

2 Перенос и отношения

2.1 Перенос как повторение

Те или иные виды переноса возникают во всех человеческих отношениях, и этот факт придает открытию Фрейда широкое значение. Однако вначале он определил перенос исходя из наблюдений, сделанных в ходе терапии:

Это переиздания или факсимиле импульсов и фантазий, которые пробудились и стали сознательными в процессе анализа; у них есть одна черта, которая характерна для особей такого рода, а именно то, что они замещают какую-либо более раннюю личность личностью врача. Другими словами, оживают психологические переживания, но не как принадлежащие прошлому, а как относящиеся к личности врача в настоящий момент. Иногда такой перенос ни в каком отношении не отличается от своей модели, за исключением того, что это замена. Тогда он — если придерживаться той же самой метафоры — представляет собой не более чем новые отпечатки или репринты. Другие выстроены более изобретательно: ...умело используя какую-нибудь особенность личности врача или обстоятельств и привязываясь к ним. Тогда это уже не новые отпечатки, а переработанные издания (Freud, 1905e, p. 116).

Позднее он делает обобщение:

Перенос возникает *спонтанно* во всех человеческих отношениях, точно так же как между пациентом и врачом; везде он является подлинным проводником терапевтического влияния, и чем меньше предполагается его присутствие, тем сильнее он действует. Следовательно, психоанализ не создает его, но лишь открывает его сознанию и достигает контроля над ним, чтобы направить психические процессы к желаемой цели (Freud, 1910a, p. 51; курсив наш).

Таким образом, перенос — это обобщающее понятие в двух смыслах этого слова. Во-первых, поскольку прошлый опыт личности оказывает фундаментальное и постоянное влияние на ее настоящую жизнь, для человеческого рода перенос универсален. Во-вторых, это понятие охватывает многочисленные типичные явления, которые по-разному и уникальным образом выражаются в каждом из нас. В психоанализе наблюдаются особые формы переноса, и ниже мы их рассмотрим. В этой главе мы хотим продемонстрировать зависимость явлений переноса,

94 Перенос и отношения

включая сопротивление, от аналитической ситуации и ее формирования аналитиком, начиная с внешнего вида его кабинета и продолжая его поведением, его полом, его контрпереносом, его личными особенностями, его теорией, его образом человека, его мировоззрением и т.д. Поэтому мы рассмотрим принципиальный тезис этой книги о центральном ядре психоанализа — переносе и сопротивлении — и исследуем диапазон влияния аналитика на явления, которые традиционно приписываются только пациенту. Так как мы пишем для читателей, широта познаний которых неодинакова, мы, прежде всего, хотим дать достаточную базу для понимания.

Наш опыт научил нас, что не так просто понять, как сместился взгляд на перенос от представления о нем как об основном препятствии лечению до самого могущественного

средства лечения. Конечно, сложность и многообразие проявлений переноса и сопротивления еще не были очевидны во времена их открытия. Поэтому начнем с самого начала. Первым было открыто сопротивление воспоминаниям при приближении к бессознательным конфликтам (сопротивление ассоциациям), которое обязано своей силой оживлению бессознательных желаний и их переносу на аналитика. Таким образом, перенос актуализирует конфликт в отношениях, а все, что препятствует этому, называется сопротивлением переноса, хотя точнее следовало бы говорить о сопротивлении переносу. Самая большая трудность психоаналитика заключается в овладении этими явлениями переноса, но мы не должны забывать, «что именно они оказывают нам неоценимую услугу, немедленно и непосредственно вызывая и демонстрируя скрытые и забытые эротические импульсы пациента. Ибо когда все уже сказано и сделано, невозможно никого уничтожить *in absentia*¹ или *in effigie*²». Этими известными словами Фрейд (1912b, р. 108) охарактеризовал актуальность переноса «здесь-и-теперь», который убедителен именно в силу своей непосредственности и подлинности: ни с чем нельзя успешно иметь дело «*in absentia*», то есть говоря о прошлом, или «*in effigie*», то есть в символическом косвенном представлении. Развитию переноса, будь он положительным или отрицательным по своей природе, не только шаг за шагом противопоставляются различные формы сопротивления; сам по себе перенос может стать сопротивлением, если существует неравновесие между повторением в текущем опыте и способностью или желанием пациента заместить содержание переноса воспоминаниями или, по крайней мере, соотнести одно с другим. Поскольку пациент «обязан повторять вытесненный материал как настоящий опыт».

Перенос как повторение 95

Фрейд подчеркнул на одной из стадий своих размышлений необходимость «как можно сильнее внедриться в канал памяти и как можно меньше позволять воспоминаниям возникать в виде повтора» (1920g, р. 18, 19). Аналитику следует, по крайней мере, не создавать ситуацию, в которой повторение неизбежно, чтобы позволить воспоминаниям сохранить их изначальную верность и избежать их смешения с какими бы то ни было реальными впечатлениями; подлинный перенос в ситуации «здесь-и-теперь» в идеале заключается в свободном от всяческих влияний воспроизведении живых воспоминаний, актуализированных как опыт в настоящем.

Общим знаменателем всех явлений переноса выступает повторение, которое как в обычной жизни, так и, по-видимому, в терапии возникает спонтанно. Фрейд подчеркивал спонтанность переноса, опровергая предположение, что он создается психоанализом. Практически все мы знакомы с переносом у себя и у других. Госпожа X или господин Y сталкиваются время от времени с одними и теми же конфликтными отношениями; например, желание и ожидание приводят к разочарованию одним и тем же стереотипным образом. Кажется, что новые издания или факсимиле повторяются автоматически, хотя на сознательном уровне субъект предпринимает огромные усилия, чтобы изменить свое поведение.

Целью Фрейда было научно обосновать психоаналитическую практику, и поэтому он подчеркивал, что проявления переноса естественны, они часть человеческой жизни, а не искусственные производные психоанализа. По той же самой причине все соответствующие правила лечения созданы для того, чтобы обеспечить *спонтанное* возникновение переноса. Но что значит «спонтанное»? С научной точки зрения мы не можем удовлетвориться ожиданием естественного возникновения проявлений переноса в анализе так, как они сами возникают в жизни. При более пристальном рассмотрении спонтанность переноса рас-

¹ В отсутствие (*лат.*).

² По изображению (*лат.*).

крывается как обусловленная бессознательными *внутренними* ожиданиями и их *внешними* возбудителями. Поэтому из научных соображений мы должны создавать наиболее благоприятные условия для возникновения явлений переноса, а *практические* соображения заставляют нас регулировать эти условия в соответствии с терапевтическим потенциалом.

Фрейд понимал спонтанность переноса как меняющуюся готовность реагировать, реализуемую во взаимоотношениях с объектами и исходящими от них стимулами. Мы можем представить себе своего рода самозапуск бессознательной реакции без какого-либо внешнего стимула, как, например, при лишении еды или питья происходит «галлюцинаторное удовлетворение желаний» (Freud, 1900a). При этом можно найти сходство с пусто-

96 Перенос и отношения

порожней деятельностью (Leerlaufaktivitäten), описанной Конрадом Лоренцем у животных. Создание условий для такого эндопсихического самозапуска (по-видимому, независимого от внешних факторов) желательно с научной точки зрения, а не только чтобы опровергнуть обвинения в том, что оказывается воздействие. В более глубоком смысле это вопрос спонтанности в анализе; пациент должен оказаться во взаимодействии со «значимым другим» (Mead, 1934). Поэтому, с одной стороны, мы вняли призыву Фрейда получать проявления переноса в самых чистых формах и не влиять на них, так чтобы они по возможности возникали естественно, в соответствии с научным духом времени. С другой стороны, жизненно важно создать благоприятные условия для спонтанности со стороны пациента для успеха терапии.

Противоречие между этими двумя аспектами часто не учитывалось, так что многие психоаналитики считали, что, не оказывая влияния, они могут способствовать самоосвобождению, так же как и спонтанности в более глубинном смысле. Была даже распространена точка зрения, что так можно сочетать требования теории с терапевтическими задачами, хотя в действительности этим не удовлетворяется ни то ни другое. Мы надеемся, что ниже сможем адекватно обосновать эти требования.

Теоретические постулаты внесли свой вклад в концепцию невроза переноса в идеальном психотерапевтическом процессе как чего-то явно независимого от участвующего наблюдателя; она развивается в размышлениях аналитика над образами, который в идеале свободен от всех слепых пятен контрпереноса. Повторение «здесь-и-теперь» генезиса невроза считается тем чище и полнее, чем меньше аналитик изменяет эти новые издания. Если какой-либо изначально не идентифицированный фактор X, например возраст аналитика, его внешность или поведение, нарушает идеальный ход терапии, речь идет не о новых, а скорее о переработанных изданиях; воспоминания пациента дают возможность проследить фактор X до его изначального смысла в истории жизни пациента. Кажется, что у него нет автономии. Пионерские наблюдения Фрейда в случае Доры (1905e), чье лечение оборвалось благодаря, как это объяснялось, непризнанию фактора X в переносе, привело к отрицанию реального восприятия в терапевтических отношениях. Идеальная модель психоаналитического процесса подразумевает чистое повторение патогенеза.

Наблюдение над повторением в большинстве полных неврозов переноса, с одной стороны, ведет к реконструкции генезиса болезни, а с другой — к акценту на воспоминаниях как лечебном факторе. Говорят, что невроз переноса разрешается при

Перенос как повторение 97

осознании пациентом того, что его восприятие в психоаналитической ситуации является, в большей или меньшей степени, ошибочным, искаженным. Эти искажения вызываются проекциями, благодаря которым ранние желания и страх и их отзвуки переносятся в

настоящее. Модель аналитического процесса получила свое обобщение в триаде Фрейда «воспоминание, повторение и проработка» (1914g). Эта триада стала рассматриваться как идеальная благодаря своей связи с рекомендациями Фрейда по технике лечения, хотя он сам, скорее, следовал им в уверенной и гибкой манере, а не догматически. В терапии Фрейд всегда придавал огромное значение потенциальному влиянию внушения в контексте переноса, хотя считается, что такой вывод не следует из его работ по технике (Thomä, 1977; Cremerius, 1981b). Он считал это влияние возможным только в той степени, в какой опыт пациента в отношении зависимости от родителей был хорошим, благодаря чему оказался способен к так называемому *безусловному переносу*. По Фрейду, именно в этом корень внушаемости, которая используется как аналитиком, так и родителями. Едва ли можно сомневаться в том, что внушаемость, в смысле восприимчивости к новому опыту, предполагает известную готовность доверять другим, которая коренится в истории жизни. Однако доверие и внушаемость тоже имеют «актуальный генезис» (то есть основу в реальности взаимодействия в терапии «здесь-и-теперь»), что для Фрейда было само собой разумеющимся. Актуальный генезис в значительной степени отрицался в теоретических положениях техники лечения; долгое время поиск генезиса переноса отодвигал на задний план настоящее, включая ситуативное, актуальное влияние аналитика.

Отрицание «здесь-и-теперь» — в смысле нового опыта, противопоставляемого повторению, — становится более понятным, когда мы увидим, что открытие переноса на самом деле решило ряд проблем:

- появилась возможность реконструкции происхождения психических и психосоматических нарушений в межличностном поле переноса;
- появилась возможность диагностировать типичную невротическую готовность реагирования и выдвижения так называемых диспозиционных объяснений, потому что интернализированные конфликты, проявляющиеся как повторяющиеся паттерны мысли и поведения, стало можно наблюдать в отношении к врачу в переносе;
- интернализированные конфликтные паттерны, то есть конфликтные паттерны, встроенные в структуру, превращаются в пе-

98 Перенос и отношения

переносе в объектные отношения и наблюдаются *in statu nascendi*¹.

