

**Библиотека
психоанализа**

**Джозеф
Сандлер**

**Кристофер
Дэр**

**Алекс
Холдер**

Пациент и психоаналитик:

*основы
психоаналитического
процесса*



Кристофер Дэр
Алекс Холдер
Джозеф Сандлер

**Пациент и психоаналитик: основы
психоаналитического процесса**
Серия «Библиотека психоанализа»

*Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=148107*

*Пациент и психоаналитик: Основы психоаналитического процесса. / Пер. с англ. 2-е изд.:
Когито-Центр; Москва; 2007
ISBN 978-5-89353-227-2, 1-85575-008-2*

Аннотация

Авторы прослеживают возникновение и употребление представителями различных психоаналитических школ таких основных терминов, как перенос, контрперенос, сопротивление, отреагирование, инсайт, интерпретация и т. д. Книга рекомендуется специалистам-психотерапевтам и широкому кругу читателей.

Содержание

Предисловие к первому изданию	5
Предисловие ко второму изданию	6
Предисловие автора к русскому изданию	7
Предисловие редактора русского издания	8
Глава 1	9
Глава 2	16
Глава 3	22
Глава 4	31
Конец ознакомительного фрагмента.	40

**Джозеф Сандлер, Кристофер
Дэр, Алекс Холдер**
ОСНОВЫ психоаналитического процесса

J. Sandler, K. Dare, A. Holder

THE PATIENT AND THE ANALYST

The Basis of the Psychoanalytic Process

Second editoin revised and expanded by J. Sandler and A.U. Dreher

London

Karnac books 1992

*Перевод второго английского издания, исправленного и дополненного Дж. Сандлером
и А.У. Дреер*

Перевод с английского В.В. Зеленского

© J. Sandler, 1992

Предисловие к первому изданию

Около трех лет назад (1970 год – прим. ред.) мы приступили к серьезному изучению основных психоаналитических понятий. Необходимость в подобном исследовании была продиктована трудностями, с которыми пришлось столкнуться в процессе преподавания теории психоанализа – трудности эти в значительной степени объяснялись отсутствием четкости в терминах. К счастью, это оказалось одной из задач, которыми мы занимались в Институте Психиатрии. Данная книга представляет результат наших исследований и, как нам кажется, внесет определенную ясность в основные клинические понятия психоанализа, раскрывая и их постепенное становление. Думается, что эта работа может стать отправной точкой для последующей разработки понятий психоанализа в смежных областях, таких, как психоаналитически ориентированная психотерапия и патронажная работа с пациентами. Вполне вероятно, что в какой-то степени книга поможет развеять и ту таинственность, которой все еще окружен психоанализ. В процессе работы обнаружилось, что и собственные наши мысли в этой области в значительной степени прояснились, а в некоторых отношениях существенно изменились. Мы надеемся, что данное исследование будет особенно полезно не только преподавателям, но и студентам тех учебных заведений, где так или иначе проходит подготовка по психоанализу.

Авторы выражают глубокую признательность сэру Денису Хиллу, профессору Института Психиатрии, значительные усилия которого позволили предоставить нам все условия для работы, а также за его постоянную моральную поддержку. Мы благодарны также главному редактору «Британского Психиатрического Журнала» Эмонту Слейтеру, опубликовавшему в своем журнале ряд статей¹, в значительной степени отразивших материал, представленный в настоящей книге.

Ряд коллег, в частности, доктор Макс Эрнандез, доктор Роберт Л. Тайсон и миссис Анн-Мари Сандлер, оказывали нам помощь на различных этапах работы, читая черновики и делая полезные замечания. Финансовая поддержка исследований осуществлялась Вифлеемской Королевской больницей и Фондом научных исследований в области психоанализа в Лос-Анжелесе. Хочется особо поблагодарить представителей последнего, миссис Лайту Хейзен и Ральфа Р. Гринсона за неоценимую помощь и интерес, проявленный к нашей работе. Выражаем также благодарность компании «Зигмунд Фрейд Копирайте, Лимитед», Институту Психоанализа, миссис Ален Стрейчи и компании «Хогарт Пресс Лимитед» за разрешение использовать цитаты из изданий «Полного Собрания Сочинений Зигмунда Фрейда» под редакцией Джеймса Стрейчи.

Лондон,
Март 1971 г.

¹ Sandier, Dare and Holder, 1970a,b,c,d,1971; Sandler, Holder and Dare, 1970a,b,c,d,e, Некоторые дополнительные материалы были взяты из других статей (Sandler, 1968,1969).

Предисловие ко второму изданию

Со времени выхода в свет первого издания книги «Пациент и психоаналитик» прошло двадцать лет. За это время в области психоанализа имели место важные открытия, в значительной степени обусловленные «расширением сферы психоанализа», начавшимся в пятидесятые годы. В частности, в последнее время много внимания уделяется участию психоаналитика в аналитической ситуации в качестве партнера и все меньше делается акцент на классическую схему, в которой психоаналитик рассматривается в метафорическом представлении «зеркала», лишь отражающего личностные переживания пациента. Все больше осознается роль переноса и контрпереноса и можно сказать гораздо шире: значение каждого из понятий, рассмотренных в данной книге, на протяжении последних двух десятилетий подверглось значительному расширению.

Как следствие, возникла необходимость публикации второго издания, и мы благодарны авторам книги за то, что они любезно предоставили нам право пересмотреть и расширить их работу, ставшую классическим исследованием в данной области. Переработке подвергся первоначальный текст, кроме того были сделаны значительные дополнения к нему. Добавлена новая глава, а также включено 250 дополнительных ссылок на литературу, в результате чего объем книги увеличился приблизительно вдвое. В наши намерения, разумеется, не входило включить всю литературу, поскольку такая задача попросту невыполнима. Тем не менее, мы попытались дать достаточно полный обзор литературы в данной области и конкретно охарактеризовать имеющиеся исследования, чтобы помочь читателю разобраться в потоке публикаций, посвященных психоанализу, которые появились за последнее время.

