рекомендации в значительной степени соответствуют нашему пониманию эвристических стратегий. Алгоритмические черты, чуждые по сути психоаналитической технике, присутствуют в той степени, в какой теряется гибкость в применении этих рекомендаций. Понимание основного правила как эвристической стратегии подчеркивает нашу концепцию о том, что психоаналитическая ситуация — это сложная многозначная ситуация, которая может быть понята, только если аналитик получит больше информации, чем та, которая доступна изначально.

Основная цель эвристических стратегий — это сбор и организация соответствующей информации. Хорошие эвристические стратегии уменьшают неуверенность, сложность, неопределенность и увеличивают вероятность понимания того, что важно в каждый конкретный момент. Эти процессы начинаются с предположения, что собираемая с их помощью информация может дополнить уже имеющиеся знания и что критерий для включения или исключения материала возникает в самом процессе поиска. Алгоритмическая процедура снижает сложность и количество идентификаций искусственным и слишком быстрым способом. Она приписывает смысл материалу на основе предыдущего знания и тем самым завершает поисковый процесс искусственным и неприемлемым образом.

Из трудов Фрейда можно извлечь большое число технических правил, то есть рекомендаций по лечению, которые предназначены, чтобы направлять непосредственную деятельность, как это было продемонстрировано исследовательской группой во Франкфурте (Argelander, 1979, pp. 101 —137). Если под техникой понимать способы и средства применения метода (см., например: Rapaport, 1960), то правила можно классифицировать на типы в соответствии с их функцией в аналитическом процессе.

Стратегии, которые способствуют процессу включенного наблюдения, то есть касаются



отношения к психоаналитическому восприятию, рекомендуют аналитику быть очень внимательным к эмоциональным переживаниям пациента, а иногда, чтобы принять участие в его субъективном опыте, идентифицироваться с ним. Общее для аналитика правило о поддержании равномерно распределенного внимания и переводе всего, что ему говорит пациент, *в свою собственную бессознательную психическую деятельность* определяет именно тот вид включенного наблюдения, который способствует восприятию бессознательных мотиваций. Важность «свободного ассоциирования» аналитика, кото-

Психоаналитическая эвристика 369

рое должно происходить внутри его равномерно распределенного внимания, подчеркивает для него необходимость обогащать фрагментарные описания пациента своим собственным опытом (Peterfreund, 1983, p. 167).

В дополнение к стратегиям слушания имеются стратегии ведения разговора, которые может использовать аналитик, чтобы помочь пациенту придавать значение своим утверждениям. Аналитик дополняет эти общие стратегии, нацеленные на развитие субъективного аспекта в комментариях пациента, направляя свое внимание и внимание пациента на особенно необычные, редкие или единичные случаи, не являющиеся частью повседневного потока переживаний. В этом отношении Аргеландер (Argelander, 1979) ссылается на случай Доры, где ориентиром служили только «некоторые детали того, как она выражала себя» (Freud, 1905e, p. 47). Если утверждения, организованные в соответствии с первичными и вторичными процессами, совпадают, возникают явления, обозначенные термином «феномены интерференции». Эти стратегии сначала ведут к нарушению равномерно распределенного внимания, затем к состоянию готовности и, наконец, к фокусировке внимания (см. гл. 9): готовность к аналитическому восприятию превращается в готовность к аналитическому действию. Осуществляя эвристический поиск, внутренние душевные процессы исследуют новую информацию с различных точек зрения. Аналитик привлекает к использованию специфичные для данного случая, индивидуальные и обобщенные рабочие модели и готовится к вмешательству.

Теперь коснемся той формы, которую теоретически принимают основополагающие процессы. На основе дискуссии о понятии эмпатии Хайманн (Heimann, 1969) применила свои идеи о когнитивном процессе аналитика к трем функциональным состояниям; она обратилась к предположению Гринсона (Greenson, 1960) о рабочей модели, которую аналитик придумывает для себя. Следует отметить, что на эту мысль Хайманн натолкнула обзорная статья, в которой Холт (Holt, 1964) обсуждал состояние когнитивной психологии. Мы считаем эту область одним из пограничных разделов, где можно отметить влияние когнитивной психологии на пересмотр психоаналитической метапсихологии. Развитие когнитивной психологии и исследований искусственного интеллекта (Lindsay, Norman, 1977) ведет к существенному разграничению понятий, использованных Гринсоном в его рабочей модели, которую мы хотим сейчас описать вслед за Петерфройндом (Peterfreund, 1975, 1983).

Многие аналитические концепции основаны на идеях об организации памяти. В когнитивной психологии эти динамично структурированные системы обозначаются с помощью терминов

370 Средства, пути и цели

«карты», «модели», «репрезентации», «структуры знания», «схемы» или «сценарии». Петерфройнд использует термин «рабочая модель». Информация, составляющая различные рабочие модели, основана на данных, которые организм отобрал и организовал в течение своей жизни. Научение может быть понято как создание рабочих моделей. Хотя основу этих моделей формируют врожденные генетические программы, они продолжают развиваться в

течение жизни. Системы, составляющие рабочие модели, могут быть описаны с использованием таких терминов, как «информация», «переработка данных» и «хранящиеся программы». Когда рабочая модель активизируется, большинство процессов происходит на предсознательном уровне.

Большое число различных рабочих моделей весьма правдоподобно, в диапазоне от «общих познаний о мире» до «знания истории своей собственной жизни». Полезно также различать «когнитивные модели психологии развития» и «когнитивные модели, касающиеся терапевтического процесса».

Эти рабочие модели не содержатся одна внутри другой подобно комплекту матрешек, их следует понимать как части сетевидной структуры с многочисленными временными и пространственными пересечениями. Аналитик обычно работает с этими моделями на предсознательном уровне; предположительно они функционируют как схемы в когнитивной психологии (Neisser, 1976). Они погружены в поток переживаний и в то же время определяют, что субъект принимает.

Схема — это та часть всего перцептивного цикла, которая является внутренней по отношению к воспринимающему, она модифицируется опытом и так или иначе отвечает тому, что воспринимается. Схема принимает информацию, как только последняя оказывается на сенсорных поверхностях, и изменяется под влиянием этой информации; схема направляет движение и исследовательскую активность, благодаря которым открывается доступ к новой информации, вызывающей в свою очередь дальнейшие изменения схемы (Neisser, 1976, p. 54).

Построение и демонтаж структур опыта происходят в разном темпе и при различных условиях в различных рабочих моделях. Абстрактные понятия метапсихологии являются стабильными, потому что они никогда не подвергаются серьезной угрозе со стороны опыта. Напротив, рабочие модели, более близкие к опыту, испытывают влияние клинической проверки. Развитие теории истерии является живым примером того, как Фрейд смог реализовать весь потенциал своего концептуального подхода, только заменив реальную травму воображаемой травмой обольщения (Krohn, 1978).

Специфические и неспецифические средства 371

## 8.3 Специфические и неспецифические средства

### 8.3.1 Общие подходы

Со времени своего возникновения психоанализ проводил различие между разными терапевтическими средствами. Психоаналитический метод сформировался в результате его дифференциации от *суггестии* и акцентировался на *инсайте* и *припоминании* со стороны пациента, которые поддерживаются интерпретациями аналитика. Несмотря на сомнения в связи со смыслом, приписываемым понятиям «специфический» и «неспецифический» (Thomä, 1980; Cheshire, Thomä, 1987), терапевтические средства легче классифицировать в рамках этих критериев, нежели по контрасту объектных отношений и интерпретации.

Полвека назад психоанализ поляризовался, и последствия этой поляризации можно все еще ощутить. Эффекты этой поляризации вынудили Кремериуса (Cremerius, 1979) задать вопрос, не существует ли двух психоаналитических техник. Он ссылаясь, с одной стороны, на классическую *инсайт-терапию* с упором на интерпретацию, а с другой — на *терапию, основанную на эмоциональном опыте* и приписывающую основную терапевтическую функцию переживанию, возникающему в объектных отношениях. Эта поляризация восходит к противопоставлению, сделанному Ференци и Ранком (Ferenczi, Rank, 1924), между

терапевтическим эффектом переживания и эффектом, достигаемым определенным интерпретативным фанатизмом; они даже считали психоаналитическое переживание главнее в терапевтическом отношении, чем реконструкцию через воспоминание. В ответ на это сторонники классической техники стремились противостоять слишком большому упору на переживание вплоть до позднего исследования Фрейда «Конструкции в анализе» (1937d).

В начале 1950-х годов переживание вновь было дискредитировано, на сей раз как результат манипулятивного использования корректирующего эмоционального опыта в предложенной Александером технике. В 1937 году Александер был одним из самых резких критиков Ференци и Ранка (Thomä, 1983a). Крайние позиции еще больше разошлись, когда Эйсслер (Eissler, 1953) ввел технику базовой модели с ее ведущим понятием «параметр». В разделе 8.3.3 мы более подробно опишем инсайт-терапию, базирующуюся на чистой интерпретации; но прежде мы хотели бы подчеркнуть, что со столь жестким противопоставлением двух техник связано довольно много проблем. Одним из элементов спора было утверждение, что терапия эмоционального опыта является особенно эффективной в коррекции

## 372 Средства, пути и цели

доэдиповых дефектов, то есть тех, которые возникали на довербальных фазах развития. Так, Балинт указывает на контраст между интерпретацией, инсайтом и объектными отношениями (см. разд. 8.3.4). Даже Я-психология (self-psychology) Кохута сохраняет схему расстройств эдипова и доэдипова уровней, или, более коротко, двух- или трехперсональную психопатологию. Хотя понимание Кохутом эмпатической компенсации дефектов Я сильно отличается от терапии дефицита Ференци, у них довольно много общих практических аспектов. Эти сходные моменты обнаруживают себя там, где необходимо каким-то образом сбалансировать недостаточность материнской заботы в прошлом. Поскольку чисто интерпретативная техника недооценивает терапевтическую эффективность подтверждения (confirmation) и удовлетворения (gratification), так как эти действия как будто нарушают норму абстиненции, то в результате «эмпатия» становится собирательным термином, описывающим глубокое невербальное и подтверждающее понимание за пределами интерпретации, предшествующее ей или независимое от нее.

В развитии техники с обеих сторон были случаи пренебрежения и обесценивания, что имело соответствующие последствия для практики. По одной версии, терапевтическая функция подтверждения и удовлетворения выступает в качестве неспецифического фактора, который противопоставляется специфическим интерпретациям (Heigl, Triebel, 1977). По другой версии, безмолвный взгляд нарциссического восхищения становится лекарством для поврежденного образа Я. Простые процессы обретения новых ценностей и смысла путем межличностного соглашения во время критических обсуждений реалистических восприятий «здесь-и-теперь» приобретают мистическое качество.

Очевидно, что классификация на специфические и неспецифические факторы может завести в тупик, если эти факторы не рассматриваются как взаимодействующие. В зависимости от ситуации фактор, который вообще является неспецифическим и образует часть молчаливого фона, может в определенные моменты взаимодействия выдвинуться на первый план и превратиться в специфическое средство. Представляется очевидным, что такая перемена должна быть концептуализирована в виде инверсии фигуры и фона, как она определена в гештальтпсихологии.

Бибринг (Bibring, 1937), независимо от интерпретативной техники, приписывал молчаливому фону стабилизирующий эффект.

Даже если эти тревоги будут позднее разрешены аналитически, я все же хотел бы думать, что переживание уверенности в том, что поддержка аналитика не будет потеряна, немедленно укрепляет чувство безопасности, которое не было приобретено или было очень слабым в детстве, возможно

из-за отсутствия такого переживания уверенности. Однако немедленная консолидация имеет длительную ценность только в контексте аналитического процесса, хотя она и не является в действительности частью аналитической терапии (Bibring, 1937, pp. 30—31).

Как уже указывалось (Thomä, 1981, p. 73), вклад аналитика в чувство безопасности и уверенности пациента является существенной частью психоаналитической ситуации; этот вклад находится в отношении дополнительности к специфическим средствам. Страпп (Strupp, 1973, p. 35) подчеркивал также, что специфические и неспецифические факторы являются не заданными, противостоящими друг другу величинами, но взаимозависимыми.

### 8.3.2 Воспоминания и реконструкция

Хотелось бы начать с терапевтического эффекта припоминания:

Строго говоря (а почему бы этот вопрос не рассмотреть со всей возможной строгостью?), аналитическая работа только в том случае заслуживает признания в качестве истинного психоанализа, если она успешно устраняет амнезию, которая скрывает от взрослого человека его знания о своем детстве с самого начала (то есть примерно со второго до пятого года жизни). Среди аналитиков это нельзя повторять слишком настойчиво или слишком часто. Мотивы пренебрежения этим напоминанием на самом деле понятны. Было бы весьма желательно добиться практических результатов за более короткий период и с меньшими трудностями. *Но в настоящее время теоретическое знание все еще остается гораздо более важным* для всех нас, нежели терапевтический успех, и всякий, кто пренебрегает анализом детства, обязательно впадает в самые катастрофические ошибки. Упор, который здесь делается на значимости ранних переживаний, не подразумевает какой-либо недооценки влияния поздних переживаний. Но более поздние жизненные впечатления довольно громко говорят о себе устами пациента, в то время как именно врач должен отдать свой голос притязаниям детства (Freud, 1919e, pp. 183—184; курсив наш).

Все еще продолжают споры о том, какие отдельные процессы сложного события должны рассматриваться в качестве необходимых, а какие — в качестве достаточных условий. Некоторые воспоминания сопровождаются незначительными аффектами и не приводят к изменениям ни в терапии, ни вне ее. Существует также эмоциональное отреагирование (abreaction), имеющее кратковременное значение. Очевидно, для достижения терапевтического эффекта необходимо добавить нечто к воспоминанию и отреагированию. Может быть, это чувство безопасности, связанной со способностью иначе и лучше, чем в терапевтической ситуации, справляться с патогенными переживаниями? Каким образом пациент начинает ощущать себя в безопасности, преодолевая собственную беспомощность подобно сновидцу, который, наконец, справляется со своим кошмаром?

374 Средства, пути и цели

Является ли это результатом присутствия понимающего психоаналитика, с которым идентифицируется пациент, что дает ему добавочную силу, позволяя использовать аналитика в качестве вспомогательного Эго? Достаточно ли понимать бессловесную коммуникацию? Обеспечивают ли идентификация с аналитиком и рабочий альянс достаточную безопасность пациента, чтобы эмоциональное воспоминание стало возможным, не обладая само по себе дополнительным терапевтическим воздействием? Может быть, отреагирование и воспоминание являются вторичными показателями благоприятного течения терапии, а не его предпосылкой? Эти вопросы встают перед нами, когда мы оцениваем значение инсайта в терапевтическом процессе. Падает ли инсайт подобно плоду с дерева познания, и являются ли изменения его следствием? Необходимость проработки показывает, что это явно не так.

В стремлении добиться интеграции и синтеза крайне важно, чтобы регрессия пациента не превышала того, что его Эго способно выдержать; только тогда условия для интеграции и синтеза являются благоприятными. С нашей точки зрения, не стоит придерживаться мнения Фрейда, что после анализа синтез осуществляется сам по себе. Мы полагаем, что психоаналитик никогда не должен упускать из виду цель создания наилучших предпосылок, чтобы облегчить интеграцию и синтез у пациента. В своем исследовании о восстановлении детских воспоминаний Крис (Kris, 1956b) подчеркивал, что реконструкция в лучшем случае может достигнуть приближения к действительным фактам. То, что основная цель интерпретаций, согласно Крису, не заключается в выявлении воспоминаний, имеет для техники важные последствия. Для Криса целью интерпретаций является создание благоприятных условий, помогающих пациенту вспомнить. Задача пациента упрощается, если средствами интерпретации удастся создать определенную степень сходства между текущей и ранней ситуациями. Крис различает динамические интерпретации, которые относятся к конфликтам текущего момента, и генетические интерпретации, которые относятся к архаическим импульсам и ранним бессознательным фантазиям. Установление континуума, связывающего динамические и генетические интерпретации, является одной из целей анализа (Fine et al, 1971, p. 13). Эта тема имплицитно содержится в интерпретациях переноса и в споре о «здесь-и-теперь» и «тогда-и-там» (см. разд. 8.4).

Смысл соответствующих составных частей акта воспоминания, вероятно, зависит от конкретного состояния синтетической функции Эго. Поскольку трансформация и развитие Эго зависят от развертывания как аффективных, так и когнитивных процессов и так как каждый из этих процессов, несмотря на их связь

#### Специфические и неспецифические средства 375

с прошлым, происходит в настоящем и указывает на будущее, то очевидно, что со времен важного исследования Ференци и Ранка (Ferenczi, Rank, 1924) эмоциональному опыту «здесь-и-теперь» стал придаваться больший вес. Тем не менее, по сравнению с реконструкцией значение этого опыта все еще недооценивается. Имеются и более существенные причины для споров, и представляется невозможным проследить их до предложенного Александером манипулятивного создания корректирующего эмоционального переживания. Сильную реакцию на вмешательства Александра в течение невроза переноса трудно понять без рассмотрения центральной для теории и техники психоанализа проблемы. Теперь обратимся к этой проблеме.

Многообразие способов, какими психоаналитический процесс может отразить как развитие детства, так и теорию аналитика о детском развитии, было продемонстрировано на Международном психоаналитическом конгрессе в Хельсинки в 1981 году. Каждый из четырех основных докладчиков — Сигал (Segal, 1982), Солнит (Solnit, 1982), Этчегойен (Etchegoyen, 1982) и Шафер (Schafer, 1982) — упомянул об этой взаимозависимости. Шафер, в частности, обрисовал выводы, которые нам хотелось бы использовать для подкрепления своей точки зрения. Реконструкция воспоминаний не становится более правдивой, потому что аналитик полагает, что они не зависят от его теории, не подвержены влиянию его поведения и вмешательств и проявляют себя в переносе в чистой форме. Напротив, его теории и действия служат инструментами, детерминирующими психоаналитический процесс, чертами которого являются реконструкция патогенеза на основе вербальной и невербальной коммуникации пациента в переносе и раскрытие воспоминаний пациента. Поскольку к общим теориям невроза обращаются в идеографических реконструкциях, то есть в описаниях случаев, то достоверность каждой реконструкции отчасти зависит от того, в какой степени общие теории могут претендовать на обоснованность.

Для Фрейда и его последователей археологическая модель имела решающее значение для аналитического процесса. Хотя перед психоаналитиком стоят более трудные методологические проблемы, чем перед археологом, Фрейд полагал, что задача

психоаналитика легче, потому что мы можем общаться в настоящем с лицом, страдающим от вреда, нанесенного ему в прошлом. Фрейд множество раз использовал сравнение с археологией и исследованием классической античности. Его рассуждения в работе «Разочарование в культуре» (1930a, р. 69) являются показательным примером. Предположение, что в «психической жизни ничто из того, что однажды образовалось, не может погибнуть, что все каким-то образом сохраняется и в подходящих обстоятельствах (когда, например, регрессия заходит

376 Средства, пути и цели

достаточно далеко в прошлое) может быть извлечено на свет», является отправным пунктом для сравнения с развитием Вечного города. Его живое описание развития Рима и попытка представить «историческую последовательность в пространственных терминах» дают ему возможность добраться до специфических черт психической жизни:

Остается фактом, что только в психике наряду с последней формой возможно сохранение всех более ранних стадий и что мы не в состоянии представить это явление в изобразительных терминах.

Вероятно, здесь мы заходим слишком далеко. Возможно, нам следует удовлетвориться утверждением, что прошлое в психической жизни *может* быть сохранено и *не обязательно* уничтожается. Всегда возможно, что даже в психике что-то старое стирается или поглощается — как правило, или как исключение — до такой степени, что оно не может быть восстановлено или оживлено никакими средствами; или что сохранение вообще зависит от некоторых благоприятных условий. Такое возможно, но мы ничего об этом не знаем (Freud, 1930a, pp. 71—72).

Если вопрос заключается в том, чтобы найти новые пути и новые решения, то все, что происходит с пациентом в настоящее время, передвигается в центр внимания, и реконструкция прошлого становится лишь средством, ведущим к цели.

Фрейд навсегда сохранил свое убеждение в тесном сходстве, даже идентичности, реконструктивной работы археолога и психоаналитика, «за исключением того, что психоаналитик работает в более благоприятных условиях и у него под рукой больше помогающего ему материала, поскольку он имеет дело не с чем-то разрушенным, но с тем, что все еще живет» (1937d, р. 259). Аналитик «работает в более благоприятных условиях, чем археолог», так как он может полагаться на «повторение реакций, начиная с детства», в переносе (1937d, р. 259).

В отношении надежности реконструкций было показано, что именно то, что аналитик имеет дело с чем-то живым и что первоначально рассматривалось как преимущество, создает значительные затруднения. Без сомнения, идея о том, что нечто могло бы быть с чем-то связанным или чему-то соответствовать, возникает в сознании археолога на основе имеющихся знаний, и получающаяся в результате конструкция дает убедительное доказательство обоснованности его идеи. Неопознанные кусочки не играют активной роли, но приспособляются к конструкции и заполняют пробелы. В противоположность этому для психоаналитика последнее слово принадлежит пациенту, и реконструкция сама по себе еще не конец дела. «Аналитик заканчивает кусочек конструкции и передает ее субъекту анализа, так чтобы он мог над ним работать» (Freud, 1937d, р. 260).

Таким образом, идеи этих двух процессов подогнаны друг к другу, однако успешное воссоздание прерванного процесса психического развития не раскрывает облик того, что было похо-

Специфические и неспецифические средства 377

ронено. Сначала открывается смысловая связь. Но сложится ли когда-нибудь целое из тех частей, что собирает из ассоциаций и подгоняет друг к другу психоаналитик? Сохраняется

ли идея этого целого в бессознательном пациента или мы используем воспоминания с тем, чтобы добиться перемен, сравнивая их с настоящим? Археологическая модель психоанализа объединяет реконструкцию прошлого с излечением.

Аналогия Фрейда со скульптурой как моделью терапии содержит другой принцип, а именно принцип творческого изменения (1905а, р. 260). Всегда важно знать закономерности, согласно которым психические образования окаменевают. Однако, если суть заключается в том, чтобы искать другие решения и находить новые пути, тогда все, что происходит с пациентом в настоящем, перемещается в центр внимания. Фрейд ввел понятие о скульптурной модели, чтобы отличить психоаналитический процесс от техники суггестии. Он сравнивал работу художника и скульптора, чтобы описать терапевтическую модель психоанализа:

Живопись, говорит Леонардо, работает *per via di porge*<sup>1</sup>, так как она использует вещество — частицы краски — там, где ничего прежде не было, на бесцветном холсте; скульптор, однако, действует *per via di levare*<sup>2</sup>, так как он убирает из глыбы камня все, что скрывает поверхность статуи, которая там содержится. Подобным же образом техника суггестии стремится действовать *per via di porge*, ее не касается происхождение, сила и смысл болезненных симптомов, но вместо этого она что-то навязывает — внушение — в надежде, что это окажется достаточно сильным, чтобы удержать патогенную идею от ее проявления. Аналитическая терапия, с другой стороны, не стремится добавить или ввести что-то новое, она стремится что-то убрать, что-то выявить и, достигая этой цели, занимается генезисом болезненных симптомов и психическим содержанием патогенной идеи, которую она стремится удалить (1905а, pp. 260—261).

Теперь нам хотелось бы обратиться к тому, как Лёвальд интерпретирует (Loewald, 1960, р. 18) это сравнение, что может быть суммировано следующим образом: в анализе мы придаем поверхности ее истинную форму, удаляя невротические искажения. Подобно скульптору, нам нужен образ цели, хотя бы и рудиментарный. Аналитик не размышляет только об трансферентных искажениях. Его интерпретации содержат аспекты реальности, которую пациент начинает постигать вместе с интерпретациями переноса. Действительность сообщается пациенту путем соскабливания трансферентных искажений или, по описанию Фрейда, использующего изящное выражение Леонардо да Винчи, *per via di levare*, как в скульптуре, а не *per via di porge*,

### 378 Средства, пути и цели

как в живописи. Скульптура создается путем удаления материала, живопись — путем наложения чего-то на холст.

Внимательный читатель заметил, что Лёвальд использует аналогию Фрейда в контексте проработки переноса. По-настоящему, вопрос относится к качеству и источнику того, что ново. В скульптуре не находится ничего, что существовало бы уже в камне в определенной форме или что помогло бы нам представить себе конечную форму. Все это было в сознании скульптора. Для психоаналитика ситуация иная, он обнаруживает нечто в бессознательном, вмешивается и, таким образом, изменяет внешность и природу (внешне и внутренне) первоначальной субстанции. Его идеи, его образы и способ, которым он их передает, ведут к трансформациям.

Обе модели имеют общую основу, определяющуюся наличием бессознательных предформ. Различие между ними заключается в том, что психоаналитик в качестве скульптора оказывает гораздо большее воздействие на формирование, чем, вероятно, это может сделать со своим материалом археолог. Поскольку никакое сравнение не совершенно, мы можем, подводя итог, сказать, что психоаналитик на самом деле способствует появлению

<sup>1</sup> Посредством наложения (*ит.*).

<sup>2</sup> Посредством отнятия (*ит.*).

измененных и новых форм. Работа как скульптора, так и археолога основана на идеях, с помощью которых они придают форму материалу. Но возможности воздействия у идей весьма различны по масштабу: кусок мрамора неоформлен, фрагменты вазы даны. Психоаналитик является художником *sui generis*: материал, с которым он встречается, предстает в достаточно пластичной форме и еще не окаменел.

Завораживает открытие, что в психических процессах сохраняются все стадии, а не только окончательная форма. Естественная регрессия во сне способствует тенденции вспоминать образы из давно забытых периодов, которые отложились в долговременной памяти спящего. Очевидно, внеисторическими элементами являются те, которые включают фиксации, возникающие в состоянии регрессии. Ранние фиксации стимулируют побуждения к образованию симптомов и стереотипного поведения. Навязчивое повторение и ригидность типичных психологических структур представляют собой описания, которые ведут, если могут быть прояснены отношения между предварительными стадиями и конечной формой, к генетическим объяснениям,

Психоанализ занимается в особенности реконструкцией предпосылок болезней и в этом процессе идет все дальше и дальше к началу жизни вплоть до раннего детства. Проблемы, возникающие в результате прояснения отношений между ранними стадиями и конечной формой, обсуждаются в десятой главе.

Специфические и неспецифические средства 379

### **8.3.3 Вмешательство, реакция и инсайт**

Восстановление «разорванных связей» (А. Freud, 1937, p. 15) является основной целью анализа, и интерпретации аналитика облегчают синтез. Таким образом, классическая техника психоанализа характеризуется тем фактом, что интерпретация — это самый важный инструмент или средство. Делает ли аналитик что-нибудь или нет, объясняет ли он правило пациенту или хранит молчание, произносит ли он значительное или бессмысленное «хм» или интерпретирует — само его присутствие оказывает воздействие, даже если он действует совершенно ненавязчивым образом. Целесообразно понимать вмешательства как все то, что вносит аналитик в ходе анализа и особенно, что помогает пациенту достичь инсайта. Среди различного рода вмешательств интерпретации занимают довольно видное положение и являются характерными для психоаналитической техники. Мы разделяем энтузиазм пациента, который сказал однажды: «Если будут установлены подобные связи, тогда я полагаю, что смогу сказать: "О'кей, до свидания, я здоров"».

Что представляет собой интерпретация? Почему аналитик вмешивается именно в данный момент? Как мы оцениваем эффект наших вмешательств? Если мы согласны, что вмешательство было эффективным, каким образом оно было эффективным? Эти вопросы говорят о том, что мы не можем продвинуться очень далеко в исследовании интерпретаций и других вмешательств, не учитывая реакций пациента. Это приводит нас к теме «инсайта». Как можем мы отличить инсайт от других реакций? Что такое инсайт и какую роль он играет в терапевтическом процессе (Fine, Waldhorn, 1975, p. 24)? Таких вопросов нельзя избежать при рассмотрении интерпретации (Thomä, Houben, 1967; Thomä, 1967b). Для лучшей ориентации мы сошлемся, сначала в обобщенной форме, на технические варианты, такие, как интерпретация переноса и сопротивления и глубокие интерпретации (Loch, 1965b). Фрейд делал различие между интерпретацией отдельных частей материала пациента, например ошибочного действия или сновидения, и реконструкцией важных событий в прошлом пациента, предложив для последней термин «конструкция» (Freud, 1937d).