Научная цель заключается в максимально тщательном исследовании обстоятельств начального развития невроза, как и в создании стандартизированных условий для этого процесса. Точка зрения, что этиологическое объяснение уже идеально разрешило бы невроз, соответствовала причинному пониманию терапии Фрейдом, согласно которому прошлые и даже устаревшие детерминанты желаний и страха, которые, однако, все еще живут в симптомах, должны повториться в чистом виде, то есть без влияния аналитика. Даже этот неполный перечень решений, полученных благодаря открытию переноса, дает представление о том, почему отрицался актуальный генезис опыта и поведения пациента и почему в официальной генеалогии психоаналитической техники не отводилось соответствующего места автономному «здесь-и-теперь» — основному ядру терапии. Теоретические и практические решения, которые дает новая парадигма, становятся относительными с учетом влияния индивидуальной техники аналитика (так как она определена его теорией), его личных особенностей и контрпереноса и латентного образа человека.

¹ В момент зарождения (лат.).

2.2 Внушение, внушаемость и перенос

Отношения между переносом и внушением имеют две стороны. С одной стороны, внушение — производная переноса: люди внушаемы, потому что они «переносят». Фрейд рассматривает внушаемость в переносе ее прототипом в детстве и объясняет ее зависимостью ребенка от родителей. Соответственно, пациент воспринимает внушение, производимое врачом, как производную от родительского внушения. С другой стороны, внушение рассматривается как независимый инструмент управления переносом. Вера в эффективность этого инструмента основана на опыте гипнотического внушения. В этом отношении двойное значение внушения соответствует различиям между гипнотическим и аналитическим видами терапии. Фрейд комментирует:

Аналитическое лечение оказывает свое воздействие глубже, достигая корней, где лежат конфликты, являющиеся источниками симптомов, и использует внушение, чтобы изменить результат этих конфликтов. Гипнотическое лечение оставляет пациента инертным, неизменным и, соответственно, неспособным противостоять любой новой возможности заболеть... В психоанализе мы воздействуем на сам перенос, устраним то, что ему

Внушение, внушаемость и перенос 99

противостоит, настраиваем *инструмент*, при помощи которого мы хотим осуществить наше воздействие. Поэтому мы получаем возможность извлечь совершенно иную пользу из силы внушения; мы берем его в свои руки. Пациент не внушает себе все, что ему угодно; мы руководим его внушением настолько, насколько он так или иначе поддается его влиянию (1916/17, р. 451-452; курсив наш).

Слово, которое мы выделили в данном отрывке, можно интерпретировать несколькими способами. Одна очевидная интерпретация заключается в том, чтобы увидеть в «приспосабливаемом» нами «инструменте» перенос, который будет соответственно оформлен и инструментирован психоаналитиком. Однако аналитику нужна позиция вне переноса, чтобы иметь возможность сделать перенос инструментом. Фрейд видел во внушении, а не только в инсайте пациента, и силу, которая работает на перенос. Таким образом, внушение становится инструментом, который «оказывает воздействие» на перенос и формирует его.

Две стороны внушения и смешение внушения и переноса, которое всегда было препятствием для понимания психоаналитической терапии, имеют две основные причины. Во-первых, психоаналитическое внушение развилось из гипнотического внушения, поэтому для Фрейда было естественным подчеркнуть новую, отличающуюся форму терапевтического влияния, противопоставляя ее тому виду внушения, который практиковался прежде. Внушаемость объяснялась на основе истории жизни и рассматривалась как регрессия к пассивной зависимости, что, естественно, означает, что человек в сильной степени или полностью зависим от чего-то внешнего и усваивает то, что по капле вливается или внушается. Приписывая эффект внушения переносу, Фрейд также пролил свет на непостоянство успеха гипноза, поскольку только позитивный перенос порождает полное доверие к гипнотизеру и его действиям, как если бы субъект безопасно себя чувствовал в материнском лоне. Следовательно, можно объяснить границы внушаемости и неудачи разного вида суггестивной терапии с помощью психоаналитической теории переноса (см.: Thomä, 1977).

Уже были сделаны намеки на вторую причину влияния психоаналитика на пациента,

состоящую в способности последнего к переносу. Генезис доверия/недоверия, симпатии/антипатии, безопасности/небезопасности в отношении к родителям и другим близким родственникам во время доэдиповой и эдиповой фаз и в отрочестве определяет личную готовность к реакции, которую можно классифицировать как типичные бессознательные диспозиции. Действие этих бессознательных диспозиций заключается в том, что переживания в настоящем оцениваются на фоне бессознательных ожиданий, то есть новый материал

100 Перенос и отношения

переживается в соответствии со старыми более или менее фиксированными «клише».

Как готовность к реакции, разные виды переноса связаны с прошлым, в котором они возникли. Внушение врачом, то есть влияние, оказываемое психоаналитиком, будет определяться не его произвольным ориентированным на изменение воздействием, но будет производным истории жизни пациента.

В противоположность разным видам суггестивной терапии психоанализ предусматривает описание и разрешение переноса¹. Необходимые внушение и внушаемость являются производными переноса, который поэтому кажется способным поднять самого себя за собственные волосы, как Мюнхгаузен. Однако внешность обманчива; Мюнхгаузен разделил себя расщеплением Я, сделал своим центром руку, а остальное тело объектом. Однако дело не в том, что перенос поднимает себя за собственные волосы, Фрейд разделил перенос на два класса. Допустимый перенос можно сравнить с рукой Мюнхгаузена. Именно этому приписывается обладание силами, которые преодолевают инстинктивный *позитивный* или *негативный* перенос. Допустимый перенос является характерным и абстрактным гибридом из доэдипова, доамбивалентного периода инфантильного развития, в котором сформировалась основа доверия. В этом отношении концепция допустимого позитивного переноса также связана с прошлым; однако он сохраняется только как готовность к реагированию и представляет собой некий компонент того, что мы называем «терапевтическим альянсом» или «рабочим альянсом» (Zetzel, 1956; Greenson, 1965). Это не фиксированные величины, не более чем расщепление Я у Штербы (Sterba, 1934). Это, скорее, диспозиции, которые могут проявиться различным образом под влиянием ситуаций (см. разд. 2.5).

Поэтому теория переноса просто описывает, как формируется клише, или, более обобщенно, бессознательная готовность к реакции. Однако она оставляет открытым вопрос о том, как участвует аналитик в конкретных проявлениях этих явлений, и, кроме того, описаниям Фрейда не удастся адекватно прояснить,

Зависимость явлений переноса от техники 101

как их преодолевать. С внушением, вытекающим из переноса, мы корнями уходим в прошлое. Чтобы прояснить эту проблему, укажем на один из тезисов Фрейда о психоаналитической терапии, которому обычно уделяется мало внимания: «Но внушение врача поднимает борьбу вокруг этого объекта (то есть врача) на самый высокий психический уровень: она происходит как обычный душевный конфликт» (1916/17, р. 454).

¹ В «Автобиографическом очерке» (1925d, р. 27) Фрейд описал свой опыт использования гипноза для вызывания катарсиса. Прекращение своей работы в этой технике он объяснил тем, «что даже самые блестящие результаты подвержены возможности неожиданно стереться, если будут нарушены мои личные отношения с пациентом. Верно то, что они установятся вновь, если можно будет достичь перемирия; но такая возможность стирания доказывает, что *личные эмоциональные отношения* между врачом и пациентом, в конце концов, сильнее, чем весь процесс катарсиса, и именно это было тем фактором, который ускользал от любых попыток контроля» (курсив наш).

Обращение к *внушению врача* не отдает должного широкому, спонтанному и новому влиянию, которое оказывает аналитик. Результат этой борьбы отличается от результата ранних конфликтов тем, что она ведется обеими сторонами при помощи нового оружия, которое обеспечивает подъем «на самый высокий психический уровень». Речь идет об уточняющей цели, которую мы рассмотрим в восьмой главе. Изменяющая интерпретация, по Стрэчи (Strachey, 1934), является особым психоаналитическим инструментом для изменения потому, что она удалена от конвенциональности внушения больше всего.

2.3 Зависимость явлений переноса от техники

В противоположность идеализированной теории техники, которая пыталась сформулировать стандартизированные экспериментальные условия, психоаналитическая практика с самого начала отличалась гибкостью, ориентированной на терапевтическую задачу; правила адаптировались в соответствии с ожидаемыми изменениями. Опросник, о котором впервые сообщил Гловер (Glover, 1937, p. 49) на Мариенбадском симпозиуме, показал, что 24 английских аналитика очень сильно отличались между собой в том, как они применяли важные правила техники. Критическое обсуждение влияния на перенос гибкого приложения правил было прервано политическими событиями, и только в послевоенные годы была признана решающая роль психоаналитика в терапевтической парадигме психоанализа. Критическую точку обозначили три разные работы, которые появились в 1950 году (Balint, Tarachow, 1950; Heimann, 1950; Macalpine, 1950), и по некоторым соображениям сюда можно включить и работу Эйсслера, опубликованную в том же году (см. гл. 3). В своей статье «Развитие переноса» Макалпайн, тщательно изучив литературу, сообщает, что, несмотря на фундаментальные различия мнений о природе переноса, существует удивительное согласие по поводу его происхождения: считается, что он возникает у анализируемого спонтанно. Макалпайн обосновывает свое оппозиционное мнение (о том, что перенос вызывается в восприимчивом пациенте особой структурой терапевтической ситуации), перечисляя 15 влияющих факторов, и описывает, как

102 Перенос и отношения

все обычные технические процедуры вносят вклад в регрессию пациента, так что его поведение можно рассматривать как ответную реакцию на ригидную инфантильную ситуацию, с которой он сталкивается. Она следующим образом представляет типичную ситуацию:

Пациент приходит к аналитику в надежде и ожидании, что ему помогут. Следовательно, он ожидает своего рода удовлетворения, но ни одно из его желаний не удовлетворяется... Он дарует свое доверие, а в ответ ничего не получает; он упорно работает, но тщетно ожидает похвалы. Он признается в своих грехах, но не получает ни их отпущения, ни наказания. Он ожидает, что аналитик станет ему партнером, но остается один (Macalpine, 1950, p. 527).

15 факторов (к которым можно добавить и другие) допускают возможность многочисленных комбинаций, отражающих изменчивую картину того, как пациент переживает терапевтические отношения или как аналитик формирует перенос своим применением правил. Макалпайн хочет показать, что перенос возникает *реактивно*. Поэтому логично ожидать, что каждый из вариантов действующих стимулов приведет к разным видам переноса. Ситуационная зависимость переноса становится очевидной, если рассмотреть многообразие возможных комбинаций, полученных избирательным пренебрежением

поочередно одним из всего лишь 15 факторов, не говоря уже о различиях между школами с их акцентами на определенных аспектах интерпретации. Поэтому становится понятным, почему у пациента господина Z сформировались разные виды переноса в двух случаях его анализа с Кохутом (Kohut, 1979a) и Кремериусом (Cremetius, 1982). Убедительная аргументация Макалпайн получила не очень большое признание. Кремериус (1982, p. 22) недавно критически заметил, что многие аналитики до сих пор рассматривают перенос как «эндопсихический неизбежный процесс». По-видимому, признание влияния аналитика на перенос настолько выбивает из колеи, что убедительная теоретическая аргументация столь же неэффективна, как недвусмысленное наблюдение, которое обобщил Райх, сказав: «Перенос всегда является верным зеркалом поведения терапевта и аналитической техники» (Reich, 1933, p. 57).