Авторы приносят благодарность Джей Петит за ее самоотверженный редакторский труд; Поле Шор, которая тщательно выверила и обработала текст книги, а также Виктории Гамильтон и Бруне Сиу, оказавших помощь авторам в исследовании ряда рассматриваемых публикаций. Заслуживает особого упоминания и прекрасная работа Клары Кинг, осуществившей печатный набор книги. Авторы выражают также благодарность фондам Эдит Людовик-Пимрой (Лондон) и Зигмунда Фрейда (Франкфурт) за финансовую поддержку при подготовке второго издания книги. И, наконец, особая благодарность Алексу Холдеру за его многочисленные полезные рекомендации.

Джозеф Сандлер и Анна Урсула Дреер.

Лондон и Франкфурт.

Август, 1991.

Предисловие автора к русскому изданию

Перевод на русский язык второго издания книги «Пациент и психоаналитик» вызывает у меня огромное личное удовлетворение. Эта книга встретила крайне позитивный прием на Западе, отчасти потому, что лишь немногие работы обращаются к истории развития взглядов и соответствующим изменениям смысла основных понятий психоаналитической техники. Я надеюсь, что русское издание будет принято так же хорошо – ведь интерес к психоанализу в Восточной Европе высок, а литературы, пригодной для обучения многих жаждущих учиться, недостаточно. Уже одно это позволяет мне и моим соавторам испытывать чувство благодарности к тем, кто организовал выход русского издания книги.

Джозеф Сандлер

Лондон, март 1995

Предисловие редактора русского издания

В самом конце прошлого века в психологической теории и практике возникли новые направления, положившие начало тому, что сейчас во всем цивилизованном мире принято называть глубинной психологией. И, конечно, самыми значительными событиями того периода были инновационные работы Зигмунда Фрейда, посвященные психоанализу, являющиеся краеугольным камнем в истории развития глубинно-психологической мысли. И здесь необходимо отметить введение новых понятий, связанных с методикой и техникой психоанализа, а также введение интерпретации (толкования) сновидений как инструмента психотерапии.

С ростом и развитием психоаналитического движения расширялся и терминологический аппарат, что неизбежно приводило к известной утрате единого понимания терминов, к путанице в их использовании в разных контекстах, в частности, в клиническом и психологическом. Кроме того, со временем менялись и представления о роли психоаналитического лечения, равно как и взаимоотношений, в которые вступают аналитик и его пациент. Все эти обстоятельства и привели к написанию данной книги, выдержавшей в течение более двух десятков лет ряд переизданий и в настоящий момент ставшей классическим пособием для профессионалов.

Авторы являются высококвалифицированными международно признанными специалистами в области психоанализа. В своем исследовании они пытаются исторически проследить появление и развитие таких широкоупотребительных терминов, как перенос, контрперенос, сопротивление, отреагирование, инсайт, интерпретация и др., указывая на различие в использовании этих понятий разными авторами и представителями различных школ в психоанализе. В процессе обсуждения проясняется четкая картина взаимоотношений между психоаналитиком и пациентом в различных клинических ситуациях.

Книга рекомендуется как всем специалистам в области психотерапии, так и широкому кругу читателей, интересующихся данной областью гуманитарного и медицинского знания.

Права на русское издание книги были безвозмездно предоставлены Петербургскому Психоаналитическому Обществу Британским издательством «КАРНАК», за что мы в особенности благодарны Мистеру Чезаре Сасердоти и одному из авторов, Джозефу Сандлеру, Президенту Международной Психоаналитической Ассоциации.

Валерий Зеленский,
ноябрь 1993 г.

Глава 1

Введение

Тема данного исследования – основные клинические термины психоанализа. Многие понятия, появившиеся на свет в лоне психоанализа, в частности, и те, что рассматриваются в этой книге, расширили свое значение, и одна из задач, которые поставили перед собой авторы настоящей работы, состоит в том, чтобы рассмотреть основополагающие термины психоанализа в контексте тех изменений, которые произошли в их значении и использовании с течением времени. При написании книги авторы не намеревались создать словарь или глоссарий психоаналитических терминов, однако мы надеемся, что наше исследование позволит читателям лучше понять, ту роль, которую эти термины играют в современном психоанализе. Две первые главы посвящены рассмотрению специфических терминов, используемых в практике психоанализа. Философская сущность изменения значения психоаналитических понятий при их переносе из первоначального контекста рассматривалась в ряде исследований (например, Kaplan, 1964; Sandler, 1983; Shafer, 1976; Schon, 1963), и в этом отношении психоаналитическая теория имеет свои особые проблемы. Психоанализ часто рассматривают как цельную и последовательную систему мышления, но это во многом не соответствует действительности. Не все понятия психоанализа определены достаточно четко, и по мере его развития и аспектного видоизменения значения его понятий также подверглись изменениям. Более того, имели место случаи, когда один и тот же термин использовался в разных значениях на одном и том же этапе развития психоанализа. Ярким примером этого является многозначное использование таких понятий как *эго* (Hartmann, 1956) или *идентификация* и *интроекция* (Sandler, 1960b). В данной работе будет показано, какие, порой острые, проблемы могут возникать в связи с многозначным использованием понятий. Мы продемонстрируем ситуацию, связанную с сегодняшним этапом в развитии психоанализа, в которой полное значение понятия уясняется лишь в результате рассмотрения контекста. Такое положение осложняется еще и тем, что разные школы психоаналитической парадигмы усвоили, а затем и модифицировали в своих особых целях по большей части одну и ту же базисную терминологию. Например, значения, относимые к понятиям *эго*, *самость*, *либидо*, в психологии Юнга весьма отличаются от их употребления во фрейдистской литературе. Основной целью данного исследования можно считать попытку облегчить распознавание значений понятий как в сфере клинического психоанализа, так и в других случаях: использование психоанализа в лечебных целях помимо клинической ситуации (например, в психотерапии и в патронажной работе), во всех случаях, где возникает необходимость согласования психоаналитических терминов (Sandler, 1969). Это тем более необходимо в связи со все более возрастающим значением, которое на сегодня приобретает психотерапия.