Между прочим, хотелось бы упомянуть о разделении процесса интерпретации на подготовку (Loewenstein, 1951), конфронтацию (Devereux, 1951) и прояснение в том смысле слова, как его употреблял Бибринг (Bibring, 1954). Чем полнее протокол сеанса, тем легче



распознать, какие виды интерпретаций предпочитает аналитик в данном случае и вообще. Записи сеансов на магнитофон позволяют независимым исследователям осуществить детальное изучение.

#### 380 Средства, пути и цели

Поскольку интерпретация переноса справедливо считается наиболее эффективной с терапевтической точки зрения и поскольку она, тем не менее, поднимает также и особые проблемы, она подробно обсуждается в разделе 8.4.

Можно выделить разные аспекты интерпретаций аналитика. Они дают предсознательный или бессознательный контекст ассоциациям пациента. Полезно различать несколько типов проблем. Как возникает интерпретация? Как она работает? Как можно убедиться в ее точности? Комбинированное рассмотрение ассоциации и интерпретации дает возможность сделать выводы о *точности* интерпретации, то есть о связи между идеей аналитика, формулировкой интерпретации, целью интерпретации и ее эффектом. Это приводит нас к доступному всем уровню, из которого возможно также сделать выводы о неточностях. Таким образом, что-то *косвенно* выясняется о происхождении интерпретации, и можно предположить, что таким непрямым путем можно кое-что узнать о конфликтных процессах, происходящих в аналитике (например, вызванных интенсивным контрпереносом). Однако независимо от того, как возникла отдельная интерпретация (благодаря ли бессознательной или предсознательной интуиции или благодаря теоретической дедукции, снизу или сверху), знание о ее происхождении ничего не говорит о ее точности.

Поскольку интерпретации являются наиболее важными средствами вмешательства аналитика, отклик, который они вызывают у пациента, имеет решающее значение. Айзекс (Isaacs, 1939, pp. 153—154) суммировала реакции пациента на интерпретации как критерии их точности и эффективности; ее каталог дает основу для ориентации:

1. Пациент может выразить вербальное согласие...
2. Далее может иметь место сознательная разработка образов и смысла образов с сознательным сотрудничеством и соответствующим эффектом.
3. Могут последовать дальнейшие ассоциации, специфический характер которых подтверждает нашу точку зрения...
4. Может последовать изменение в ассоциациях и в установке... То есть может иметь место сознательное отрицание в таком виде, который дает подтверждение, если оно выражает чувство вины или ужас, испытываемый в том, и только в том, случае, когда наша предыдущая интерпретация оказывается верной.
5. На другой день пациент может рассказать сон, продолжающий, разрабатывающий и делающий гораздо более ясной бессознательную фантазию или намерение, которые интерпретировались. И не только так. Он может, кроме того, немедленно после нашей интерпретации рассказать сон, о котором до этого момента нам не говорил...
6. В результате интерпретаций бессознательных тенденций в настоящем могут вернуться воспоминания о прошлых реальных переживаниях; воспоминания, связывающие эти тенденции с реальными переживаниями и делающие и те и другие понятными.

#### Специфические и неспецифические средства 381

7. Выводы относительно внешней ситуации, которые прежде отвергались пациентом, могут быть признаны или по собственной инициативе приведены пациентом...
8. Одним из самых важных показателей, подтверждающих правильность наших определенных интерпретаций, является уменьшение в их результате определенных тревог. Это может быть показано различными способами. Например, могут последовать телесные признаки освобождения от тревоги, такие, как расслабление напряженных мышц, прекращение беспокойных или

стереотипных движений, изменение тона голоса...

9. Ослабление тревоги также заметно в ассоциациях пациента, которые могут показать, что вся бессознательная фантазийная ситуация изменилась, и в результате правильной интерпретации появляется новый материал...
10. Эти изменения в силе и направленности тревоги имеют наибольшее значение в ситуации переноса. Именно то, что происходит в ситуации переноса, является лакмусовой бумажкой для проверки правильности наших восприятий. Обоснованная интерпретация может изменить представленный в фантазии образ аналитика, фигура которого из угрожающей превращается в помогающую... Если интерпретация была как правильной, так и адекватной, то богаче развернутся фантазии, а воспоминания будут оживать более свободно...

Хотя эти признаки указывают на точность интерпретаций, их нельзя считать доказательством (Thomä, Houben, 1967). Согласно Айзексу (Isaacs, 1939, p. 155), следующие общие правила применимы также к интерпретациям, относящимся к более ранним чувствам и действиям, в попытке реконструировать историю жизни пациента:

*Подтверждение* этих выводов приходит затем различными путями: например, (а) в результате наших интерпретаций возникают новые воспоминания, о которых нам еще не говорилось или которые были давно забыты пациентом; (б) такие воспоминания могут прямо подтверждать сделанные выводы, могут представлять новые моменты в том же роде или, будучи другими, все же могут быть связаны с нашими выводами, исторически или психологически; (в) может появиться дальнейший ассоциативный материал, который делает понятным, почему то или другое переживание, так же как и теперешние установки, было *забыто*; (г) подтверждение может быть получено из внешних источников, например от друзей и родственников. Такое подтверждение извне не является необходимым для самой аналитической работы, но полезно с научной точки зрения как дополнительное и независимое доказательство.

Наши вводные замечания о специфических и неспецифических средствах объясняют, почему мы отводим интерпретации особое место в психоаналитической технике. С другой стороны, мы рассматриваем интерпретацию во взаимодействии с неспецифическим фоном, который может выдвинуться на передний план в некоторые моменты терапии и тогда приобретает особую эффективность. По этой причине мы придерживаемся критической дистанции от интерпретативного пуризма Эйсслера. Эйсслер (Eissler, 1953) ввел технику базовой модели, пытаясь об-

## 382 Средства, пути и цели

наружить *те именно* решающие и истинно психоаналитические переменные среди множества переменных, которые характеризуют и определяют аналитический процесс и излечение. На какое-то время мы примем эту позицию, потому что мы согласны с аналитиками, полагающими, что «интерпретация — это наиболее мощное и с наибольшими последствиями вмешательство, имеющееся у нас в распоряжении» (Eissler, 1958, p. 222).

Эйсслер идет еще дальше. По его мнению, классическая техника психоанализа представляет собой терапию, «в которой интерпретация остается *исключительным*, ведущим или преобладающим орудием» (Eissler, 1958, p. 228; курсив наш). Эта техника не существует где-либо в чистой форме; говоря словами самого Эйсслера, «ни один пациент никогда не подвергался анализу с помощью техники, в которой использовались бы только одни интерпретации» (p. 223). Эйсслер ввел понятие параметра, позаимствовав его у математиков, использующих этот термин для описания величин в уравнениях, которые либо остаются неизвестными, либо постоянными и которые появляются *в добавление к истинным переменным*. Эйсслер заимствует этот термин для описания всего, что остается за интерпретацией, истинной психоаналитической переменной.

Условия техники базовой модели все еще сохраняются, согласно Эисслеру (Eissler, 1953, pp. 110—113), если параметр удовлетворяет четырем критериям:

(1) Параметр должен вводиться, только когда доказано, что техники базовой модели недостаточно; (2) параметр никогда не должен переходить границы неизбежного минимума; (3) параметр должен использоваться, только когда в конечном итоге он ведет к самоисключению; это значит, что заключительная фаза лечения должна протекать с параметром, равным нулю...(4) воздействие параметра на отношения переноса никогда не должно быть таким, что оно не может быть упразднено с помощью интерпретации (Eissler, 1953, pp. 111, 113).

В том же исследовании Эисслер ссылается на два других параметра, которые могут быть существенными в лечении шизофреников или серьезно больных невротиков: *определение цели* и *редукция симптомов*. Эти два параметра не удовлетворяют данным четырем условиям, и, применяя их, аналитик отходит от техники базовой модели и не может вернуться к ней. Однако интерпретации фактически также содержат конечный аспект, то есть цель, и пуристская техника, таким образом, перестает быть чистой. Эисслер демонстрирует черты того, что называет параметрами, ссылаясь на отклонения от техники базовой модели, к которой прибегал Фрейд в связи с особенностями личностной структуры и симптомов одного пациента (Человек-Волк). Он иллюстрирует первый из вышеупомянутых критериев параметров

Специфические и неспецифические средства 383

со ссылкой на активные вмешательства Фрейда в терапии пациентов с фобиями.

То, что в истории психоанализа техника базовой модели создала больше проблем, чем их решила, связано с отсутствием должного внимания к контексту. Ограниченная перспектива, основанная на этой технике, утверждалась исходя из того, какой *должна быть* практика. Однако, как вынужден был признать и Эисслер, пока психоаналитическая герменевтика еще не описана систематически (Eissler, 1958, p. 226), аналитик оснащен набором инструментов, которые неизбежно загрязняются по мере их употребления, к тому же их герменевтическая технология не может быть систематически разработана, пока не станет центром внимания терапевтической функции. Интерпретативный пуризм может помешать развитию терапевтически благоприятной атмосферы. Инсайт тогда будет лишен аффективной глубины.

С одной стороны, понятие инсайта является центральным в психоаналитической теории, претендующей, в отличие от других форм терапии, на способность достичь перемен средствами инсайта. Интерпретация, важнейший инструмент терапии, направлена на способность пациента достичь перемен в своих нарушениях средствами инсайта. С другой стороны, в последние годы инсайт все в большей степени противопоставляется целительному эффекту терапевтических отношений. Сдержанное отношение к ведущей роли инсайта исходит из двух различных школ. Школа Кохута довольно скептически относится к понятию инсайта, потому что тот якобы неразрывно связан с терапией психического конфликта, а целительные факторы в теории лечения с позиций Я-психологии решительно зависят от интернализации эмпатического понимания психоаналитика. Другой причиной ограничения является тот факт, что понятие инсайта приписывается психологии одного человека; согласно критической оценке последней, подчеркивание целительного эффекта терапевтических отношений даже устраняет инсайт (Appelbaum, 1975, 1976; Eagle, 1984). Это происходит в силу того, что целительный эффект обнаружения нового объекта становится зависимым от интернализации функций аналитика или от научения в рамках новых отношений (Loewald, 1960; Thomä, 1981).

Среди большого числа авторов, продолжающих верить в значимость понятия инсайта, имеются значительные разногласия по существенным вопросам, до сих пор не позволившие прийти к единообразному определению термина. Определение, данное в глоссарии

психоаналитических терминов, многим кажется неудовлетворительным; согласно ему, инсайт означает «субъективное переживание или знание, приобретенное во время психоанализа, относящееся к прежде бессознательному патогенному содержанию или конфликту» (цит. по: Blacker, 1981, p. 659).

#### 384 Средства, пути и цели

Если посмотреть на различные косвенные или прямые определения инсайта, содержащиеся в обширной литературе по этому предмету, можно заметить, что на них оказывает влияние взаимодействие по меньшей мере трех точек зрения.

1. Для Фрейда инсайт связан с открытием бессознательной реальности (Bush, 1978). Здесь инсайт оказывается способностью объяснить поведение в настоящем на базе предыдущих событий, как показали Фишер и Гринберг (Fisher, Greenberg, 1937, p. 350). Инсайт относится к бессознательным патогенным конфликтам, имевшим место в детстве, и их последующим производным и последствиям (Blum, 1979, p. 44). Где бы инсайт ни определялся таким образом, будь то в терапии или в исследовательской работе, следует представить отдельное доказательство того, что познание бессознательных процессов действительно связано с целебным эффектом.
2. В примерах, приводимых многими авторами, осознание чего-то, что было бессознательным, понимается в другом смысле. Осознавание часто означает, что психическое содержание получает новый смысл. В этой связи Блум (Blum, 1979) цитирует определение инсайта, данное в словаре Вебстера: проникновение во внутреннюю природу вещей или ее понимание. Ной (Noy, 1978) подчеркивает связь между инсайтом и творчеством.
3. То, что терапевтический инсайт и желаемое терапевтическое изменение часто далеко отстоят друг от друга — обстоятельство, по поводу которого сетовал и Фрейд, — привело к попыткам ограничить понятие инсайта, связав его с терапевтическим изменением. Однако каждое изменение должно найти себе доказательство в конкретном поведении или в поступках. При таком подходе понятие инсайта очень тесно связано с поведением и действием.

Интенсивные исследования феномена псевдоинсайта усилили тенденцию среди аналитиков не рассматривать в качестве прототипа инсайта такие моменты, когда «ага-переживания» пациента решают основные проблемы. Такому взгляду способствовало исследование Криса (Kris, 1956a), который описал инсайт в рамках «хорошего часа» и понимал его как процесс. Таким образом, он скорректировал неверную концепцию, проистекающую из работы Фрейда «Воспоминание, повторение и проработка» (1914d). Фрейд думал, что инсайт является решающим когнитивным актом и что за ним следует проработка, тогда как в действительности инсайт и проработка тесно связаны с самого начала и являются частью терапевтического процесса.

Исследование Криса выражает также тенденцию привязывать понятие инсайта не только к содержанию, но также и к возможности для пациента иметь доступ к своим мыслям. В то

#### Специфические и неспецифические средства 385

время как Стрэчи (Strachey, 1934) четко утверждал, как должен рассматривать аналитика пациент, чтобы интерпретация носила изменяющий характер, такие авторы, как Рид и Файнсингер (Reid, Finesinger, 1952), Ричфилд (Richfield, 1954), Крис (Kris, 1956a) и Хэтчер (Hatcher, 1973), описывают в мельчайших деталях доступ, который пациент получает к своим мыслям во время разных фаз инсайта. Очень важно не упускать из виду тот факт, что содержание мыслей и доступ к ним для пациента относятся к разным, хотя и связанным явлениям. Слово «инсайт» предполагает, что некое психическое содержание воспринимается

и понимается по-новому. Момент внутреннего изменения у пациента нельзя наблюдать непосредственно; о нем можно сделать заключение только косвенно. Когда описывают изменившийся доступ, лучше было бы говорить об «усмотрении» (seeing in), чем об инсайте. Это различие, возможно, могло бы положить конец старому спору о том, является ли инсайт причиной или следствием психоаналитического процесса, «Изменение», если его рассматривать как умозрительное мгновенное событие, относится к результату, в то время как состояния «усмотрения» и «изменения» характеризуют процесс.

Дискуссия о псевдоинсайтах очень быстро привела к коррекции идеи о том, что изменение достигается исключительно средствами познания. Фенихель (Fenichel, 1941) продолжал полагаться на полярность чувствования и мышления. Почти все авторы, рассуждавшие о понятии инсайта, выражали мнение, что «истинный» инсайт, или усмотрение, находится между полюсами, образуемыми эмоциями и интеллектом. Эти полюса описываются по-разному. Рид и Файнсингер (Reid, Finesinger, 1952) описывают их как эмоции и познавательные процессы. Ричфилд (Richfield, 1954), в отличие от них, описывает две формы знания. Валенстейн (Valenstein, 1962) употребляет немецкое слово *Erlebnis* (переживание) в отношении эмоционального полюса. Наконец, Хэтчер (Hatcher, 1973) отличает «переживание» самонаблюдения от более рефлексивной формы.

Процесс инсайта описывается как связанный с актом интеграции, который содержит потенциал для новых решений и тем самым для изменений и для творчества. Различия возникают из-за способов, которыми концептуализируется эта интеграция. По мнению Криса (Kris, 1956a), Рида и Файнсингера (Reid, Finesinger, 1952), интегрируется некое новое психическое *содержание*. Крис описывает этот процесс как относящийся к интегрирующей функции Эго и обсуждает отношения между этой функцией и понятием Нунберга (Nunberg, 1931) о синтетической функции Эго. Мейерсон (Meyerson, 1956) также рассматривает реинтеграцию в контексте синтетической функции Эго. Для таких авторов, как Прессман (Pressman, 1969) и Вален-

386 Средства, пути и цели

стейн (Valenstein, 1962), это скорее вопрос специфического, то есть интегрированного, *доступа* к содержанию мысли. Хотя это различие кажется незначительным на первый взгляд, оно обозначает два различных способа концептуализации интеграции: либо как соединения психических сущностей, либо как деятельности, перегруппировывающей некое психическое содержание, которое разделено на отдельные аспекты под более общим углом зрения. Шарфман (см.: Blacker, 1981) подчеркивает интегрирующую функцию. В психоаналитическом процессе инсайт выполняет функцию «наведения мостов между различными уровнями психики».

Понимание инсайта как интегрирующей психической деятельности позволяет уловить те моменты, где пересекаются психоаналитическое понятие инсайта и различные экспериментальные результаты по достижению инсайта. Мы наблюдаем интеграционную деятельность, то есть объединение различных психических сущностей под общим углом зрения, в совершенно разных областях психической деятельности. Особые свойства интегрирующей деятельности в психоаналитическом процессе возникают в результате того, что различные психические уровни, по терминологии Шарфмана, противостоят друг другу. Интеграция противостоящих психических уровней — это особое психическое достижение, требующее полного овладения состоянием напряжения. Интеграция переживаний и интеллектуальных форм доступа к собственным внутренним процессам, являющаяся важной темой в психоаналитической литературе об инсайте, принципиально отличается от экспериментов по когнитивному инсайту тем, что переживание и интеллектуальные формы находятся в оппозиции друг к другу и склонны порождать конфликты.

### 8.3.4 Новое начало и регрессия

В своей книге «Базовое нарушение: терапевтические аспекты регрессии» (1968) Балинт связал свою теорию генезиса психических и психосоматических заболеваний с техническим понятием нового начала. Новое начало и базовое нарушение представляют собой две стороны одной монеты: новое начало — это терапевтическое понятие, базовое нарушение — понятие объясняющее. Для Балинта базовое нарушение является необходимым условием для каждого серьезного психического или психосоматического заболевания. Новое начало для него, в конечном счете, относится ко всем тем процессам, которые можно наблюдать при терапевтическом уничтожении или дезактивации условий, породивших болезнь, то есть к преодолению базового нарушения. Базовое нарушение и новое начало заключают в себе тео-

Специфические и неспецифические средства 387

рию происхождения и лечения психических заболеваний (Thomä, 1984).

Базовое нарушение принадлежит к области ранних взаимоотношений матери и ребенка. Интрапсихические конфликты, связанные с эдиповыми трехсторонними отношениями, у маленького ребенка не возникают. Балинт описывает базовое нарушение как дефект в психической структуре, и особенно в смысле ее дефицитарности (Balint, 1968, pp. 21—22). Исходя из теории базового нарушения, неврозы, характерологические затруднения и, возможно, даже психозы и психосоматические заболевания являются симптомами одной и той же этиологии. Поскольку каждый испытывает эту самую раннюю и фундаментальную дефицитарность, то она, таким образом, может рассматриваться как необходимое условие любого заболевания.

Гипотезу о дефицитарности можно обнаружить во многих психосоматических теориях, общим знаменателем которых является то, что они помещают генезис дефицитарности в раннюю доэдипову фазу развития. Если техника психоаналитического лечения ограничена интерпретацией интрапсихических конфликтов, она неприменима там, где эти конфликты еще не могут присутствовать. Тогда становится понятным, почему довербальному эмпатическому пониманию и бессловесному переживанию уделяется особое внимание при устранении состояния дефицитарности. Терапевтические же средства припоминания и инсайта посредством интерпретации отходят на задний план. Равновесие между инсайтом и эмоциональным переживанием — двумя главными компонентами терапевтического процесса — склоняется в пользу переживания.

Согласно Балинту, новое начало достигается средствами *регрессии* в психоаналитической ситуации. Регрессия также не является процессом, который возникает в пациенте сам собой (Loch, 1963). Балинт напоминает нам, что

регрессия является не только интрапсихическим, но также и интерперсональным феноменом, так как решающее значение имеют его терапевтическая полезность, его межличностные аспекты. Для того чтобы понять смысл регрессии в полной мере и справиться с ней в аналитической ситуации, важно иметь в виду, что форма, в которой выражается регрессия, только частично зависит от пациента, его личности и его болезни, а частично и от объекта; поэтому ее следует рассматривать как *один* из симптомов взаимодействия между пациентом и его аналитиком. Это взаимодействие имеет, по меньшей мере, три аспекта: способ, (а) которым объект распознает регрессию, (б) которым она принимается объектом и (в) которым объект реагирует на нее (Balint, 1968, pp. 147—148).

Теперь обсудим отношение нового начала к тем регрессивным состояниям, которые заходят дальше травматизации и которые Балинт описывал в рамках психологии объектных отно-

шений. Эти состояния недоступны ассоциациям и интерпретациям. По мнению Балинта, самым важным из дополнительных терапевтических средств

является помощь пациенту в развитии примитивных отношений в аналитической ситуации, соответствующих его компульсивному паттерну, и поддержании их в состоянии безмятежного покоя, пока он не сможет обнаружить возможность новых форм объектных отношений, пережить их и поэкспериментировать с ними. Поскольку базовое нарушение, пока оно находится в активном состоянии, определяет те формы объектных отношений, которые доступны индивиду, необходимой задачей, стоящей перед лечением, является дезактивация базового нарушения путем создания условий, в которых оно может быть излечено. Чтобы достичь этого, пациенту следует позволить регрессировать либо до окружавшей его обстановки (*setting*), то есть до определенной формы объектных отношений, породивших первоначальное состояние дефицитарности, или даже до какой-либо предшествующей стадии (Balint, 1968, p. 166).

Состояние дефицитарности «не может быть «проанализировано» до исчезновения», но остается как шрам (Balint, 1968, p. 180). Очевидно, что описание отношения, желательного аналитику, которое может привести к компенсации состояния дефицитарности, зависит от теоретического понимания кризиса, предшествовавшего базовому нарушению или сопровождавшего его. Балинт описывает впечатляющие образы проникновения, переплетения и эмбриональной гармонии и постулирует бессознательное стремление человека вновь достичь этого утраченного им единства. В отношении точности своей теории Балинт добавляет:

Если моя теория правильна, то мы должны ожидать, что встретим все эти три типа объектных отношений — наиболее примитивное гармоническое взаимопроникающее смешение, окнофилическое прилипание к объектам (*ocnophilic clinging to objects*) и филобатическое предпочтение безоbjectного пространства (*philobatic preference for objectless expanses*) — в каждом аналитическом лечении, где позволителен регресс, идущий дальше определенной точки (1968, pp. 71—72).

Как таковые эти феномены не вызывают возражений. Действительно существует мало людей, которым чуждо ощущение себя частью мира, чувство удовольствия от связи с объектами и радости от глубины пространства. Балинт сам упоминает многие поразительные повседневные примеры окнофилических и филобатических способов переживаний в своей работе «Волнения и регрессия» (1959). Филобатизм и окнофилия могут служить полюсами типологии, в которой преобладают смешанные формы.

Здесь, так же как и с новым началом, мы встречаем проблемы, возникающие в результате попыток Балинта не только описать, но и объяснить некоторые феномены средствами своей психоаналитической теории объектных отношений. Обстоятель-

Специфические и неспецифические средства 389

ная концепция регрессии связывает психологию объектных отношений как с теорией сновидений, так и с использованием кушетки, которое побуждает к регрессии и вместе со свободным ассоциированием может быть даже названо регрессивным актом. Согласно теории, разработанной Балинтом, который и сам понимал ее противоречивость (Balint, 1968, p. 129), новое начало может иметь место, если между аналитиком и глубоко регрессивным пациентом развиваются примитивные, довербальные отношения (Balint, 1968, pp. 165—167).

Хронологически и феноменологически Балинт различает три формы примитивных объектных отношений:

(а) наиболее примитивные, которые я называю первичной любовью, или первичные отношения, вид гармоничного взаимопроникающего смешения между развивающимся индивидом и его первичными субстанциями, или его первичным объектом; (б) и (в) окнофилия и филобатизм, которые

образуют некие дополнения друг друга; они уже предполагают обнаружение достаточно устойчивого частичного или целого объекта. Для преимущественно окнофильного индивида жизнь представляется безопасной только при тесной близости к объектам, в то время как периоды вмешательства или наличие пространства между объектами испытываются как ужасные и опасные... Напротив, преимущественно филобатические индивиды переживают объекты как ненадежные и случайные и склонны обходиться без них и ищут дружественные им просторы, отделяющие от них предательские объекты во времени и пространстве (Balint, 1968, p. 165).

Хотя новое начало в ситуации «здесь-и-теперь» происходит при благоприятных объектных отношениях и в принципе не может быть выведено из «тогда-и-там», оно все же понимается как регрессия к ранней дотравматической фазе развития. Неразрешенная проблема отношений между реконструкцией и терапевтическим изменением немедленно становится очевидной, если мы сосредоточимся на одном из самых существенных среди критериев нового начала Балинта: новое начало всегда происходит в переносе, то есть в объектных отношениях, и ведет к преобразованию в отношениях пациента с объектами его любви и ненависти и, следовательно, к значительной редукции тревоги. Перенос здесь не понимается в узком смысле как повторение, но скорее как всеобъемлющий тип отношений с существенно новыми элементами.

Вызывающие изменения переживания в новом начале выходят за пределы навязчивого повторения, но они не могут быть объяснены и путем теоретического обращения к дотравматической гармонии, которая имела место до того, как развилось базовое нарушение. Приписывая самым ранним объектным отношениям специальную терапевтическую роль в новом начале регрессивных пациентов, страдающих от базового нарушения, Балинт пренебрег ситуационным и творческим элементами в терапевтической ситуации. Понятие нового начала приобретает свой

#### 390 Средства, пути и цели

полный смысл в теории терапии, если оно понимается как событие, происходящее «здесь-и-теперь», которое становится возможным благодаря аналитику (Khan, 1969).

Для этой цели необходимы оба технических средства (интерпретация и объектные отношения), по-видимому, в разной дозировке и в связи с другими лечебными факторами. Разделение всей психопатологии на два класса, при том, что базовое нарушение считается обуславливающим каждое серьезное заболевание, неудовлетворительно. Конечно, мы можем спроецировать весь наш творческий потенциал и каждое новое начало на самые ранние моменты нашего развития и в конце концов найти там в ретроспективной утопии свое истинное Я. Передвинув исходную творческую фазу к началу жизни, Балинт стал жертвой своих собственных теоретических предрассудков и поместил новое начало там. Мы, напротив, представляем новое начало как творческий процесс, связанный со многими психическими актами — пробными действиями и их реализацией, которые нужно предпринимать повторно (Rothenberg, 1984).

Используя эту концепцию, мы пытаемся связать два взгляда на регрессию, то есть эгопсихологию и теорию объектных отношений. Опасность злокачественной дегенерации регрессий очень велика, поскольку они *не* находятся в распоряжении Эго (Kris, 1936). Александер (1956) настойчиво подчеркивает это. Вообще говоря, ни произведения искусства, ни случаи излечения не являются результатом только регрессии; иначе существовало бы намного больше художников и намного меньше людей с эмоциональными расстройствами.

## 8.4 Интерпретации переноса и реальность

Со времени появления исследований Стрэчи (Strachey, 1934, 1937) интерпретации переноса считаются главным изменяющим (mutative) инструментом. Поскольку мутативный эффект интерпретации переноса, то есть изменение, связан с общением пациента и



аналитика, то новаторство Стрэчи стало главным примером терапевтически результативных процессов общения, объектных отношений и их воздействия на интрапсихические структуры.

Согласно Стрэчи, в мутативных интерпретациях имеет место обмен содержаниями Супер-Эго; установки, которые средствами интерпретаций передает аналитик, интернализуются пациентом в качестве новых, не жестких частей Супер-Эго. Таким образом, результатом этого обмена является частичная идентификация пациента с психоаналитиком. Поскольку идентификация играет такую значительную роль в терапии, мы позднее деталь-

#### Интерпретации переноса и реальность 391

но обсудим это. Стрэчи описал типы интерпретаций переноса, которые изменяют переживания и поведение пациента. Пациент приходит к новым идентификациям, потому что аналитик берет на себя функции дополнительного Супер-Эго.

Понятие мутативной, преобразующей интерпретации направило внимание на процессы общения и таким образом стало моделью для интеракционного понимания терапии. Данная оценка парадигматической работы Стрэчи является результатом независимых исследований, представленных Клаубером (Klauber, 1972a) и Розенфельдом (Rosenfeld, 1972). Оба эти автора подчеркивают, что нововведение Стрэчи оказало долговременное влияние на психоаналитическую технику лечения. Содержание мутативных интерпретаций переноса с тех пор было существенно расширено. Стрэчи предполагал, что части Супер-Эго особенно проецируются на аналитика. Однако важным моментом теории проективной и интроективной идентификации считается теперь не Супер-Эго, но хорошие и плохие части Я (self). Поэтому Розенфельд пополнил содержание мутативной интерпретации Стрэчи интерпретативными содержаниями кляйнианской школы.