Эйсслер считается одним из наиболее влиятельных представителей *базовой образцовой техники* (см.: Thomä, 1983a). Его работы по модификации стандартной техники и введение «параметра» (Eissler, 1958) внесли огромный вклад в формирование неоклассического стиля и психоаналитического пуризма. Его полемика с Александером и Чикагской школой (Eissler, 1950) отмежевала классическую технику от ее вариантов и почти полностью оставила в тени тот факт, что эта работа содержит ас-

Зависимость явлений переноса от техники 103

пект, допускающий влияние психоаналитика на перенос в большей степени, чем это позволяет базовая образцовая техника. О чем же тогда спор? После смерти Фрейда и консолидации психоанализа после второй мировой войны на первый план в теоретических разногласиях вышел вопрос, какие варианты техники все еще будут находиться в рамках правильного понимания психоанализа, хотя даже среди ортодоксальных психоаналитиков существует широкое разнообразие в практическом его применении. С другой стороны, путем точного определения правил можно и стоять на четких позициях. В 1950-х годах неожиданное развитие психоанализа принесло с собой много проблем. Как естественная реакция на возникновение многочисленных форм психодинамической психотерапии, производных от психоанализа, появилось стремление строго определить психоаналитический метод и поддерживать его чистоту (G. Blanck, R. Blanck, 1974, p. 1). Простейший способ формирования метода — процедурные правила, как если бы следование им не только защищало идентичность психоаналитика, но также гарантировало оптимальный и особо глубокий анализ.

Таким образом, практически и теоретически продуктивное предложение Эйслера (Eissler, 1950) было почти полностью проигнорировано. Он определил психоаналитический метод на основе его цели. В дополнение к техническим модальностям, включая использование переноса, он высказался в пользу высокой степени открытости и гибкости в соответствии с целью. Он утверждал, что любую технику можно определить как психоаналитическую терапию, если она стремится к структурным изменениям личности и достигает их, используя психотерапевтические средства, невзирая на то, ежедневны ли или нерегулярны занятия и используется ли кушетка или нет.

Едва ли можно удовлетворительно определить метод на основе его задач, если молчаливо не считать, что только строгий психоанализ стремится к достижению структурных изменений, в чем и состоит, возможно, позиция Эйслера. Тем не менее, здесь Эйсслер привел довод, противоречащий его базовой образцовой технике, а именно что самый осмысленный способ развития подходящей теории психоаналитической техники и совершенствования психоаналитической практики вовсе не подвергание метода цензуре, а исследование тех изменений, к которым стремится лечение и которых оно достигает. Сомнительно, что регрессия, вызываемая стандартной техникой, с ее особым содержанием переноса, является оптимальным способом изменения структуры и, следовательно, симптоматики (см. гл. 8). Нельзя закрывать глаза на тот факт, что некоторые виды терапии

не проходят благоприятно (см.: Drigalski, 1979; Strupp, 1982; Strupp et al., 1977; Luborsky, Spence, 1978; Wallerstein,

104 Перенос и отношения

1986), но возлагать вину за это на неточное определение показаний к лечению (то есть заключить, что данный пациент неспособен подвергаться анализу) равносильно самообману. Стандартная техника сузила определение анализируемости и предъявила еще более высокие требования к силе функций Я пациента. Но недостаточно обсуждался вопрос о том, что осложнения, вплоть до так называемых психозов переноса, могут объясняться не неточным определением показаний, а скорее появлением особых видов регрессии, вызывающих чрезмерную сенсорную депривацию (см.: Thomä, 1983a). Упущения становятся еще более серьезными, когда при этом еще и не удается доказать, что определенные способы работы с переносом действительно ведут к изменениям в структуре и симптоматике.

Тщательное и обширное обсуждение Бахрахом концепции «анализируемости» (Bachrach, 1983, p. 201) является одним из примеров многообещающего развития всей области психоаналитической теории и практики. Вместо обычно одностороннего и во многих отношениях проблематичного вопроса о пригодности пациента нам бы следовало теперь задаться вопросом, какие происходят изменения, у какого анализируемого, с какими затруднениями, когда применяется психоаналитический процесс, каким образом и каким аналитиком. Границы переноса постоянно отодвигаются назад самокритичными вопросами, как пишет Бахрах, несмотря на одновременную ригидность. Психоанализ долго находился на пути к новому пониманию переноса (см.: Отг, 1954). Вариации в технике лечения создают специфические виды переноса, которые понимать нужно операционально.

2.4 Трансферентный невроз как операциональное понятие

В своем вступительном слове к дискуссии о проблемах переноса на конгрессе Международной психоаналитической ассоциации в 1955 году Уэлдер подчеркнул влияние аналитика: «Поскольку полное развитие переноса является следствием аналитической ситуации и аналитической техники, изменения этой ситуации или техники ведут к значительным изменениям явлений переноса» (Waelder, 1956, p. 367).

Гловер тоже подчеркивал, что «трансферентный невроз прежде всего питается за счет интерпретаций переноса; другими словами, перенос, начинаясь фрагментарно, имеет тенденцию выстраиваться на основании интерпретаций переноса» (Glover, 1955, p. 130).

Трансферентный невроз как операциональное понятие 105

Балинт утверждал даже еще яснее: «Бог знает, какая часть того, что он [аналитик] наблюдает (а именно разворачивающихся перед его глазами явлений переноса), произведена им самим: ведь они могут быть ответной реакцией на аналитическую ситуацию в целом или на ее определенную разновидность, созданную его правильной или не столь правильной техникой» (Balint, 1957, p. 290).

Существенные выводы симпозиума Американской психоаналитической ассоциации «О современной концепции трансферентного невроза» вместе со статьями Блума (Blum, 1971) и Калефа (Calef, 1971) подтверждают взгляд, выраженный Уэлдером и Макалпайн. По существу, введение термина «трансферентный невроз» выражает признание Фрейдом того, что общечеловеческий перенос трансформируется в систематизированные отношения под

влиянием аналитической ситуации и при наличии особых невротических видов готовности к переносу (хотя Фрейд недооценивал это влияние или считал, что может его ограничить стандартизированными условиями). Лёвальд (Loewald, 1971) подчеркивал зависимость трансферентного невроза от поля, утверждая, что это не столько количественный показатель, который можно обнаружить у пациентов, сколько операциональное понятие. Мы согласны с Блумом (Blum, 1971, p. 61), что все еще имеет смысл говорить о неврозе переноса, если предполагать, что этот термин включает все явления переноса на основе современной теории неврозов. В этом смысле временные явления переноса являются столь же операциональными понятиями, сколь и симптоматический невроз переноса. Поэтому мы не делаем различий между отдельными явлениями, например ситуативными трансферентными фантазиями и трансферентной невротической трансформацией симптомов какого-либо нозологического класса заболеваний, включая нарциссические неврозы, которые Фрейд приравнивал к психозам. Следовательно, невроз переноса является разновидностью искусственного невроза. В своих «Лекциях по введению в психоанализ» Фрейд пишет:

Мы не должны забывать, что болезнь пациента, которого мы подвергаем анализу, не является чем-то законченным и ригидным, но все еще растет и развивается, подобно живому организму... Все симптомы пациента утратили свое первоначальное значение и приобрели *новый* смысл, который имеет отношение к переносу (Freud, 1916/17, p. 444; курсив наш).

Контекст этой цитаты накладывает строгие рамки на «новый смысл». Другие моменты в тексте, где о трансферентном неврозе говорится как о «новых условиях», замещающих «обычный невроз» и «придающих всем симптомам болезни новое трансферентное значение», также сводят новаторскую сторону настоящего опыта к благоприятным условиям для пробуждения воспо-

106 Перенос и отношения

минаний, которые создаются благодаря повторяющимся реакциям (Freud, 1914g, p. 154—155). Поскольку Фрейд последовательно не рассматривал рост и развитие невроза переноса, который вырастает подобно живому существу, в качестве межличностного процесса в терапевтических отношениях между двумя индивидами, основной вклад психоаналитика в этот «новый искусственный невроз» (Freud, 1916/17, p. 144) оставался нераскрытым. Глубина этих проблем видна в том, как скрупулезно Фрейд выбирал терминологию, обсуждая преодоление невроза переноса. Его слова не отражают идеала свободы, а, скорее, выдают беспомощность: «Мы преодолеваем перенос, указывая пациенту, что его чувства возникают не из настоящей ситуации и неприложимы к личности врача, но что они повторяют нечто, что происходило с ним раньше» (Freud, 1916/17, p. 443).

Затем он использует, даже с большей силой, слово, которое не принадлежало его обычному словарю: «Таким образом, мы *принуждаем* его трансформировать свое повторение в воспоминания» (1916/17, p. 444; курсив наш).

Следует кратко упомянуть еще об одном устаревшем значении понятия невроза переноса, а именно нозологическом во фрейдовском смысле этого термина. Так использовать термин нельзя даже по отношению к людям, проходящим лечение по поводу так называемых дефектов Я или других видов неполноценности, перверзий, пограничных расстройств или психозов, развивающих перенос. Теоретические положения Фрейда о нарциссизме изначально препятствовали признанию особых видов переноса, которые разворачиваются в пограничных случаях и у психотиков, что ведет к запутанной нозологической дифференциации между неврозами переноса и нарциссическими неврозами. Все пациенты способны к переносу, и поэтому необоснованно определять истерические, фобические и навязчивые невротические синдромы тавтологически, как трансферентные неврозы, и противопоставлять их нарциссическим неврозам. Разнообразные категории болезней

различаются по форме и содержанию переноса, но он присутствует всегда.

2.5 Противоречивое семейство понятий: реальные отношения, терапевтический альянс, рабочий альянс и перенос

Мы уже встречались с отцом этого семейства понятий, хотя не идентифицировали его как такового. Мы обнаруживаем его в работах Фрейда в лице врача, к которому «привязывается» пациент, а также в «реальных отношениях», стабильность которых является противовесом переносу. Но что за семейство без ма-

Противоречивое семейство понятий 107

тери? Мы находим ее в «допустимом переносе», который рано в истории жизни начинает строить незаметную, но твердую основу доверия. Таким образом, допустимый перенос является матерью семейства понятий, которые мы собираемся рассмотреть. Мы приписываем самое большое влияние по установлению отношений доверия к окружению реальным материнским фигурам. Если доверие пациента перевешивает его недоверие, можно ожидать стабильного допустимого переноса (по терминологии Фрейда). Тогда почему, когда отец и мать семейства понятий уже существовали, были введены новые термины, которые отличаются друг от друга и, как настоящие дети, иногда больше походят на мать, а иногда больше на отца? Сандлер и др. (Sandler et al., 1973) отметили, что до тех пор, пока не было введено понятие терапевтического альянса, включение Фрейдом как допустимого, так и либидозного переноса в общее понятие позитивного переноса было источником путаницы. Их работа показывает, что терапевтический альянс состоит из сильно различающихся элементов. В самом деле, понимание Цетцель (Zetzel, 1956) терапевтического альянса основано на модели отношений мать — ребенок. По ее мнению, ранние фазы анализа напоминают ранние фазы развития ребенка с нескольких точек зрения. Вывод, к которому Цетцель приходит относительно терапевтического альянса, заключается в том, что, особенно в начале лечения, аналитику следует моделировать свое поведение по типу хорошей матери. Напротив, рабочий альянс Гринсона (Greenson, 1965) включает сверх того реальные или реалистические элементы отношений, которые Фенихель (Fenichel, 1941) все еще называл рациональным переносом.