Здесь уместно напомнить, что под психоанализом имеется в виду не только особый метод лечения, но и набор теоретических утверждений, претендующих на то, чтобы считаться общепсихологическими. Некоторые из психоаналитических терминов могут рассматриваться как преимущественно клинические или технические, не составляющие часть общей психологической модели психоанализа; именно эти понятия и являются предметом исследования в данной книге. К таким клиническим понятиям относится, например, *сопротивление*, которое может означать целую совокупность клинических явлений, но рассматривается также и как специфическое проявление деятельности психологических механизмов защиты (эти механизмы рассматриваются в общей психоаналитической психологии и считаются присущими как «нормальным» людям, так и лицам с психическими нарушениями).

ями). В силу этого необходимо учитывать различия между клиническими психологическими понятиями и понятиями общей психоаналитической психологии (метапсихологии).

Хотя использование клинических терминов психоанализа может быть вынесено за пределы консультационного кабинета психоаналитика и в той или иной степени применено к любой терапевтической ситуации, такое их использование может потребовать пересмотра и – возможно – нового определения рассматриваемых понятий. Так, возвращаясь к понятию сопротивления, которое первоначально было определено в психоанализе как сопротивление свободным ассоциациям, отметим, что это же явление может проявиться и в фармакотерапии в форме отказа пациента принимать предписанные ему врачом лекарства. И несмотря на то, что здесь этот термин отражает возможный процесс сопротивления, как и в аналитическом случае, его определение в терминах свободных ассоциаций перестает работать. Психиатры и специалисты, осуществляющие социальную работу с пациентами, знакомы с явлением сопротивления и не только в связи с сопротивлением свободным ассоциациям.

Задача четкого определения понятия, особенно клинического, не может быть полностью выполнена, если оно будет использоваться в различных клинических ситуациях. Попытки найти точные определения приводят к появлению множества трудностей и несоответствий в формулировках, приводимых в различных (увеличивающихся количественно) глоссариях и словарях по психоанализу (например, Eidelberg, 1968; Hinshelwood, 1989; Laplanche & Pontalis, 1973; Moore & Fine, 1967; Rycroft, 1968). Исходя как из достоинств, так и из недостатков этих словарей, можно сделать вывод, что для понимания любого психоаналитического понятия обязательным условием является исторический подход. Исходя из этого, мы будем пытаться придерживаться хронологического порядка.

Психоанализ в очень большой степени появился и вырос благодаря трудам Фрейда, хотя и сам Фрейд в процессе эволюции своего учения неоднократно менял формулировки используемых понятий, пересматривал их, расширяя применение технических процедур. Что говорить о его продолжателях и учениках!.. Таким образом, когда мы говорим о том или ином аспекте психоанализа, необходимо сопоставлять его с конкретной исторической датой. В этом смысле удобно разделить всю историю психоанализа на несколько этапов (вслед за Rapaport, 1959), начиная с ранних работ Фрейда. Получив диплом врача в Вене в 1881 году и проработав некоторое время в качестве физиолога в лаборатории Мойнерта, Фрейд отправился во Францию, чтобы учиться у знаменитого невропатолога Шарко. Он был поражен выводом Шарко о сходстве между явлением психической диссоциации, которое может вызываться гипнозом, и диссоциацией между сознательным и бессознательным в психике, наблюдаемой у больных с выраженными истерическими симптомами. Эта диссоциация рассматривалась Шарко и другими французскими психиатрами (и частности, Жане) как результат некоего приобретенного или унаследованного недостатка в нервной системе, вследствие чего психическое оказывалось как бы не в состоянии сохраняться в едином целостном виде. Вернувшись в Вену, Фрейд начинает сотрудничать с Йозефом Брейером, терапевтом, который за несколько лет до этого обнаружил, что пациентка (знаменитая Анна О.), проявлявшая симптомы истеричности, испытывала облегчение, когда ей давали возможность высказывать свои мысли под гипнозом. Во время работы с Брейером и в последующей деятельности Фрейд пришел к убеждению, что процесс диссоциации сознательного и бессознательного присущ не только психоневрозам, но случается у любого человека. Появление невротических симптомов рассматривалось в связи с прорывом наружу сдерживаемых бессознательных сил, не получивших своего адекватного выражения каким-то другим образом. Фрейд стал считать эту диссоциацию *активным* процессом защиты, с помощью которого сознание оберегает себя от возможной перегрузки неприятными или угрожающими чувствами и воспоминаниями. Мысль об активности процесса диссоциации в разной форме остается основополагающим положением в работах по психоанализу, хотя в разное время и Фрейд и

другие исследователи выдвигали на первый план различные аспекты содержания диссоциированных и бессознательных элементов психического. Первоначально, особенно в период совместной работы с Брейером, Фрейд рассматривал бессознательное содержание, от которого пациент старательно защищался, как эмоционально заряженное воспоминание о неприятном событии, действительно имевшем место в прошлом. В написанной ими книге «Исследования по истерии» (Freud, 1895) доминировала мысль о том, что за симптомами невротика лежат *реальные* нанесшие ему травму события. Предполагалось, что подобный травматический опыт вызывает «заряд аффекта». Вместе с воспоминаниями о неприятном событии этот заряд активно выделяется из сознания, что может привести к появлению соответствующих болезненных симптомов. Если основываться на такой позиции, то лечение должно состоять из разнообразных попыток вернуть забытое в сознание, вызывая одновременно разрядку аффекта в форме «катарсиса» или «абреакции». *Первым этапом* психоанализа можно считать период до 1897 года, когда Фрейд открывает, что многие из так называемых «воспоминаний» о травматических переживаниях, рассказанных пациентами-истериками, (особенно в воспоминаниях, связанных с попытками сексуального соращения со стороны другого), фактически, вовсе не были воспоминаниями о реальных событиях, а представляли собой отчеты о фантазиях пациента (Freud, 1887–1902).