На уровне отношений аналитик функционирует как нечто большее, чем просто дополнительное Супер-Эго, постепенная интроекция которого посредством мутативных интерпретаций является, по Стрэчи, условием изменения. Используя терминологию структурной теории психоанализа, психоаналитика можно назвать дополнительным Эго. В этой функции он помогает пациенту достичь новых инсайтов и таким образом прервать невротическое навязчивое повторение. Хотя аналитик способствует незамедлительному ослаблению тревоги, было бы неправильно приравнивать его функционирование в качестве дополнительного Эго к прямой поддержке пациентов со слабым Эго. Стрэчи ограничился описанием интроекции психоаналитика в Супер-Эго пациента, но сегодня подошли к двух- и трехперсональной психологии как следствию развития психоаналитической психологии объектных отношений, которая отводит главную роль идентификации пациента с аналитиком. В то время как раньше, при работе с пациентом, обнаруживающим патологию Супер-Эго, можно было предполагать, что надежные отношения разовьются сами по себе, потому что здоровые части личности пациента образуют связь с задачей анализа вопреки сопротивлению и вытеснению, со многими сегодняшними пациентами это уже невозможно. То, что Кохут (Kohut, 1977) приписывает аналитику функцию Я-объекта (selfobject), говорит само за себя. Здесь мы имеем дело с процессами обмена в смысле первичной идентификации, которая создает нечто общее как основу для взаимодействия и взаимности.

#### 392 Средства, пути и цели

Открытие готовности пациента вступать в терапевтические отношения с психоаналитиком для в какой-то степени совместной работы и идентифицироваться с ним носило парадигматический характер, Стрэчи выразил удивление, что

существует сравнительно мало психоаналитической литературы, касающейся механизма, с помощью которого достигается терапевтический эффект. В течение последних тридцати или сорока лет было

собрано значительное количество данных, которые проливали свет на природу и функционирование человеческой психики; произошел также ощутимый прогресс в классификации и сведении данных к совокупности обобщенных гипотез или научных законов. Однако заметны большие колебания в детальном применении этих *открытий к самому терапевтическому процессу* (Strachey, 1934, p. 127; курсив наш).

Это наблюдение можно объяснить тем, что не было специального психоаналитического словаря для описания лечебных факторов, то есть тех процессов, которые исходят из трансферентного невроза. Описания, таким образом, были неизбежно туманными. Отчасти использовалась терминология доаналитической гипнотической психотерапии, которая несвободна от дурной славы, связанной с влиянием суггестии. В своей модели мутативной интерпретации Стрэчи построил новый фундамент для влияния аналитика, хотя оно и было ограничено обменом содержаниями Супер-Эго. Так что уже не было необходимости заимствовать элементы из доаналитических теорий или из общих концепций, чтобы объяснять терапевтические перемены в тех или иных отношениях.

Насколько много еще остается неясного и спорного, можно видеть из противоречий в теориях терапевтического процесса и из трудностей, которые встречаются, когда делаются попытки преобразовывать эти теории в практические шаги. Каков вклад аналитика в создание общей основы? Каким образом он помогает пациенту идентифицироваться с совместной задачей и с аналитиком, проливающим новый свет на его жизненные проблемы и на его симптомы? Ответ на эти вопросы нельзя найти, основываясь только на рабочих отношениях в целом, нужно перевести эти отношения в индивидуальные технические приемы. То же самое справедливо и для приложения теории идентификации к процессам терапевтического общения. Сегодня признается, что мутативные интерпретации принадлежат к более крупной категории вмешательств. Чтобы облегчить сравнение, мы хотели бы сослаться на два характерных отрывка из исследования Стрэчи:

Нетрудно предположить, что эти постепенные интроекции аналитика происходят в моменты успешного проведения интерпретаций переноса. В эти уникальные для опыта пациента моменты объект его бессознательных импульсов раскрывается одновременно и в качестве ясно осознающего

#### Интерпретации переноса и реальность 393

природу этих импульсов, и в качестве не чувствующего по их поводу ни беспокойства, ни гнева. Таким образом, объект, интроецируемый в эти моменты, будет обладать уникальным качеством, которое будет эффективно препятствовать его недифференцированному погружению в первоначальное Супер-Эго пациента и будет, напротив, подразумевать шаг вперед в продолжающейся модификации его психологической структуры {1937, pp. 144—145}.

Затем Стрэчи сравнивает терапевтические эффекты, достигаемые аналитиком, с теми, которые достигаются терапевтом, прибегающим к внушению:

Справедливо, что аналитик тоже предлагает себя пациенту в качестве объекта и надеется, что тот интроецирует его в качестве Супер-Эго. Но с самого начала у него существует стремление дифференцировать себя от архаичных объектов пациента и постараться, насколько возможно, чтобы пациент интроецировал его не как еще один архаичный образ (*imago*) в добавление к остальному примитивному Супер-Эго, но как зародыш отдельного и нового Супер-Эго... Короче говоря, он надеется, что он сам будет интроецирован пациентом как Супер-Эго — интроецирован, однако, не залпом и не в качестве архаичного объекта, неважно, плохого или хорошего, но понемногу и в качестве *реального лица* (Strachey, 1937, p. 144; курсив наш).

Вряд ли Стрэчи действительно надеялся быть поглощенным в качестве реального лица.

Напротив, он, возможно, рассчитывал на *символическую интернализацию*, которая, кстати, как говорят, является характерной для многих каннибальских ритуалов (Thomä, 1967a, p. 171). В ходе такой интернализации как отношение к реальности, так и самоощущение претерпевают изменение. Таким образом, можно сказать, что реальность изменяется в результате символического взаимодействия.

Для нынешней фазы психоаналитической техники характерны, как пишет Клаубер (Klauber, 1972, p. 386), попытки отличать элементы переноса от элементов непереноса и более точное описание *реальности* аналитической ситуации. Мы надеемся, что обсуждение в данном разделе будет способствовать достижению этих целей.

Клаубер дает следующее описание фаз, последовавших за необыкновенно влиятельным исследованием Стрэчи. В *первой* фазе внимание было приковано, благодаря, вероятно, наиболее новаторской из всех последующих исследований статье А. и М. Балинтов «Перенос и контрперенос» (A. Balint, M. Balint, 1939), к факту, что у каждого аналитика есть эмоциональная потребность вести свою работу способом, соответствующим его личности, и что тем самым он создает совершенно индивидуальную и особую атмосферу. Таким образом, был поднят вопрос, возможна ли вообще для аналитика та напоминающая зеркало установка, которую рекомендовал Фрейд. *Вторая* фаза началась после второй мировой войны. Терапевтическое значение реак-

394 Средства, пути и цели

ций аналитика было особенно подчеркнуто в исследовании Винникотта «Ненависть в контрпереносе» (Winnicott, 1949) и в работе Хайманн «О контрпереносе» (Heimann, 1950). Для *третьей* фазы центральными были описания Сирлзом (Searles, 1965) и Рэкером (Racker, 1968) комплексного взаимодействия между пациентом и аналитиком.

Как мутативные интерпретации, так и тезис Стрэчи о том, что аналитик в своей благотворной роли интроецируется в Супер-Эго пациента, особенно подчеркивали проблему реальности в терапевтической ситуации и вопрос о воздействии, которое оказывает «реальная личность» аналитика. Эти вопросы так же стары, как и сам психоанализ. Сейчас, в центре *четвертой* фазы, кажется возможным их техническое решение. Мы рассматриваем нынешнее развитие как важнейший шаг к интеграции «здесь-и-теперь» и «тогда-и-там».

Мы начинали со ссылки на решения, упомянутые Стрэчи и подчеркнутые Клаубером, который призывал нас не переоценивать содержание и специфичность интерпретаций, так как их следует рассматривать в контексте взаимоотношений. Установка аналитика сигнализирует: «Во всяком случае, я останусь дружелюбным и не буду действовать как старый объект; я веду себя иначе, чем вас заставляют ожидать устаревшие условия, вызвавшие тревогу». Аналитик не придерживается принципа «око за око и зуб за зуб», тем самым создавая возможность для разрыва *circulus vitiosus*, который Стрэчи описал так ярко. В конце концов, в теории развития Эго понятие Супер-Эго ответственно за характер тех переживаний и действий, которые относятся к категории заповедей, запретов и идеалов. Переоценка этих норм является, по мнению Стрэчи, целью мутативных интерпретаций. Высказывание Клаубера о том, что этот процесс означает интернализацию частей ценностной системы аналитика, звучит убедительно. Осторожную формулировку этой точки зрения можно найти даже в некоторых замечаниях Стрэчи.

Реальная личность аналитика проявляется как «новый объект» во второй фазе мутативных интерпретаций по Стрэчи. В этой фазе чувство реальности пациента играет решающую роль, и, когда развивается тревога, аналитик превращается в архаичный объект переноса. Результат второй фазы интерпретации зависит от

способности пациента (в критический момент появления в сознании некоторого освобожденного количества Ид-энергии) провести различие между объектом его фантазии и реальным аналитиком. Проблема здесь тесно связана с той, о которой я уже говорил, а именно с чрезвычайной не-

устойчивостью позиции аналитика как дополнительного Супер-Эго. Аналитическая ситуация все время угрожает выродиться в «реальную» ситуацию. Но в действительности это означает противоположное тому, чем это кажется. Это означает, что пациент все время находится на грани того,

## Интерпретации переноса и реальность 395

чтобы превратить реальный внешний объект (аналитика) в архаичный, то есть он находится на грани проецирования на него своих примитивных интроецированных образов (имаго). Коль скоро пациент действительно проделает это, аналитик становится, подобно всякому другому, кого он встречает в реальной жизни, объектом фантазии. Тогда аналитик теряет особые преимущества, которые давала ему аналитическая ситуация; подобно всем другим фантазийным объектам он будет интроецирован в Супер-Эго пациента и не сможет больше действовать своими особыми методами, важными для осуществления мутативной интерпретации. В этой трудной ситуации чувство реальности пациента является важным, но очень слабым союзником; в самом деле, его усиление — это одна из тех вещей, к которой, как мы надеемся, приведет анализ. Поэтому важно, чтобы оно не подвергалось никакому излишнему напряжению; и в этом заключается основная причина того, почему аналитик должен избегать любого реального поведения, которое, возможно, подтвердит точку зрения пациента на него как на «плохой» или «хороший» объект фантазии (Strachey, 1934, p. 146).

Это колебание в реакции, неважно — в смысле хорошего или плохого объекта, должно дать пациенту возможность «сравнить внешний объект фантазии с реальным» (Strachey, 1934, p. 147). В результате этого сравнения различных имаго, спроецированных на аналитика, с более реалистическим восприятием чувство реальности пациента укрепляется. Таким образом, согласно Стрэчи, происходит приспособление к внешней реальности и признание того, что существующие объекты не являются плохими или хорошими в архаичном смысле. Стрэчи, очевидно, подразумевает, что дифференцированный инсайт делает детские восприятия относительными, и заключает свое предположение следующим замечанием:

Парадоксально, но наилучший способ гарантировать, что его Эго сможет отличить фантазию от реальности, — это отдалить его от реальности как только можно. Но так оно и есть. Его Эго так слабо — настолько зависит от милости Ид и Супер-Эго, — что он *может справиться с реальностью, только если она подается в малых дозах*. И фактически эти дозы и подаются ему аналитиком в виде интерпретации (Strachey, 1934, p. 147; курсив наш).

Технические проблемы тезисов Стрэчи вполне могут корениться в противоречиях, связанных с тем, как определить реальность в аналитической ситуации. В самом деле, не только в исследованиях Стрэчи и связанных с ними дискуссиях эта проблема остается нерешенной. Общие трудности вытекают из того факта, что

Фрейд придавал важное значение понятию «проверка реальности» (reality-testing), хотя никогда не развивал последовательного терапевтического объяснения этого процесса и не давал ясного отчета о его отношении к принципу реальности. То, как он употреблял это понятие, еще яснее раскрывает, что оно охватывает два направления мысли: с одной стороны, генетическую теорию познания реальности, касающуюся того, как инстинкт методом проб и ошибок проверяется реальностью, с другой — ква-

## 396 Средства, пути и цели

зитрансцендентальную теорию, имеющую дело с построением объекта на основе целого ряда

антитез: внутренний — внешний, удовольствие — неудовольствие, интроекция — проекция (Laplanche, Pontalis, 1973, p. 381).

Очевидно, что Стрэчи мыслил, исходя из антитетических регуляторных принципов, то есть в рамках принципов удовольствия и реальности. Поскольку, согласно теории, принцип удовольствия модифицируется просто принципом реальности, поиск удовлетворения от реального (материального) объекта остается определяющим фактором. С другой стороны, психическая реальность формируется бессознательными желаниями и фантазиями. Фрейд полагал необходимым допускать противоречие между этими двумя реальностями, так как табу на инцест и другие неизбежные фрустрации ограничивают материальное удовлетворение, но при этом конституируют действительно желаемую реальность.

Только отсутствие ожидаемого удовлетворения, испытанное разочарование привело к отказу от этой попытки получить удовлетворение средствами галлюцинаций. Вместо этого психический аппарат вынужден был создать концепцию *реальных обстоятельств* во внешнем мире и попытаться произвести в нем *реальные изменения*. Тем самым был введен новый принцип психической деятельности; то, что было представлено в психике, стало уже не тем, что приятно, а тем, что реально, даже если это оказывалось неприятным (Freud, 1911b, p. 219; курсив наш).

Если предположить, что объектные отношения регулируются принципами удовольствия и реальности, тогда переживаемая реальность определяется преобладанием того или другого принципа. Для психоаналитической теории характерно рассматривать принцип удовольствия как первичный и архаичный факт, который является неисчерпаемым и происходит из бессознательного, из Ид. Действительно, существует большая разница, воображаю ли я что-нибудь или я могу действительно схватить объект или каким-то образом немедленно воспринять его (Hurvich, 1970; Kafka, 1977). Однако это не противоречие между различными реальностями, которое нужно учитывать и которое неизбежно привело бы к неразрешимой проблеме, «почему ребенок должен искать реальный объект, если он может достичь удовлетворения немедленно, «как будто» средствами галлюцинаций» (Laplanche, Pontalis, 1973, p. 381). Поскольку интерпретации переноса также вовлекают аналитика как индивида, мы должны изложить дополнительные соображения по поводу психической реальности. Обращение к аналитику как к *реальному* лицу вызывает беспокойство, как если бы при этом психические уровни приносились в жертву и заменялись материализацией, то есть исполнением желаний.

Размышление о теории психической реальности необходимо. Как и Маклафлин (McLaughlin, 1981), мы считаем, что сможем

#### Интерпретации переноса и реальность 397

ближе подойти к решению этих проблем, рассматривая аналитическую встречу с точки зрения *психической реальности*, то есть как схему, являющуюся и всесторонней, и содержащей различные смыслы. Пациент и аналитик, естественно, переживают ситуацию очень конкретно, со своими субъективными желаниями, ожиданиями, надеждами и образом мышления. Коль скоро мы размышляем о наших различных психических состояниях, то формулируется план упорядочения нашего опыта и событий в отношении пространства и времени. В значительной степени человек следует своим субъективным схемам размышления и действия, которые управляют его поведением без рефлексии над ними. Он чувствует, что психическая реальность в межличностных отношениях создается ситуационно. По мысли Маклафлина, психическая реальность относится как к конкретным субъективным переживаниям, так и к их бессознательным корням. Аналитик представляет психическую реальность пациента в рамках используемой им психоаналитической теории. Такие построения помогают ориентироваться. Маклафлин включает также контрперенос аналитика в свое целостное понимание. Многие смысловые уровни конкретных психических

реальностей, включая лежащие в их основе теории, имеющиеся у пациента и у аналитика, взаимосвязаны и понимаются интеракционно. Безопасность, которую мог извлечь аналитик из аналогии с зеркалом, таким образом, теряется. Маклафлин показывает, что рефлексия над психической реальностью весьма продуктивна, даже если аналитику поначалу приходится примириться с небезопасностью, поскольку, согласно Маклафлину, он не может больше рассматривать себя как реальное лицо, которое вступает в реалистические отношения с пациентом. Точка зрения пациента делает все относительным. В этих взаимоотношениях двух личностей реальность проявляется в интерактивном процессе, в котором субъективные точки зрения участников все время подвергаются проверке, и достигается некий консенсус. Пациент и аналитик учатся быть понятными друг другу. Результатом успешного анализа является постепенное и взаимное подтверждение психических реальностей и удостоверенность в их подлинности, их аутентикация — термин, который Маклафлин употребляет, чтобы описать процесс изменения. Таким путем оба участника достигают *относительной* безопасности своих точек зрения.

На аналитика оказывает влияние критическое обсуждение, которое происходит в психоаналитическом диалоге. Он является специалистом, использующим не только здравый смысл, но и высказывающим мнения, которые он приобрел во время обучения. Его профессионализм сформировал его мышление. Его точка зрения на психическую реальность пациента (так же как и

#### 398 Средства, пути и цели

переживание собственной психической реальности) не является независимой от используемой им теории. Проверая положение об аутентикации, мы должны пойти дальше, чем Маклафлин, и поднять вопрос, не следует ли искать косвенный источник некоторых стоящих перед нами проблем в теориях Фрейда о психической реальности.

Мы вступаем в область большого напряжения между полюсами, отмеченными противоположными понятиями психической реальности и материальной реальности, принципа реальности и принципа удовольствия, Эго-удовольствия (pleasure-ego) и Эго-реальности (reality-ego). В конечном итоге мы подходим к проверке реальности как к акту, который делает различие между внутренним и внешним, или между тем, что всего лишь воображаемо, и тем, что действительно воспринимается. Фрейд противопоставил психическую реальность материальной реальности, после того как он был вынужден отказаться от теории соблазнения и от патогенной роли реальных травм детства. Фантазии, не имеющие источником реальные события, обладают такими же патогенными качествами для субъекта, какие Фрейд первоначально приписывал бессознательной памяти о действительных событиях. Контраст этих двух реальностей, таким образом, связан с содержанием, характеризующим эти реальности. Психическая реальность — это мир субъективных, сознательных и бессознательных желаний и фантазий, а материальная реальность характеризуется действительным удовлетворением или отсутствием удовлетворения инстинктивных потребностей в объектах.

По мнению Лапланша и Понталиса (Laplanche, Pontalis, 1973с, р. 363), психическая реальность определяет «бессознательные желания и связанные с ними фантазии». Надо ли привязывать реальность к бессознательным желаниям? Фрейд ставит этот вопрос в контексте анализа сновидений и отвечает:

Если мы посмотрим на бессознательные желания, сведенные к их самым основным и самым истинным формам, мы вынуждены будем заключить, без сомнения, что *психическая* реальность — это особенная форма существования, которую не следует путать с *материальной* реальностью (1900а, р. 620).

Итак, существует как психическая, так и материальная реальность. Самое важное

высказывание относительно психоаналитических воззрений на генезис и природу неврозов гласит: «Фантазии обладают психической, в противоположность *материальной*, реальностью, и мы постепенно учимся понимать, что *в мире неврозов именно психическая реальность является решающей*» (Freud, 1916/17, p. 368).

В теории Фрейда психическая реальность регулируется принципом удовольствия, который сам формируется в ходе че-

Интерпретации переноса и реальность 399

ловческого развития потребностями жизни на основе принципа реальности. Проверка реальности подчинена принципу реальности. Растущий ребенок учится откладывать немедленное удовлетворение, с тем, чтобы найти более реалистичное удовлетворение своих потребностей, то есть такое, которое основано на взаимности и конгруэнтности с потребностями ухаживающего человека. Напряжение между психической и материальной реальностями основано, таким образом, на предположении, что существует избыток желаний, постоянно ищущих удовлетворения и не находящих его из-за потребностей жизни вообще и из-за табу на инцест в особенности. Некоторое количество удовлетворения необходимо в терапевтической ситуации для создания более благоприятных условий; иначе будут постоянно повторяться старые фрустрации. Проблемы фрустрации и удовлетворения в аналитической ситуации легче решить, если углубить теорию психической реальности и не связывать ее с *фрустрацией* односторонним образом. В действительности необходимо и существенно с терапевтической точки зрения, чтобы пациент имел возможность ощутить многие радостные совпадения во мнениях с объектом, то есть с аналитиком, и обсудить различие во мнениях. Это облегчает путь к фрустрированным бессознательным желаниям детства, ищущим удовлетворения в настоящем.

Цель данных замечаний — указать на вывод из всеобъемлющей концепции психической реальности. Пациент стремится и надеется на улучшение своего состояния или избавление от всех симптомов и трудностей, то есть он надеется достичь позитивных изменений с помощью специалиста. Его попытка сопоставить все свои чувства и мысли раскрывает многогранный образ мира, в котором он живет. Он описывает различные образы своего мира в зависимости от настроения и от преобладания различных желаний, ожиданий, надежд и тревог. И хотя пациент делает при этом различие между своим восприятием людей и вещей и своими мыслями о них, он не делит реальность на психическую и материальную сферы. Это так, несмотря на то, что он осознает, что его желания и мысли могут находиться в конфликте друг с другом и что в поисках удовольствия и удовлетворения он зависит от внешних объектов. Когда аналитик слушает и позволяет своим эмоциям и мыслям прийти к какому-то заключению, в нем происходят весьма различные процессы. Если аналитик вмешивается в какой-то момент со своим замечанием, то пациент оказывается в конфронтации с новой информацией. При этом, как говорит Вацлавик с коллегами (Watzlawick et al., 1967), нет возможности не вступать в общение, так как негативная информация, то есть молчание аналитика, также представляет собой общение, особенно если пациент ожидает какого-либо ответа. Замечания психоаналитика отража-

400 Средства, пути и цели

ют точки зрения, с которыми пациент должен каким-то образом столкнуться — он может их игнорировать, принять, отвергнуть и т.д. Рано или поздно последует совместное размышление над различными вопросами. Во время этих размышлений будут присутствовать, осознаваемо или нет, многочисленные представители третьей стороны: члены семьи, другие родственники, люди, которых пациент знает, с которыми работает и живет. Постоянно затрагиваются собственные переживания аналитика, желания, стремления,

старые тревоги и текущие противоречия. Поскольку в данном случае страдает не он, он может для блага пациента дистанцироваться и с этой позиции предположить наличие желания, когда пациент дает мгновенную тревожную реакцию. Аналитика было бы, конечно, слишком тяжело выносить эмоциональное и интеллектуальное бремя такой деятельности, если в его распоряжении не было бы обилия поясняющих схематизмов, в которых отражены типичные конфликтные паттерны. Они облегчают ему ориентацию в ходе терапии.

Соотнося эти моменты с пониманием реальности у Стрэчи, мы обнаруживаем следующее. В своем заявлении, что «аналитическая ситуация все время угрожает выродиться в «реальную» ситуацию», Стрэчи ссылается на принцип удовольствия в широком смысле этого термина (Strachey, 1934, p. 146). Он начинает с интроецированных имago, которые затем проецируются на аналитика, не принимая во внимание ситуационные ускоряющие факторы. Заслуживает внимания, что Стрэчи предполагает фиксированные величины как здесь, так и когда говорит о реальном внешнем объекте, то есть об аналитике. Из вышеприведенного отрывка ясно, что Стрэчи полагал возможным *отход от реальности*, чтобы усилить способность пациента к дифференцированию, когда *проверяется реальность* во время мутативных интерпретаций переноса.

Придерживаясь аналогии с зеркалом, аналитик может оказаться вовлеченным в ролевой конфликт, который помешает ему подтвердить в интерпретациях переноса довольно реалистические восприятия пациента и противодействовать новым отрицаниям и вытеснениям. Несмотря на свой первоначальный новаторский вклад в проблему контрпереноса (1950), Хайманн (Heimann, 1956) не заметила, что невозможно быть, с одной стороны, только отражающим пациента зеркалом, не имеющим собственного Я и не обладающим независимым существованием, а с другой — личностью, которая составляет часть аналитической ситуации и проблем пациента как на реалистическом уровне, так и на уровне фантазии. Достаточно того, что аналитик демонстрирует некоторую сдержанность, позволяя пациенту проиграть в переносе паттерн взаимоотношений, которые бессознательно сохранялись в активном состоянии.

#### Интерпретации переноса и реальность 401

В контексте развития теории переноса (в смысле переноса широкого охвата) наши соображения ведут к точке зрения, что так называемая реальность аналитика создается во время постоянной бессознательной и сознательной проверки со стороны пациента. В тот момент, когда аналитик производит мутативную интерпретацию, он раскрывает что-то в себе, как это подчеркивал Стрэчи. Это, безусловно, не означает просто какого-либо личного признания. То, что прямо или косвенно находит выражение в полезных интерпретациях, обогащено профессионализмом аналитика и тем, что его опыт независим от чрезмерно узкого субъективизма. Профессиональные знания аналитика облегчают когнитивный процесс, который открывает пациенту новые пути для поиска решений. Это ни в коей мере не личные признания, а коммуникация — невербальная или в форме интерпретаций — о том, как аналитик видит проблему пациента, что он сам чувствует и думает в этом отношении и чем он является для пациента и как к нему относится. В этом смысле мы согласны с Розенфельдом (Rosenfeld, 1972, p. 458), что интерпретации аналитика могут очень ясно отражать, что он собой представляет.

Особенно важна в этом отношении *спонтанность* аналитика, как подчеркивает Клаубер:

Из этого упора на спонтанность вытекают различные технические последствия. Спонтанный обмен делает аналитические отношения более человечными благодаря постоянному взаимобмену частичными идентификациями. Именно этот человеческий характер отношений и служит противоядием травматическому характеру переноса в такой же или большей степени, чем принятие импульсов аналитиком, который укрепляет благотворные качества Супер-Эго (Klauber, 1981, p. 116).



Предпосылкой для этого когнитивного процесса, который включает другое Эго — аналитика, является, конечно, то, что аналитик не отходит в сторону, предлагая чисто редуктивные интерпретации переноса. Систематический анализ Гиллом (Gill, 1982) факторов, ускоряющих перенос и особенно сопротивление переносу (см. гл. 2 и 8), вслед за весьма вероятными предсознательными восприятиями дает возможность получить ответ на вопрос, что в терапевтической ситуации представляет аналитик как реальное лицо. «Здесь-и-теперь» должно рассматриваться во взаимоотношении с «тогда-и-там», и в этом процессе открываются новые перспективы. Фрейд противопоставлял неизменность вытесненного, так называемую безвременность бессознательного, аналитической работе, которая преодолевает власть прошлого. «Здесь-и-теперь» связывается с «тогда-и-там» в процессе, в котором что-то становится сознательным, а именно это и составляет мутативный эффект интерпретаций переноса.

#### 402 Средства, пути и цели

Аналитик должен быть терпеливым, так как требуется некоторое время, прежде чем бессознательные процессы проявят себя в переносе таким образом, что станут возможными терапевтически эффективные интерпретации. Именно это имелось в виду, когда Фрейд говорил, что, «с точки зрения врача, я могу только заявить, что в случае подобного рода он должен вести себя так же «вневременно», как и само бессознательное, если он хочет что-либо узнать или чего-либо достичь» (1918b, р. 10). Заметьте, что «вневременно» поставлено в кавычки; из контекста ясно, что в тяжелых случаях, если аналитик терпеливо ждет, также развиваются переносы. Но *лишь только* вневременность бессознательного преодолена, по мнению Фрейда, становится возможным даже значительно сократить длительность лечения таких тяжелых заболеваний, так как это позволяет аналитику с приобретением опыта произвести полезные, то есть связывающие прошлое с настоящим, интерпретации переноса. Повторения создают впечатление, что время стоит на месте. В сновидениях Эго также обладает чувством времени и осознает противодействие себе (Freud, 1900a, р. 326; Hartocollis, 1980). Говорить о безвременности бессознательного, одновременно ссылаясь на чувство времени на различных уровнях сознательности, непоследовательно.

Ход наших рассуждений важен для понимания мутативного эффекта интерпретаций переноса, потому что они связывают прошлое с настоящим. По мнению Фрейда, прошлые, бессознательно сохраняемые желания теряют свое влияние, когда они достигают сознания. Отсюда следует, что интерпретации переноса, которые предполагают, что восприятия и переживания пациента «здесь-и-теперь» являются внеисторическими повторениями, столь же необоснованны, как и интерпретации «здесь-и-теперь», которые игнорируют бессознательное измерение жизни индивида.