Противоречивое семейство: о чем идет речь, и кто имеется в виду? Речь идет об отношениях и об иерархии внутри семейства, о значимости переноса по сравнению с реальными отношениями и в целом о многих сознательных и бессознательных элементах в аналитической ситуации, влияющих на взаимодействие между пациентом и аналитиком, которые не могут происходить исключительно только из прошлого.

Мы надеемся, что читатель извинит нас за то, что мы говорим о понятиях, как будто они являются ссорящимися людьми, это делается для того, чтобы сократить и упростить наши описания. Ниже мы назовем нескольких авторов, вдыхающих боевой дух в эти понятия. Недостаточно учитывался тот факт, что эти понятия так плохо ладят друг с другом, потому что они используются различными практикующими школами. Монадические концепции ссорятся со своими диадическими братьями и сестрами. Перенос как расщепление Я Штербы и фиктивное нормальное Я Фрейда являются монадическими, в то время как все концепции отношений являются диадическими по своему за-

мысли и цели. Уже начинается ссора. Верно ли говорить о трансферентных отношениях как об объектных отношениях? Да, именно так, но это не означает отказа от психологии одного лица, как показывает теория Кляйн. Следовательно, мы не можем обойти вниманием психологию двух и трех персон Балинта. Перенос сопротивляется этому, опасаясь, что он — любимый ребенок в семействе и тот, кому мы обязаны нашим профессиональным существованием, — может пострадать точно так же, как и пациент и как мы сами.

Нет нужды повторять, почему Фрейд рассматривал перенос монадически или почему те члены семейства, которые связаны со взаимодействием в диаде, долго оставались безымянными, оказывая даже большее влияние, пока не были признаны и находились в подполье. Поэтому семейство понятий пришлось увеличить, добавив к нему тех членов, которые всегда там были, но подробно описывались только в разговорах. Мы рекомендуем главу из «Психотерапии истерии» Фрейда (Freud, 1895d, p. 282), где есть прекрасное описание того, как можно завоевать пациента в качестве «сотрудника» в терапии. Все свидетельствует о том, что Фрейд прежде всего продолжал попытки «создать союз» с пациентом, чтобы образовать с ним одну партию. Мы подчеркиваем, что «не всякие хорошие отношения между аналитиком и его подопечным во время и после анализа рассматриваются (или должны рассматриваться) как перенос» (Freud, 1937c, p. 222). Между тем положительный перенос стал самым сильным мотивом участия в работе для проходящего анализ (Freud, 1937c, p. 233). Отношения формализуются в некоем «контракте» или «пакте»; как поддерживается «верность альянсу», остается непроговоренным (это цитата из поздней работы Фрейда — 1937c, 1940a). Особенно поучителен тот факт, что Фрейд в своих последних трудах ориентируется на монадическое рассмотрение диагноза, на изменения Я, которые не позволяют придерживаться контракта. Тем не менее, он продолжает подчеркивать, что аналитик «действует как образец... учитель» и что «аналитические отношения основаны на любви к истине, то есть на признании реальности» (1937c, p. 248). Из контекста ясно, что речь идет также о реальности аналитика как личности, но остается неопределенным, как она воздействует на перенос.

Если бы стратегия лечения имела своей целью решить проблему признания истины, мы могли бы ограничиться обсуждением в разделах 2.7 и 2.8. Однако существуют противоречия, типичные для семейной междоусобицы, между монадическими концепциями — такими, как допустимый перенос, расщепление Я (Sterba, 1934) и фиктивное нормальное Я (Freud, 1937c), — и диадическими концепциями, у которых есть свои обиходные

Противоречивое семейство понятий 109

неофициальные прототипы в работах Фрейда: наведение «мы-связи» (Sterba, 1940), терапевтический альянс (Zetzel, 1956) и рабочий альянс (Greenson, 1965). Внутри семейства поднимаются вопросы: кто с кем находится в особенно близких отношениях и не являются ли в действительности все члены семьи потомками допустимого переноса, то есть ранних отношений матери и ребенка. В попытках понять эти противоречия, прежде всего, необходимо учесть, что перенос гордится своей субъективной психической истиной, в которой, тем не менее, есть искажения. Считается, что если верх берет негативный перенос, то он может совершенно парализовать аналитическую ситуацию. Тогда подрывается основная предпосылка для лечения, а именно реалистические отношения. Здесь Фрейд ввел очевидную объективную, или внешнюю, истину — пациент и аналитик основываются на реальном внешнем мире (1940a, p. 173), однако она, если ее внимательно изучить, фактически не менее субъективна, чем истина, исходящая из переноса. Введение реального лица, субъекта, в рабочий альянс не мешает проверке этой истины, напротив, оно выявляет субъективность наших теорий. Следовательно, индивидуальная ответственность аналитика еще выше, и предполагается, что он должен подвергать свою практику научному исследованию, начиная с критического осмысления своих собственных мыслей и методов, то есть с *контролируемой* практики.

Теперь мы внимательнее рассмотрим генеалогическое древо членов этого семейства. Мы начнем с расщепления Я как прототипа монадических понятий и затем перейдем к «мы-связи» и ее производным. Фрейд описал «идеальную ситуацию для анализа», единственную ситуацию, в которой можно полностью проверить эффективность анализа, следующим образом:

Когда кто-нибудь, кто, в других случаях, является хозяином самому себе, страдает от *внутреннего конфликта*, который он неспособен разрешить один, то он приносит свои проблемы аналитику и просит его помощи. Тогда врач работает *рука об руку* с одной частью *патологически разделенной* личности против другой части, которая с той конфликтует. Любая ситуация, отличающаяся от этой, так или иначе неблагоприятна для психоанализа (Freud, 1920a, p. 150; курсив наш).

Штерба свел описание Фрейда к его реальной сути: при таком разделении возникает расщепление, и способность пациента признавать внутренние конфликты детерминантами своей болезни становится особенно важным критерием показаний для применения этой техники. В конце концов, стало казаться, что единственными людьми, подходящими для психоанализа, были те, чьи эндопсихические конфликты находились на эдиповом уровне. Тот факт, что Кохут эксплицитно рассматривал Я-психологию и технику лечения нарушений нарциссической личности

110 Перенос и отношения

как дополнение к классической терапии эдиповых конфликтов, следует считать достаточным, чтобы проиллюстрировать, какие последствия имело понятие расщепления Я как неправильно понятое крылатое слово. Конечно, проще, если пациент уже осознает свои конфликты, но аналитик должен всегда стремиться помочь установить прочные терапевтические отношения. При последующем переложении расщепления было совершенно забыто, как можно способствовать наведению «мы-связи», включая элементы отношений, которые не определяются переносом, хотя Штерба (Sterba, 1934, 1940) и Бибринг (Bibring, 1937) подчеркивали идентификацию с аналитиком, «мы-связь», как основу терапии.

Из-за односторонней, слишком негативной концептуализации психоаналитического лечения недооценивается подлинное и полное удовольствие переживания открытия новых областей жизни благодаря новому пониманию и «мы-связи», так как все это рассматривается всего лишь как разновидность сублимации. Если рассматривать отношения между аналитиком и пациентом как «отношения неотношений» (см.: Fürstenau, 1977), тогда мы останемся в рамках того понимания терапии, которое приписывает психоаналитику достаточно негативное и парадоксальное значение. С другой стороны, было бы заблуждением говорить об отношениях, партнерстве или встрече, когда неясно, как терапевтически оформлены эти параметры. Фрейд учил нас анализу переноса, а отношения для него были самоочевидны, так что перенос и отношения проходили бок о бок через все случаи его терапии, но не были взаимосвязаны. Однако сегодня важно признавать и интерпретировать влияние этих двух феноменов друг на друга; поэтому мы считаем ошибочным негативно определять аналитическую ситуацию и особенно межличностные отношения, которые ее составляют, как отношения неотношений или как нечто асимметричное, как если бы естественные человеческие отношения (например, в группах, которые питаются, живут и работают вместе) были бы симметричны как геометрические фигуры. Общность интересов между аналитиком и проходящим анализ тоже по-своему асимметрична, но решающей является сама исходная точка: несходные позиции и сама проблема, которую можно решить только согласованными, хотя и разнообразными усилиями. По нашему мнению, ошибочно делать партнерство из общности интересов, точно так же как должно быть антитерапевтично так сильно подчеркивать асимметрию, что это затрудняет идентификацию или даже совершенно ей препятствует.

Однако сколь бы неоднозначным ни казалось данное семейство понятий, и по практическим, и по теоретическим соображениям важно найти такое понятие, которое бы обобщило многогранные формы переноса, поскольку теория переноса пытается-

Противоречивое семейство понятий 111

ся объяснить текущее поведение пациента и его так называемую анализируемость на основе прошлого. В конечном счете, способность пациента преодолевать свой отрицательный или положительный перенос или сопротивление переносу вновь приводит к мягкому положительному допустимому переносу в ранних отношениях матери и ребенка. Можно видеть, что здесь влияние аналитика оказывается, по сути, вторичным, то есть просто производным.

Эта теория переноса не только не соответствует терапевтическому опыту; при ближайшем рассмотрении также становится ясно, что психоаналитическая эгопсихология с терапевтическим расщеплением Эго (Штерба) в качестве непереносимого члена семейства понятий приводит к такому рабочему альянсу в технике лечения, который отражает теорию автономных функций Я. Когда пациент размышляет о своих высказываниях или наблюдает за собой — независимо от интерпретаций аналитика или с их помощью, — он делает это не на пустом месте. Я аналитика можно благодаря его нормальности рассматривать как фикцию, но то, что он думает и чувствует о пациенте, то, как он воспринимает перенос пациента, ни в коем случае не фиктивно. Появляясь из своего переноса, пациент отнюдь не вступает на «ничью» почву, также и аналитик не проваливается в пустоту, размышляя о бессознательных фантазиях пациента или пытаясь исследовать свой собственный контрперенос. На его подход к пациенту влияют и его впечатления о переносе, и его мнение о реалистичности восприятия пациента. Недостаточно только одного знания генезиса; необходима позиция вне этого знания, чтобы мы смогли распознать явления переноса и назвать их своим именем. Пациент частично находится вне переноса, иначе у него не было бы возможности переживать по-новому то, что стимулирует аналитик благодаря своим новым подходам. Таким образом, перенос определяется непереносом, и наоборот.

То, что за пределами переноса существует что-то еще, а именно идентификация с аналитиком и его функциями, видно из того, что терапевтические отношения не заканчиваются с прекращением лечения. Идеал разрешения переноса был частью монадически рассматриваемого процесса лечения, а потому неудивительно, что в реальности его не встретишь (см. гл. 8). Конечно, верно, что всегда существовала разница в оценке: во всяком случае, допустимый перенос не был для Фрейда объектом анализа и потому не требовал разрешения.

Для ясности повторим, что Цетцель объясняла способность пациента формировать отношения существованием допустимого материнского переноса; следовательно, терапевтический альянс у Цетцель выводится из традиционной теории переноса и вполне ей соответствует. Через много лет рабочий альянс у Гринсона освободился от теории переноса. Существуют теоретические

112 Перенос и отношения

и практические причины того, почему утверждения Гринсона (Greenson, 1967) о независимости продержались много лет, а связь с отчизной, то есть с переносом, оставалась невыявленной. Так, он говорил о рабочем альянсе как о явлении переноса (Greenson, 1967, p. 207—216), но в то же время подчеркивал, что эти понятия антитезис друг другу. Как можно разрешить это противоречие? Пока перенос приравнивается к объектным отношениям (в аналитическом смысле) в терапевтической ситуации, до тех пор рабочий альянс тоже будет представлять собой объектные отношения с бессознательными компонентами и,

следовательно, будет нуждаться в интерпретации.