Вторым этапом развития психоанализа является период, начинающийся с момента, когда Фрейд отказался от теории травматического происхождения неврозов, и продолжавшийся до начала 20-х годов, когда он создал так называемую структурную модель психоанализа (Freud, 1923). Здесь отразился переход от идеи, что в основе невроза лежат реальные события (травматическая ситуация), к концентрации внимания на бессознательных желаниях, побуждениях и влечениях, и того, как последние проявляются внешне. Это был период, в котором на первое место стали выдвигаться: внутренний, скрытый ото всех мир человека; то своеобразие, с которым вновь и вновь повторяются в настоящем испытанные когда-то детские переживания; расшифровка психоаналитиком того, что пациент сознательно приносит в собственное бессознательное. В сущности, цель психоанализа, как ее видел Фрейд, заключается в том, чтобы «бессознательное сделать сознательным». В этом периоде – чего и следует ожидать, рассматривая неизбежные «за» и «против» в развитии теории – имел место резкий сдвиг от учета отношения пациента к внешней реальности к изучению его бессознательных желаний и импульсов. Большинство клинических понятий, которые мы подробно разбираем в этой книге, были первоначально разработаны именно на втором этапе развития психоанализа.

В 1900 году выходит фундаментальная работа Фрейда «Толкование сновидений». В этом исследовании Фрейд показывает, каким образом бессознательные желания всплывают на поверхность сознания. Стремление к прямому выражению этих желаний создает ситуацию конфликта с реальной оценкой действительности и взглядами индивида. Этот конфликт между инстинктивными устремлениями, с одной стороны, и защитными или репрессивными силами, с другой, приводит, в конечном итоге, к компромиссным попыткам достичь осуществления бессознательно желаемого в завуалированной форме. Таким образом, *манифестное содержание сновидения* можно считать «отцензурированным» или завуалированным осуществлением бессознательного желания.

На этом этапе, как и в первый период своей деятельности, Фрейд придерживался взгляда, что существует часть разума (mind), «ментальный аппарат», которая составляет сознательную его часть, равно как существует и другая его часть, представляющая бессознательное начало. В связи с этим Фрейд различает два вида бессознательности. Один из них, представленный системой «*Бессознательное*», содержит инстинктивные влечения и желания. Последние, в случае возникающей возможности выхода в сознание, могут создавать опасность, угрозу и вызывать беспокойство и другие неприятные чувства. Влечения

в Бессознательном, по мнению Фрейда, устремлены к разрядке, но могут найти свое выражение лишь в искаженной или отцензурированной форме. Другой вид бессознательности представлен системой «Предсознательное», которая содержит знание и мысли, находящиеся вне сознания, но не испытывающие давления со стороны контрсил, что имеет место в системе «Бессознательное». Ментальное содержание Предсознательного в соответствующие моменты может проникать в сознание и утилизироваться индивидом не только для рациональных целей, но и для обслуживания желаний из Бессознательного, в попытках последних обеспечить себе выход и сознание. Модель ментального аппарата, разработанная на втором этапе, получила известность как «(топографическая», а Предсознательная система рассматривалась в тот момент, как лежащая между Бессознательным и сознанием (при этом последнее играет роль качества системы «Сознательное»).

Фрейд считал инстинктивные стремления разновидностью «энергии», которой могут снабжаться различные ментальные содержания. (В английских и русских переводах Фрейда немецкое слово *Besetzung* (занятие, оккупация, вложение) переводилось как «катексис»). Он использовал термин «*либидо*» для обозначения сексуальной энергии инстинктивных влечений. Хотя впоследствии Фрейд стал придавать агрессивности не меньшее значение, чем сексуальности, термина соответствующего «энергии агрессивности» он не создал. Гипотетическая энергия инстинктивных стремлений может питать ментальные содержания и того и другого вида. В Бессознательном эта энергия рассматривалась как перемещаемая от одного содержания к другому и действующая согласно так называемому *первичному процессу*. Считалось, что логические и формальные отношения между элементами Бессознательного отсутствуют – имеют место лишь простые и примитивные правила ассоциации, при этом фактор времени не осознается. Стремления и желания в Бессознательном функционируют согласно «принципу удовольствия», т. е. рассматриваются как стремящиеся к развязке, удовлетворению и облегчению болезненного напряжения любой ценой. Системы же Сознательного и Предсознательного в этом смысле диаметрально противоположны. В них преобладают логика, разум (*вторичный процесс*), осознание внешней реальности, а также идеалов и стандартов поведения. В противоположность Бессознательному, Предсознательное и Сознательное учитывают (или, по крайней мере, пытаются учитывать) внешнюю реальность, следуя «принципу реальности». Таким образом, неизбежно возникают ситуации конфликтов, как, например, между примитивными сексуальными желаниями, подавляемыми в Бессознательном, и морально-этическими принципами индивида; при этом появляется необходимость принятия решения, которое учитывало бы обе действующие в противоположных направлениях силы.

До сих пор мы говорили об инстинктивных влечениях и инстинктивных желаниях так, будто они существуют совершенно изолированно. По мнению Фрейда, это далеко не так, поскольку с самых первых дней детского развития инстинктивные влечения ребенка тесно связаны с наиболее важными в его мире человеческими фигурами (или объектами, если использовать не совсем удачный из-за безликости термин, который применяется психоаналитиками для обозначения этих чрезвычайно важных с эмоциональной точки зрения фигур). Любое бессознательное желание, как считает Фрейд, связано с определенным объектом, причем на тот же самый объект могут быть направлены совершенно противоположные желания и чувства; типичным проявлением подобной противоречивости является чувство одновременно любви и ненависти к одному и тому же человеку. Такая *амбивалентность* сама по себе оказывается чрезвычайно мощным источником психического конфликта. Фрейд придерживался взгляда, что взрослый человек в своих отношениях с другими людьми воспроизводит (часто в завуалированной форме) свои детские привязанности и конфликты, и такая тенденция к повторению лежала в основе тех проблем, с которыми приходилось сталкиваться пациентам, посещавшим Фрейда.