Упор на внеисторичность бессознательных процессов и их интерпретация в ситуации «здесь-и-теперь» часто идут рука об руку с очень жестким осуществлением функции зеркала. Исследования Эзриля (Ezriel, 1963) начинаются с предположения, что внеисторичное проигрывание в переносе происходит тем полнее, чем более пассивным и воздерживающимся от вмешательства является хорошо подготовленный аналитик. Такой аналитик направляет свои интерпретации на объектные отношения, к которым бессознательно стремятся или от которых уклоняются. Эзриль рекомендует такой тип интерпретаций переноса, которые ориентированы на объектные отношения, к которым стремятся, но которых с тревогой избегают. По этой причине его интерпретации всегда содержат объясняющее «потому что», как в предложении «Вы теперь противостоите желанию расска-

затем об этой своей фантазии, *потому что* вы боитесь быть отвергнутым».

Подробное рассмотрение работы Эзриля ведет к пониманию, что его описание психоаналитического метода как внеисторичного неоправданно. Справедливо, что терапевтическая эффективность психоаналитического метода связана со «здесь-и-теперь» и со знанием, которое может быть получено в аналитической ситуации. Однако концепция Эзриля основана на предположении, что бессознательное внеисторично. Таким образом, реалистические восприятия пациента в настоящем также не играют независимой роли даже при том, что даются интерпретации только «здесь-и-теперь»; такие интерпретации относятся исключительно к будто бы внеисторичным, моментально эффективным, бессознательным силам и констелляциям. Мутативные качества не могли бы содержаться в «здесь-и-теперь», если бы бессознательные констелляции являлись вневременными, выключенными из прошлого индивида и внеисторичными. Мы уделили здесь большое внимание работе Эзриля потому, что он придал ситуации «здесь-и-теперь» особое методологическое значение; однако его исследования оказались безрезультатными, потому что, кроме всего прочего, он не сумел придать ситуационному влиянию аналитика на практике ту же важность, что и в теории.

Включение личного влияния и реалистических восприятий в интерпретации переноса является центральным вопросом, отличающим реконструктивные фрейдовские генетические интерпретации переноса от нововведений, которые последовали за публикацией работ Стрэчи. Если основываться на корректирующих объектных отношениях в аналитической ситуации, как это делает Сигал (Segal, 1973, p. 123), тогда аналитик вынужден включить воздействующего субъекта (аналитика) и реалистические восприятия пациентом аналитика в формулировку интерпретаций переноса. Важность психической реальности и бессознательных фантазий никоим образом не становится меньше от открытия, что реалистические наблюдения, например контрперенос аналитика, играют роль в их генезисе.

Пациент принимает систему ценностей аналитика тогда, когда та оказывает влияние на новые решения невротических конфликтов. Это идентификационное принятие, которое Стрэчи описывал, производя свою переоценку Супер-Эго, заповедей и предписаний, не только неизбежно, но и необходимо с терапевтической точки зрения. Попытки избежать этого ведут к напряженной атмосфере, которую можно охарактеризовать как сильное желание избежать терапевтически необходимого принятия.

Открытия, сделанные в исследованиях по общественным наукам, показывают влияние психоаналитика на происхождение

#### 404 Средства, пути и цели

восприятий и фантазий. Теории о том, как организовывать реальные отношения, тоже влияют на структурирование терапевтической ситуации. Поскольку в теории Фрейда принципу реальности придается второстепенное значение по сравнению с принципом удовольствия и всегда идет поиск реального удовлетворения, даже если оно может быть отложено во времени, в терапии возникают проблемы в результате фрустрации и самоотречения. Создание атмосферы такого рода может принести облегчение группе заторможенных пациентов, потому что уже только эмпатия и терпимость в отношении агрессии, вызванной фрустрацией, могут привести к смягчению Супер-Эго. Трансформация чрезмерно строгого Супер-Эго в более мягкое создает терапевтические проблемы другого рода, чем те, которые должны быть решены при исправлении функций дефективного Эго или создании ранее не развитых функций. В этом решающую роль играет идентификация пациента с аналитиком. Кажется, что численность такой категории пациентов растет, и поэтому важно определить условия, при которых формируются идентификации.

При одностороннем принятии позиции Стрэчи на связь интерпретаций переноса с другими аспектами терапевтических отношений обращалось слишком мало внимания. Среди немногочисленных исключений выделяется работа Клаубера (Klauber, 1972a). Стрэчи приписывал важную роль в лечении другим компонентам, таким, как суггестия, ослабление

тревоги и отреагирование. Однако на вопрос о том, как аналитик небольшими порциями предъявляет пациенту свое истинное Я, не получил ответа.

Дискуссии между Гринсоном, Хайманн и Векслером (Greenson, Heimann, Wexler, 1970) служат примером продолжающихся споров о том, как аналитику следует обращаться с реалистическими восприятиями в ситуации «здесь-и-теперь». Некоторые аналитики опасаются, что это может, в конце концов, привести к удовлетворению потребностей и получится, что лечение уже не ведется в состоянии *фрустрации* и *абстиненции*. Эти проблемы техники могут быть решены конструктивно и с пользой для терапевтического изменения, если мы поймем, что они происходят из психоаналитической теории реальности. Обсуждение этого момента мы начнем со следующего наблюдения Адорно:

С одной стороны, «либидо» для него [психоанализа] есть действительная психическая реальность: удовлетворение позитивно, фрустрация негативна, потому что она ведет к болезни. С другой стороны, психоанализ, если и не без критики, то, по меньшей мере, покорно, признает цивилизацию, которая требует фрустрации. Во имя принципа реальности он оправдывает личную психическую жертву, не подвергая сам принцип реальности рациональному рассмотрению (Adorno, 1952, p. 17).

#### Интерпретации переноса и реальность 405

Хотя принцип реальности, который представляет аналитик, сравнительно мягок, он должен вызвать достаточную фрустрацию, «чтобы довести этот конфликт до сердцевины, чтобы развить его до высшей точки, с тем, чтобы увеличить инстинктивную силу, могущую его разрешить» (Freud, 1937, p. 231). Это утверждение, содержащееся в одной из последних работ Фрейда, показывает, что технические проблемы являются результатом психоаналитической теории реальности.

Подвергнуть принцип реальности рациональному рассмотрению в отношении техники может означать только, что к восприятиям пациента следует относиться серьезно. Как только это происходит, намеренное действие находит свой объект, создавая тем самым реальность. Мы вернемся к этой теме позже, когда будем обсуждать отношение между исторической истиной и восприятием ситуации «здесь-и-теперь». Поскольку концепция реальности индивида определяется социокультурным контекстом, ни то ни другое не может считаться абсолютным. Реальность психоаналитической ситуации создается, таким образом, в обмене мнениями, в их принятии или отвержении.

Ни аналитик, ни пациент не начинают с полностью валидной позиции, когда оценивают реальность. В одном случае мы, в конце концов, приспосабливаемся к существующим условиям, в другом — впадаем в солипсизм. При одной крайности пациент заявляет, что его семья или окружение безумны и сводят его с ума, при другой — индивид считает себя действительно больным по причине пагубного внешнего воздействия. Если доводить поляризацию до предела, можно объявить все общество безумным и люди с эмоциональными расстройствами станут считаться здоровыми, возмущающимися больным обществом. Успешная терапия приспособит тогда этого человека к больному обществу, не заметив этого. Именно так далеко заходит Адорно, когда пишет: «Уподобляясь безумной тотальности, индивид становится действительно больным» (Adorno, 1972, p. 57).

Мутативная, изменяющая интерпретация, по-видимому, имеет особенный эффект, если она направлена на укрепление рабочих отношений, то есть на *идентификацию* пациента с психоаналитиком в его роли *дополнительного Эго*. В результате впечатления, которое произвела работа Стрэчи, развилась новая форма так называемого интерпретационного фанатизма. До этого он уже подвергался критике со стороны Ференци и Ранка (Ferenzi, Rank, 1924) на том основании, что все это относилось к генетическим реконструкциям, игнорировавшим переживания в ситуации «здесь-и-теперь», и потому было терапевтически неэффективным. Стрэчи (Strachey, 1934, p. 158) также обращал внимание на этот

безуспешный интерпретационный фанатизм и указывал на эмоциональную непосредственность, присущую его

406 Средства, пути и цели

мутативной интерпретации (как интерпретации переноса) в момент неотложной необходимости. В то же время он подчеркивал, что большинство интерпретаций к переносу не относится.

Тем не менее, развилась новая форма интерпретационного фанатизма, на сей раз со ссылкой на перенос в смысле чистого повторения. Это тоже ограничивало терапевтическую эффективность психоанализа, но по иной причине, чем чрезмерная интеллектуальная реконструкция. Понимание всего происходящего или упоминаемого пациентом в аналитической ситуации прежде всего как проявления переноса привело, как подчеркивал Балинт (Balint, 1968, p. 169), к тому, что «главной системой отсчета, используемой для формулирования практически каждой интерпретации, стало отношение между весьма важным, вездесущим объектом — аналитиком — и неравным субъектом, который в настоящее время явно не может чувствовать, думать или переживать что-либо, к этому аналитику не относящееся».

Возникает неравенство, которое может привести к злокачественным регрессиям, если игнорировать внешние обстоятельства жизни пациента, занимаясь лишь внеисторичными интерпретациями переноса. Такие интерпретации исключают настоящее во всех его формах — аналитическую ситуацию, влияние аналитика и внешние обстоятельства. Если рассматривать настоящее всего лишь как повторение прошлого или бессознательных схем, извлекаемых из прошлого и описываемых Фрейдом как шаблоны или клише, интерпретация переноса не будет относиться к истинной ситуации, которая имеет основу в реальности настоящего времени. Строго говоря, в таком случае «здесь-и-теперь» есть не более чем новый отпечаток старого паттерна или шаблона.

В противоположность внеисторичной концепции переноса и интерпретаций, основанных на этой точке зрения, аутентичные интерпретации «здесь-и-теперь» дают новый опыт, поскольку они самым серьезным образом относятся к настоящему. Здесь психоаналитик выполняет свою истинную задачу, которая не может быть сведена к задаче отца или матери. Хайманн (Heimann, 1978) использовала выражение «дополнительное Эго», чтобы описать эту функцию, прослеживая ее вплоть до роли матери и называя ее также «материнской функцией». Чтобы не впасть в редукционизм, мы не хотим называть дополнительное или вспомогательное Эго материнским, но принимаем это обозначение в качестве *функции*, что и является существенным его аспектом.

Мать (в лице аналитика), в качестве дополнительного Эго, предлагает ребенку (пациенту) понятия, которых у него самого нет. Мать учит ребенка новым понятиям мышления и тем самым ставит его на путь прогресса (Heimann, 1978, p. 228).

Интерпретации переноса и реальность 407

Технический совет Фрейда о том, что «пациента надо научить освободить и реализовывать свою собственную природу, а не походить на нас», как будто противоречит большому терапевтическому значению идентификации пациента с аналитиком (Freud, 1919a, p. 165). Другой отрывок гласит (Freud, 1940a, p. 181): «Мы служим пациенту в различных функциях, в качестве авторитета и замены родителей, в качестве учителя и воспитателя». С другой стороны, Фрейд предупреждает:

Однако, какое бы искушение стать учителем, образцом и идеалом для других людей и создавать

людей по своему образу ни испытывал аналитик, ему не следует забывать, что это не его задача в аналитических отношениях, и фактически он предаст свое дело, если позволит этим своим наклонностям увлечь себя (Freud, 1940a, p. 175).

На симпозиуме, посвященном теме окончания лечения, Хоффер (Hoffer, 1950) описывал способность пациента идентифицироваться с функциями психоаналитика как самый важный компонент терапевтического процесса и его успеха. Таким образом, эта тема имеет основополагающее значение для понимания терапевтического процесса, хотя бы лишь по той причине, что она тесно связывает *функции* психоаналитика с *идентификациями* пациента.

Необходимо рассмотреть целую серию теоретических и практических проблем, которые мы хотели бы очертить, задав несколько вопросов. С чем идентифицируется пациент? Каковы последствия психоаналитической теории идентификации для оптимизации практики, как она облегчает пациенту ассимиляцию функций, опосредуемых аналитиком? Что опосредует аналитик и как он это осуществляет? Что касается переживаний пациента, возможно ли различить функции и человека, который их исполняет? Каким образом психоаналитик дает понять, что он не вписывается в ожидания, которые характеризуют неврозы переноса и соответствующие процессы восприятия? Достаточно ли для пациента увидеть, что способ мышления и действий психоаналитика не согласуется с установленными паттернами ожиданий? Достаточно ли для аналитика обозначать себя негативно, то есть не подтверждая бессознательных ожиданий пациента? По нашему мнению, одного такого несоответствия недостаточно, чтобы прервать невротически навязчивые повторения, а терапевтическая функция коренится в том факте, что психоаналитик работает в новаторской манере, вводя новые точки зрения и давая пациенту возможность найти ранее недоступные решения проблем.

Новаторские элементы играют такую естественную роль в терапии, что они почти незаметно сформировали точку зрения, что *синтез* происходит, по-видимому, сам по себе. Однако вме-

408 Средства, пути и цели

шательства психоаналитика на самом деле содержат по крайней мере латентные цели, которые и определяют, как вновь сгруппировать высвобожденные элементы. Основополагающая терапевтическая функция психоаналитика состоит в том, что он действует как «замена». Независимо от того, рассматривать ли его как вспомогательное Супер-Эго или дополнительное Эго, и как бы язык теории и практики, определяемый современной школой, ни отклонялся от терминологии Стрэчи, в психоанализе общепризнано, что поддержка вызывает процессы общения, взаимообмена, которые ведут к новым идентификациям. В результате пациент теряет независимость, что ведет, кроме всего прочего, к необходимости для него говорить языком своего терапевта, как это описал Балинт (Balint, 1968, p. 93), с пониманием связи между языком, мышлением и действием.

Обучение с помощью модели — или, пользуясь психоаналитической терминологией, идентификации — имеет очень большое значение в каждом терапевтическом процессе. Поскольку заявляют о себе весьма различные теории психоаналитических объектных отношений, относящиеся к разным школам, все концепции, касающиеся отношений внутреннего к внешнему и субъекта к субъекту (или объекту), представляют особый технический интерес (Kernberg, 1979; Meissner, 1979; Ticho — цит. по; Richards, 1980). В своем вступительном слове на конференции по теории объектных отношений Канцер (Kanzler, 1979, p. 315) призвал обратить особое внимание на то, что подчеркивание объектных отношений сделало возможным развитие диадического понимания традиционного лечения взрослых. Он также ссылается на многочисленных авторов, которые пошли дальше в этом направлении (Balint, 1959; Spitz, 1956; Loewald, 1960; Stone, 1961; Gitelson, 1962).

Общим для интернализации, идентификации, интроекции и инкорпорации является то, что все это относится к движению от внешнего к внутреннему посредством ассимиляции, присвоения и адаптации (Schafer, 1968; Meissner, 1979; McDevitt, 1979). Независимо от того смысла, который придается этим словам (например, если инкорпорации берутся буквально и слишком конкретно, а идентификации — как символическое приравнивание), общей их чертой является то, что они относятся к объектным отношениям. Поэтому Балинт (Balint, 1968, pp. 61—62) указывал, что невозможно говорить об идентификации в узком смысле слова, если не существует некоторого расстояния между тем, что внутри и снаружи, или между субъектом и объектом. Заслуживает упоминания в этой связи основополагающее антропологическое наблюдение Фрейда; он отмечал, что оставленные объектные отношения выражаются в идентификациях (1923b, p. 29). Вряд ли необходимо подчеркивать,

#### Интерпретации переноса и реальность 409

насколько важен этот аспект идентификации при сепарации, тяжелой утрате и окончании анализа.

Мы полагаем, что теперь можно решить старую проблему, касающуюся реальности в психоаналитической ситуации, и что пятьдесят лет спустя после важной статьи Стрэчи психоаналитическая техника может расширить и действительно расширяет свой терапевтический потенциал. Интерпретации переноса играют особую роль в этом развитии. В ходе наших рассуждений до этого момента мы выделили следующие аспекты:

1. Можно принять, что интерпретации «здесь-и-теперь» включают все виды обращения к аналитической ситуации, но не на текущие обстоятельства пациента, не относящиеся к анализу или предшествующие ему. Расширение понятия переноса, которое мы обсуждали во второй главе, позволяет выделить два вида вмешательства: один касается всего, что находится вне аналитической ситуации, второй включает все интерпретации, касающиеся «здесь-и-теперь» при широком понимании переноса. В традиционной форме интерпретации переноса аналитик предполагает, что происходит *повторение*, и таким образом сосредоточивает внимание на *генезисе*. Эти утверждения основываются на предположении, что существует условное отношение между текущим переживанием и поведением и более ранними переживаниями. Иными словами, такие интерпретации переноса выглядят примерно так: «Вы беспокоитесь, что я буду вас наказывать, как это делал ваш отец».
2. Можно направлять интерпретации переноса скорее на генезис и на *реконструкцию* воспоминаний. Можно, наоборот, переместить в центр такой интерпретации ситуацию «здесь-и-теперь», если предположить, что *бессознательные процессы внеисторичны*. Конечно, предметом интерпретации переноса подобного рода будет аналитик в качестве *старого* объекта. Кроме того, сиюминутная динамика оказывается почти идентичной сохранившемуся (внеисторичному) генезису. В интерпретациях «здесь-и-теперь» выравнивается разница между материалом, который преобразован из прошлого в настоящее, и вкладом аналитика в перенос. Здесь не ведется расследования аффективных и когнитивных процессов, создающих сиюминутную психическую реальность. Цель зеркалоподобной установки аналитика в том, чтобы продемонстрировать в чистейшей форме внеисторичные бессознательные фантазии и направленные против них бессознательные защитные процессы.
3. Наконец, мы подходим к таким интерпретациям переноса в ситуации «здесь-и-теперь», которые реализуют потенциал для диадического знания, полученного путем психоаналитического метода, и его терапевтическую эффективность. Мы подра-

зумедали все те интерпретации переноса, которые всеобъемлющим образом рассматривают воздействие более или менее реалистических восприятий пациента на бессознательные процессы. В этом контексте мы можем сослаться на концепцию Клаубера, что одной из задач психоанализа в настоящей фазе является различение переноса и элементов непереноса в аналитической ситуации. Однако тем временем теория переноса настолько расширилась, что разговор об элементах непереноса создает путаницу. Конечно, важно делать различие между воображаемыми декорациями и желаемым образом мира, которые создает аналитическая ситуация, с одной стороны, и реалистическими элементами в поведении аналитика — с другой. Этот процесс дифференциации различных типов диадического знания составляет мутативный эффект интерпретаций переноса.

Теперь мы можем упомянуть точку зрения Арлоу (Arlow, 1979) о том, что перенос развивается в метафорическом мышлении. На основе бессознательных схем (шаблоны Фрейда) из противоположных и схожих точек зрения создается психическая реальность. Пациент сравнивает психоаналитическую ситуацию и самого психоаналитика со своими текущими и предыдущими переживаниями. Если перенос понимать как проявление метафорического мышления и опыта, как это делает Арлоу, то необходимо предположить, что *подобие* позволяет установить связь, позволяющую перенести нечто с одного берега на другой, то есть из прошлого в текущую ситуацию. Поэтому именно с терапевтической точки зрения критика Карвета (Carveth, 1948b, p. 506) должна восприниматься серьезно. Он указывает, что *подтверждение* аналитиком подобия как раз и является *предпосылкой* для изменения шаблонов переноса, которые, согласно психоаналитической теории, сформированы необходимостью отрицать реалистические восприятия и вытеснять аффективные и когнитивные процессы. Бессознательные шаблоны Фрейда весьма похожи на лингвистическую категорию «мертвых метафор» (Weinrich, 1968; Carveth, 1984b). Они могут возродиться к жизни, то есть возникнуть из динамики бессознательного, если подобие (в том смысле, как это понимал Гилл) учитывается и допускается в интерпретациях переноса. Иначе происходит повторение актов отрицания, и старые шаблоны сохраняют свое влияние. Момент, когда идентифицируются подобия, также отмечает обнаружение «здесь-и-теперь» и «тогда-и-там». Дифференциация видов диадического знания дает возможность мутативным интерпретациям производить корректирующее эмоциональное воздействие.

Наконец, мы хотели бы подчеркнуть, что наша позиция в ее терапевтическом аспекте исходит из основополагающего утвер-

Молчание 411

ждения Фрейда, что «фрагмент исторической истины» содержится во всех эмоциональных расстройствах (1937d, p. 269). Фрейд подчеркивает, что если бы эта историческая истина была признана, то

можно было бы отказаться от тщетных попыток убедить пациента в ошибочности его заблуждений и в их несоответствии реальности; напротив, признание зерна истины в его словах позволит найти общую почву, на которой сможет развиваться терапевтическая работа. Эта работа будет состоять в освобождении фрагментов исторической истины от искажений, в их привязке к настоящему дню и доведении их до того момента прошлого, которому они принадлежат. Переложение материала из забытого прошлого на настоящее или на ожидания будущего на самом деле весьма обычное явление у невротиков не в меньшей степени, чем у психотиков (1937d, pp. 267—268).

Теперь понятно, каким образом мы хотим сделать эту концепцию терапевтически полезной. Общая почва может быть найдена в *признании зерна истины* в интерпретациях переноса. Обычно при этом достаточно признать общие человеческие диспозиции, как мы предлагали в третьей главе. Конструирование исторических истин, в противоположность

этому, сомнительно; ему не хватает убедительности, исходящей из текущих переживаний. Мы полагаем, что пациент, сравнивая «здесь-и-теперь» и «тогда-и-там», в конце концов, дистанцируется и от того и от другого, освобождая себя для будущего. Поэтому нам хотелось бы перефразировать утверждение Фрейда (1937с, pp. 231 — 232) в том смысле, что аналитическая работа идет наилучшим образом, когда пациент устанавливает дистанцию между собой и прошлыми переживаниями, а также и текущими истинами, которые при этом становятся историей.

## 8.5 Молчание

Речь и молчание — это две стороны любого разговора; участники должны либо говорить, либо молчать. А именно либо один участник говорит, либо оба молчат, либо оба говорят одновременно. В то время, когда один человек говорит, другой может либо только молчать, либо прервать его, а если оба молчат, создается пространство, на которое претендует каждый и которое только один из них может захватить, с тем чтобы говорить неопределенное время. Молчание аналитика дает пациенту возможность говорить (между прочим, кабинет врача по-немецки называется *Sprechzimmer*, или комната для разговора).

Имеются основательные причины, чтобы поощрять пациента начать диалог. Одностороннее распределение речи и молчания, однако, противоречит правилам повседневного общения. Откло-

412 Средства, пути и цели

нение от ожидаемого хода диалога вызывает удивление, раздражение и, наконец, беспомощность. Например, если аналитик ведет себя очень пассивно в начальных сеансах, он оказывает необыкновенно сильное влияние на пациента, чьи ожидания были сформированы предыдущими визитами к врачам. Пациент ожидает прямых вопросов по поводу своих жалоб и их истории, чтобы он мог дать на них точные ответы. Чем больше ход дискуссии отклоняется от его ожиданий и от паттернов речи и молчания, характерных для повседневного общения, тем больше его удивление.

Этих замечаний должно быть достаточно, чтобы ясно продемонстрировать, что эффект использования молчания в качестве орудия весьма различен. Невозможно дать общие рекомендации в этом отношении, поскольку то, воспринимается ли молчание как отвержение или доброжелательное поощрение, зависит от многих ситуационных обстоятельств. Поэтому тем более удивительно, что мнение о психоаналитике как о сидящем молча за кушеткой не сводится к карикатурам. Напротив, аналитики часто возводят молчание в добродетель, как будто эта профессия следует правилу «слово — серебро, молчание — золото».

Действительно, с аналитической точки зрения имеются основательные причины быть сдержанным в диалоге и не задавать назойливых вопросов, которые помешают пациенту перейти к темам, для него важным. Таким путем пациента можно пригласить сделать первые шаги в направлении свободной ассоциации. Проявляя сдержанность, аналитик может побудить пациента к попытке сказать все, что он чувствует необходимым сказать и способен выразить в настоящее время. Если брать длительный период времени, то молчание аналитика способствует еще и регрессии пациента, которая полезна не сама по себе, но является частью терапевтического процесса. Только по одной этой причине дозировка речи и молчания имеет огромное значение.

Ввиду практической необходимости быть столь же осторожным в использовании молчания, как и произнесенного слова, озабоченность вызывает тот факт, что и молчание превратилось в стереотип. Нередки случаи, когда этот стереотип заставляет аналитика вести себя в чрезвычайно сдержанной манере даже в начальном интервью, то есть использовать



его как вид миниатюрной аналитической пробы, с тем чтобы определить, подходит ли пациент для планируемой терапии.

Паузы являются существенной частью терапии как по диагностическим, так и по терапевтическим соображениям и предоставляют пациенту возможность вводить новые важные темы. Это может быть также использовано как средство получить первое впечатление, до какой степени пациент выдерживает молчание аналитика.

Молчание 413

Поскольку мы выступаем против того, чтобы этим методом выясняли, подходит ли пациент для анализа, а настаиваем на том, чтобы приспособлять анализ к пациенту, важно исследовать вопрос, как получилось, что молчание аналитика стало стереотипом. Факторы, способствующие такому положению, — это, по нашему мнению, высокая оценка свободных ассоциаций и регрессии как самоизлечивающих процессов и слишком большой упор на самопознание как на терапевтическое средство. Например, Фрейд рекомендовал аналитику избегать интерпретаций, пока пациент сам почти что не подошел к тому же самому инсайту о прежде недоступной его сознанию констелляции.

Мы тщательно обдумываем, когда ему следует передать знание одной из наших конструкций, и мы ждем, как нам кажется, подходящего момента, что не всегда легко определить. Как правило, мы откладываем сообщение ему конструкции или объяснение, пока он сам не подойдет к нему так близко, что останется сделать только один шаг, хотя в действительности такой шаг и есть решающий синтез (Freud, 1940a, p. 178).

Эта рекомендация идеально объединяет две точки зрения: во-первых, принцип, что пациента следует как можно меньше беспокоить; во-вторых, впечатление, что собственный инсайт пациента имеет больший терапевтический эффект, чем информация, предоставленная аналитиком. Фрейд ясно указывает, что существует идеальный момент или особенно благоприятное пересечение внутренних и внешних факторов, и для аналитика важно найти этот благоприятный момент, чтобы нарушить молчание. Дихотомия молчания и речи преобразуется, таким образом, в поляризацию между молчанием и интерпретацией. Это происходит, если вообще оказывается возможным, без промежуточных стадий, которые естественно возникают в каждом психоаналитическом диалоге, даже если они и не вписываются в идеальную картину психоанализа.

Мы приходим теперь к неожиданному результату: наряду с весьма традиционной точкой зрения, что интерпретация должна быть единственной формой вербального общения со стороны аналитика, высокая, даже мистическая ценность придается молчанию. Молчание превратилось в скрытое убежище и полезный источник интерпретации. Мы отвергаем мистификацию, хотя, вне сомнения, некоторые моментальные соглашения между пациентом и аналитиком основаны на глубоком, бессознательном общении так, будто относительно интерпретаций у них уже было предварительное соглашение, то есть, будто у пациента и аналитика были одинаковые мысли. Мы согласны с Кремериусом (Cremerius, 1969), что молчание, основанное всего лишь на принятой практике, без критического обоснования, нужно отвергнуть. Молчание — это одно из орудий, один из нескольких технических приемов, которые должны использоваться в соответ-

414 Средства, пути и цели

ствии с ситуацией для продвижения вперед аналитического процесса.

Основное правило и дополняющее его равномерно распределяемое внимание — эти правила лечебного процесса дают особый тип диалога, который в действительном ходе лечения редко является столь асимметричным, как, казалось бы, можно предположить на

основе теоретических дискуссий. Стенографические протоколы аналитических диалогов свидетельствуют о том, что аналитик обычно активно в них участвует, хотя в литературе определена количественная доля устной активности как 5:1 или 4:1 в пользу пациента. В этой оценке паузы обычно рассматриваются как часть времени, принадлежащего пациенту, вследствие основного правила и того факта, что вопрос о вмешательстве аналитика формально не регулируется. Мы не разделяем этого подхода и полагаем, что более приемлемо считать продолжительные паузы частью совместной речевой активности. Основное правило эффективно действует только ограниченный период времени, если диалог уже исчерпан. В какой-то момент перед аналитиком встает вопрос, не следует ли ему нарушить молчание. Во время более продолжительных периодов молчания интрапсихические процессы у партнеров в диалоге не останавливаются. У пациентов может быть множество мотивов, чтобы продолжать молчание, которые охватывают весь спектр теории неврозов; подобно этому и у аналитика могут быть причины не говорить. Молчаливый, сопротивляющийся пациент может вызвать у аналитика ответное молчание. Если оба партнера молчат, становятся более заметны и тоже начинают восприниматься процессы невербальной коммуникации.