За последние десятилетия увеличение этого семейства понятий сопровождалось расширением понятия переноса. Читателю будет непросто согласовать эти два направления, одно из которых подчеркивает элементы, не определяемые переносом (терапевтические отношения), другое подчеркивает перенос. Признание элементов, не определяемых переносом, с одной стороны, и восприятие переноса как полноценных объектных отношений (трансферентные отношения), с другой, возникают из различных традиций психоаналитической практики, имеющих общие корни. Пятьдесят лет назад Штерба (Sterba, 1936, p. 467) утверждал, что, по сути, перенос является объектными отношениями, как и любые другие отношения, хотя одновременно подчеркивал и необходимость их различения. Существенный вклад в расширение понятия переноса внесла Кляйн и «британские теоретики объектных отношений» (такое определение дал им Сатерленд [Sutherland, 1980], подчеркивая тем самым их независимость и оригинальность внутри английской психоаналитической школы) Балинт, Фэйрберн, Гантрип и Винникотт. Качество неисторичности, почти что неизменности, которое Кляйн приписывает бессознательным фантазиям, ориентированным на объекты, означает, что эти фантазии присутствуют всегда и чрезвычайно сильны. Поэтому и в отношениях «здесь-и-теперь» можно немедленно делать глубинные интерпретации бессознательных фантазий (Heimann, 1956; Segal, 1982).

Школой Кляйн переносу придавалось особое значение в контексте теории объектных отношений. Отрицание первичного нарциссизма сначала имело плодотворные терапевтические последствия. Согласно этой теории, бессознательные фантазии переноса немедленно фокусируются на объекте-аналитике; но еще важнее, что сопротивление их не маскирует и поэтому они непосредственно открыты для интерпретации. В эгопсихологии приходится ломать голову над стратегиями интерпретаций, которые однотипны благодаря таким крылатым словам, как «поверхность», «глубина», «позитивный и негативный перенос», «интерпретация сопротивления», а теория Кляйн рекомендует немедленно интерпретировать предполагаемые бессознательные

Противоречивое семейство понятий 113

фантазии как явления переноса. Анна Фрейд относила интерпретацию переноса почти исключительно к прошлому (A. Freud, 1937, p. 27), ситуативный генезис допуская только для сопротивления. При строгом анализе сопротивления, который предложен Райхом, а затем Кайзером (Kaiser, 1934) и критикуется Фенихелем (Fenichel, 1935a), аналитик нарушает молчание только время от времени, интерпретируя сопротивление. Таким образом, Кляйн ослабила ригидность анализа сопротивления и заменила молчание новым стереотипом: немедленной интерпретацией переноса бессознательных, направленных на объект фантазий и их типичного кляйнианского содержания — «хорошей» и, самое главное, «плохой» груди.

В теории Кляйн «здесь-и-теперь» понимается исключительно как перенос в смысле не имеющих поступательного развития повторений (Segal, 1982). Сомнительно, однако, что можно приписывать бессознательной части опыта особое вневременное, внеисторичное существование, как бы ни поражал запас латентных мыслей сновидения в долговременной памяти. У бессознательного нет своего собственного существования; оно связано с историчностью существования человека. С точки зрения Кляйн на перенос, повторение приобретает такую важность, что течение времени — прошлое, настоящее и будущее — кажется остановившимся. По этой причине вопрос об изменении благодаря новому опыту долго упускался из виду сторонниками этой теории (Segal, 1964). Все же пациенту надо установить определенные отношения с аналитиком и его взглядом на психическую реальность настоящего и прошлого, чтобы освободиться от переноса и открыть себя будущему. «Здесь-и-теперь» может только частично совладать с «тогда-и-там», иначе не было бы будущего, местонахождение которого отнюдь не определяется этими друг на друга похожими, удобными наречиями.

Таким образом, традиционное определение переноса ограничивает это понятие тем, что в аналитической ситуации неново, — то есть переизданиями интрапсихических конфликтов, которые происходят из прошлых объектных отношений и автоматически возбуждаются в ситуации лечения. Но поскольку в терапии возникает новый материал, необходимо охарактеризовать эту сторону отношений анализируемого и аналитика при помощи особых терминов, которые мы ввели в качестве диадических членов семьи понятий, связанных с рабочим альянсом. Однако в то же время техника интерпретаций эгопсихологии осталась связанной с прошлым и с моделью интрапсихического конфликта. Поскольку перенос рассматривался как искажение восприятия при определенных условиях, аналитик, практикующий эгопсихологию, задает себе вопрос: «Что сейчас повторяется, какие задействованы бессознательные желания и страхи,

114 Перенос и отношения

как они блокируются и, самое главное, к кому они относятся? Какой материнский или отцовский перенос сейчас повторно на меня примеряется?» Очевидно, эти вопросы, прежде всего, относятся к прошлому, которое незаметно для пациента повторяется. Определенные правила терапевтического поведения позволяют повторению достичь полноты и убедительно проследить его истоки до бессознательно сохранившихся динамически активных воспоминаний. Аналитик ведет себя пассивно и ждет, пока мягкий положительный перенос не перерастет в сопротивление. Наконец, он интерпретирует сопротивление. «"Здесь-и-теперь" важно, прежде всего, потому, что оно ведет обратно к прошлому, откуда оно и происходит» (Rangell, 1984, p. 128). По нашему мнению, это утверждение сжато характеризует технику интерпретации, которая, прежде всего, уделяет внимание воспоминаниям, отодвигая настоящие отношения, то есть взаимодействие, на второе место. Несколько преувеличивая, можно было бы сказать, что в диадическом терапевтическом процессе замечаются лишь трансферентные элементы и внимание очень быстро переходит на прошлое и воспоминания. Хотя Рэнгелл признает значение рабочих отношений, утверждая, что интерпретации можно делать только после того, как эти отношения установлены, он заявляет, что аналитику не надо предпринимать никаких особых усилий в этом направлении (Rangell, 1984, p. 126). Взгляд Штербы был совершенно другим, он поощрял наведение «мы-связи»:

С самого начала пациента призывают «кооперироваться» с аналитиком против чего-то в нем самом. Каждый отдельный аналитический сеанс дает аналитику различные возможности использования термина «мы» в применении к себе и той части Я пациента, которая созвучна реальности (Sterba, 1934, p. 121).

Следовательно, речь идет о приоритетах в технике лечения. То, что различные виды переноса ориентированы на объект, является бесспорным, поскольку желание, которое проникает из бессознательного в предсознательное, изначально связано с объектами, хотя последние и не представлены ментально на самых ранних стадиях жизни. Согласно *топографической* теории переноса Фрейда, так, как она изложена в «Толковании сновидений», эти интрапсихические события формируют основу клинических явлений переноса. Теоретические положения соответствуют опыту, что перенос — как происхождение сновидений «сверху» — приводится в движение реальными дневными остатками. Реалистические восприятия, изменяющиеся в своем течении, таким образом, имеют отношение к аналитику. Если пренебречь этими дневными остатками, а значит, и взаимодействием в интерпретации переноса, это будет серьезным упущением, которое может иметь тяжелые последствия. Пренебрежение

дневными остатками вообще в интерпретации переноса характерно для этой теории и связано с избеганием реалистических связей с личностью аналитика, потому что они противоречат парадигме техники лечения, предполагающей зеркальное отражение. Поэтому очевидное противоречие между рассмотрением дневных остатков в традиционном толковании сновидений «сверху» и отрицанием их в интерпретации переноса объясняется влиянием традиционной (и преобладающей) клинической теории и практики переноса.

Не только в школе Кляйн расширение теории переноса привело к значительным изменениям техники лечения. Нам бы хотелось проиллюстрировать это ссылкой на противоречия между Сандлером и Рэнгеллом. В следующем отрывке содержатся существенные моменты аргументации Сандлера:

Кажется ясным, что введение и описание этих процессов объектных отношений, особенно относящихся к объектам защит, отразило новое важное измерение в аналитической работе и концепции переноса. Анализ того, что происходит «здесь-и-теперь» в аналитическом взаимодействии, стал предшествовать по времени интерпретированию реконструкции инфантильного прошлого. Если пациент использовал защиты внутри аналитической ситуации, включающей его и аналитика, — это рассматривалось как перенос и все больше становилось центром внимания аналитика. Вопрос «что сейчас происходит» стал задаваться прежде вопроса «что материал пациента говорит о его прошлом».

Другими словами, внимание психоаналитика все более концентрируется, особенно в Британии, на использовании пациентом аналитика в своих бессознательных фантазиях исполнения желаний и мыслях так, как они появились в настоящем, то есть в переносе, как он эксплицитно и имплицитно понимается большинством аналитиков, несмотря на ограниченное официальное определение этого термина (Sandler, 1983, p. 41).

Критика Рэнгелла фундаментальна (Rangell, 1984). Он поднимает следующий вопрос: «Так ли первичны сопротивление и защиты, как это имеет место у Фрейда, Анны Фрейд, Фенихеля и других? Или мы продвинулись к тому, что многими провозглашается, прежде всего, перенос, и даже только перенос?» Он говорит, что все это снова приводит к поляризации: теперь повсюду многие психоаналитики видят приоритет «здесь-и-теперь» над реконструкцией и инсайтом. «В конечном счете, может быть, нам придется выбирать между двумя разными концепциями переноса — интрапсихической и интеракционной (транзакционной). Такой же выбор, вероятно, необходимо сделать между интрапсихической и интеракционной моделями терапевтического процесса» (Rangell, 1984, p. 133).

Мы считаем, что решение уже принято, а споры догматичны по происхождению. В самой природе понятия переноса заключается необходимость его дополнить, чтобы он удовлетворял требованиям терапевтической практики и общей теории лече-

116 Перенос и отношения

ния. То же самое имеет отношение к выбору между интрапсихической и интеракционной моделями терапии. В конечном счете, это не вопрос «либо — либо», а, скорее, «не только, но также». Следует ли идти на захудалый компромисс? Совсем нет. Психоанализ как целое базируется на интеграции, тогда как каждая школа пытается сохранить свою индивидуальность. В этом коренятся длящиеся споры, которые мы сейчас проиллюстрируем некоторыми типичными примерами. По нашему мнению, признание того, что эти дискуссии догматичны по своему происхождению, должно благотворно отразиться на психоаналитической практике — прояснения ведут к изменению, и не только в терапии. Наши примеры делают некоторые проблемы простыми. Критика Розенфельдом (Rosenfeld, 1972) того, как Клаубер (Klauber, 1972a) подчеркивает личное влияние аналитика, достигает уровня личной полемики. Эйссер (Eissler, 1958), в противоположность Лёвенштайну (Loewenstein, 1958), строго отделил интерпретацию от личности. Бреннер (Brenner, 1972) считал, что он может показать, используя в качестве примеров некоторые случаи Цетцель,

что введение терапевтического альянса и других средств было бы совершенно излишним, если бы только перенос хорошо анализировался, — такие костыли нужны только в том случае, если пренебрегают анализом переноса. И в самом деле, он без труда демонстрирует упущения в аналитических случаях Цетцель. Кертис (Curtis, 1979, p. 190), высказывая хорошо взвешенное мнение, указывает, где лежит опасность, а именно там, где терапевтический альянс и все семейство концепций рассматриваются как самоцель, то есть как создание новых коррективных объектных отношений, а не как инструмент для анализа сопротивления и переноса. В свете этой аргументации становится ясным, почему Стейн (Stein, 1981) даже обнаружил недочеты в допустимом переносе Фрейда, ибо любой тип поведения имеет бессознательные аспекты, которые иногда могут или даже должны быть интерпретированы «здесь-и-теперь», даже когда они и допустимы, каково бы ни было их происхождение. В аналитической ситуации тем или иным фактором всегда пренебрегают. Если, как это делают Гилл и Хоффман (Gill, Hoffman, 1982), концентрироваться на вкладе аналитика в генезис «сопротивления переносу», можно упустить из виду бессознательный генезис, как это подчеркивает Стоун (Stone, 1981b).