Среди ранних конфликтов, переживаемых ребенком и реконструируемых через анализ, один, по мнению Фрейда, является универсальным. Это Эдипов комплекс, при котором ребенок в возрасте четырех-пяти лет сталкивается с необычайно острым конфликтом в отношении своих желаний и объекта этих желаний. По сути дела, Фрейд считал, что в основе конфликта лежит стремление ребенка вступить в сексуальные отношения с матерью, обладать ею единолично, и тем или иным способом отделаться от отца. При этом наиболее распространенным детским желанием является желание смерти отца. Эти желания, как считает Фрейд, вступают в конфликт с любовью, испытываемой ребенком к отцу, а также со страхом быть им отвергнутым или получить от него телесные повреждения, особенно повреждения половых органов, которые могут быть нанесены отцом из чувства мести (так называемый комплекс кастрации). Картина, складывающаяся в отношении маленькой девочки, отчасти схожа, но родительские роли обратны. В обоих случаях наличествуют и противоположно действующие устремления. Так, у мальчика мы находим желание стать объектом обладания у отца и отделаться от матери – следствие бисексуальности, внутренне присущей каждому человеку, как мужчине, так и женщине.

Эти взгляды на ментальное функционирование и детскую сексуальность явились результатом второго этапа в истории психоанализа – периода интенсивного изучения особенностей бессознательных инстинктивных влечений, прежде всего сексуальных (Freud, 1905d), и связанных с ними желаний. Все это описывается здесь достаточно подробно, поскольку это важно для более детального обсуждения клинических понятий в последующих главах. В контексте психологической модели второго этапа эти понятия могут показаться относительно простыми и понятными. Однако, как мы покажем ниже, дальнейшее развитие Фрейдом его теории привело здесь к появлению некоторых противоречий.

Началом *третьего этапа* развития психоанализа можно считать 1923 год, когда концепция психической деятельности человека, созданная Фрейдом, подверглась решительным изменениям. Дело в том, что Фрейд обнаружил у своих пациентов то, что не мог охарактеризовать иначе как бессознательное чувство вины. Впечатленный этим открытием, он учел также ряд несоответствий и противоречий, возникших в процессе конкретного применения «топографического» членения ментального аппарата, а именно, деления на Бессознательную, Предсознательную и Сознательную системы, и выдвинул новую усовершенствованную теоретическую модель. Правильнее было бы сказать, что он развил свою точку зрения еще дальше, поскольку новые определения отнюдь не полностью заменили старые, а, скорее, стали соседствовать с прежними. Именно такую ситуацию мы и имеем в виду, когда говорим о том, что психоанализ как развивающаяся система мышления не представляет собой абсолютно последовательной, целостной и всеобъемлющей теоретической модели. В 1923 году в своей работе «Я и оно» Фрейд сформулировал «структурную» модель или так называемую «вторичную топографию» – трехмерное членение мыслительного аппарата на составляющие, названные им *ид* (*оно*), *эго* (*я*) и *супер-эго* (*сверх-я*).

Оно (*ид*) рассматривается им как нечто приблизительно соответствующее Бессознательному в его прежней модели. *Ид* можно считать той стороной ментальной жизни человека, к которой относятся исходные инстинктивные влечения со всеми своими наследственными и конституционными элементами. Эта часть психического управляется принципом удовольствия и функционирует в соответствии с первичным процессом. На этапе созревания и развития, а также вследствие взаимодействия с внешним миром вообще, часть *ид* претерпевает изменения и превращается в *эго*. Первостепенной функцией *эго*-системы Фрейд считает задачу самосохранения, а также приобретения средств, с помощью которых оказывалось бы возможным осуществлять одновременную адаптацию к воздействиям со стороны *ид* и к требованиям окружающей реальности. *Эго*-система берет на себя функцию задержки инстинктивной разрядки и ее контроля, и осуществляет ее с помощью ряда механизмов, в

том числе механизмов защиты. Третью систему, систему *супер-эго* (или *сверх-я*) Фрейд рассматривал как нечто вроде осадка или остатка ранних конфликтов и идентификаций в детской психике, в особенности связанных с родителями или другими близкими людьми. Эта система относится к сфере совести, включая ту часть, которая именуется бессознательной совестью, поскольку значительная часть супер-эго, равно как и эго, и ид рассматриваются как действующие вне сознания.

Следует упомянуть, что, по сравнению с моделью предыдущего этапа, в «структурной» теории расстановка акцентов меняется. Здесь роль эго сводится к функции посредника, разрешающего проблемы, посредника, которому каждую минуту приходится сталкиваться с требованиями, возникающими в ид и в супер-эго, а также с требованиями окружающей среды, окружающего мира. Чтобы удовлетворять этим, часто противоречивым, требованиям, эго приходится временами идти на очень сложные компромиссы. Эти компромиссы, в конечном счете, могут привести к симптомам, которые, при всей их болезненной бедственности, представляют, тем не менее, наилучший вариант адаптации, возможный в данных обстоятельствах. Подобные компромиссы имеют непосредственное отношение к формированию характера и личности, к выбору профессии и объектов любви, и ко всему остальному, что придает любому человеку свойство неповторимой индивидуальности.

Этот этап развития психоаналитической теории продолжался вплоть до смерти Фрейда в 1939 году. Подобная датировка условна, ибо *четвертый этап* представлен не только работами самого Фрейда, но и трудами других исследователей. С того момента, когда у Фрейда появились ученики и единомышленники, последними были сделаны весьма весомые вклады в развитие теории и практики психоанализа.

Важным толчком в развитии одной из ветвей психоанализа (хотя эта ветвь отчетливо прослеживается и в творчестве самого Фрейда) явилось появление в 1936 году работы Анны Фрейд «Эго и механизмы защиты», а в 1939 книги Хайнца Хартманна «Психология эго и проблема адаптации». Анна Фрейд привлекла внимание к роли защитных механизмов в условиях нормального умственного (*mental*) функционирования и расширила понятие защиты, включив в него как защиту против опасностей, угрожающих со стороны внешнего мира, так и против угроз, связанных с внутренними инстинктивными импульсами. Хартманн уделил особое внимание врожденному развитию того, что он назвал сферой эго, свободной от конфликтов. В противоположность Фрейду, которого интересовали, прежде всего, клинические данные индивида и возможности развития у него специфических навыков и способностей, помогающих справиться с конфликтной ситуацией, Хартманн придерживался точки зрения, что существует множество сторон нормально функционирующей психики, которые следуют достаточно автономному курсу развития и не являются результатом ментального конфликта. То, что называли «эго-психологией», отражало взгляды многих психоаналитиков, в центре внимания которых лежало не только нормальное, но и патологическое функционирование эго. Следует указать, однако, что современная практика психоанализа, особенно клиническая работа, до сих пор базируется на втором этапе развития психоанализа. В настоящее время психоаналитики при описании своих пациентов пользуются топографической терминологией (второй этап) наряду с элементами структурной теории третьего этапа, хотя некоторые специалисты (например, Arlow & Brenner, 1964) делают героические попытки создать современную теорию психоанализа, описанную целиком в терминах структурной теории.