Кремериус (Cremerius, 1969, p. 98) сообщал об одном пациенте, ориентировавшемся на число спичек, которые аналитик зажигал во время пауз; несколько спичек было признаком гармонии, много спичек означало расстройство коммуникации.

Психология молчания, начало которой уже положено, внесет вклад в создание технической базы для различения слияния субъекта и объекта, с одной стороны, и отказа от коммуникации — с другой. В обоих случаях возможность следовать основному правилу достигает своего предела. Нахт (Nacht, 1964) рассматривает молчание как род объединяющего, мистического переживания, разделяемого пациентом и аналитиком, и полагает, что этот бессловесный обмен может представлять переживание вновь (или новое переживание) состояния слияния и полного растворения, характерного для раннего развития. Он связывает, таким образом, молчание с идеей исправляющего изменения, то есть с идеей излечения средствами догенитальной любви, по Ференци, в чьей традиции это и следует рассматривать.

## Молчание 415

Психология Эго также стоит на тех позициях, что интерпретацию не следует использовать как средство достижения изменений. Калогерас (Calogeras, 1967) продемонстрировал это в лечении хронически молчаливого пациента. Однако мы рассматриваем детальное обоснование параметра «отказ от основного правила» как пример того, что мы обсуждали в отношении техники основной модели (см. гл. 1). В том же смысле Лёвенштайн (см.: Waldhorn, 1959), Зелигс (Zeligs, 1960) и Мозер (Moser, 1962) приводят аргументы в пользу того, чтобы дать молчаливому пациенту необходимое ему время. Сюда можно отнести и указание Фрейда: все технические шаги должны быть направлены на создание наиболее благоприятных условий для Эго.

В дополнение к общим аспектам функции молчания аналитика и его последствий мы хотели бы рассмотреть специальную тему *власти* и *бессилия* в психоаналитических отношениях. Мы полагаем, что молчание аналитика, если оно используется стереотипным образом и оканчивается интерпретацией, которая, возможно, весьма далека от того, что занимало внимание пациента в течение долгого периода с того момента, когда либо он, либо аналитик говорили последний раз, может весьма неблагоприятным образом внести вклад в поляризацию бессилия и власти между пациентом и аналитиком. Вот пример этого (составленный на основе заметок аналитика):

Более длительный анализ. Пациентка часто подолгу молчит. До сих пор нет никакого удовлетворительного объяснения такого поведения. Однажды она рассказала, что ее мать часто

подолгу молчит и что это молчание всегда означало какую-нибудь неприятность и пугало ее. После того как пациентка в течение какого-то времени молчала, последовала интерпретация.

А: Вы даете знать о неприятности и хотите напугать меня, как это делала ваша мать, когда она молчала.

Пациентка соглашается с интерпретацией, но затем долгое время молчит. Позднее она сказала, что эта интерпретация причинила ей боль, так как она была вынуждена признать, что в каком-то отношении похожа на мать, которую сильно ненавидела (Flader, Grodzicki, 1982, pp. 164—165).

Поскольку этот пример мы хотим использовать для обоснования тезиса, что именно сочетание упорного молчания со стороны аналитика и последовавшей внезапной интерпретации переноса привели к поляризации всемогущества и бессилия, мы должны отметить, что Фладер и Гродзицки приводят это как хороший пример интерпретации переноса, на котором можно показать дискурсивный механизм психоаналитических интерпретаций. «В вышеприведенном примере интерпретации переноса пациентка сначала принимает интерпретацию и затем погружается в молчание, возможно с целью ассимиляции» (Flader, Grodzicki, 1982, p. 173).

#### 416 Средства, пути и цели

Мы не разделяем эту позитивную интерпретацию реакции пациентки. Независимо от того, что интерпретация переноса и последовавшее за ней молчание пациентки относятся к защитному механизму идентификации с агрессором (она ведет себя как ее мать и обращается с аналитиком как с ребенком, каким она была сама), то, что пациентка немедленно приняла интерпретацию, означает, что она быстро подчинилась непосредственному вмешательству аналитика. Интерпретация последующего длительного периода молчания в качестве акта ассимиляции вряд ли отвечает критериям Айзекс позитивной реакции на интерпретацию. Это могло бы вполне быть молчанием ассимиляции, но то, что пациентка должна была ассимилировать, было, вероятно, замешательством от открытия, что она чем-то похожа на ненавидимую ею мать. В этом смысле запись аналитика содержит комментарий, что его интерпретация причинила ей серьезную боль, а не просто тронула. Разница важна, особенно ввиду того, что сообщение представлено лингвистом и психоаналитиком. Одна из причин, по которой мы выбрали этот пример, заключается в том, что он напоминает нам наш собственный, неблагоприятный опыт с этой техникой.

Молчание и последующее внезапное осознание аналитиком ответа на вопрос, которого пациент даже еще не поднял (в вышеупомянутом примере): «Что я, собственно, делаю и чего я на самом деле хочу?» — могут привести, таким образом, к поляризации бессилия и всевластия, которые являются как биперсональными, так и интрапсихическими. Аналитик становится всемогущим, а пациент бессильным; бессознательные фантазии пациента по поводу всемогущества усиливаются до такой степени, что он испытывает унижение в психоаналитической ситуации. Если кого-то заставляют почувствовать себя бессильным и беспомощным — либо путем лишения существенного для него удовлетворения, либо каким-либо другим путем, ослабляющим его ощущение собственного Я, — то будут иметь место попытки получить компенсацию, которые могут начаться немедленно или позже.

Переживания бессилия могут быть компенсированы фантазиями всемогущества. Патологическое «всемогущественное» поведение, в противоположность мимолетным фантазиям всемогущества, хорошо всем знакомым, обычно является отчаянной попыткой защитить себя от подавляющего господства и деспотизма. Поляризация, следующая за стереотипным молчанием и внезапными интерпретациями, непосредственно несравнима с ситуацией, характерной для детей, хотя в ходе нормального развития они также переживают чувство бессилия и ощущают неравное распределение власти между взрослыми и собой и у них бывают компенсирующие фантазии величия. Нам следует пойти

далее и поднять вопрос, может ли дополнительное серьезное унижение объясняться именно такой аналогией. В особенности если аналитик рассматривает эти компенсирующие фантазии как *искаженные восприятия*, взятые из переноса, то он отвергает критику пациентом его собственного чрезмерного молчания. К тому же следующим шагом является то, что компенсирующие фантазии величия и всемогущества интерпретируются как последствия сохранившегося инфантильного нарциссизма.

Таким образом, у нас есть все основания строить психоаналитическую ситуацию таким способом, чтобы поляризация бессилия—всемогущества не сместилась в пользу реактивных фантазий в ходе терапевтической регрессии.

Как может пациент понять, что его поведение, например, его молчание, представляет собой вопрос и что интерпретация аналитика является адекватным ответом? Фладер и Гродзицки (Flader, Grodzicki, 1982) показали, что аналитик может обнаружить желание или мотив, содержащиеся в молчании пациента, только нарушив правила поведения повседневного общения. В том же ключе Шрётер (Schröter, 1979, pp. 181 —182) описывал интерпретации как отрицание повседневных форм взаимодействия.

Интерпретации являются комментариями аналитика к высказываниям и действиям пациента. В них он пытается выявить бессознательный смысл высказываний и действий, то есть бессознательных фантазий, желаний и тревог, которые в них содержатся. Таким образом, пациент имплицитно характеризуется как лицо, которое не вполне знает, что оно говорит, по крайней мере, с точки зрения истолкования смысла его высказываний.

Поскольку, как замечает сам Шрётер, пациент считает отклонения от форм повседневного общения чем-то совершенно чуждым, аномальным и даже угрожающим, следует придерживаться принципа, что эти отклонения должны дозироваться в соответствии с их последствиями для аналитического процесса. Подобная рекомендация основывается на нашем опыте, что все пациенты, а не только с нарциссическими расстройствами личности, весьма чувствительно реагируют на нарушения норм повседневного диалога, и это особенно верно, если они находятся в такой ситуации, когда им нужна помощь. Шрётер (Schröter, 1979, p. 181) замечает, что интерпретации очень часто переживаются как критика, порицание или унижение, и мы без лишних слов распространяем это и на молчание. Поэтому следует найти оптимальный способ ведения диалога в том, что касается техники лечения, и стараться свести неблагоприятные последствия к минимуму.

418 Средства, пути и цели

## 8.6 «Отыгрывание вовне» (acting out)

Общий подход к действию в психоанализе и обычно негативная оценка «отыгрывания вовне» являются признаками того, что нам легче иметь дело со словом, чем с поступком. Несмотря на старания некоторых психоаналитиков предусмотреть адекватное отношение к «отыгрыванию вовне» с точки зрения, например, психологии развития и психодинамики, этот термин все еще используется в связи с формами поведения, которые нежелательны и могут даже угрожать аналитику. Особые явления в психоаналитической ситуации сделали это понятие необходимым и придали ему негативный оттенок.

Нам следует проанализировать, почему «отыгрывание вовне» имеет место и почему оно рассматривается как некое нарушение. Иными словами, какие формы поведения аналитик оценивает негативно, то есть как «отыгрывание вовне»? Мы выбрали именно такую

формулировку, чтобы привлечь внимание к тому, что психоаналитик (вместе с факторами, которые он сам принимает как данные, то есть обстановкой, линиями поведения, основным правилом) оказывает значительное влияние на ситуацию, хотя очевидно, что только анализируемый может поставить под вопрос или отвергнуть правила, о которых есть договоренность, и отклониться от желаемой структуры диалога и отношений, особенно в *словесных выражениях и воспоминаниях*.

Фрейд обнаружил явление, которое он обозначил как «отыгрывание вовне», в контексте переноса Доры и описал в своей работе «Фрагмент анализа случая истерии» (1905e). Но «отыгрывание вовне» не занимало значительного места в психоаналитической технике до опубликования работы «Припоминание, повторение и проработка» (1914e), где Фрейд выводит это явление из психоаналитической ситуации и переноса. Фрейд сравнивает психоаналитическую технику с гипнозом, упоминает о некоторых затруднениях и затем продолжает:

Если мы ограничимся этим вторым типом, с тем чтобы выявить различия, то можно сказать, что пациент *не помнит* ничего из того, что он забыл и подавил, но *отыгрывает* это вовне. Он воспроизводит это не как воспоминание, но как действие; он *повторяет* это, конечно не зная, что он это повторяет (1914e, p. 150).

В связи с этим Канцер (Kanzer, 1966, p. 538) говорит о «моторной сфере переноса».

Выражение «отыгрывание вовне» имеет два значения. Как указывают Лапланш и Понталис (Laplanche, Pontalis, 1973, p. 4), Фрейд «не сумел отличить элемент *актуализации* в переносе от обращения к *моторному действию*». Сочетание этих значений относится, с одной стороны, к открытию понятия в случае До-

«Отыгрывание вовне» 419

ры, с другой — к модели когнитивных и аффективных процессов, относящихся к движению. Структура мыслительного аппарата обычно позволяет психическому процессу перейти от перцептивного края к моторному (Freud, 1900a, p. 537).

В связи с бессознательными импульсами желаний Фрейд замечает, что «факт переноса, так же как и психозы, показывает нам, что они [бессознательные импульсы желаний] пытаются пробиться с помощью предсознательных систем в сознание и получить контроль над двигательной силой» (1900a, p. 567). Описание как аффективных, так и невербальных выражений в психоаналитической ситуации в качестве «отыгрывания вовне» привело к путанице, как указывали многие авторы (Greenacre, 1950; Ekstein, Friedman, 1959; Rangell, 1968; Scheunert, 1973). Лапланш и Понталис (Laplanche, Pontalis, 1973, p. 5) пишут:

Поскольку Фрейд, как мы видели, описывал даже перенос на аналитика как модальность «отыгрывания вовне», он не смог ни ясно отдифференцировать, ни показать взаимосвязь между явлениями повторения в переносе, с одной стороны, и проявлениями «отыгрывания вовне» — с другой.

В своих поздних работах Фрейд все еще подчеркивал, прежде всего, связь между припоминанием и «отыгрыванием вовне»: «Пациент... как бы «отыгрывает» это вовне перед нами, вместо того чтобы рассказать нам об этом» (1940a, p. 176). Конечно, «отыгрывание вовне» может происходить также и вне переноса.

Мы должны поэтому быть готовы увидеть, как пациент уступает навязчивому повторению, которое теперь заменяет побуждение к припоминанию, не только в его личном отношении к своему врачу, но также и во всякой другой активности и отношениях, которые могут происходить в его жизни в это время, — если, например, он влюбляется, или решает какую-то задачу, или открывает предприятие во время лечения (Freud, 1914d, p. 151).

«Отыгрывание вовне» не только связано с припоминанием и повторением, но имеет такие значения и функции, чисто техническая классификация и дифференциация которых оказывается недостаточной. Лапланш и Понталис (Laplanche, Pontalis, 1973, p. 6) поэтому рекомендуют подвергнуть пересмотру психоаналитические теории действия и коммуникации, включив следующие темы: аффективные и импульсивные отреагирование и контроль; слепое «отыгрывание вовне» и целенаправленные действия; моторная разрядка и высокоорганизованные акты, такие, как разыгрывание пьес и сценических представлений, построение отношений, творческие достижения и другие способы разрешения напряжений и конфликтов средствами дифференцированных и сложных наборов движений и действий: «отыгрывание вовне»

420 Средства, пути и цели

как результат и осуществление защитных и адаптивных возможностей в репертуаре индивида в отношении к его окружению.

Существует немало бессознательных условий, которые могут усилить тенденцию к «отыгрыванию вовне». Они включают ранние травмы, пагубно повлиявшие на способность к формированию символов, поскольку память и припоминание связаны с приобретением словесных символов, ведущих к состоянию, в котором аппарат памяти приобретает полезную структуру (Blos, 1963). Расстройство чувства реальности, визуальная сенсibilизация, фиксация на уровне «магии действия» являются разного рода условиями, могущими привести к подчеркиванию языка действия в противоположность вербальному языку. В то же время фантазии и действия представляют собой возможные до-вербальные средства решения проблем и коммуникации.

Действия могут вызвать более сильные и более непосредственные чувства изменения Я, чем слова, и они содержат больший потенциал для воздействия на внешнюю реальность и мир объектов. «Отыгрывание вовне» может обладать функцией овладения напряжением и создания (или воссоздания) чувства реальности. Наконец, «отыгрывание вовне» является также способом эксплуатации внешнего мира для безжалостной максимизации удовольствия (Blos, 1963).

«Отыгрывание вовне» может помочь избавиться от пассивных желаний и связанного с ними беспокойства, а также избавит от последствий переживаний бессилия и мучительной беспомощности.

Блос (Blos, 1963) описывал «отыгрывание вовне» как обычное и подходящее решение проблемы сепарации в подростковом возрасте. Обеднение Эго в результате удаления либидо от важных (родительских) объектов компенсируется перенаполненностью, катексисом, внешним миром или возможностями взаимодействия с ним (что, естественно, является источником важных новых переживаний). По нашему мнению, эти подростковые переживания проливают также свет на ту роль, которую «отыгрывание вовне» играет во время сепарации, расставания с любимыми людьми, так же как и при переходе к новым стадиям развития с последующей сепарацией от прошлого.

Можно продолжать перечисление значений и функций «отыгрывания вовне» неопределенно долго. Это перечисление свидетельствует о неясности понятия и трудности его определения в терминах техники лечения. Боески (Boesky, 1982, p. 52) рекомендовал говорить об «отыгрывании вовне» только в связи с повторением и проработкой. Мы учитываем несколько значений этого понятия, потому что дифференцированное понимание «отыгрывания вовне» делает возможным распознать его как внутри, так и вне аналитической ситуации, интегрировать его и

«Отыгрывание вовне» 421

сделать доступным для аналитической работы. Оно также ограничивает негативное значение «отыгрывания вовне» формами поведения, имеющими прежде всего разрушительные последствия, ведущими к отрицанию и путанице или серьезно угрожающими терапевтическому сотрудничеству. То, что этот процесс мешает аналитику и испытывает его терпение, не должно само по себе вести к его негативной оценке. И являются ли такое поведение и реакции в каждом отдельном случае привычными или случайными, имеет второстепенное значение.

Используя технические термины, можно сказать: интерпретации, а не оценки и правила должны быть первейшими средствами, ограничивающими «отыгрывание вовне» в переносе, так чтобы оставалась возможность продуктивного процесса лечения.

По практическим причинам Фрейд продолжал утверждать, что «в психоаналитическом лечении не происходит ничего, помимо обмена словами между пациентом и аналитиком» (1916/17, р. 17). *Слово* есть характерная черта психоаналитического лечения. Для Фрейда целью лежания на кушетке было блокирование экспрессивно-моторной области переживаний и поведения по четко определенным теоретическим причинам: ограничивая движение, он хотел прервать внешнюю разрядку и усилить внутреннее давление, с тем, чтобы облегчить *припоминание*. Абстиненция и фрустрация должны были усилить внутреннее давление, чтобы оживить воспоминания.

Поскольку регрессия способствует фантазированию, в результате появляется некоторая тенденция к «отыгрыванию вовне», к повторению с помощью «отыгрывания вовне», и это противоречит требованию, чтобы пациент выражал действия словами и повторял их мысленно. Детские чувства, конфликты и фантазии повторяются в переносе, но предполагается, что Эго анализируемого функционирует в зрелых условиях вербализации и интроспекции — условиях, которые определяют ход и жизненность анализа. Возросшее напряжение (усиленное давление вследствие абстиненции, фрустрации и сужения сферы действия) также открывает дополнительные пути проявления регрессии (разрядка, приспособление, защита). Поскольку в лежащем положении жестикуляция затруднена и нет визуального контакта, речь остается первостепенным средством общения. Однако это не представляет эффективной замены для подавленных и сдерживаемых тенденций к действию. Блум (Blum, 1976), в частности, упоминает довербальные переживания, которые, подобно некоторым аффектам, чувствам, настроениям, не могут быть адекватно выражены в словах.

Можно сделать вывод, что анализ невозможен без некоторого «отыгрывания вовне». Невозможно выразить в словах все

#### 422 Средства, пути и цели

аспекты переживаний (и неврозов). Боески (Boesky, 1982) ссылается на «отыгрывание вовне» как на возможность актуализации присущего неврозу переноса.

Тем не менее существование скептицизма в отношении «отыгрывания вовне» может быть связано с его открытием и описанием в случае с Дорой, а точнее, с тем, что эта пациентка прервала лечение. Мы хотели бы теперь процитировать следующее описание, с тем, чтобы прокомментировать современную точку зрения. Анализ Доры, имевший место в 1900 году, продолжался только одиннадцать недель.

Вначале было ясно, что я замещаю отца в ее воображении, что было не так уж неправдоподобно, учитывая разницу в нашем возрасте. Она даже постоянно сознательно сравнивала меня с ним и беспокоило продолжала попытки убедиться, вполне ли я с ней откровенен, поскольку ее отец «всегда предпочитал секреты и обходные пути». Но когда появилось первое сновидение, в котором она предупреждала себя, что лучше ей прекратить лечиться у меня, так же как она ранее покинула дом г-на К., мне следовало бы самому прислушаться к предостережению. «Теперь, — следовало бы мне сказать ей, — вы сделали перенос с г-на К. на меня. Заметили ли вы что-нибудь, что заставило вас подозревать меня в дурных намерениях, подобных тому (открыто или в какой-то видоизмененной форме), как это было с г-ном К.? Или вас что-то поразило во мне, или вы что-то узнали обо мне, что

подействовало на ваше воображение, как случилось ранее с г-ном К.?» Ее внимание было бы обращено на некоторые детали наших отношений, или моей личности, или обстоятельств, за которыми было скрыто нечто подобное, но неизмеримо более важное, касающееся г-на К. И когда этот перенос был бы прояснен, анализ мог получить доступ к новым воспоминаниям, возможно имеющим отношение к действительным событиям. Но я остался глух к этой первой предупреждающей ноте, полагая, что у меня достаточно времени впереди, поскольку никакие новые стадии переноса не развивались, и материал для анализа еще не истощился. Таким образом, перенос застал меня врасплох, и из-за неизвестной моей характеристики, которая напоминала Доре о г-не К., она отомстила мне, как она хотела отомстить ему, и покинула меня, поскольку полагала, что она обманута и покинута им. Так, она произвела «отыгрывание вовне» части своих воспоминаний и фантазий, вместо того чтобы воспроизвести их в ходе лечения. Что это была за неизвестная характеристика, я, естественно, не могу сказать. Я подозреваю, что это было связано с деньгами или с ревностью к другой пациентке, которая поддерживала отношения с моей семьей после выздоровления. Когда есть возможность ввести переносы в анализ на ранней стадии, ход анализа замедляется и затемняется, но его существование лучше гарантировано от внезапного и всепоглощающего сопротивления (Freud, 1905e, pp. 118—119).

Если мы рассмотрим «отыгрывание вовне» Доры, как его описал Фрейд, на основании нынешнего состояния знаний, мы должны будем признать, что Фрейда побудила терпеливо ждать переоценка им важности бессознательных следов воспоминаний по сравнению со значением ситуационного фактора, ускорившего перенос, который в данном случае привел к отрицательным последствиям. Фрейд сам это понял после окончания анализа: заметила ли она что-нибудь в *нем*, что заставило ее почувство-

«Отыгрывание вовне» 423

вать недоверие, как и с г-ном К., или она заметила нечто в *нем*, что привлекало ее, как раньше в г-не К.?

Основываясь на ретроспективном анализе этого случая, проделанного Дейчем (F. Deutsch, 1957), Эриксоном (Erikson, 1964) и Канцером (Kanzer, 1966), можно предположить, что «отыгрывание вовне» Доры мотивировалось ситуационными факторами. Фрейд впоследствии подчеркивал это, хотя в 1905 году не сделал выводов из этого факта.

Фрейд искал сексуальные фантазии у этой истеричной девушки, которая заболела после того, как г-н К., дважды пытался соблазнить ее. Он пытался удостовериться в бессознательной «истинности» ее (в конечном итоге инцестуозных) фантазий. Воспоминания Доры, казалось, поддерживали такие предположения ввиду ее возбуждения и многочисленных и разнообразных чувств, после того как она яростно отвергла попытку соблазнения.

Однако Дору беспокоила другого рода истина: она хотела доказать, что ее отец и другие лица, ее окружавшие, виновны в неискренности. У ее отца была связь — тайная, но известная Доре — с женой г-на К., и, регистрируя свою дочь в конторе Фрейда, он подчеркнул, что она всего лишь вообразила сцены с г-ном К. Лидц и Флек (Lidz, Fleck, 1984, p. 444) интерпретировали историю болезни Доры в терминах семейной динамики. Они подробно показали, что Фрейд, вопреки собственным целям, не уделил достаточного внимания чисто человеческим, социальным и семейным отношениям. Они подняли ряд вопросов, которые показывали, что Фрейд недооценил влияния сложных семейных взаимоотношений Доры на ее переживания и болезнь. Фрейд, например, не рассмотрел тот факт, что отец Доры постоянно нарушал границы поколений, сначала используя дочь как заместитель своей жены, а затем как средство отвлечения г-на К., мужа своей любовницы. Лидц и Флек подняли другие вопросы в связи с концепцией границ поколений и пришли к выводу, что родители Доры вместе с г-ном и г-жой К. много раз нарушали эту границу.

Эриксон подвел следующий итог проблеме, возникшей в связи с тем, что Дора и Фрейд искали различные истины:



Но если в неспособности пациентки соответствовать его типу истины Фрейд прежде всего увидел работу вытесненных инстинктивных стремлений, он, безусловно, при этом заметил, что Дора тоже стремилась найти некую истину. Он был озадачен фактом, что пациентка была «почти вне себя от предположения, что она всего лишь вообразила» условия, которые привели ее к болезни; и что она продолжала «весьма настойчивые попытки убедиться, вполне ли я с ней откровенен». Давайте вспомним здесь, что отец Доры просил Фрейда «образумить ее». Фрейд должен был заставить его дочь выкинуть из головы сюжет о ее соблазнении г-ном К. У отца была основательная причина этого хотеть, так как жена г-на К. была его собственной любовницей, и он, казалось, был готов не обращать внимания на неблагоприятные поступки г-на К., если тот не будет выдвигать обвинений

#### 424 Средства, пути и цели

против него самого. Поэтому настояния Доры, что причиной ее болезненного состояния является ее роль как объекта эротического товарообмена, представлялись весьма неуместными.

Я задаюсь вопросом, многие ли из нас могут сегодня не протестуя согласиться с утверждением Фрейда, что здоровая девочка 14 лет при таких обстоятельствах не стала бы рассматривать предложения г-на К. «как бестактные и оскорбительные». Характер и серьезность патологической реакции Доры превратили ее историю болезни в классический случай истерии; но мотивация ее заболевания и отсутствие мотивации к выздоровлению, как это представляется нам сейчас, требуют подходить с позиции развития.

Сообщение Фрейда указывает, что Дора была озабочена исторической истиной, известной другим, в то время как ее врач настаивал на генетической истине, лежащей за ее симптомами. В то же самое время она хотела, чтобы ее врач был «правдив» в терапевтических отношениях, то есть доверял ей на ее условиях, а не на условиях ее отца или соблазнителя. Возможно, она оценила в какой-то мере, что врач доверяет ей в силу своих исследовательских наклонностей, ведь все-таки она вернулась. Но зачем тогда ставить его перед фактом, что она поставила перед родителями вопрос об исторической истине? (Erikson, 1962, pp. 455—456)

Важным для Доры было ее собственное мнение о себе и его подтверждение в реальности, Блос (Blos, 1963) на базе своего опыта с подростками писал, что «отыгрывание вовне» выполняет важную функцию в случаях, когда реальность была скрыта от ребенка его окружением каким-то травмирующим образом. «Отыгрывание вовне» тогда используется для восстановления чувства реальности. После того как лечение прекращено, проработка функции «отыгрывания вовне» становится невозможной. События, которые Фрейд описывал впоследствии, показывают, однако, что серьезное рассмотрение тревог Доры снизило бы риск «отыгрывания вовне» или прерывания лечения. Ее «отыгрывание вовне» было вызвано ошибкой в позиции Фрейда, то есть в том, на чем он сосредоточивал внимание. В этой специфической лечебной ситуации, о которой он сам самокритично упоминал, его ошибкой была недостаточная интерпретационная активность.

Какой же вывод Фрейд сделал из того момента лечения, который предшествовал «отыгрыванию вовне» Доры, то есть ее необъявленному отсутствию? Дора выслушала, не возражив, как она это делала обычно, когда Фрейд попытался интерпретировать на более глубоком уровне попытку соблазнения ее г-ном К. и ее гнев по поводу того, что история считалась плодом ее воображения. «Я теперь знаю — и вы не хотите, чтобы вам об этом напоминали, — вы действительно вообразили, что предложения г-на К. были серьезными, и что он не отстал бы, пока вы не вышли бы за него замуж». Дора, «казалось, была тронута; она попрощалась со мной очень тепло, сердечно поздравила с Новым годом и — больше не пришла» (Freud, 1905e, pp. 108—109). Таким образом, Фрейд проследил источник ее гнева

она чувствовала, что ее тайное желание обнаружено, всякий раз, когда он ссылался на ее воображение.

В 1900 году Дора была 18-летней девушкой в фазе подростковой отчужденности. Она была на той стадии развития, в которой, как мы это теперь понимаем, «отыгрывание вовне» (включая прерывание лечения) не является чем-то необычным и даже выполняет важную функцию в развитии (подобную пробным действиям). Однако прекращение лечения следует оценивать в ином свете, чем такие формы «отыгрывания вовне», которые не угрожают терапевтической работе или не служат отрицанию.

В этом контексте вопрос остается открытым, может ли даже прекращение лечения в некоторых обстоятельствах оказаться такого рода «отыгрыванием вовне», которое представляет собой реалистическую форму действия для *пациента* (а не является только результатом актуализации бессознательного конфликта). Дора посетила Фрейда еще раз через год из-за «лицевой невралгии», но она не изменила своего решения окончить лечение. Однако она окончила свое лечение официально — она «пришла ко мне опять: чтобы закончить свою историю» (1905e, p. 120) — и сказала Фрейду достаточно, чтобы дать ему и нам возможность прийти к некоторым выводам. Решение Доры не продолжать лечение, но прояснить, что она считала действительной проблемой, казалось, было для нее важно.