Самая молодая ветвь данного семейства понятий — это общее понимание переноса Кохутом в рамках его теории Я-объектов. Оно является всеобщим в том смысле, что Кохут (Kohut, 1984) рассматривает человеческие отношения и жизненный цикл как историю бессознательных процессов поиска и нахождения Я-объектов. Это архаичные объектные отношения, в которых Я и объект, или Я и Ты, смешаны. Объекты описываются

Противоречивое семейство понятий 117

как часть собственного Я, а Я как часть объектов. Соответственно, особые формы переноса, описанные Кохутом, например двойники или слияние, являются вариациями в рамках интеракционного единства. Теорию Кохута можно отличить от других теорий объектных отношений благодаря ее особому акценту на грандиозных эксгибиционистских ожиданиях, приписываемых младенцу. Согласно Кохуту, развитие стабильной уверенности в себе зависит от признания ожиданий и ответа на них. Теория Я-объектов Кохута, таким образом, связывает нарушение объектных отношений генетически с нарушениями уверенности в себе, при этом особо выдающуюся роль играет эйдетический компонент: показ себя и отражение в глазах материнской фигуры.

Поскольку зависимость человека от среды продолжается в течение всей его жизни, теория Я-объектов Кохута оказывает и общее, и специфическое влияние на технику лечения. Вследствие своей незащищенности все пациенты зависят от признания, и они переносят на аналитика соответствующие ожидания. Кроме того, Кохут описал специфический Я-объектный перенос и дал генетическое обоснование его интерпретации, то есть относящееся к его происхождению. В соответствии с обобщением, представленным Брандшафтом и Столору,

эти отношения Я-объектов необходимы, чтобы поддерживать стабильность и связанность Я; пока ребенок постепенно мало-помалу приобретает психологическую структуру, ему необходимо поддерживать свою собственную способность саморегуляции. Развитие отношений Я-объектов отражает преемственность и гармонию этого процесса развития через его различные иерархические организованные стадии. Во «всесовершенство», которое описывается как характерная черта патологии архаичных объектных отношений (М.Кляйн, Розенфельд, Кернберг), мы можем видеть настойчивое самоуверенное ожидание того, что потребности этих Я-объектов будут удовлетворены. Если потребности архаических Я-объектов настойчивы, то прерывается дифференциация, интеграция и консолидация структур Я и линия развития отношений Я-объектов. Таким образом, архаические плохо дифференцированные и интегрированные Я-объекты продолжают быть необходимыми, ожидаемыми и используются как заменители отсутствующей психологической структуры (Brandchaft, Stolorow, 1984, p. 108— 109).

Таким образом, отношение к аналитику формируется обширными бессознательными ожиданиями, которые, похоже, требуют совершенно иного осмысления, чем то, которое задал Фрейд своей аналогией с зеркалом. Хотя Кохут (Kohut, 1984, p. 208) подчеркивает, что он применяет психоаналитический метод даже в еще более строгом смысле, чем это предписывается базовой образцовой техникой Эйсслера, по-видимому, интерпретация переноса Я-объектов дает пациенту очень много поддержки и признания. Подробнее этот вопрос мы будем рассматривать в четвертой главе.

118 Перенос и отношения

Все опасения, выраженные в этом достаточно полном изложении споров, обоснованны, поскольку всегда просто доказать, что аналитик упустил возможность интерпретации переноса. Мы считаем, что эти споры можно поднять на продуктивный уровень обсуждения, если признать их разные теоретические допущения и преодолеть ортодоксальность разнообразных школ.

Последователи Кляйн, эйсслеровской базовой образцовой техники и Кохута расходятся в своих взглядах на типичное содержание переноса. В то же самое время последователи этих школ не могут оторваться от своего собственного пуристского понимания переноса.

Сам по себе тот факт, что каждая из школ описывает свои типичные виды переноса, говорит в пользу влияния аналитика на содержание переноса, но сами школы не делают никаких выводов из этого факта. Совершенно очевидно, что тогда произошел бы сдвиг в сторону относительности — то есть к признанию собственной точки зрения аналитика. Поле переноса по-разному размежевано, вспахано и обработано различными теориями и соответствующими им техниками лечения. Перенос определяется через неперенос, и наоборот. Поэтому для теории и практики необходимо, чтобы теории переноса, ориентированные на прошлое, были дополнены. Это так же понятно, как и то, что строгие школы отрицали независимый от переноса рабочий альянс, так как признание его означало бы замещение интрапсихической модели переноса и терапии концептуализацией взаимодействия. В психоаналитической практике, которая независима от школы, эти вопросы давно решены. А споры между Сандлером и Рэнгеллом по поводу «здесь-и-теперь» в интерпретации переноса скорее больше касаются техники интерпретации, чем приоритетов в целом. Видимо, изменение подхода аналитика, спрашивающего теперь в первую очередь: «Что сейчас происходит?» — имеет огромные теоретические и терапевтические последствия, отражающиеся, например, на том, какое значение придается конструкции и реконструкции. Если рассмотреть полностью текущие отношения переноса в самом широком смысле, придется признать интеракционный биперсональный подход и, следовательно, влияние аналитика на перенос. Поэтому ошибочно говорить только о расширении концепции переноса. То, чем мы здесь располагаем, — это изменение перспективы, которая давно начала незаметно развиваться в психоаналитической практике. Отношения между «здесь-и-теперь» и «тогда-и-там» всегда считались важными, хотя мы только недавно стали полностью сознать, насколько сильно то, что происходит сейчас, подвержено нашему влиянию.

Противоречивое семейство понятий 119

Невротические, психотические и психосоматические симптомы уходят корнями в историю жизни пациента, и наблюдение повторяющихся и усиленных конфликтов дает неоценимое понимание психогенетических и психодинамических связей. Терапевтически решающим является, как долго и с какой степенью внимания аналитик носит свои ретроспективные очки, когда он надевает свои очки для близкого чтения и где его взгляд задерживается дольше. Отношение между различными точками отсчета во многом

определяет, что же считается переносом. Наконец, как насчет общего понимания переноса, в котором отношение к аналитику является центральным?

Интерпретации переноса можно делать на различных предсознательных или бессознательных уровнях этих объектных отношений. Точка зрения пациента углубляется и расширяется во время конфронтации с мнениями аналитика. Хотя идеалом является взаимное общение, влияние аналитика может стать огромным, если он придерживается расширенной общей точки зрения на перенос (трансферентные отношения). Поэтому Балинт критиковал стереотипные интерпретации переноса, которые делают психоаналитика всемогущим, а пациента чрезвычайно зависимым. Мишенью этой критики была техника Кляйн, в которой отношения переноса рассматривались исключительно как повторение. Чем больше делается интерпретаций переноса, тем важнее внимательно отслеживать реально появляющиеся стимулы в отношениях «здесь-и-теперь» и не упустить из виду внешнюю реальность пациента.

Мы надеемся, что показали необходимость признания рабочего альянса (реальных отношений, по Фрейду) как терапевтически существенного компонента аналитической ситуации и необходимость всегда принимать его во внимание. Иначе мы увязнем в парадоксе Мюнхгаузена: переносу придется тащить себя из болота за собственные волосы. Шимек (Schimek, 1983, p. 439) говорил о клиническом парадоксе, когда перенос разрешается силой самого переноса. Ференци и Ранк уже обратили на это внимание в своей книге «Цели развития психоанализа» (Ferenczi, Rank, 1924, p. 22): невозможно, противоречиво по определению было бы использовать любовь пациента к врачу, чтобы помочь ему обходиться без этой любви.

Наконец, нам бы хотелось подчеркнуть, что мы не имеем дело с постоянными чертами личности, когда речь идет о способности пациента устанавливать рабочий альянс. Вклад аналитика в терапевтическую диаду может усилить или ослабить альянс. Э. и Г. Тихо (E. and G. Ticho, 1969) особо указали на взаимоотношения между рабочим альянсом и неврозом переноса. Люборски (Luborsky, 1984) с тех пор представил эмпирическое доказательство тому, что рабочий альянс оказывает решающее вли-

120 Перенос и отношения

яние на курс и результат лечения. Доказательство изменения, к которому Фрейд (1909b) призывал из практических и теоретических соображений, оправдывает и ограничивает как диапазон психоаналитического метода, так и влияние, оказываемое психоаналитиком в силу его использования переноса — жизненно важной части аналитического процесса.

2.6 Новый объект как субъект: от теории объектных отношений к психологии двух персон

Фрейд говорил о «новом объекте» и «новой борьбе», которая, по его словам, выводит из переноса: первой фазой терапевтической работы является возникновение переноса в ходе освобождения либидо от симптомов, второй фазой является борьба за новый объект — аналитика (1916/17, p. 455). Ясно, что новизна этой борьбы заключается в новом объекте, качества которого были особенно тщательно исследованы Лёвальдом (Loewald, 1960). Можно говорить о продуктивном для психоанализа духе времени, так как оказавшая большое влияние книга Стоуна (Stone, 1961) об аналитической ситуации появилась почти в то же самое время. Мы считаем, что путь от нового объекта должен неизбежно привести к признанию того, что субъект участвует как наблюдатель и интерпретатор и руководствуется

своими субъективными чувствами и теорией. Груз терапевтической работы несет не новый объект, но личность, психоаналитик. Посредством своих интерпретаций аналитик показывает шаг за шагом пациенту, как он его видит, позволяет ему по-другому увидеть себя, достичь новых инсайтов и изменить свое поведение. Новый субъект оказывает обновляющее влияние на пациента. Как могло бы внушение в качестве части переноса, подлежащей устранению, осуществить это изменение? Повторы не прекращаются оттого, что пациент может «выговориться» в состоянии возвышенного интерпретативного внушения. Но именно таким образом пришлось бы объяснять терапевтические изменения, если влияние психоаналитика рассматривать в русле аналогии переноса и внушения.

Фрейд проводил такие аналогии и тем самым внес свой вклад в искажения, которые отсрочили более глубокое понимание терапевтической функции нового субъекта¹. Конечно,

Новый объект как субъект 121

субъект используется и в качестве объекта, как заметил Винникотт (Winnicott, 1971). Перенос происходит на объект. Терапевтическая проблема состоит в прекращении повторения, прерывании невротического, усиливающего самого себя порочного круга. Теперь существует двое людей, которые могут действовать самокритично. Для разрыва порочного круга навязчивого повторения существенно, чтобы пациент мог обнаружить новый материал в объекте (Loewald, 1960). Аналитика как личности по большому счету либо совсем, либо частично не удастся удовлетворить ожидания пациента в определенных областях, особенно в области его симптомов и конкретных жизненных затруднений, которые прежде всего исполнялись посредством бессознательных направляющих механизмов².