Начиная с шестидесятых годов, эго-психология начала в определенной степени уступать свое место в США ряду новых течений, которые будут рассмотрены в последующих главах. Среди них «психология самости» Ганса Когута и основанная на объект-отношениях система Эдит Джекобсон, Ханса Лоевальда и Отто Кернберга. Взгляды Кернберга могут рассматриваться как результат развития эго-психологии, с одной стороны, и теории Мелани

Клейн, с другой. В Англии большой популярностью пользовалась школа Клейн, а также работы представителей теории объект-отношений Рональда Фэрберна, Майкла Балинта и Дональда Винникотта. В последние годы достаточно большое внимание привлекли к себе работы Уилфрида Байона. В определенных интеллектуальных кругах довольно важную роль в отношении к психоанализу сыграли несколько противоречивые взгляды Жака Лакана. Работы психоанализа «развития» (developmental psychoanalysis), начиная с Маргарет Малер, а затем ее так называемых «наблюдателей за младенцами» (baby watchers), таких как Даниел Стерн и Роберт Эмд, по мнению многих психоаналитиков, играют важную роль для психоаналитического понимания человеческого развития.

Психоаналитическая теория умственной деятельности (the mind) подверглась значительным изменениям со времен Фрейда, и разрыв между самими психоаналитическими теоретическими положениями и их практическим применением расширяется все сильнее. Отсюда все большее значение приобретает рассмотрение и переосмысление клинических понятий психоанализа.

Глава 2

Аналитическая ситуация

Клинические понятия, используемые для описания, объяснения и понимания сущности психоаналитического лечения, возникли на различных этапах исторического развития психоанализа. Термины, получившие свое первоначальное значение в контексте одного этапа, продолжали существовать и далее – при этом, как мы указали ранее и покажем в дальнейшем, значение этих терминов часто претерпевало существенные изменения. В данной главе мы попытаемся описать развитие системы психоаналитического лечения в соответствии с этапами развития психоанализа (См. гл. 1.)

Первый этап (который в значительной степени можно считать доаналитическим) продолжался до 1897 года и характеризовался прежде всего применением гипноза для лечения больных истерией. Фрейд считал, что его методы подходят для лечения «невропсихозов» (согласно современной медицинской терминологии – неврозов), а также ряда психических расстройств, таких, как навязчивые состояния. Лечение в этот период, по большей части, состояло в погружении больного в гипнотическое состояние. Здесь врач и пациент оказывались наедине в консультационном кабинете, в отличие от публичных сеансов гипноза, проводимых такими специалистами, как, скажем, Шарко. Обычно пациент лежал на кушетке, а сидящий позади врач погружал его в состояние гипноза. Фрейд был разочарован результатами применения гипноза (к тому же он сознавался, что сам не очень в нем силен) и позднее пытался вызывать у больного воспоминания о забытых событиях другими методами. Один из состоял в том, что он прикладывал руку ко лбу пациента, заявляя, что это вызовет у последнего соответствующие мысли, как в описанном им случае с фрау П. Й. (Freud, 1950a [1887–1902]). Хотя позднее этот прием был заменен «свободными ассоциациями» пациента, метод лечения на первом этапе по сути оставался тем же самым. Как позднее писал Фрейд (Freud, 1925d): «Я считал, что мои пациенты должны „знать“ все то, что ранее становилось им известным лишь в состоянии гипноза, и я надеялся, что мои настоятельные побуждения и поощрения... вызовут переход забытых событий и связей в сознание. Было очевидно, что это более сложный путь, чем погружение пациента в гипноз, но такой способ мог оказаться вполне конструктивным. Поэтому я отказался от гипноза, сохранив лишь процедуру, при которой пациент лежал на кушетке, а я сидел позади него, наблюдая за ним, но так, чтобы он не мог меня видеть».

В первой главе мы уже касались отказа Фрейда от травматической теории происхождения неврозов и перехода на позицию, что ведущую роль в возникновении неврозов играет конфликт, связанный с выражением бессознательных инстинктивных желаний. Это изменение точки зрения приблизительно совпало по времени с открытием того, какое значение имеет сознательная продукция, в особенности сновидения, которые в начале второго этапа психоанализа рассматривались как наиболее важный источник информации о состоянии пациента. Многие психоаналитики до сих пор считают сновидения важнейшим поставщиком бессознательного материала. Аналитическая работа Фрейда во многом была направлена на требующий мучительного усилия анализ сновидений, анализ, при котором психоаналитик опирается на отношение пациента к фрагментам запомнившегося ему сна. Анализ сновидений лег в основу представлений Фрейда о мыслительных процессах вообще, хотя позднее источником расшифровки подсознательных смыслов пациента стали его свободные ассоциации вообще и анализ переноса (трансфера), особенно трансферного сопротивления, начинает играть большую роль в методах, применяемых психоаналитиками. Именно на втором этапе, продолжавшемся до 1923 года, были разработаны основные принципы лечения

с помощью психоанализа и связанные с этим клинические понятия. Хотя на протяжении третьего и четвертого этапа своего развития теория психоанализа претерпела значительные изменения, «классическая» модель, разработанная на втором этапе, в значительной степени оставалась неизменной. К тому времени, когда Фрейд начал создавать свои статьи, посвященные «технике» психоанализа (Freud, 1911e, 1912b, 1912e, 1913c, 1914g, 1915a), техника проведения психоанализа уже достаточно формализовалась. Отметим, что в то время пациенту предписывалось прохождение ежедневных одночасовых сеансов шесть раз в неделю.