Действие становится *нежелательным* «отыгрыванием вовне» главным образом в результате его *последствий*, независимо от того, подразумевались ли они (бессознательно) или нет. Последствия являлись также и причиной обычной рекомендации, что анализируемому не следует принимать жизненно важных решений в течение анализа (Freud, 1914g). Эта рекомендация о том, что важные решения следует отложить, может быть в действительности разумной при коротком анализе (длящемся несколько месяцев), особенно если рекомендация носит всего лишь форму просьбы, чтобы пациент вновь обдумал свое положение.

Сегодня такое вмешательство выглядит подозрительно. По крайней мере, необходимо, чтобы последствия таких прямых или косвенных предложений тщательно прослеживались. Правила, установленные для противодействия «отыгрыванию вовне», могут возыметь как раз противоположный эффект и привести к бессознательно контролируемым подменам (substitute) вне или внутри аналитической ситуации, которые, возможно, будет трудно проследить. Таким образом, аналитическая активность неизбежно еще больше будет отдалена от предполагаемого трансферентного конфликта, и независимые провоцирующие факторы, являющиеся результатом текущей фазы психоаналитических отношений (как, например, разочарование Доры во Фрейде), приобретают большую силу.

#### 426 Средства, пути и цели

В результате своей теоретической установки Фрейд вынужден был предположить, что «отыгрывание вовне» так тесно связано с повторением, что он, соответственно, игнорировал свое самокритичное наблюдение по поводу действительных причин ее разочарования и «отыгрывания вовне» в их отношениях.

Сегодня мы в большей степени сознаем такой ход событий, так как знаем, что теоретическая точка зрения (о том, что эмоциональные и моторные действия предшествуют припоминанию) противоречит технической модели лечения (припоминание имеет приоритет). К тому же увеличение длительности анализа может способствовать регрессиям, связанным с преобладанием до- и невербальных моделей коммуникации и действия. В истории психоаналитической техники эти противоречия нашли свое выражение в дискуссии о терапевтических функциях переживаний, идущей со времен появления книги Ференци и Ранка (Ferenczi, Rank, 1924), нашедшей отражение в понятии «нового начала» Балинта (1952 [1934]) и современных разработках (см.: Thomä, 1983a, 1984).

Упор, который делался на повторении в переносе и на его разрешении в интерпретации, привел к недооценке новаторской, творческой стороны «отыгрывания вовне» (особенно в

психоаналитической ситуации). Балинт описывает эти важные компоненты в контексте нового начала. Исторически он санкционировал этим один из случаев «отыгрывания вовне» (хотя и под другим названием).

Возможно, что именно вследствие пренебрежения к возникновению нового пациенты невольно побуждаются к слепой форме «отыгрывания вовне» вне анализа. Несомненно, описание Фрейда является точным:

Мы считаем весьма нежелательным, если пациент *действует* вне переноса вместо припоминания. Идеальным поведением для наших целей было бы, если б он вел себя вне лечения так нормально, как это только возможно, и проявлял свои ненормальные реакции только в переносе (1940а, р. 177).

Но если «отыгрывание вовне» в психоаналитической ситуации, и в переносе в особенности, предшествует припоминанию и принадлежит генетически более старым пластам, то припоминание может иметь место только в качестве второго шага. Если брать его в качестве первого шага в анализе, результатом будет отсутствие аффективной глубины. Следствием этого станут в основном рациональные реконструкции в анализе и «отыгрывание» эмоций вне аналитической ситуации.

Зелигс (Zelig, 1957) понимает «отыгрывание внутри» (acting in) — то есть «отыгрывание вовне» в психоаналитическую ситуацию (acting out in) — как относящееся ко всем невербальным

«Отыгрывание вовне» 427

коммуникациям. Если ограничиться, например, средствами понимания, интерпретации и подходящей техникой и отношением, оно может быть легче включено в интерпретацию, чем «отыгрывание» вне анализа, и может затем привести к инсайту и изменению. В этом смысле «отыгрывание вовне» близко к изменению, которое Балинт описывал как новое начало. Подобно тому, как негативная оценка «отыгрывания вовне» была соотнесена с теоретическим пониманием повторения, которое, как предполагалось, должно было быть преодолено средствами припоминания и инсайта, теперь ясно, что «отыгрывание вовне» неизбежно, даже желательно, в терапии в форме «отыгрывания внутри» (acting in). Во время лечения происходит гораздо больше, чем просто обмен словами: невербальная коммуникация не останавливается, несмотря на ограничения, наложенные правилами на действия. Так что у аналитика нет выбора, кроме как «признать «отыгрывание вовне» в качестве средства коммуникации» (Balint, 1968, р. 178). Уникальные преимущества интерпретативного метода психоанализа не подвергаются опасности, так как диалог строится таким образом, что позволяет аналитику выразить свое понимание «отыгрывания вовне». А какой существует простор для вариаций, видно из того, что Эисслер (Eissler, 1950) считал необходимым принять любые модификации, отвечающие цели структурных изменений.

Любой способ построения аналитической ситуации и вербального диалога, жесткий или гибкий, нужно исследовать с точки зрения его последствий. Депривация достигает особой интенсивности при чистой неоклассической зеркальной технике, и в соответствии с теорией при этом извлекаются на свет особенно плодотворные воспоминания. Однако часто происходит как раз обратное; при этом достигает тревожащей степени антитерапевтическое «отыгрывание вовне». Исключение психомоторной и чувственной коммуникаций и концентрация на вербальном обмене с партнером, которого не видишь, и который скрывает свою индивидуальность, противоречат человеческой природе. Представления о себе опираются на обратную связь, которая является позитивной или негативной и эмоционально модулированной, и они обычно основаны на всех чувствах и подсознательных восприятиях. Нельзя отрицать, что переоценка припоминания и связанное с этим пренебрежение ощущениями телесного Эго, которые могут проявляться даже на кушетке как зачатки,

например, желания двигаться, способствуют злокачественному «отыгрыванию вовне». В таком «отыгрывании» внутри аналитической ситуации или вне ее пациент стремится всеми доступными ему средствами к признанию своих телесных самоощущений (self-feelings), которые не были признаны или названы. Эти самоощущения, между прочим, начинают проявляться в

428 Средства, пути и цели

виде соматических симптомов (Freud, 1895d) и тесно связаны с припоминанием. Классификация на припоминание и «отыгрывание вовне» теоретически разъединила первоначальную связь. Поскольку «отыгрывание вовне» относится к телесным переживаниям, логично использовать этот термин для описания невербального или неотрефлексированного поведения.

Однако негативные стороны «отыгрывания вовне» слишком велики, чтобы их можно было преодолеть, просто добавив корректирующее прилагательное, а именно доброкачественное «отыгрывание вовне». Незлокачественное «отыгрывание вовне» с терапевтической точки зрения желательно. Однако весьма мало вероятно, что большинство аналитиков ответят утвердительно на вопрос, хотят ли они, чтобы имело место «отыгрывание вовне». Этот факт показывает, что закрепившиеся мнения относительно этого понятия нельзя изменить, всего лишь добавив некую приставку. Мы уже упоминали и обсуждали некоторые теоретические и технические причины этого негативного отношения, по существу, боязни многими аналитиками «отыгрывания вовне». Мы полагаем, что одной из наиболее важных причин такого отношения является то, что «отыгрывание вовне» — с его импульсивными, сложными, телесными и регрессивными чертами, которые часто вытекают из бессознательных, труднопрослеживаемых мотивов, — предъявляет значительные требования к аналитику как личности и к его профессионализму.

Поэтому для аналитика важно уметь реалистично оценить свою компетенцию и сохранить чувство уверенности в лечебной ситуации. Один из аспектов этого заключается в том, что аналитику нужно не упускать общего обзора происходящего в анализе, ограничивая для этого число переменных и возможностей для выражения. Таковы необходимые условия для лечения, на которые пациент имеет право.

Допускает ли аналитик «отыгрывание вовне», как он работает с ним в аналитической ситуации и как он приходит к новым решениям, в значительной степени зависит от способностей и гибкости, проявляемых аналитиком в данной аналитической ситуации, а не только от психогенезиса. Иными словами, это зависит от его умения быть восприимчивым к явлениям, происходящим в данной ситуации, — к формам поведения, мыслям, ощущениям, которые обычно труднее описать как происходящее в ситуации «здесь-и-теперь», чем как повторения из прошлого. Следуя принципу уделять внимание текущей динамике и актуальным чувствам и мыслям, можно лучше распознать прошлое и сделать, таким образом, настоящее «более настоящим», то есть более свободным от прошлого.

Проработка 429

## 8.7 Проработка (working through)

Проработка играла важную роль в клинической работе Фрейда еще в период его «Исследований истерии». Основа терапевтической проработки лежит в сверхдетерминации (over-determination) симптомов и узости сознания:

Только одно-единственное воспоминание может одновременно войти в сознание Эго. Пациент, который занят проработкой такого воспоминания, не видит ничего из того, что проталкивается за ним, и забывает то, что уже до этого пробило себе дорогу (Freud, 1895d, p. 191).

Таким образом, даже в то время терапевтическая процедура понималась каузально: если патогенные воспоминания и аффекты, с ними связанные, достигали сознания и прорабатывались, то зависящие от них симптомы должны были полностью исчезнуть. Разнородность симптомов в ходе терапии и разнообразие путей их разрешения объяснились тем, что патогенные воспоминания прорабатывались, и что на пути встретилось ассоциативное сопротивление. С вопросом не покончено, если вспомнилась еще одна какая-то деталь и «зажатый аффект» отреагирован (*abreacted*), или, говоря современным языком, если пациент достигает инсайта в бессознательную связь.

Благодаря изобилию случайных взаимосвязей *каждая патогенная мысль*, от которой пациент все еще не избавился, действует как мотив для *всех продуктов невроза*, к лишь с последним словом анализа исчезает вся клиническая картина... (Freud, 1895d, p. 299; курсив наш)

Патогенные мысли повторно вызывают новое сопротивление ассоциации; проработка сопротивления путем движения от одного слоя к другому, к патогенной сути, устраняет основу симптомов и в конечном итоге ведет к отреагированию. Таково было первоначальное описание Фрейдом терапевтического процесса. Проработка была тогда выделена в заглавие «Воспоминание, повторение, проработка» (1914d), хотя Фрейд рассматривал эту проблему техники только на одной странице. Эта проблема все еще не решена окончательно (Sedler, 1983).

Современные споры и рекомендации по их разрешению вращаются вокруг вопросов, которые станут более доступными, если мы посмотрим на более важные места в новаторских работах Фрейда. Было показано, что ошибочно полагать, будто, «если дать сопротивлению имя», «результатом будет его немедленное исчезновение». Фрейд продолжает:

Следует дать пациенту время, чтобы он получше узнал это сопротивление, с которым теперь познакомился, проработал его, преодолел его, продолжая вопреки ему аналитическую работу в соответствии с основным правилом анализа. Только когда сопротивление достигнет своей высшей

#### 430 Средства, пути и цели

точки, аналитик может, работая вместе с пациентом, обнаружить вытесненные инстинктивные импульсы, которые это сопротивление питали, и именно переживание такого рода убеждает пациента в существовании и силе таких импульсов (1914d, p. 155).

Совместный труд ведет, таким образом, к сопротивлению «(высшей точки», где проработка «есть часть работы, которая производит самые большие перемены в пациенте и которая отличает аналитическое лечение от любого другого рода лечения путем внушения» (1914d, pp. 155—156).

После открытия, что «дать сопротивлению имя» недостаточно и для достижения устойчивых изменений необходима тщательная проработка, многое из того, что обсуждали Фрейд и последующие аналитики, оставалось неясным. Имеется явное утверждение о причинности: как только сопротивление должным образом проработано, симптомы должны исчезнуть, как созревший плод падает с древа познания. Никакие новые симптомы не должны занять их место. Однако мы должны более точно знать, из чего состоит эта модифицирующая переменная, происходящая в результате проработки. Если каузально обоснованный терапевтический прогноз является точным, тогда последующие теоретические вопросы можно прояснить и проверить в терапии. На каком этапе находится совместная

работа? Может быть, вклад аналитика в разрешение сопротивления слишком велик или слишком мал? Является ли проработка исключительно делом пациента? Каково отношение проработки к переживанию, к отреагированию и к инсайту? Где происходит проработка — только в терапевтической ситуации или также и вне ее? Внутри и вне — показывает ли эта антитеза, что проработка означает трансформацию инсайта и самопознания в практические действия и изменение поведения? Этот неполный список вопросов делает очевидным, что мы находимся лишь на пути к полному решению задач психоаналитической практики и ее терапевтической теории; это значит, что нужно пытаться объяснить неудачи, с тем, чтобы улучшить практику.

История понятия проработки показывает, что прогресс теории и практики не всегда идет одновременно. С этим связаны попытки Фрейда объяснить *неудачи* проработки, то есть терапевтические неудачи. Мы вступаем на этот не прямой путь объяснения потому, что это сделает предлагаемые в наши дни решения более понятными. Хотя терапевтически эффективные проработки первоначально относились к повторению фиксаций из истории жизни пациента и к их рецидивам в переносе (Freud, 1914g), Фрейд десятью годами позже приписывал неудачу сопротивлению бессознательного (1926d, pp. 159—160). Мы уже обсуждали эту форму сопротивления и умозрительное объяснение Фрейдом навязчивых повторов в разделе 4.4. Мы объясни-

#### Проработка 431

ли также, почему философские соображения Фрейда о навязчивых повторах так затрудняют именно понимание психологической глубины проработки, что убедительно показал Кремериус (Cremenius, 1978).

Консервативная природа инстинктов, вязкость (Freud, 1916/17), инерция (1918b) или вялость либидо (1940a) и тенденция возвращаться к более раннему состоянию — инстинкт смерти — оказываются помехой для терапии или даже препятствием для проработки в ее роли важного акта перемены. Таковы в действительности соображения о конституциональных факторах, которые могут иметь место в той или иной форме, не будучи доступны для рассмотрения психоаналитическим методом. Пределы зоны терапевтической проработки нужно обозначить на всем поле метода. Поэтому следует подчеркнуть, что под влиянием теории инстинкта смерти (которая, кстати, не принимается ни одним авторитетным биологом — см.: Angst, 1980) Фрейд не стал доводить до логического конца разъяснение психологических условий повторов и их проработки как внутри, так и вне аналитической ситуации. Что это означает? Для нас важно исследовать подходы к объяснению навязчивых повторов, которые содержатся в трудах Фрейда, и затем рассмотреть аналитическую ситуацию, чтобы определить, оптимально ли мобилизует ее стандартизированная форма (как идеал) способность к изменениям у среднего пациента.

Есть терапевтически плодотворные альтернативные объяснения навязчивых повторов, например повторного появления травмирующих событий в сновидениях. Фрейд считал их, как и травматические неврозы, попытками Эго восстановить психическое равновесие. Первоначально Фрейд предположил существование «инстинкта овладения» (*mastery*) (1905d, p. 193), который позднее пытался возродить Хендрик (Hendrick, 1942, 1943a, b). Примерами проявления такого инстинкта является приобретение новых навыков, настойчивое любопытство детей и желание двигаться. Фрейд поставил повторы в центр своей интерпретации детских игр; но упустил из виду приносящую удовольствие пробу новых действий и восприятий; это пренебрежение привело к некоторой односторонности в психоаналитической теории и практике. Знание условий, ведущих к фиксации, регрессии и к повторам, связанным с ними, — это только одна сторона монеты. Излюбленным предметом научных исследований Фрейда было то, как и почему люди бессознательно ищут и устанавливают перцептивные идентичности (*perceptual identities*), то есть придерживаются своих привычек и патологических тенденций вопреки тому, что они понимают это и хотят

измениться. С другой стороны, встает вопрос о перемене. Удовольствие не только стремится стать вечным и повторяться. Мы жаждем узнавать и

#### 432 Средства, пути и цели

понимать что-то новое, и, чем больше безопасность, которая сформировалась или формируется на базе межличностно подтвержденных идентичностей, тем дальше мы осмеливаемся продвинуться к неизвестному<sup>1</sup>.

Поскольку продвижение в незнакомой области связано с тревогами и беспокойством, существенно, чтобы в терапевтической ситуации были созданы условия, благоприятные для изменения (контекст перемен) (в отличие от условий генезиса — контекста открытия). Некоторые теоретические разработки оказали одностороннее воздействие на психоаналитическую технику и ограничили ее диапазон. Проработка, например, часто игнорировалась, несмотря на первоначальные требования Фрейда и на ее интегрирующую функцию: «Лечение состоит из двух частей — из того, какие выводы делает врач и что он говорит пациенту, и из *работы* (*working-over*) пациента над тем, что он услышал» (Freud, 191 Od, p. 141; курсив наш). Недостаточно выслушать и высказаться; действовать — вот что важно. Проработка происходит в точке пересечения между внутренним и внешним и обладает интегрирующей функцией. Каждая упущенная точка зрения может помешать пациенту интегрировать «порванные связи» (A. Freud, 1937).

Фрейд порой был вынужден объяснять неудачи сопротивлением Ид, однако мы можем сегодня вполне воспользоваться практическими преимуществами, которые дало дальнейшее теоретическое развитие его альтернативной идеи о повторях в игре в смысле овладения мастерством, как это описали Лёвингер (Loevinger, 1966), Уайт (White, 1959, 1963) и Клейн (Klein, 1976, pp. 259—260). Фрейд представил эту альтернативную идею следующим образом:

Эго, которое пассивно переживало травму, теперь повторяет ее активно в ослабленном варианте, надеясь, что само сможет направить ее ход. Несомненно, что дети ведут себя подобным образом в отношении любого огорчившего их впечатления, воспроизводя его в играх. Таким образом, переходя от пассивности к активности, они пытаются психологически овладеть своими переживаниями (1926, p. 167).

#### Проработка 433

В соответствии с комментариями Клейна по поводу этой альтернативной идеи у индивида все еще имеется бессознательное намерение активно преобразовать событие, пережитое пассивно и оставшееся чуждым переживающему Я. Такие события являются травматическими, причиняют беспокойство и ведут к вытеснению. Попытки самоизлечения не удаются из-за вытеснения, поскольку последствия бессознательных намерений не могут быть восприняты посредством обратной связи. Мы должны добавить, что интерпретативное содействие аналитика в проработке заключается в помощи пациенту научиться сознавать и контролировать бессознательные намерения, лежащие за его действиями и поведением. Для

---

<sup>1</sup> Оставим в стороне муки и радости одиноких первооткрывателей и изобретателей. Вероятно, можно сказать, что такие личности преуспевают во многом независимо от межличностной поддержки. Они получают аскетическое удовольствие в тот момент, когда оказывается, что ожидания, содержащиеся в их фантазиях, построениях и научных понятиях, совпадают с прежде неизвестной реальностью в окружающем мире или в человеческой природе. Этот аспект реальности нередко получает название по имени открывателя или изобретателя, которого тогда идентифицируют с тем, что он открыл.

Клейна, вслед за Эриксоном, овладение этим является не особой независимой потребностью, стремящейся к удовлетворению, но переживанием себя, то есть Я переживает себя в качестве инициатора действия. Таким образом, схема Я дифференцируется в соответствии с процессами ассимиляции, аккомодации и другими процессами, описанными Пиаже.

В 1964 году комиссия по проработке Американской психоаналитической ассоциации (см.: Schmale, 1966) также ссылаясь на теорию обучения, которую мы рассмотрим в разделе 8.8.

Именно широкое понимание теории и практики поднимает вопросы о природе взаимосвязи между анализом сопротивления и инсайтом. Фенихель (Fenichel, 1941) и Гринэкр (Greenacre, 1956) описали проработку как интенсивный и концентрированный анализ сопротивления. Как показывает следующий отрывок, Гринсон поместил инсайт и изменения в центр своего определения проработки.

Мы не считаем аналитическую работу проработкой, прежде чем у пациента возникнет инсайт; таковой она становится только после этого. Цель проработки — сделать инсайт эффективным, то есть произвести значительные и прочные изменения у пациента. Превратив инсайт в первостепенную проблему, мы можем отличать сопротивления, которые препятствуют инсайту, и сопротивления, не дающие инсайту возможность привести к изменению. Аналитическая работа с первым видом сопротивлений есть собственно аналитическая работа; она не имеет специальной цели. Анализ тех сопротивлений, которые не позволяют инсайту вести к изменениям, — дело проработки. И аналитик и пациент — каждый вносит вклад в эту работу (Greenson, 1965, p. 282).

Концепция проработки решает некоторые из технических трудностей. Она дает возможность понять *эффективность* или ее отсутствие в циклических процессах (инсайт — терапевтическая польза — изменение Эго — новый инсайт), описанных Крисом (Kris, 1956a, b), и в этом состоит ее ценность. Однако прогресс не всегда присутствует в этом цикле, инсайты далеко не регулярно преобразуются в изменения. По словам Фрейда, «можно себе представить, что, вероятно, возникнут трудности, если от инстинктивного процесса, который шел целые десятилетия

#### 434 Средства, пути и цели

тия по определенному пути, ожидать внезапного перехода на новый путь, который для него только что открылся» (1926e, p. 224). Оставить старые пути и найти новые, то есть разлуку и прощание, — этот аспект проработки подсказывает сравнение с процессом оплакивания.

Фенихель (Fenichel, 1941), Льюин (Lewin, 1950), Крис (Kris, 1951, 1956a, b) указывали на сходства и различия между оплакиванием и проработкой. Мы думаем, что различия даже значительнее, чем полагал Стюарт (Stewart, 1963). Он привлекает наше внимание к тому факту, что оплакивание призвано примирить нас с потерей любимого объекта, в то время как цель проработки — изменение формы и целей предшествовавших способов удовлетворения и нахождение новых. При действительной потере само время также вносит вклад в заживляющий процесс, и диалог с умершим меняется в ходе сознательного и бессознательного процессов в период траура.

Невротические процессы носят другой характер. Они часто не прерываются всего лишь с помощью инсайта, поскольку идет поиск во внешнем мире все новых и новых подтверждений бессознательно укоренившимся диспозициям как результат внутренних психических условий. Таким образом, несмотря на инсайт пациента во время сеансов, симптомы могут повторно стабилизироваться (закрепляться) вне анализа в соответствии со старыми шаблонами. Мы хотели бы подчеркнуть, что согласны с Россом (Ross, 1973, p. 334) в том, что проработка происходит не только в аналитической ситуации.

Разделение, даже раскол, на инсайт и действие (на внутреннее и внешнее) произойдет еще легче, если аналитик ограничивается интерпретациями переноса или рассматривает проработку скорее как часть заключительной фазы. Уэлдер (Waelder, 1960, pp. 224ff.) подчеркивает, что траур и проработка обычно длятся 1—2 года. Однако если малейший шаг



рассматривать как своего рода сепарацию и потерю, то пациент также будет откладывать проработку до последнего года анализа, когда оплакивание и сепарация выступают на первый план, вместо того чтобы рассматривать это как постоянно стоящую задачу. Примером проработки в заключительной фазе, который приводит Уэлдер (Waelder, 1960, p. 213), является самовнушение пациента. «Мне следует прекратить вести себя таким образом и примириться с самим собой». Перспективы для успешной проработки неблестящи, если в результате остается всего лишь пресловутое доброе намерение.

Цель проработки — сделать инсайт эффективным. Поэтому нас особенно интересуют те случаи, когда инсайт идет не дальше добрых намерений, то есть где пациент не сумел примириться с собой. Почему инсайт, полученный во время анализа сопро-

Проработка 435

тивления, не ведет к изменениям, которых хочет пациент и к которым он стремится? Существует много ответов на этот вопрос; в большинстве случаев утверждается, что просто инсайт был недостаточно глубоким или что ему не хватало убедительности, так как он появился не в результате интерпретаций при интенсивных трансферентных отношениях.

Балинт (Balint, 1968, pp. 8, 13), например, предполагает, что проработка связана с интерпретациями переноса и возможна только у тех пациентов, до которых доходят слова. Однако не каждый охотно признает разрыв между словесным обменом и невербальными отношениями как непреложный факт. В самом деле, сам Балинт призывал нас к преодолению этого разрыва. Поэтому важно тщательно анализировать интерпретации сопротивления с точки зрения подспудных негативных последствий. Они, по-видимому, коренятся в неразрешимых противоречиях между тем, как аналитик очерчивает образ бессознательных желаний и возможностей пациента, и попытками сохранить нейтралитет и уважение к свободе пациента в принятии решений, давая свои интерпретации в открытой манере. Такая форма аналитического поведения способствует раскрепощению пациента и тем самым, косвенным путем, реактивной стабилизации привычек.

С другой стороны, неравновесие между пациентом и аналитиком сдвигается еще больше в пользу последнего, если, прежде всего, делаются генетические интерпретации. Тогда пациент воспринимает аналитика, как показал Балинт, знающим все о прошлом и о происхождении сопротивления. Аналитик полагает, что все, что ему следует делать (фактически он может не делать ничего другого), — это интерпретировать сопротивление в контексте бессознательных инстинктивных импульсов и воспоминаний. Поступая так, он следует предположению Фрейда, что синтез, то есть создание нового ряда психических элементов, происходит сам собой во время анализа (Freud, 1919, p. 161).

Справедливо, что интерпретации могут косвенно содействовать этому синтезу, потому что новые очертания, которые становятся возможными, определяются, кроме всего прочего, и целенаправленными мыслями, которые аналитик имеет и не может не иметь. Однако создается атмосфера, которая не облегчает для пациента преодоления *ужаса пустоты*, который может сопутствовать началу чего-то нового, и перевода его инсайта в реальный опыт. Встает, таким образом, неизбежный вопрос, сколько хороших инсайтов и пробных действий необходимо, чтобы достичь модификации симптомов и поведения в реальной жизни. Пациент и аналитик могут чувствовать себя так удобно в регрессии, что они откладывают настоящую проверку реальностью. Всегда имеются более или менее благовидные причины для этого, например то, что пациент не верит, что уже способен

436 Средства, пути и цели

изменить формы поведения, мучающие его самого и окружающих, а аналитик продолжает искать в прошлом более глубокие причины этой неспособности.

В конце концов, именно процесс проработки больше, чем что-либо другое, имеет отношение к тому, что пациент доводит психические акты до их завершения, испытывая при этом позитивные переживания. Такие переживания в анализе слишком уж понятны и поэтому обсуждаются меньше, чем негативные. Подобный дисбаланс может увеличиться как раз в те моменты проработки, когда идут поиски хорошей стартовой точки для пробных действий, то есть подтверждения и признания. Хрупкая уверенность в себе, только что возникшая в результате инсайта и переживания, при этом вновь теряется. Проработка, обычно ведущая к росту уверенности в себе, облегчая пациенту задачу решения последующих проблем во время «регрессии на службе Эго» (Kris, 1936, p. 290), может не оказать никакого терапевтического эффекта и даже привести к злокачественной регрессии. Структура психоаналитической ситуации может оказаться существенным фактором, ведущим к таким последствиям, и Кремериус (Cremerius, 1978, p. 210) рекомендовал в таких случаях изменить окружающую обстановку. Все еще должен быть прояснен вклад аналитика в генезис злокачественной регрессии. Обычно бывает еще не поздно начать все сначала, изменив технику или окружение. Критика в отношении того, что аналитик манипулирует пациентом, не соответствует действительности, если он откровенен с пациентом и если изменение обстановки обосновано и подано интерпретативно.

Проработка имеет качественные и количественные аспекты, которые можно также наблюдать в процессах обучения, особенно при переучивании. Многие пациенты спрашивают себя и аналитиков, сколь часто они будут вынуждены терпеть некоторые ситуации, прежде чем обретут способность справляться с ними иным, и лучшим, путем. Например, сколько раз пациент должен иметь позитивное переживание, встречаясь с кем-то обладающим авторитетом, чтобы преодолеть свою социальную тревогу и более фундаментальную кастрационную тревогу? Таким образом, проработка происходит как *внутри*, так и *вне* аналитической ситуации. Мы обсудим точки зрения на теорию научения в разделе 8.8.

Мы полагаем, что проблемы, возникшие в связи с проработкой, не получили достаточного внимания в психоанализе в последние десятилетия, потому что она происходит также и вне аналитической ситуации и потому что для понимания переобучения должна учитываться теория научения. Наш опыт подводит нас к тому, чтобы считать гринсоновское определение проработки — как анализа сопротивлений, мешающих трансформации

Проработка 437

инсайта в изменения, — слишком узким и односторонним. Даже в проработке сопротивлений, которые очевидны в анализах *непреуспевших* пациентов, главным является вопрос о том, как добиться успеха в аналитической ситуации и вне ее.