Поскольку психоаналитическая теория влечений говорит об объекте и такое словоупотребление принято также в психологии объектных отношений, легко упускается из виду тот факт, что мы имеем дело с живыми существами, с людьми, которые эмоционально влияют друг на друга. Психоаналитик предлагает, по крайней мере, имплицитно, решение проблем, даже не говоря о них, когда он считает, что он обсуждает только лишь перенос и ничего более. Сегодня благодаря многим скрупулезным исследованиям техники Фрейда, которую критически изучил и интерпретировал Кремериус (Cremarius, 1981b), нам известно, что у основателя психоанализа была в целом плюралистическая концепция лечения, и он использовал широкий спектр терапевтических средств. Однако революционное значение помещения в наблюдение и терапию терапевта как субъекта оставалось скрытым, потому что связанные с этим серьезные проблемы ложились тяжелым бременем на психоаналитическую теорию и практику. Только в последние десятилетия стало возможным решение этих проблем (см., например: Polanyi, 1958)³. Фрейд сразу же попытался опять исключить субъекта и отодвинуть его вовне области «психоаналитической технологии» (Wisdom, 1956; см. гл. 9). Субъект снова всплывает на поверхность в дискуссии о технике лечения, на этот

¹ Личность врача, с которой у пациента установлено «должное взаимопонимание» и «эффективный перенос», в теории Фрейда является только «одним из образов людей, с которыми у пациента установлены любовные отношения» (Freud, 1913c, p. 139—140).

² Фрейд постоянно объясняет «новое» на основе биографических паттернов — детской веры, одним из примеров чему является следующее: «Это личное влияние является нашим самым сильным динамическим оружием. Это то *новое*, что мы вводим в ситуацию и при помощи чего мы приводим ее в движение... невротик приступает к работе, потому что верит аналитику... *Ребенок* тоже доверяет только тем людям, к которым он привязан» (Freud, 1926e, p. 224—225; курсив наш).

³ В хорошо написанном «Введении в предмет медицины» Вайцзекера недостает методологии, которая могла бы разрешить терапевтические и теоретические проблемы, связанные с особым межличностным взаимодействием в психотерапии.

раз сведенный к контрпереносу, кото-

122 Перенос и отношения

рый следует минимизировать объективности ради. Фрейд оставил субъекта во внетехнической области, там аналитик как реальная личность в теории техники и оставался почти до последнего времени. Однако теперь происходят трансформации, которые меняют терапевтическую и теоретическую парадигму Фрейда. На новую почву ступил Гилл (Gill, 1983) со своей работой «Точка зрения психоанализа: разрядка энергии или личность?» Он убедительно призвал к интеграции межличностного и внутриличностного взаимодействия и к синтезу теории влечений и теории объектных отношений. Только одно то, что автор, который три десятилетия назад вместе с Рапапортом (Rapaport, 1959) развивал метапсихологические взгляды, теперь смотрит на личность как на нечто более важное, чем разрядка энергии, а на все остальное как подчиненное, дает пищу для размышлений. Более важно, конечно, то, что психологические наблюдения с точки зрения первостепенности личности, или, вернее, с точки зрения концепции Гилла о взаимодействии между личностями, меняются и каким образом они меняются.

Краеугольные камни психоанализа — перенос и сопротивление — были заложены в основание идеализированной научной «беспристрастности» (Polanyi, 1958, p. VII), и устранение возникающих в результате ошибок лишь повышает прочность всей постройки.

Как мы знаем из работы Ламбль-де-Гроот (Lample-de-Groot, 1976), Фрейд действовал на двух терапевтических уровнях, иногда на уровне реальных отношений, а иногда на трансферентном. Ламбль-де-Гроот пишет, что ей было ясно, когда Фрейд говорил с ней как с реальным лицом и когда — как с объектом переноса. Различие между этими двумя аспектами должно быть очень четким, поскольку трансферентные отношения не только сами по себе являются сложными системами, но между ними есть и тесная взаимосвязь. Это подняло много теоретических и практических проблем, для которых Фрейд находил монадическое решение в модели идеальной терапии и диадическое решение на практике,

Утверждение плюралистического взгляда в теоретической парадигме, а не только его использование на практике, означало исследование разнородного влияния психоаналитика на пациента (и наоборот). Для этого не было создано никакой модели. В последние годы достоянием общественного знания стало то, как Фрейд практиковал психоанализ. Пущенная в оборот модель была монадической, которую последователи Фрейда очистили с целью достижения самой чистой формы переноса. Фактически ни в одной из работ Фрейда нет подробного рассмотрения актуальных «реальных отношений». Влияние аналитика прослеживается до его предшественников в истории жизни пациента, то есть до родителей, и обозначается термином «допустимый пере-

Признание актуальных истин 123

нос». Это должно было привести к путанице (Sandler et al., 1973). По-видимому, реальные отношения находятся в оппозиции к переносу и он им угрожает: утверждается, что интенсивный перенос может вырвать пациента из реальных отношений с врачом (Freud, 1912b, p. 105; 1916/17, p. 443). Этот вопрос, сопровождаемый глобальными описаниями и негативными характеристиками (искажение реальных отношений переносом), до сих пор не решен. Поэтому позднее Фрейд добавляет, что любые хорошие (терапевтические) отношения следует рассматривать как перенос; что-то может основываться и на реальности (Freud, 1937c, p. 221). Мы не в состоянии описать что-либо новое, включая новые компоненты стратегий решения проблем. А.Фрейд (A. Freud, 1937) отмечает, что мы описываем в аналитической ситуации все, что не является новым, как перенос. Поэтому время от времени подчеркивается спонтанность невроза переноса, который, с ее точки зрения, создается не

врачом. «Отмена» («Aufhebung»), «уничтожение» («Vernichtung») (Freud, 1905e, p. 117) невроза переноса приведут и должны привести в действительности к устранению симптомов, поскольку, как позднее высказался Фрейд (1916/17, p. 453), когда перенос «отсечен» («zersetzt») или «прояснен» («abgetragen») в соответствии с теорией, неизбежно будут достигнуты те внутренние изменения, которые создают успех. Только изредка в работах Фрейда попадаетея намек на то, насколько психоаналитик вносит свой вклад в решение проблем пациента и, следовательно, в его новые возможности, его свободу решений.

2.7 Признание актуальных истин

Большое беспокойство, охватившее Фрейда-человека, Фрейда-врача и Фрейда-ученого в связи с открытием переноса, так и не исчезло. Сделав это открытие в 1895 году, Фрейд подчеркнул жизненно важное терапевтическое значение переноса в послесловии к «Доре» («Анализ одного случая истерии» [1905e]), чье лечение закончилось в декабре 1900 года и как история случая записана в январе 1901 года. Именно в этой работе высказано представление о том, что мы разрушаем перенос, перенося его в область сознания. Позднее, в «Лекциях по введению в психоанализ» (1916/17), он писал, что мы должны «принудить» пациента совершить сдвиг от повторения к воспоминанию.

Это один из признаков того, что беспокойство Фрейда сохранялось. Проблема не решалась при помощи правил лечения, которые были в то время формализованы, хотя одной из их принципиальных целей было именно облегчение работы с пере-

124 Перенос и отношения

носом. Агрессивность метафор Фрейда (отсечение, разрушение) показывает, что и его затронула актуальная истина ситуации, то есть реалистический компонент любого переноса. Существует много способов отрицания реалистических наблюдений пациента, и, хотя это звучит парадоксально, одна широко распространенная интерпретация переноса именно такова. Мы имеем в виду интерпретацию, которая предлагалась, когда пациент делал значимые наблюдения, реалистичные и, следовательно, в принципе потенциально верные. Вместо того чтобы принять наблюдения как правдоподобные или рассмотреть влияние реалистического наблюдения на бессознательное и его отражение в переносе, аналитик часто предлагает интерпретации, которые берут в расчет только искажения восприятия: «Вы думаете, что я откажусь от вас, как ваша мать, — я мог бы рассердиться, как ваш отец». Верно то, что смещение импульса на прошлое может оказать освобождающее влияние, потому что тем самым пациент освобождается в настоящем от импульса, чуждого его Я, как это описывала А.Фрейд (A.Freud, 1937). Однако очень важна форма, которую принимает интерпретация переноса. Если она построена так, как если бы пациент только все воображал в отношениях «здесь-и-теперь», то игнорируется истина ситуации в восприятии пациента. Часто это ведет к тяжелым переживаниям отвержения и к раздражению, в результате чего появляется агрессия. Если затем это интерпретировать как репринты или новые издания старых клише (Freud, 1912b, p. 99), возникнет ситуация, которую разбирала А.Фрейд. Она обратила внимание на то, что аналитик и пациент — это тоже два реальных человека равного взрослого статуса «в реальных личных отношениях друг к другу», и задалась вопросом, не является ли наше временами полное игнорирование этой стороны дела причиной некоторых враждебных реакций наших пациентов, «которые мы склонны приписывать только переносу» (A.Freud, 1954a, p. 618—619). Описанные Балинтом (Balint, 1968) артефакты, реактивно усиленные повторы, также предостерегают нас против нашего сегодняшнего самоудовлетворения. Важно не только воздействие реальных личных отношений на процесс лечения, но также и признание огромного влияния аналитика на перенос. Мы больше не

можем игнорировать тот факт, что «лицемерие профессиональной практики», на которое нам указал Ференци (Ferenczi, 1964 [1933]), может даже приводить к невротической деформации переноса. Фрейд (1937d) полагал, что некоторые «исторические [в смысле истории жизни] истины» стоят даже за психотическим ошибочным восприятием реальности.

Признание актуальных истин 125

Значение для истории жизни этих исторических истин можно, по крайней мере, воссоздать. Актуальные же истины можно продемонстрировать *ad oculos*¹, и после их признания становится еще более ясным компонент переноса, на который повлиял или который вызвал аналитик. Страх, что принятие реалистического восприятия пациента может загрязнить перенос, вывести его за пределы просто признания, не обоснован. Напротив, благодаря вкладу пациента можно коснуться более глубоких истин. Если реалистическая правда ситуации принимается как таковая, то есть интегрируется техникой интерпретации как изначально самостоятельный элемент, то процедура ничем не отличается от той, при которой мы начинаем с дневных остатков и относимся к ним серьезно. Аналитик не раскрывает никаких подробностей своей личной жизни, не делает никаких признаний (ср.: Neimann, 1970, 1978; Thomä, 1981, p. 68). Атмосфера меняется при допущении того, что наблюдения пациента «здесь-и-теперь» в кабинете аналитика могут быть абсолютно точны. Согласно Гиллу, в случаях сомнений существенно важно предполагать, по крайней мере, правдоподобность наблюдений пациента по следующим причинам: никто не может объявить себя достигшим полного самопознания и способным контролировать действие своего собственного бессознательного. Поэтому следует быть открытым по отношению к тому, что пациенты могут замечать вещи, ускользающие от нашего собственного внимания. Любой спор о том, «кто прав», может закончиться тем, что пациент из-за своей зависимости отступит и поймет, что его замечания *ad personam*² не приветствуются. В такой ситуации аналитик не представляет собой хорошего примера самообладания и не проявляет желания принять чье-либо критическое мнение как отправную точку для самокритичных размышлений. Гилл и Хоффман (Gill, Hoffman, 1982) показали, что возможно систематически исследовать влияние аналитика на форму, которую принимает перенос.

Надо отказаться от идеала чистого зеркального отражения не только потому, что он недостижим и может с эпистемологической точки зрения привести только к путанице; с психоаналитической точки зрения стремиться к этой фата-моргане должно быть даже терапевтически вредно, потому что пациент может переживать чистое зеркальное отражение своих вопросов как отвержение. Иногда это не просто воображение пациента, что его наблюдения и вопросы скучны, если не хуже (см. разд. 7.4). Зеркальное отражение вопросов переживается как увертка, ре-

126 Перенос и отношения

альные истины обходятся. Пациенты, которые предрасположены к такой реакции, испытывают злокачественную регрессию, в ходе которой историческая правда тоже деформируется, потому что ставятся препятствия реалистическому восприятию настоящего. Хотя кажется, что пациент говорит все, что приходит ему в голову, предсознательно он отмечает чувствительные точки психоаналитика и бессознательно их избегает. Часто это не иллюзия и не трансферентное чувство; пациент не только чувствует, что тот или иной вопрос может не приветствоваться, — его критические и реалистические наблюдения часто действительно не приветствуются. Нельзя должным образом работать с этими проблемами,

¹ Наглядно (*лат.*).