Несколько лет спустя в своей «Автобиографии» (Freud, 1925d) Фрейд писал:

«Может показаться удивительным, что метод свободных ассоциаций, проводимый в соответствии с *основополагающим правилом психоанализа*, достиг тех результатов, которых от него ожидали, а именно, с его помощью удается привести в сознание подавленный материал, удерживаемый сопротивлениями. Однако, мы должны иметь в виду, что свободные ассоциации в действительности не совсем свободны. Хотя пациент и не направляет свою ментальную активность на определенный предмет, он все равно остается под воздействием аналитической ситуации. Справедливо было бы сказать, что в его сознании не возникнет никаких мыслей кроме тех, которые так или иначе связаны с данной ситуацией. Его сопротивление воспроизводству подавленного материала может выражаться двумя способами. Во-первых, оно может проявиться в критических возражениях; и именно, для того, чтобы иметь с ними дело и было введено основополагающее правило психоанализа. Но в том случае, если пациент соблюдает это правило и тем самым оказывается в состоянии преодолеть свое нежелание раскрыться, сопротивление найдет для себя другие способы выражения. В результате действия сопротивления подавленный материал не всплывет в сознании пациента в «чистом» виде, он вспомнит лишь нечто, что отдаленно напоминает скрытое в бессознательном, и чем больше сопротивление, тем дальше отстоит то, что психоаналитику удастся извлечь из пациента, от того, что в действительности необходимо узнать. Психоаналитик, который способен внимательно вслушиваться в поток ассоциаций своего пациента и творчески их интерпретировать и который, на основе своего профессионального опыта, имеет общее представление о том, чего следует ожидать, сумеет воспользоваться материалом, получаемым от пациента, в соответствии с обоими вышеупомянутыми способами. Если сопротивление не очень значительно, психоаналитик сможет, опираясь на материал, лишь содержащий намеки о скрываемой информации, угадать, что же на самом деле скрывается в бессознательном. Если же сопротивление оказывается более устойчивым, то он сможет распознать его характер, исходя из того, насколько ассоциации пациента удаляются от рассматриваемого предмета, и объяснить ситуацию пациенту. Раскрыть сопротивление, однако, означает лишь сделать первый шаг на пути к его преодолению».

«Базисную модель психоанализа» (Eisler, 1953) можно представить в следующем виде. Как правило, знания пациента, касающиеся личности психоаналитика, незначительны. Сохраняя этот дефицит информации о себе, аналитик поощряет больного как можно откровеннее высказываться относительно мыслей (свободные ассоциации), которые приходят ему в голову во время ежедневных сеансов, какими бы нелогичными они ни казались и как бы

они ни были далеки от того, что говорилось до этого. Превосходное и достаточно детальное описание психоаналитической ситуации дал Стоун (Stone, 1961).

При проведении психоанализа аналитик должен по возможности соблюдать «правило отстраненности», гласящее:

«Лечение с помощью психоанализа должно быть организовано таким образом, чтобы пациенту было предоставлено как можно меньше возможностей удовлетворения своих симптомов. Обязательства, которые это правило накладывает на психоаналитика, состоят в том, что он принципиально отказывается удовлетворять требования пациента и выполнять ту роль, которую пациент ему навязывает. В некоторых случаях и в определенные моменты психоаналитического лечения, это правило может найти выражение в форме совета по поводу без конца повторяющегося поведения пациента, что такое поведение препятствует процессу воспоминания и реального самовыражения бессознательного» (Laplanche & Pontalis, 1973).

Обычно психоаналитические сеансы длятся пятьдесят минут и происходят четыре-пять раз в неделю. Участие психоаналитика, как правило, ограничивается вопросами, имеющими целью извлечь необходимую информацию, а также *интерпретациями, конфронтациями и реконструкциями* (см. гл. 10), разработка которых явилась крупным научным достижением. В результате своих ассоциаций пациент начинает избегать определенных тем и оказывать *сопротивление* (см. гл. 7) выражению определенных мыслей и самой процедуре психоаналитических сеансов. Аналитик при этом ожидает, что в сведениях, получаемых от пациента, рано или поздно начнут проскальзывать высказывания, позволяющие судить о тайных и тщательно скрываемых мыслях по поводу самого психоаналитика, мыслях, которые, как правило, отображают реальность искаженно – это свойство получило название *переноса* или *трансфера (transference)* (см. гл. 4 и 5). Возникающее при этом явление искажение реальности есть результат изменения восприятия и мышления пациента, происходящих под влиянием подключения специфических компонентов. Последние проистекают из испытанных пациентом в прошлом желаний, пережитых им событий и отношений с окружающими. Существует известное различие между такими явлениями переноса и рабочими отношениями, которые развиваются между аналитиком и пациентом, отношениями – среди прочего – в значительной степени, зависящими от желания больного выздороветь и самому принять участие в своем выздоровлении. *Лечебный альянс (treatment alliance)* (см. гл. 3) предполагает стремление со стороны больного к продолжению анализа, несмотря на испытываемое чувство протеста против подобной процедуры. Порой ощущения, испытанные в прошлом и переживаемые в настоящем, всплывают в сознании, выражаясь в невербальной форме, в определенных поступках. Такое поведение может иметь место не только в консультационном поведении, но и за его пределами. Данное явление называют *отреагированием (acting out)* (см. гл. 9).

Для того, чтобы вмешиваться в психику пациента, аналитик, естественно, должен хорошо разбираться в той информации, которую он от него получает. Кроме того, аналитик сталкивается с необходимостью непрерывно анализировать свои реакции по отношению к пациенту с тем, чтобы выявить препятствия, порождаемые собственной психикой, при попытке расшифровать получаемый в процессе анализа материал. Подобный самоанализ помогает аналитику глубже заглянуть в происходящее в психике больного. Такая оценка собственных эмоциональных реакций на пациента получила название *контрпереноса* (см. гл. 6). Если пациент сумел понять и сохранить понимание связей между сознательными и бессознательными мотивами своей психики, равно как и между настоящим и прошлым, то

говорят, что он достиг определенной ступени *инсайта*, или внутреннего прозрения, или самопостижения (см. гл. 10).