Как может аналитик поддержать робкое стремление пациента к успеху, его пробные действия и добиться того, чтобы вслед за ободрением в анализе пациент продолжал свои усилия в этом направлении и вне его? Пациентам в большей степени, чем здоровым индивидам, свойственны желание и потребность в заверениях и других межличностных переживаниях, которые укрепляют Эго. При стандартной технике пациент получает незначительную поддержку, которая полностью сводится на нет, если это вообще возможно. Кажется, пациент может признать только те аспекты интерпретаций аналитика, которые он бессознательно ищет или которые относятся к внутренним силам, удерживающим его от достижения цели.

Многие интерпретации представляют собой косвенное одобрение. Однако если аналитик полагает, что он может не оказывать никакой поддержки пациенту, то он тем самым ставит его в затруднительное и даже опасное положение. Сам того не зная, аналитик создает, согласно Бэйтсону и др. (Bateson et al., 1963), двойное связывание, поставляя противоречивую информацию. С одной стороны, интерпретация бессознательных желаний открывает новые возможности и пациент соглашается со своим терапевтом. Если, с другой

стороны, аналитик ограничивает свое одобрение потому, что он опасается влиять на пациента, то безопасность, которую пациент ощутил, может быть вновь потеряна. Неопределенные, противоречивые интерпретации запутывают пациента и препятствуют проработке трансферентных отношений. Проработка не является исключением: точки зрения на нее, подобно точке зрения на трансферентные неврозы, различаются в разных школах; и вклад аналитика в нее, как и в специфические ситуации переноса, велик даже в случаях очень типичных болезней. Высока заслуга Кохута (Kohut, 1971, pp. 86ff., 168ff.) в том, что он указал на значительную роль, которую играет подтверждение в формировании и проработке переноса. Как показали Валлерстейн (Wallerstein, 1983) и Треурнит (Treurniet, 1983), технические предложения Кохута не связаны с его взглядами на нарциссизм и с его психологией Я. Все пациенты имеют нарциссические личные свойства, так как их ощущение Я зависит от подкрепления, но то же самое справедливо и для любого индивида. Неопределенности, неизбежные при всякой проработке, имеющей целью достичь переструктурирования, пациенту легче перенести, если его любопытство по поводу собственных бессознательных желаний и целей усилено поддерживающими отношениями.

438 Средства, пути и цели

## 8.8 Научение и переструктурирование

Ограниченная ценность объяснений на основе модели научения Павлова стала ясна в 1930-е годы, когда эта модель была наиболее распространена, вскоре после первых попыток использовать результаты экспериментальных исследований в психологии научения, с тем чтобы улучшить наше понимание сложного процесса человеческого научения. Более поздние когнитивные модели научения, принимавшие во внимание, например, концептуальные модификации и внутренне когнитивное переструктурирование, более полезны и вдохновляющи для понимания того, что происходит в психотерапии. Использование соответствующих моделей научения кажется полезным особенно там, где психоаналитическая мысль противоречива и неполна, как в случае с проработкой. В этом отношении мы хотели бы обратиться к Френчу, который еще в 1936 году выразил надежду, что,

все время помня о процессе научения, лежащем в основе аналитической терапии, мы могли бы как-то улучшить наш угол зрения и ощущение соразмерности относительно значения и сравнительной важности большого числа бессознательных импульсов и воспоминаний, которые пробиваются к поверхности в психоаналитическом лечении (French, 1936, p. 149).

В этом разделе нам бы хотелось сосредоточить внимание на некоторых факторах, поддерживающих симптоматику, и на тех из них, которые ведут к терапевтическим изменениям. Первые играют особую роль в психоаналитическом лечении, особенно когда мы стремимся к их нейтрализации терапевтическими изменениями и переобучением, которое очень близко к проработке. В данном контексте мы не будем заниматься теми процессами и факторами, которые привели к возникновению симптомов и неврозов; поступая так, мы полностью сознаем, что вводим в некотором роде искусственное разделение между генезисом и поддержанием симптомов. В последующем мы коснемся того, как научиться выяснять, изменилась ли вероятность проявления некоего поведения (действия, мысли, идеи, аффекта) в схожих обстоятельствах.

Если кто-то неоднократно что-то делает или не делает в некоторой ситуации, хотя до этого не поступал подобным образом в похожих обстоятельствах, или если его действия стали более

быстрыми и уверенными, чем раньше, тогда мы говорим о процессе научения. Это не так, если у нас есть основания предполагать, что измененное поведение является следствием других факторов (например, интоксикации, повреждения мозга или просто нормального процесса созревания) (Форра, 1968, p. 13).

Как хорошо известно, существует три различные парадигмы научения.

Научение и реструктурирование 439

1. Классическая обусловленность (сигнальное научение, научение в ответ на стимул), которая особенно связана с именами Павлова и (в психиатрии) Айзенка и Вольпе.
2. Оперантная, или инструментальная, обусловленность (научение успехом), которая связана с работой Торндайка и Скиннера.
3. Социальное научение (научение с помощью моделей или идентификации), как это описал Бандура.

В лабораторных условиях есть возможность делать различия между этими парадигмами научения и таким образом изучать их в отдельности, изменяя условия. Однако в реальной жизни, для которой характерны гораздо большее разнообразие и сложность внутренних и внешних условий, процессы научения, как правило, определяются в соответствии с процессами, описанными всеми тремя парадигмами в разной степени.

Наиболее убедительной парадигмой научения с точки зрения описания хода психоаналитического лечения поначалу кажется научение с моделями, особенно с моделью аналитика. Это относится к тому, как пациент принимает функции Эго аналитика — тот способ, которым аналитик идентифицирует связи, общие аспекты и различия в интерпретациях, те стратегии, которые он применяет для достижения аффективных и когнитивных решений конфликтов, то, как он формулирует вопросы и как он справляется с аффектами и терапевтическими отношениями. Теория социального научения формулирует ряд условий, которые могут оказывать влияние на эффекты социального научения. Примером могут служить сходство между личностью-моделью (психоаналитик) и наблюдателем (пациент) с точки зрения личностных черт, таких, как социальный статус, возраст, пол, психологическая структура личности, и характер отношений между личностью-моделью и наблюдателем, например, желает ли наблюдатель заслужить привязанность личности-модели, боится ли эту привязанность потерять или пытается избежать наказания со стороны личности-модели.

Такие условия взаимодействия могут в значительной степени определять то, как будет разворачиваться невроз переноса. Речь никоим образом не идет о простой имитации манеры поведения аналитика или его образа мышления, хотя это, безусловно, тоже может иметь место. Что более важно, в соответствии с данными теории социального научения, мы должны ожидать длительных и интернализованных эффектов научения (изменений), то есть тех, которые интегрируются в весь репертуар поведения и переживания наблюдателя. Это особенно верно, если свои функции аналитик выполняет в когнитивной манере, используя символы. Отсюда видно, что научение с использованием модели идет гораздо дальше имитации внешних форм по-

440 Средства, пути и цели

ведения, и эта парадигма научения сходна с процессами идентификации, концептуализированными в психоанализе. Эмпирические исследования, кроме того, показывают, что быстроту и прочность научения с моделью можно много увеличить с помощью вербальных символов.

Две другие парадигмы научения в гораздо меньшей степени непосредственно относятся к происходящему в психоаналитической терапии. В начале 1930-х годов несколько

психоаналитиков (например: French, 1933; Kubie, 1935) применили парадигму классической обусловленности к технике психоаналитического лечения и пытались использовать первую для обоснования последнего. Эти попытки были резко отвергнуты Шилдером (Schilder, 1935b); по его мнению, павловскую теорию научения нельзя применять к более сложным процессам человеческого научения, и она, таким образом, не подходит для объяснения психоаналитического мышления и действий. Вместо этого Шилдер попытался описать психоаналитически условные рефлексy, что оказалось столь же непродуктивным подходом (см. фундаментальное исследование Штрауса (Straus, 1935)).

Хайгль и Трибель (Heigl, Triebel, 1977) сделали обзор различных принципов научения, упомянутых здесь, с точки зрения их отношения к психоаналитической терапии. Они расширили свою обычную технологию психоаналитического лечения, включив те варианты «подтверждения даже малейших успехов научения, в трансферентных отношениях», которые заложены в теории научения, и уделяя особое внимание корректирующим эмоциональным переживаниям. Однако у нас имеются сомнения, способны ли такие глобальные концепции и строгие терапевтические инструкции, из них извлеченные, значительно расширить и углубить наше понимание процесса психоаналитической терапии и влияния аналитика на ее ход. Уочтел (Wachtel, 1977) дает основательный и полный обзор этого вопроса.

Хотелось бы направить ваше внимание на два особых понятия из теории научения, которые играют центральную роль во всех трех парадигмах научения и, как кажется, помогают также понять процессы научения в психоаналитической терапии. Эти понятия суть *обобщение* и *различение*.

В соответствии с принятыми теориями научения мы понимаем, что обобщение относится, кратко говоря, к тенденции реагировать генерализованно, сходным образом в похожих обстоятельствах, а умение различать — к тенденции в сходных обстоятельствах отмечать различия и реагировать соответственно, то есть дифференцированно. В рамках уже упомянутых базовых парадигм научения мы хотим теперь попытаться использовать эти два понятия, чтобы представить типичное описание феномена переноса.

#### Научение и реструктурирование 441

В сильно упрощенной форме *перенос* в психоаналитической терапии можно характеризовать тем, что способ, которым пациент формирует и воспринимает отношения — по крайней мере, что касается некоторых особо конфликтных сторон — со своим аналитиком (не говоря уже о многих других отношениях вне терапевтической ситуации), особенно ориентирован на паттерны его отношений со своими матерью и отцом, братьями и сестрами и другими значимыми личностями, которые он сформировал в раннем детстве (см. гл. 2). Внешние черты аналитической ситуации и поведение аналитика должны способствовать развитию переноса; очевидно, анализ переноса как существенный компонент психоаналитической терапии не может начаться, пока перенос не стал достаточно интенсивным и дифференцированным. Такие же или сходные черты в трансферентных отношениях и в специфических отношениях вне терапии в дальнейшем разъясняются и специально подчеркиваются аналитиком в ходе анализа переноса. Когда перенос полностью развернется, различия между терапевтическими отношениями, их генетическими предшественниками и отношениями вне терапии становятся особенно отчетливыми. Самыми разными способами аналитик дает пациенту (по крайней мере, косвенно и, как ни странно, часто ненамеренно, однако неизбежно) возможность развить и испытать альтернативные, и в частности гибкие, паттерны отношений в терапевтической ситуации. В конечном итоге пациент не может избежать применения вне терапии своей способности формировать отношения иным, и гибким, путем, которую он приобрел и даже опробовал в терапии, и приспособлять ее к меняющимся обстоятельствам.

Это краткое описание указывает на сходство с ходом некоторых обучающих

экспериментов. Новый научающий опыт вводится с помощью процессов обобщения; ищутся сходные моменты в различных конфигурациях стимулов. Если таким способом сформировался устойчивый паттерн ответов, экспериментатор может способствовать дискриминационным процессам различения, меняя условия эксперимента, особенно схему подкрепления; организм учится по-разному отвечать на различные конфигурации стимулов. Однако, прежде чем приобретенные таким путем паттерны ответов могут быть обобщены для применения в условиях за пределами непосредственной ситуации эксперимента, пациенту может понадобиться пройти через дальнейший опыт научения не в экспериментальных условиях. Таким образом, психоаналитический процесс и некоторые эксперименты по научению обнаруживают ряд сходных черт. Френч даже говорит об «экспериментальном характере переноса» и подчеркивает

важность проверки реальности в переносе. Сколь бы ни были поразительны проявления навязчивых повторов, перенос, тем не менее, не есть лишь

#### 442 Средства, пути и цели

навязчивый повтор более ранних событий. Это, кроме того, и экспериментальная попытка скорректировать приобретенные в детстве паттерны (French, 1936, p. 191).

В рамках *базовых* парадигм научения на основе подобных аналогий невозможно достичь существенного прироста знания, кроме столь глобальных утверждений. Концепция доходчивости, основанная на базовой теории научения, оказывается слишком обременительной и недостаточно жизненной, чтобы постичь сложные аффективные и когнитивные процессы научения. Хотя понять такие весьма сложные процессы научения в рамках теории научения путем обобщения-различения можно, как это, в частности, подчеркивал Моурер (Mourer, 1980), но для этого должен быть введен ряд новых идей (например, понятие вторичного усилителя и рассмотрение реакции как дискриминационного стимула). В таком случае модель теории научения стала бы сложной и, кроме того, громоздкой и лишенной ясности. Таким образом, мы хотели бы закончить на этом обсуждение базовой модели научения и выбрать уровень вербального описания, достаточно высокий, чтобы иметь возможность рассмотреть когнитивные модели научения и те процессы переструктурирования, которые эти модели должны отражать.

Говоря о научении, люди думают об обучении, которое происходит в детстве, и о безуспешных порой усилиях учителей. Традиционное обучение можно обозначить термином «воспитание Супер-Эго», как подчеркивал Балинт (Balint, 1952); детей надо вырастить нравственными, порядочными людьми. Балинт противопоставляет этому «воспитание Я» в психоанализе и связывает это с общими соображениями о воспитательных аспектах психоанализа. Очевидно, что воспитательный элемент в психоанализе никогда полностью не отбрасывался и получил особое значение в детском анализе (A. Freud, 1927).

Если взглянуть на историю науки, можно провести черту, связывающую попытки применить воспитательные идеи в психоанализе и «генетическую эпистемологию» Пиаже. В экспериментальных клинических исследованиях Пиаже изучал различные стадии научения и развития в детстве. Его открытия недавно были подхвачены Тенцером (Tenzer, 1983, 1984), который соотнес их с некоторыми деталями проработки. Однако предпосылка для такой связи — то есть предположение, что процесс проработки разворачивается способом, аналогичным стадиям развития и научения в детстве, как их описал Пиаже, — сомнительна. Большее значение для понимания проработки, как нам кажется, имеет концепция «когнитивной схемы» Пиаже, основанная на развивающихся процессах аккомодации и ассимиляции. Мы бы хотели теперь обратиться к этим трем концепциям.

Когнитивную схему следует понимать в смысле экрана, который структурирует перцептивные и интеллектуальные переживания и собственная структура и сложность которого связаны со стадиями развития, описанными Пиаже. Термин «ассимиляция» используется, когда новый опыт включается в существующую когнитивную схему и увеличивает общий объем опыта, структурированного схемой. Если новый опыт не может быть включен в существующую когнитивную схему, то последует модификация схемы (или, напротив, игнорирование или отрицание этого чуждого нового опыта). Процесс модификации называется аккомодацией. Нетрудно представить, как эти понятия могут быть с пользой применены к нашему пониманию изменения в психоаналитической терапии. Уочтел (Wachtel, 1980) убедительно показал, что такой подход с позиции ассимиляции — аккомодации может быть продуктивен для теоретического и клинического понимания явления переноса.

Мы хотим теперь предпринять сходную попытку и попробуем прояснить этот теоретический подход в отношении *проработки*. В этом контексте мы затронем расширение и развитие подхода Пиаже, сделанные Макрейнольдсом (McReynolds, 1978), ориентировавшимся на психоаналитическую технику Дж. Клейна (G.Klein, 1978, p. 244ff.).

Фаза *проработки* начинается после того, как пациент достиг инсайта в отношении взаимосвязей и процессов, отражающих динамику ранее бессознательных конфликтов. Цель состоит в использовании когнитивного и аффективного инсайтов для изменения поведения. Некоторые пациенты добиваются таких изменений в поведении без помощи аналитика, но обычно этого нельзя ожидать. Мы знаем из психологии научения, что различные области познания, автономные процессы и психомоторные способности могут развиваться во многом независимо друг от друга (см.: Birbaumer, 1973). Чтобы интегрировать эндопсихические процессы с помощью обратной связи, требуются особые процессы обобщения.

В психоаналитической терапии это происходит во время проработки. Более глубокий анализ бессознательных прошлых детерминантов происхождения нарушения уступает место интеграции или реинтеграции психоаналитических деталей. Особого упоминания в этом контексте заслуживает описание Александером (Alexander, 1935) интегрирующей функции интерпретации на основе интегрирующей и синтезирующей Эго (Nunberg, 1931). Достижение этой интеграции есть задача пациента; он может рассчитывать на поддержку аналитика, хотя порой именно она становится помехой.

Регулярные клинические наблюдения показывают, что раскрытие бессознательного материала, имеющего отношение к

#### 444 Средства, пути и цели

конфликтам пациента, может привести к существенной дестабилизации, беспокойству и тревоге. Такую дезориентацию можно тоже объяснить в концептуальных рамках процессов генерализации и дискриминации, описанных выше, и она была убедительно описана и интерпретирована Макрейнольдсом (McReynolds, 1976) с точки зрения когнитивной психологии. Макрейнольдс формулировал свою теорию ассимиляции со ссылкой на Пиаже, делая различие между конгруэнтными и неконгруэнтными идеями и восприятиями. Когнитивная конгруэнтность — это бесконфликтная ассимиляция (интеграция) новых восприятий в существующую структуру, в то время как неконгруэнтность означает преходящую или постоянную неспособность ассимилировать новые понятия в существующую структуру. Возможно, что прежде конгруэнтные, ассимилированные идеи или понятия деассимилируются в результате изменений в когнитивной структуре. Отношения неассимилированных идей и понятий к ассимилированным определяются как ассимиляционная задолженность; эта задолженность считается основным детерминантом тревоги. Сформулированы правила для трех элементарных операций функционирования

когнитивно-аффективной системы.

1. Делается попытка разрешить когнитивную неконгруэнтность.
2. Задолженность в когнитивной ассимиляции должна быть минимальной.
3. Когнитивные нововведения (например, любопытство, внушение, поиск стимуляции) должны удерживаться на оптимальном уровне.

Эти операциональные правила сформулированы с точки зрения биологической адаптации. Поэтому особенно внезапное и резкое увеличение ассимиляционной задолженности и, следовательно, тревоги происходит, когда когнитивные перемены на высшем уровне ведут к деассимиляции ранее конгруэнтных, интегрированных идей и, соответственно, многочисленных точек соприкосновения этих идей друг с другом.

С точки зрения проработки в психоаналитической терапии теория ассимиляции объясняет то, что «поразительные» интерпретации могут создать внезапную деассимиляцию, сопровождающуюся беспокойством и тревогой. В таком случае интерпретация разрывает иерархически более высокие, прежде конгруэнтные, идеи и тем самым способствует дезинтеграции подчиненных идей, которые до этого тоже были конгруэнтны. Этот последний эффект, однако, может быть достигнут и интегрирующими интерпретациями, например, когда далекие и прежде не связанные идеи связываются, что ведет к внезапной деассимиляции подчиненных идей. Аналитик может помочь пациенту избавиться от ненужного беспокойства, если его интерпретации

Научение и переструктурирование 445

хорошо подготовлены и тщательно дозированы, например временно ограничивая их иерархически низшими идеями. В попытке свести ассимиляционную задолженность к минимуму пациент иногда отказывается признать или принять вмешательство, которое, возможно, будет иметь деассимиляционный эффект; этот отказ клинически проявляется как сопротивление. Поощрение со стороны аналитика, признание и заверение, что он окажет поддержку в ассимилирующей интеграции, могут помочь пациенту предпринять рискованную попытку, несмотря на предчувствие беспокойства.

Необходимо проверить и испытать такое эндопсихическое когнитивное переструктурирование с точки зрения его способности справляться с реальностью жизни и удовлетворительным образом структурировать отношения вне терапии. Мы считаем, что это существенный аспект проработки. Различные формы переноса предлагают пациенту шанс, почти не рискуя, опробовать разные паттерны отношений. При поддержке аналитика пациент затем перенесет эту укрепившуюся деятельность на отношения вне терапии (генерализация); затем он, естественно, осознает различие между переносом и рабочими отношениями в терапии и более разнообразными видами отношений вне терапии (дискриминация). Позитивные переживания могут укрепить и тем самым стабилизировать модифицированную схему и новый паттерн поведения.

Измененное социальное поведение пациента может, однако, привести к неожиданным переживаниям для партнеров, друзей, знакомых и коллег, так же как и к негативным переживаниям для самого пациента. Дальнейшее существование недавно приобретенной и все еще ненадежной когнитивной схемы тогда подвергается опасности, и пациенту угрожает рецидив. В этом случае пациент будет искать у аналитика большего подтверждения и поддержки, с тем, чтобы продолжить свои неуверенные попытки новых пробных действий. Неспособность аналитика отреагировать соответствующим образом также может иметь негативные последствия для пациента и его усилий испробовать новые паттерны поведения. При этом вновь обретенная хрупкая уверенность в себе может быть утрачена. Излишняя сдержанность со стороны аналитика может фрустрировать потребность пациента в безопасности, может даже привести к злокачественной агрессии, регрессии или депрессии.

Измерения в когнитивной схеме, то есть когнитивное переструктурирование, нельзя наблюдать непосредственно, но о них можно судить по стабильным переменам в



наблюдаемом поведении (см.: Strupp, 1978). По этой причине предположения аналитика о структурных изменениях, достигнутых пациентом, должны быть в принципе эмпирически проверяемы с точки зрения

446 Средства, пути и цели

специфических форм наблюдаемого поведения, включая, конечно, вербальное поведение. Более того, такая эмпирическая верификация должна действительно проводиться. Это означает, что должна существовать возможность делать проверяемые предсказания о будущем поведении пациента, включая предсказания о том, как он будет реагировать в особых конфликтах (например, стратегия решения конфликта, механизмы совладения с конфликтами и защиты, развитие симптоматики и структурирование отношений), исходя из предположений о структурных изменениях. Иначе все споры о структурных изменениях лишены смысла (Sargent et al., 1983).

Таким образом, нередко можно заполнить пробелы в психоаналитическом понимании клинических явлений, ссылаясь на понятия, разработанные другими дисциплинами. Более того, психоаналитику нужны хорошие знания близких дисциплин, с тем чтобы иметь возможность использовать их понятия и, соответственно, достичь более широкого понимания своих собственных теоретических понятий и клинических действий.

## 8.9 Завершение

### 8.9.1 Общие соображения

Как бы продолжителен и труден ни был анализ, его заключительная фаза создает свои собственные проблемы для обоих участников. Нередко существует неконгруэнтность между концепциями пациента и аналитика относительно целей лечения (E.Ticho, 1971). Сумеет ли аналитик убедить пациента, что аналитическая работа должна быть ограничена целями, доступными терапии, и что ограниченный сроком анализ следует отличать от бесконечного, имеет большое практическое значение. В конце психоаналитического лечения пациент должен развить способность к самоанализу. Это означает, что пациент научается применять особые формы рефлексии, которые характеризуют психоаналитический диалог. И с этим связаны ожидания, что способность к самоанализу будет работать против склонности к регрессии, которая все же может возникнуть после анализа при встрече с новыми проблемами, и что таким образом возобновление и развитие симптомов будут остановлены. Этой точке зрения очень часто противостоит «миф о совершенстве», то есть об окончательном анализе, который формирует отношение некоторых аналитиков к заключительной фазе под воздействием их собственных преувеличенных идеалов (Gaskill, 1980). Нетрудно понять, что состоятельные пациенты хватаются за любое

Завершение 447

предложение, сделанное такими аналитиками, чтобы продолжить анализ.

Можно вообразить, какие бессознательные фантазии связаны с завершением, если мы рассмотрим метафоры, используемые в литературе, чтобы описать финальную фазу. Сравнение Вайгерта (Weigert, 1952) конечной фазы со сложным маневром разгрузки, в котором все либидозные и агрессивные силы приходят в действие, ясно показывает, что можно ожидать драматических сцен. Действительно, есть опасность разочароваться, если весь ход лечения характеризовался стремлением к нарциссическому совершенству, полному

разрешению переноса и подобными мифами. Эта мифология завершенности будет иметь отрицательные последствия, если аналитик, сравнивая себя и пациента с идеальными типами, разочарован в своей работе с пациентом в конце лечения, в то время как пациент, напротив, выражает свою признательность. Это требование совершенства отрицает конечную и ограниченную природу человеческих действий и мешает аналитику гордиться своей работой и чувствовать от нее удовлетворение. Кроме того, пациент не может сепарироваться, потому что сознательно или бессознательно чувствует разочарование аналитика. Он будет предпринимать зыбкие усилия, чтобы убедить аналитика в успехе лечения, или идентифицируется с разочарованием аналитика. В литературе иногда встречаются отчеты о терапии, описывающие нечто прямо противоположное этой взаимной неудовлетворенности. Чаще, однако, отчеты о лечении скрадывают неизбежное несовершенство психоаналитической практики, знакомое каждому из нас, и описывают завершение лечения тем способом, который подтверждает теорию.

На основе заключительных отчетов 48 кандидатов, находившихся на обучении, Гилман (Gilman, 1982) использует набор вопросов, чтобы исследовать, как они провели заключительную фазу. Все будущие аналитики доложили о разрешении симптомов и о полной проработке невротических конфликтов, хотя в других отношениях наблюдалось большое количество вариаций. Кроме того, завершение якобы никогда не было вызвано внешними причинами, такими, как изменение в жизни пациента или финансовые трудности, но всегда осуществлялось по взаимному соглашению. Такие заключительные отчеты имеют специальную функцию — показать, что аналитик достоин принятия в одну из профессиональных ассоциаций, что, по нашему мнению, делает конформистские описания заключительной фазы весьма понятными. В исследовании Эрлом (Earle, 1979) кандидатов, проходящих обучение, критерию взаимного согласия на окончание удовлетворяли только 25 процентов — результат, который лишь

448 Средства, пути и цели

слегка ниже процента, полученного у квалифицированных аналитиков.

На этом мы хотели бы закончить обсуждение противопоставления «достижение совершенства — преждевременное завершение» и отправиться на поиски многочисленных причин, которые все же могут оправдать окончание психоаналитического лечения. Анализ должен быть окончен, когда совместная аналитическая работа не приносит больше значительных новых инсайтов. Отсюда ясно, что завершение лечения есть диадический процесс, который в принципе является неполным, если полагать, что у двух человек всегда будет что сказать друг другу. Пренебрегая внешними условиями, можно предположить, что пациент останавливается, когда терапевтический обмен теряет свою важность и тяготы, связанные с лечением, больше не уравниваются новыми познаниями. На этом даже бессрочный анализ будет окончен.

Мы должны, кроме того, отказаться от мысли, что правильные медицинские показания являются гарантией удовлетворительной заключительной фазы и хорошим завершением, как предполагал Гловер (Glover, 1955). Аналитический процесс определяется слишком многими не поддающимися учету моментами, и его конец непредсказуем на основе диагноза (показания и прогноз) пациента (см. гл. 6). Подход на основе такой концепции предсказуемости тесно связан с техникой базовой модели, неправильные основополагающие предположения которой были источником пустопорожних дискуссий о многочисленных подробностях. Успешное и удовлетворительное завершение всегда имеет место и при частых и при нечастых сеансах, если развились хорошие рабочие отношения, создающие предпосылки для продуктивного структурирования регрессивных процессов (Hoffmann, 1983).

### **8.9.2 Продолжительность и ограничение**

Никогда психоаналитическая процедура не имела возможности создавать иллюзию быстрого, чудодейственного исцеления. Еще в 1895 году Брейер и Фрейд писали, что она является трудной и занимает много времени у врача. Однако, поскольку психоаналитический метод первоначально применялся «только к очень тяжелым случаям» — к пациентам, которые пришли к Фрейду «после нескольких лет болезни, совершенно неспособные к нормальной жизни», — Фрейд выражал надежду, что «в случаях менее тяжелых болезней продолжительность лечения вполне может быть сокращена и могут быть достигнуты весьма существенные успехи в направлении будущего предупреждения» (1904а, р. 254). Однако Фрейд выражал также легкий

Завершение 449

скептицизм по поводу наложения соответствующих ограничений на терапию. Хотя специальных оправданий не требовалось, Фрейд, тем не менее, писал, что «опыт научил нас тому, что психоаналитическая терапия — освобождение кого-то от его невротических симптомов, подавленности и ненормальностей характера — дело, требующее значительного времени» (1937с, р. 216).