² По поводу лиц (*лат.*).

если собственный нарциссизм препятствует признанию правдоподобности реалистических наблюдений. Если, с другой стороны, мы стремимся основывать нашу технику на реалиях ситуации и ее влиянии на перенос, то это существенно меняет дело. Такое изменение подхода может не только повлиять на климат, но также облегчить установление терапевтически эффективных отношений, поскольку «здесь-и-те-перь» приобретает новый опыт и это противоречит ожиданиям переноса. Сейчас естественно будет дать особое истолкование утверждению Фрейда, цитировавшемуся выше, по поводу того, что конфликты достигают самого высокого психического уровня и таким образом упраздняются: признание аналитиком реалистического восприятия позволяет пациенту достичь полноты психических актов и соглашения с субъектом-объектом, что является одной из наиболее важных предпосылок для формирования постоянства объекта и нахождения Я. Способность достигать полноты психических аспектов таким способом характеризует подлинные терапевтические эффективные переживания в психоаналитической ситуации.

Если, однако, интерпретации аналитика обходят настоящее реалистическое восприятие или приписывают ему искажения, то будут иметь место неблагоприятные последствия для нового «искусственного невроза», который Фрейд называл также неврозом переноса. То, с чем мы здесь сталкиваемся, — это не что иное, как попрание любви к истине, к которой стремился Фрейд (1937с, р. 248), признавая реальность. Однако сама проблема того, как аналитик признает реалистическое восприятие пациента, до сих пор еще не разрешена никаким развитием техники лечения. Точно так же, как отрицание исторической правды лежит в основе психотических процессов, хаотические разновидности невроза переноса или даже психозы переноса могут оказаться результатом непризнания фактической истины. В соответствии с психоаналитической теорией суммирование бесконечного числа бессознательно регистрируемых случаев отвержения реалистического восприятия может привести к частичной

«Здесь-и-теперь» в новой перспективе 127

потере ощущения реальности. Следовательно, едва ли можно сомневаться в том, что то, как аналитик оформляет невроз переноса, также оказывает влияние на результат лечения и более или менее проблематичное разрешение переноса. Фундаментальные трудности в разрешении переноса, которые выходят за пределы индивидуального случая, возможно, связаны с огромной недооценкой влияния на ход лечения терапевтических отношений «один-на-один».

2.8 «Здесь-и-теперь» в новой перспективе

Мы попытались показать, что аналитическая ситуация включает сложные процессы, влияющие на обоих участников. Следовательно, систематические исследования методологически трудны. Как реальная личность, контрперенос, теории и латентная антропология аналитика воздействуют на пациента — все это нельзя охватить во всей целостности ни клинически, ни теоретически. Поэтому время от времени возникает типичная дилемма: нельзя использовать сложную реальную личность как инструмент в технике лечения, но, с другой стороны, исследование лишь одного аспекта — «здесь-и-теперь» — не отвечает сложности ситуации. Трудные ситуации являются настоящей проверкой мастерства! Количественные и качественные исследования Гилла и Хоффмана (Gill, Hoffman, 1982) сосредоточены на теме сопротивления переносу, включая вклад аналитика в его генезис и в его изменение «здесь-и-теперь». Надо подчеркнуть оба аспекта этого сопротивления. «Здесь-и-теперь» самоочевидно, так как терапевтическое изменение

возможно только в текущий момент, в настоящем. Конечно, теория Гилла и Хоффмана тоже предполагает, что сопротивление (и перенос) возникает частично в прошлом, но они подчеркивают ситуационные реальные аспекты генезиса сопротивления. Они приводят следующий довод в пользу придания меньшего значения реконструированному объяснению: в психоаналитической технике обходился вниманием вклад аналитика в перенос и сопротивление. Реконструкция генезиса переноса тоже должна исходить из ситуации «здесь-и-теперь». По нашему мнению, можно подойти к более ранним детерминантам невротического, психосоматического и психотического состояний терапевтически эффективным и теоретически убедительным образом, если только всегда, даже устанавливая причинные связи, начинать с факторов, которые поддерживают это состояние «здесь-и-теперь». Именно это стоит в центре теории Гилла и Хоффмана. Примечательно, что ситуация «здесь-и-теперь» — основной стержень терапии — только недавно заявила во всеуслышание о своем заслуженно выдающем-

128 Перенос и отношения

ся положении. Одновременное расширение концепции переноса, который теперь многими аналитиками понимается как вся совокупность объектных отношений пациента к аналитику, уже описано выше в разделе 2.5 как признак радикального изменения. Ретроспекция и оживление воспоминаний всегда служили разрешению этих объектных отношений, чтобы расширить перспективу для будущего. Хотя в традиционном понимании переноса преобладало повторение, нам бы хотелось процитировать два поразительных места из Фрейда. По нашему мнению, только сейчас в полной мере становится понятным их терапевтический и научный потенциал. Мы читаем в «Воспоминании, повторении и проработке»:

Таким образом, перенос создает промежуточную область между болезнью и реальной жизнью, через которую совершается переход из одной в другую. Новые условия переняли все черты болезни; но это представляет собой искусственную болезнь, которая в любой точке доступна нашему вмешательству (1914g, p. 154).

А в «Лекциях по введению в психоанализ» Фрейд пишет:

Начало лечения не означает конца этого развития; однако, когда лечение овладело пациентом, происходит так, что вся новая продукция его болезни концентрируется в одном — в его отношении к врачу. Поэтому перенос можно сравнить с камбиальным слоем дерева между древесиной и корой, из которого образуется новая ткань и увеличивается объем ствола. Когда перенос достиг этого значения, работа над воспоминаниями пациента направляется далеко в его прошлое. Следовательно, можно сказать, что нас больше занимает не первоначальная болезнь пациента, а только вновь созданный и трансформированный невроз, который занял место последней (1916/17, p. 444).

Неудивительно, что смысл этих сравнений до сих пор приводит психоаналитиков в замешательство. Если переводить эти метафоры в практику и рассматривать перенос как камбий — ткань растения, способную делиться в течение всей жизни, — тогда рост и разрастание переноса во всех его формах и содержаниях становится величиной, которая также зависит от влияния аналитика. В самом деле, в терапевтической практике все аналитики начинают с настоящего, с происходящего «здесь-и-теперь». Они создают или воссоздают, интерпретируют прошлое в свете понимания, достигнутого в настоящем. Мы реконструируем ту составляющую переноса, генезис которой мы предполагаем в прошлом, начиная с происходящего «здесь-и-теперь». В настоящее время прозвучала относящаяся к этому дискуссия о психоаналитическом повествовании, в которой крайние позиции занимают Шафер (Schafer, 1982) и Спенс (Spence, 1982).

Поскольку люди с самого младенчества ориентированы на окружающую среду и

поскольку психоаналитически мы обнару-

«Здесь-и-теперь» в новой перспективе 129

живаем объекты даже в нарциссических фантазиях, если это Я-объекты Кохута на совершенно бессознательном уровне, перенос не может быть не чем иным, как объектными отношениями. По поводу таких трюизмов никогда и не поднималось никакого шума (см.: Sterba, 1936). Даже Нунберг, который рассматривал оформление аналитической ситуации как очень близкую аналогию гипнотической привязанности пациента к врачу, отдал должное переносу как автономным объектным отношениям.

До тех пор... пока в переносе желание и влечение направлены на объекты внешнего мира... перенос независим от навязчивости повторения. Навязчивость повторения указывает на прошлое, перенос — на действительность (реальность) и, следовательно, в каком-то смысле, на будущее (Nunberg, 1951, p. 5).

Вклад аналитика в перенос придает последнему качество процессуальности. Как в генезисе, так и в процессе переноса к проявляющим и обновляющим обстоятельствам аналитической ситуации следует относиться даже еще серьезнее, чем к прошлому и его частичному повторению, потому что возможность изменения, а, следовательно, и будущего развития пациента и его болезни существует только в настоящем. В расширении модели терапевтического процесса за последние десятилетия центральным является решение проблемы, которая описана Гиллом:

При всей важности признания различия между технической и личной ролью аналитика, я думаю, что современная тенденция к полному растворению этого различия является признаком более фундаментальной проблемы — неудачи признания важности реального поведения аналитика и реалистического отношения пациента и того, как их следует учитывать в технике (Gill, 1982, p. 106).

Реконструкция теперь становится тем, чем она всегда была на практике: средством достижения цели. Приспособление работы с переносом к целям психоаналитического процесса — структурному изменению и логически связанному с этим изменению в симптоматике есть *sine qua non*¹ этой аргументации. Влияние пациента заставляет сомневаться в объективности наших выводов (Freud, 1916/17, p. 452), но это сомнение можно снять. Фрейд интерпретировал терапевтическую эффективность как доказательство валидности своих теоретических положений. Когда сопротивления успешно преодолены, изменения (в симптоматике) являются необходимым и эмпирически верифицируемым результатом, выходящим за пределы переживаний, свидетельствующих о просто субъективной истине, и это является открытием двух участников психоаналитического процесса. Пси-

130 Перенос и отношения

хоаналитическое влияние оправдано очевидностью изменения, которое можно теоретически объяснить, особенно когда влияние само по себе становится объектом размышления и интерпретации. В интерсубъективном процессе интерпретации, имеющем отношение к тем сознательным и бессознательным «ожиданиям» (Freud, 1916/17, p. 452) со стороны пациента, которые аналитик предполагает на основе имеющихся данных, это влияние принципиально нельзя игнорировать. Как намерение, ориентированное на цель, оно является частью любого терапевтического вмешательства. Если с самого начала аналитик вносит свой вклад в

¹ Непременное условие (лат.).

перенос с полным знанием о своей функции как нового субъекта-объекта, происходит важное углубление и расширение терапевтической парадигмы психоанализа, которая достигает полного размаха. Дискуссия между Грюнбаумом (1982) и М. Эдельсоном (1983) показывает, что остаются еще существенные нерешенные проблемы.

Чтобы сполна отдать должное интерсубъективности или психологии двух персон в психоаналитической технике, необходимо выйти за пределы, как традиционных теорий объектных отношений, так и модели разрядки влечений. Все объекты, существенно важные для человека, с самого начала выстроены в межличностном пространстве, которое искажается витальными удовольствиями («Vital pleasures») (G. Klein, 1969), и все же их невозможно тесно связать с моделью разрядки влечений. В своем блестящем исследовании Гринберг и Митчелл (Greenberg, Mitchell, 1983) показали, что модель влечения—структура и модель отношения—структура несовместимы. Поэтому представляется логичным искать способы их интеграции на новом уровне. В четвертой главе мы остановимся на фундаментальных подходах, которые здесь обсуждались, при изложении типичных форм переноса и сопротивления, включая изначальные черты, специфические для различных школ, и мы используем их, чтобы лучше понять психоаналитический процесс (гл. 9) и интерпретирование переноса (разд. 8.4). Из чисто теоретических соображений можно сделать вывод, что, по крайней мере, так называемый допустимый перенос разрешить нельзя, но лишь недавно в исследованиях эмпирически было показано, как сильно зависит результат терапии от способа обращения с переносом с самого начала.