Фрейд использовал ограничения времени лечения в качестве технической меры в случае с Человеком-Волком как ответ на застой в процессе лечения. «Я решил, но только тогда, когда надежные признаки заставили меня убедиться, что нужный момент настал, что лечение следует прекратить в определенный назначенный день, независимо от того, насколько оно продвинулось» (1918b, р. 11). Ференци и Ранк (Ferenczi, Rank, 1924) подхватили эту мысль. Оба они считали, что завершение лечения, «период отнятия от груди», — одна из самых важных фаз всего лечения. Однако еще в 1925 году Ференци пересмотрел эту точку зрения; в статье «Психоанализ сексуальных привычек» (Ferenczi, 1950 [1925], р. 293ff.) он оценил существенно ниже эффективность фиксированной даты как средства приблизить окончание лечения и как «эффективного средства ускорения разлуки с аналитиком». И в своей работе «Проблема завершения анализа» (Ferenczi, 1955 [1928a], р. 85) он утверждал, что «ни врач, ни пациент не могут положить ему конец, а... он умирает как бы от истощения». Затем Ференци продолжает:

Иначе говоря, можно сказать, что пациент в конце концов убеждается, что он продолжает анализ только потому, что использует его как свежий, но все же воображаемый источник удовлетворения, который в реальности ничего ему не дает. Когда он медленно изживает свою печаль по поводу этого открытия, он неизбежно начинает искать другие, более реальные источники удовлетворения.

Эта точка зрения согласуется с теми двумя условиями, которые установил Фрейд для завершения лечения.

Первое, пациент не должен больше страдать от своих симптомов и должен преодолеть свои тревоги и торможения; и второе, аналитик должен прийти к заключению, что так много вытесненного материала дошло до сознания, так много из того, что было неразборчивым, теперь объяснено и так много внутреннего сопротивления побеждено, что нет необходимости опасаться повторения связанных с этим патологических процессов (1937с, р. 219).

Согласно Фрейду, факторами, определяющими возможный результат психоаналитического лечения, являются травмы, органическая сила инстинктов и изменение Эго. К тому же травматическая этиология неврозов и является причиной столь высокого шанса на излечение. «Только когда случай преимуществен-

450 Средства, пути и цели

но травматический, анализ с успехом сделает то, на что он способен» (1937с, р. 220).

Успешная интеграция инстинктов в Эго зависит от их силы (конституциональной или одномоментной). Однако Фрейд скептически относился к способности анализа навсегда и гармонично интегрировать инстинкты в Эго. При некоторых обстоятельствах это не так, потому что сила инстинктов может увеличиться случайно или в результате новых травм или невольных фрустраций.

Сегодня мы знаем, что Фрейд, вспоминая свой анализ Ференци, пришел к заключению, что в анализе нельзя воздействовать на дремлющий инстинктивный конфликт, и считал манипулятивную активизацию конфликтов аморальной.

Но даже если он [аналитик] не сумел заметить некоторые весьма слабые признаки его [негативного переноса] (что нельзя вовсе исключить, учитывая ограниченные перспективы анализа в те ранние годы), все же сомнительно, думал он, что хватит сил активизировать тему (или, как мы говорим, «комплекс»), всего лишь указав на нее, если она в тот момент неактивна у самого пациента (1937с, pp. 221—222).

Таким образом, хотя сила инстинктов и ее модификация непредсказуемы, Фрейд делал особый упор на анализ изменений Эго, под чем он подразумевал те изменения Эго, которые происходят в результате защиты и удаления от воображаемого нормального Эго. Предполагается, что анализ создает наиболее благоприятные условия для функционирования Эго. Таким образом, Фрейд принял идеи, которые А. Фрейд включила годом раньше в свою книгу «Эго и механизмы защиты» (1937). Райх указывал еще в 1933 году, что коренящееся в характере индивида сопротивление, рассматриваемое как приобретенный панцирь Я, часто стоит на пути прогресса в анализе. Перемены, происшедшие в психоаналитической теории после введения структурной теории и теории защитных механизмов, наряду с возросшим значением анализа сопротивления и анализа характера благодаря влиянию Райха, привели к увеличению продолжительности анализа.

Однако удлинение анализа объясняется многими причинами. Мнение, высказанное Гловером, в течение многих лет ответственным за исследования в Лондонском психоаналитическом институте, вызывает тревогу.

Когда принимается решение по поводу продолжительности, хорошо бы помнить, что прежние аналитики привыкли проводить анализ в период от шести до двенадцати месяцев, и его конечные результаты, насколько я мог выяснить, не сильно отличаются от тех, о которых заявляют в настоящее время аналитики, растягивающие свои анализы на четыре-пять лет (Glover, 1955, pp. 382—383).

Исследования Балинта (Balint, 1948, 1954) о влиянии аналитической подготовки и обучающего анализа на длительность

Завершение 451

терапевтического анализа заслуживают специального упоминания благодаря их большой откровенности. Последующие разработки подтвердили результаты, полученные Балинтом. Увеличение продолжительности терапевтического анализа, по всей видимости, зависит повсюду в мире от длительности обучающего анализа. Балинт показал, что супертерапия восходит к требованию, выдвинутому Ференци в 1927 году.

Я часто утверждал раньше, что в принципе могу признать отсутствие различий между терапевтическим и обучающим анализом, и я хочу теперь сделать добавление, что нет необходимости в каждом случае, предпринятом с терапевтическими целями, доходить до той глубины, которую мы предполагаем, говоря о полном окончании анализа; сам аналитик, от которого зависит судьба стольких людей, должен знать и контролировать даже самые неясные слабости своего собственного характера, а это невозможно без полностью завершенного анализа (Ferenczi, 1955 [1927], p. 84).

Балинт называл этот полностью завершённый анализ «супертерапией» и использовал слова Фрейда, чтобы описать его цель.

То, что мы спрашиваем, — это повлиял ли аналитик на пациента так глубоко, что уже нельзя ожидать никаких дальнейших перемен, если анализ будет продолжен. Это значит достичь способом анализа, если это вообще возможно, уровня абсолютной психической нормальности; более того, уровня, по поводу стабильности которого у нас бы не было никаких сомнений (1937с, pp. 219—220).

По мнению Балинта, вызывает тревогу, что формирование школ внутри психоаналитического движения и трудность профессии стали причиной увеличения продолжительности обучающих анализов. Продолжение подобных анализов даже после официального окончания обучения совпало с тем фактом, что такой добровольный анализ (как совершенно частное дело) имел высокий престиж. Балинт сообщал, что появились только первые робкие протесты в отношении корректности супертерапии. В них говорилось, что в супертерапии стоит вопрос не о терапии или даже о проведении обучающего анализа, а скорее о самопознании в чистом виде.

По Балинту, первый период в истории обучающего анализа связан с обучением, второй — с демонстрированием и третий — с анализом как таковым; он упоминал также о четвертом периоде, связанном с исследованиями. По нашему мнению, увлечение супертерапией ради нее самой не имеет ничего общего с тем, что понимается под исследованием. Что именно происходит в продленном обучающем анализе, никогда не было предметом научной разработки. То, что все психоаналитическое движение было захвачено идеей супертерапии, фактически процветало на ней, весьма поучительно. Обучающий и супервизируемый анализы были средствами, с помощью которых вокруг разных

#### 452 Средства, пути и цели

форм супертерапии учреждались школы. Результат получился противоположным тому, что ожидал Ференци от совершенствования обучающего анализа, которое он называл вторым основным правилом психоанализа.

С утверждением этого правила важность личного элемента, вводимого аналитиком, все больше и больше уменьшалась. Каждый, кто прошел полный анализ и таким образом получил полное знание и контроль над неизбежными слабостями и особенностями своего собственного характера, неизбежно придет к тем же самым объективным выводам при наблюдении и лечении того же самого психологического сырого материала и использует, соответственно, те же тактические и технические методы в обращении с ним. У меня сложилось определенное впечатление, что с введением второго основного правила различия в аналитической технике имеют тенденцию к исчезновению (Ferenczi, 1955 [1928], p. 89).

Балинт комментировал это следующим образом:

Трогательным и отрезвляющим переживанием является осознание того, что, хотя это идеализированное и утопическое описание дает довольно-таки верную картину одной из существующих ныне группировок в психоаналитическом движении, картина совершенно неверна, если отнести ее ко всему движению. Ференци правильно предвидел результаты *одной* «супертерапии», но он даже не подумал о возможности того, что реальное развитие приведет к существованию нескольких «супертерапий», соревнующихся друг с другом, доходя до возможного смешения языков (Balint, 1954, p. 161).

Это соревнование нужно судить на базе качественных критериев. Поскольку они, однако, не могут быть предметом исследования в случае личной супертерапии, люди прибегают к количественным данным: чем дольше длятся анализы, тем они лучше. Исход соревнования решает длительность супертерапии.

Идентификации, развивающиеся в ходе обучающего и супервизируемого анализов, заставляют аналитиков сравнивать терапевтические анализы (и их продолжительность) со своим собственным опытом. В результате продолжительность анализов пациентов увеличивается с удлинением обучающего анализа. Последнее, конечно, не единственная причина, но мы рассмотрим ее здесь, поскольку данный аспект необыкновенно сложного процесса обычно не обсуждается.

Обнаружение патологических условий, коренящихся в доэдиповом периоде, выдвигается как основная причина увеличения продолжительности терапевтических анализов. Использование теории объектных отношений в длительном анализе давало возможность успешного лечения нарциссических и пограничных личностных расстройств. Это косвенно привело к удлинению лечения и для невротиков, у которых все чаще диагностируются черты нарциссических личностей. Однако, как бы ни отличались друг от друга теории расстройств раннего происхождения, все

Завершение 453

они касаются глубоких слоев, которых якобы можно достичь лишь с трудом и после продолжительной работы. Здесь сразу же выявляется противоречие, на которое впервые указал Рэнгелл (Rangell, 1966); он считал, что ранние, довербальные переживания невозможно оживить во время анализа. Следовательно, анализ более глубоких слоев психической жизни не мог привести туда, куда, как полагали теоретики объектных отношений в традициях Ференци и Кляйн и теоретики в традициях Я-психологии Кохута, они должны привести. «Так где же мы тогда находимся?» — таков вопрос, который можно задать представителям любой школы относительно постоянного увеличения длительности аналитического лечения.

Фрейд ясно описывал количественные и качественные отношения между длительностью терапии, с одной стороны, и хроническим характером и тяжестью заболевания — с другой.

Действительно, лечение весьма тяжелого невроза легко может растянуться на несколько лет; но в случае успеха подумайте, как долго бы длилась болезнь. Возможно, десятилетие на каждый год лечения: это значит, что болезнь (как мы часто видим в случаях отсутствия лечения) вообще никогда бы не прошла (1933a, p. 156).

Фрейд подвел итог в своем сжатом заявлении: «Анализ окончен, когда аналитик и пациент перестают встречаться на аналитическом сеансе», потому что пациент больше не страдает от своих симптомов и «нет необходимости бояться повторения связанных с ними патологических процессов» (1937c, p. 219).

Если мы серьезно воспримем эти обоснования, то тогда длительность анализа будет зависеть от решений, возлагающих на аналитика большую ответственность. Вместе со многими другими аналитиками мы призываем к большей откровенности в том, что касается решений о продолжительности и частоте сеансов. Мы рекомендуем ориентироваться на тяжесть симптоматики и цели терапии. Конечно, тяжесть заболевания и частоту лечебных сеансов нельзя просто соотнести количественно, в соответствии с прямой зависимостью, что лечение должно быть тем более интенсивным (и, значит, более частым), чем тяжелее болезнь. Решающими факторами, очевидно, являются качество посреднической деятельности аналитика и то, что пациент может принять и проработать. Особенно тяжелобольные стремятся получить большую поддержку и испытывают значительные трудности в регулировании своих потребностей сближения и дистанцирования. Вопросы о дозировке очень важны и делают необходимым рассмотрение ситуации с качественной стороны.

Особую тревогу поэтому вызывает то, что количественные аспекты (продолжительность и частота) играют такую важную роль в анализах, происходящих в рамках психоаналитического

обучения. Психоаналитические общества устанавливают минимальное число часов для такого супервизированного лечения. Таким образом, собственные интересы кандидата — достичь своей профессиональной цели — почти неизбежно отражаются на решении о том, какая продолжительность и частота лечения наиболее подходит для пациента. Например, Германская психоаналитическая ассоциация установила минимум в 300 часов для случаев обучения на период последнего освидетельствования; ожидается, что анализ будет продолжен и после. Это требование создает дополнительные сложности, потому что при ограничениях, наложенных германской системой страховой медицины на продолжительность психотерапии и психоанализа, финансирование психоаналитического лечения свыше 300 часов подвергается специальным критериям (см. разд. 6.6). При таких обстоятельствах любому аналитику, а не только кандидатам, проходящим обучение, трудно найти удовлетворительный ответ, основанный на качественной оценке.

### 8.9.3 Критерии завершения лечения

Всегда существует опасность, что аналитик будет устанавливать свои критерии завершения лечения и свои цели в соответствии с личными и/или модными в данный момент идеями и теориями. Некоторые ограничивают формулировку своих целей уровнем метапсихологии, где они меньше могут подвергнуться критике, в то время как другие ориентируются на уровень клинической практики.

Вопросы, которые аналитик задает относительно целей лечения, определяют ответы, которые он получает. Вайс и Флеминг (Weiss, Fleming, 1980) спрашивают, в каком состоянии должна находиться личность пациента, когда он прекращает лечение. По их мнению, хорошо проведенный анализ характеризуется тем, что пациент более свободен от конфликта и более независим, чем раньше, и также более уверен в своих собственных способностях. Усиливается вторичный мыслительный процесс, и возрастает способность к критической оценке реальности и сублимации. Улучшаются объектные отношения. Пациент начинает лучше понимать различие между аналитиком как профессионалом и объектом переноса.

Беспокоит вопрос иного рода — имеется ли у пациента достаточно средств и навыков, чтобы самостоятельно продолжить аналитический процесс. Мы бы хотели вернуться к теме самоанализа, так как она очень важна. Как мы уже говорили относительно процессов идентификации пациента с аналитиком (см. разд. 8.4), мы рассматриваем идентификацию с аналитиком и его аналитической техникой как решающий шаг для будущего

Завершение 455

прогресса анализа. Мы согласны с Хоффером (Hoffer, 1950), Г. Тихо (G. Ticho, 1967, 1971) и Э. Тихо (E. Ticho, 1971) в том, что приобретение способности самоанализа есть первейшая цель психоаналитического лечения. Однако, несмотря на это, до сих пор очень мало было написано конкретно о том, что в действительности происходит с пациентом, когда он пытается проводить самоанализ после окончания лечения. Проинтервьюировав своих коллег, Г. Тихо (G. Ticho, 1971) разработал схему, которая поможет дальнейшим исследованиям. Для Тихо самоанализ есть процесс, состоящий из различных ступеней, которые следует последовательно изучить.

1. Формируется способность принимать сигналы бессознательного конфликта; например, иррациональная или преувеличенная реакция воспринимается без немедленной сверхкомпенсации защитными механизмами, такими, как смещение и проекция.
2. Умение без слишком большой тревоги позволять мыслям идти своим ходом, свободно ассоциировать и создать сравнительно свободный доступ к Оно.

3. Способность дольше ждать понимания значения бессознательного конфликта, не разочаровываясь и не сдаваясь. Развитие этой способности является показателем того, насколько пациент был способен идентифицироваться с той частью аналитика, которая уверенно ждала в течение анализа, пока анализируемый будет готов к разрешению конфликта.
4. Идти вслед за инсайтом и достигать перемены в себе (и/или в окружении). Эта способность формируется, как только Эго стало достаточно сильным и если анализируемый был способен во время анализа действительно ощутить, что инсайт может в самом деле привести к модификации Эго (G. Ticho, 1971, p. 32).

Мы предполагаем, что анализируемый приобретает способность самоанализа в продолжительном, почти непредсказуемом процессе научения, в котором он идентифицируется с аналитическими функциями (см. разд. 8.4). Аналитик может планировать завершение лечения, когда он чувствует, что анализируемый приобрел способность к самоанализу. Как только эта цель достигнута, другие критерии завершения становятся относительными. Фирштайн (Ferestein, 1982) составил список этих критериев, включая улучшение симптоматики, структурные изменения, надежное объектное постоянство в отношениях и хороший баланс между областями Ид, Супер-Эго и защитными структурами. *Относительность этих критериев* означает, что они не отвергаются, но только *тщательно оцениваются в сравнении с другими целями, которых можно было бы достичь при условии удлинения аналитической работы*. Устанавливая цели исходя из личностных черт, а не из способностей, таких, как самоанализ, невозможно удовлетворить требованию Фрейда, высказанному в очерке «Анализ конечный и бесконечный» (1937с, p. 250).

#### 456 Средства, пути и цели

Способность к изменению часто более ограничена, чем нам хотелось бы верить. Достичь знания о своих собственных ограничениях для пациента часто важнее, чем погоня за утопией. Это мнение может показаться удивительным, поскольку мы все время ссылались на изменение как на доказательство драгоценного звена между лечением и исследованием (см. гл. 10). Однако «структурное изменение» есть цель лечения, которая кажется одним из самых трудных построений психоаналитической психологии личности для постижения как теоретического, так и эмпирического; поэтому мы удовлетворяемся тем, что ставим пациента в положение, когда он строит свою жизнь способом, который более конгруэнтен его желаниям и его ограничениям, чем до лечения. Слова Фрейда «где было Оно, там должно стать Я» отражают реалистические цели аналитического лечения, когда Эго вновь приобретает инсайт и способность действовать (Freud, 1933a, p. 80).

#### 8.9.4 Постаналитическая фаза

Тому, как аналитик должен строить отношения с пациентом после завершения психоаналитического лечения, не уделялось достаточного внимания. Довольно редко встречались комментарии на эту тему даже в разговорах аналитиков, в противоположность интенсивному обмену опытом по другим вопросам. Наше представление о том, как решал эти вопросы Фрейд, искажено тем обстоятельством, что о проведенных им лечениях аналитическому миру стало известно от пациентов, находящихся в исключительном положении, например от Блантона — аналитика, или Дулиттла — автора, которого Фрейд весьма уважал. Таким образом, они не позволяют нам сделать выводы о том, как поступал Фрейд в обычных случаях. Сегодня все согласны, что постаналитическая фаза имеет большое значение для дальнейшего хода и развития процессов созревания, начавшихся во время лечения. Однако все, что мы находим в учебнике Меннингера и Хольцмана (Menninger, Holzman, 1958, p. 179), — это констатация: «Стороны расстаются. Контракт выполнен».



То, что происходит на самом деле после расставания аналитика и пациента, — эта та область, в которой «аналитики из-за отсутствия научного подхода лишают себя тех данных и тех противоречий, которые столь важны для развития психоанализа как науки» (Schlessinger, Robbins, 1983, p. 6). Долгое время почти никто не занимался систематическими исследованиями последствий анализа. Лишь немногие тщательные исследования, которые мы и обсудим, абсолютно ясно показывают, что постаналитическая фаза и дальнейшая ассимиляция опыта психоаналитической терапии — это ценности, мимо которых мы слишком

Завершение 457

долго проходили. Мы должны быть очень осторожны в перенесении опыта самоанализа на пациентов, как это описывали Крамер (Kramer, 1959), Г. Тихо (G. Ticho, 1971) и Кэлдер (Calder, 1980). После обучения аналитики становятся членами группы профессионалов, имеют постоянный контакт с другими аналитиками и должны опираться на самоанализ в своей повседневной работе. Концепция постаналитической фазы, как она представлена Рэнгеллом (Rangell, 1966), соответствует нашему представлению о происходящем в терапевтическом процессе. Формы, которые должны принимать такие постаналитические контакты, суть предмет споров и вызваны непригодной концепцией о разрешении переноса (см. гл. 2) и отсюда — озабоченностью по поводу оживления переноса.

Предполагается ли, что аналитик должен доводить до положения, при котором пациент больше не стремится к контакту, с тем, чтобы анализ настолько интегрировался в жизнь пациента, что подвергся амнезии подобно детским воспоминаниям? Или аналитик должен оставаться открытым для возобновления контактов? Э. Тихо (см.: Robbins, 1975) поддерживает точку зрения, что аналитик не должен давать пациенту заверений, что он доступен для дальнейших консультаций, потому что это подрывало бы уверенность пациента в себе. Напротив, Хоффер (Hoffer, 1950) оказывает поддержку пациентам в этой фазе, поскольку они в ней нуждаются. Буксбаум (Buxbaum, 1950, p. 189) признаком успешности анализа считает способность пациента высказать, что он может продолжать встречаться с аналитиком или перестать его видеть. По ее мнению, проще, если аналитик позволяет пациенту возобновить контакт, когда он этого желает и считает необходимым, даже при отсутствии симптомов. Из ее опыта вытекает, что пациенты иногда откликаются на это предложение, но никогда не злоупотребляют им. Строгое «больше никогда» скорее окажет травмирующее влияние на пациента, поскольку ставит его в пассивное положение, Дьюальд (Dewald, 1982) предлагает решать вопрос о постаналитическом контакте, руководствуясь интуицией. В то время как отказ от дальнейшего контакта является источником мучений для некоторых пациентов, такой контакт для других может представлять нездоровое поощрение считать себя больным. Гринсон (см.: Robbins, 1975) проделал эксперимент в ходе одного лечения, встречаясь с пациентом после окончания анализа каждые четыре недели в течение нескольких месяцев. Таким образом, роль аналитика изменилась — из психоаналитика он превратился в слушателя, которому бывший пациент рассказывал о самоанализе.

Кажется очевидным, что аналитик должен применять гибкий подход. Если психоаналитический контакт явно необходим из-за сохранения некоторых трансферентно-невротических отноше-

458 Средства, пути и цели

ний, то терапия, описанная Бройтигамом (Bräutigam, 1983, p. 130), подходит. В целом разумно информировать пациента, что если его самоанализ окажется недостаточным, чтобы помочь ему справиться с тяготами жизни, то он может возобновить контакт со своим прежним или другим аналитиком (см.: Zetzel, 1965).

Как аналитик контактирует после окончания лечения, случайно или профессионально, — это другое дело. Отношения с аналитической дистанцией более не могут считаться подходящими, они вредны и подавляют. Однако другая крайность — попытки избежать нейтральности — побуждает пациента к преждевременной и нарочитой фамильярности; пациент часто реагирует на это как на опасное искушение. Последствия и того и другого подхода неблагоприятны; первый ведет к подавленности и регрессивной зависимости, в то время как другой усиливает спутанность, тревогу или гипоманиакальное «отыгрывание вовне». Наилучший путь организации социальных и профессиональных контактов после завершения лечения лежит где-то между этими крайностями (Rangell, 1966).

Что касается дальнейшего развития аналитических отношений после завершения лечения, то мы бы хотели предложить заменить полную разлуку бессознательной структурой, характерной для отношений индивида с его домашним врачом. Как показал Балинт, основное в отношении к домашнему врачу — это чувство, что он доступен, когда в нем есть нужда. По нашему мнению, при проработке проблемы разлуки аналитику следует вести пациента на основе этого чувства. Сравнить сепарацию со смертью представляется несоответствующим преувеличением аналитических отношений. Это может привести лишь к искусственной драматизации и усилить бессознательные фантазии всемогущества и их проекции, что сделает сепарацию еще более трудной. Должна сохраняться возможность актуализировать латентную готовность пациента возобновить отношения, если это станет необходимым, потому что каждый может подвергнуться таким воздействиям в силу перемен в своей жизни, что может вновь захотеть обратиться к аналитику. Будет ли это тот же самый аналитик или, по внешним причинам, другой — дело второстепенное. Важно иметь чувство, что пережит хороший опыт, дающий человеку уверенность в том, что аналитик может помочь.

Долговременные наблюдения за периодом после завершения анализа — это одна из областей, которой не уделяется достаточного внимания и в которой Уэлдер (Waelder, 1956) призывает вести исследования. Разумно делать различия между несистематическими клиническими исследованиями и систематическими эмпирическими исследованиями периода, следующего за лече-

Завершение 459

нием. И то и другое имеет свое значение. Практикующий аналитик может вести важные долговременные наблюдения. Преувеличенное обычно беспокойство по поводу ненужного оживления переноса чрезмерно ограничило любопытство аналитиков и их готовность идти на контакт.

Пфепфер (Pfeffer, 1959) ввел процедуру отсроченного исследования, которая соответствует самопониманию психоанализа. Эта процедура приняла форму психоаналитических интервью, и ее полезность была подтверждена позднейшими исследованиями (Pfeffer, 1961, 1963). В каждом из исследованных случаев были ясно продемонстрированы последствия устойчивых бессознательных конфликтов, связанных с первоначально диагностированными конфликтами. Польза, полученная от психоаналитического лечения, состояла, прежде всего, в способности пациента находить подходящие способы справляться с этими конфликтами,

Аналитики постепенно принимают точку зрения, что такие отсроченные исследования не только внешним образом оправдывают психоанализ, но являются также плодотворным методом изучения послеаналитических перемен (Norman et al., 1976; Schlessinger, Robbins, 1983). Предыдущие исследования истории болезней показали стабильное повторение паттернов конфликта; такие паттерны приобретены в детстве и как таковые относительно постоянны. Они формируют индивидуальный процесс созревания и развития, структурируют детские переживания и составляют ядро невроза. Психоаналитическое лечение ведет не к растворению этих паттернов конфликта, а к большей выносливости и умению справляться с фрустрацией, тревогой и депрессией на основе развития способности к самоанализу. Эта

способность создается как предсознательная стратегия «обработки» конфликтов средствами идентификации с попытками аналитика наблюдать, понимать и интегрировать психологические процессы. Таким образом, Шлессингер и Роббинс (Schlessinger, Robbins, 1983) подводят итог результатам своих отсроченных исследований. Мы полагаем, что эти данные снимают с нас как с аналитиков определенное бремя. Они удовлетворяют нас и потому, что аналитическую работу в результате таких исследований можно описать более реалистично и взвешенно, чем любым другим методом.

Систематические послеаналитические исследования преследуют и другие цели, особенно это стало возможно в психоаналитических амбулаторных клиниках после проведенных Фенихелем (Fenichel, 1930) первых исследований результатов анализа при Берлинском психоаналитическом институте (см.: Jones, 1936; Alexander, 1937; Knight, 1941). Такие исследования призваны оценить влияние различных факторов на терапевтический

460 Средства, пути и цели

процесс и его результаты и возможны только при большом количестве данных (см., например: Kernberg et al., 1972; Kordy et al., 1983; Luborsky et al., 1980; Sashin et al., 1975; Weber et al., 1985; Wallerstein, 1986). Обзор состояния исследований результатов психотерапии дается Бергином и Лэмбертом (Bergin, Lambert, 1978).

Лишь очень немногие аналитики признают важность таких глобальных оценок результатов, несмотря на их большую ценность для социальной политики. В Германии послеаналитические исследования такого рода имели решающее значение для включения психоанализа в число терапий, покрываемых медицинским страхованием (Dührssen, 1953, 1962). Именно в силу того, что современное состояние исследований терапевтических последствий отнюдь не сводится к упрощенным процедурам терапии (Kächele, Schors, 1981), систематические послеаналитические исследования обоснованности включения длительных психоанализов в лечение, покрываемое страховой медициной, настоятельно необходимы, особенно ввиду впечатляющих результатов, достигнутых психоаналитическими короткими терапиями (Luborsky, 1984; Strupp, Binder, 1984).

## 9 Психоаналитический процесс

Хотя в предшествующих главах мы обсуждали различные аспекты психоаналитического лечения, мы не фокусировали внимания на роли, которую эти аспекты играют в терапевтическом процессе в целом. Мы концентрировались на сегментах лечения различной протяженности и переходили от макро- к микроэлементам аналитического процесса (см.: Baumann, 1984). С одной стороны, мы как бы использовали увеличительное стекло, чтобы сосредоточиться на мельчайших гранях процесса лечения, например на вопросах, которые задает пациент, и, с другой стороны, исследовали общие стратегии аналитика, дистанцируясь от излишних деталей.

Психоаналитическое лечение можно охарактеризовать разными способами. Чтобы обрисовать характерные и существенные черты психоанализа, мы использовали широкий набор метафор. Мы рассказывали о том, как Фрейд сравнил аналитический процесс с игрой в шахматы, об аналогиях, которые он проводил между аналитиком и археологом, художником и скульптором (гл. 7 и 8). Хотя Фрейд и не сомневался в возможности аналитика решающим образом влиять на ход анализа в положительную или отрицательную сторону, он больше подчеркивал независимость хода анализа.

Аналитик... запускает процесс разрешения существующих вытеснений. Он может наблюдать за этим *процессом*, продвигать его вперед, устранять препятствия на его пути и, несомненно, может