Интерпретации, предлагаемые аналитиком, даже если они и приводят к инсайту пациента, не обязательно обеспечивают немедленное ощутимое улучшение его состояния. Необходим период *проработки* (*working through*) (см. гл. 12), в течение которого исследуются и прорабатываются различные варианты как самих интерпретаций, так и материала, связанного с ними. Иногда, когда создается впечатление, что в состоянии больного произошли значительные изменения, с ним может произойти кажущееся на первый взгляд неожиданным резкое ухудшение состояния. Такое ухудшение может быть результатом так называемой *негативной терапевтической реакции* (см. главу 8), которую первоначально объясняли действием бессознательного чувства вины (Freud, 1923b), связанного с осознанием пациентом ощутимого улучшения его состояния.

Разумеется, описанная здесь «типичная модельная ситуация» соответствует далеко не всякой конкретной ситуации при лечении психоанализом, и поэтому приходится вносить необходимые изменения в техническую процедуру лечения. Эти изменения получили название «параметров метода» (Eisler, 1953), но введение таких «параметров» (например, изменение положения пациента во время сеанса из лежачего в сидячее или изменение частоты сеансов) рассматривается, с точки зрения основной модели психоанализа, лишь как временное вспомогательное средство. В этом отношении методы психоанализа решительно отличаются от других форм психотерапии, в которых параметры используются весьма широко. На четвертом этапе психоанализа были проведены успешные попытки приспособить психоаналитический метод к лечению конкретных видов психических нарушений.

Приведенное выше краткое упрощенное описание (первые две главы) служит вступлением к более подробному рассмотрению некоторых упомянутых здесь клинических понятий. Далее мы расскажем об исторических перипетиях, происшедших с каждым понятием в контексте его клинического применения, а также о двусмысленности некоторых значений и многозначности использования психоаналитических терминов. Мы попытаемся также отыскать ту границу, в пределах которой такие понятия могут быть использованы в ситуациях, отличных от классического психоаналитического лечения.

Одной из особенностей психоаналитического процесса, заслуживающей, на наш взгляд, особого внимания, является часто встречающаяся *регрессия*. Хотя термин «регрессия» используется и психоаналитической теории в нескольких смыслах, здесь он будет употребляться в одном специфическом значении, а именно, как возвращение прошлых моделей поведения, часто связанных с младенческим периодом жизни пациента, давно утраченных или подвергшихся значительному изменению. Подобная регрессия является, по-видимому, характерным этапом психоаналитического процесса, однако то же явление можно наблюдать и вне аналитической ситуации. Достаточно вспомнить, как маленькие дети в моменты стресса теряют контроль над опорожнением кишечника, что характерно для послеродового периода развития, или каким капризным и беспомощным становится ребенок (а иногда и взрослый) во время болезни. Подобные и другие регрессии, касающиеся любой функции человеческого организма, могут быть временными или достаточно стойкими, продолжительными, протекать в легкой или сильной форме. Чаще всего они возникают в критические фазы развития индивида и могут рассматриваться как нормальное явление, исключая те случаи, когда длятся необычно долго и носят тяжелый характер (Freud A., 1965).

В психоаналитическом лечении одна из функций состоит в том, чтобы позволить регрессии идти своим ходом или даже способствовать ей в ходе психоаналитического процесса. Чаще всего тенденции к регрессии появляются в момент развития явлений переноса и проявляются в форме возвращения характерных для периода детства желаний, ощущений, фантазий, моделей ассоциаций, а также в отношении пациента к своему психоана-

литу. Однако, являясь эффективным средством, позволяющим извлечь убедительную и важную информацию, связанную с прошлым пациента, регрессия иногда принимает вредный и разрушительный характер. Особенно часто она бывает сильной и продолжительной у пациентов, вообще имеющих склонность к регрессии. Такие пациенты могут испытывать затруднения в том, чтобы не утратить способность самонаблюдения и инсайта, являющиеся необходимой частью аналитического лечебного альянса (см. главы 3 и 11). Степень, в которой различные психоаналитики (сознательно или бессознательно) поощряют тенденции к регрессии, по-видимому, сугубо индивидуальна.

Как следствие нормальной психоаналитической регрессии нередко имеют место случаи, когда на каком-то этапе лечения пациент начинает требовать со стороны аналитика знаков внимания, поощрения и симпатии; с другой стороны, у него могут возникнуть и враждебные чувства. Такое поведение может стать важным источником информации для понимания ранних взаимоотношений пациента с окружающими, например, с излишне строгой и сдержанной матерью или же, наоборот, излишне любящей и снисходительной. Подобная информация может дать интересный материал для понимания проблем и сложностей, переживаемых пациентом в зрелом возрасте. Однако, если такая потребность в симпатии со стороны психоаналитика или, наоборот, враждебность к нему становятся отправной точкой отношения пациента к аналитику и тот оказывается не в состоянии через соответствующую интерпретацию или другими методами *участия* изменить эту тенденцию, то возможности продолжать психоаналитическую работу уменьшаются, а в некоторых случаях и вовсе утрачиваются. Так обстоит дело при некоторых специфических формах переноса (глава 5).

Ряд исследователей указывает на важность способности пациента к регрессии, как в психоаналитической ситуации, так и вне ее. Например, Крис (Kris, 1952) отмечает значение способности к контролируемой и временной регрессии для успешной деятельности в творческих профессиях. Винникотт (Winnicott, 1954) и Балинт (Balint, 1934, 1949, 1965, 1968) подчеркивают важность регрессии как средства доступа к информации, которая недостижима с помощью других способов. Разработанное Винникоттом понятие «поддерживающей среды» (*holding environment*) и его рассуждения по поводу транзитивных явлений (Winnicott, 1951) подвели исследователей к идее о том, что аналитическая ситуация может явиться для пациента «транзитивным пространством», и в этой ситуации он, чувствуя себя в безопасности в своем общении с психоаналитиком, может позволить себе впасть в регрессию, экспериментировать с новыми идеями и испытывать различные способы разрешения своих внутренних проблем (см. Adler, 1989; Giovacchini, 1987a). Балинт говорит об этом как о «регрессии во имя прогресса». Следует отметить, что, хотя термин «регрессия» используется в нескольких значениях в работах Фрейда, в данной главе мы касаемся лишь того, что он называл регрессией *формальной*, при которой «примитивные способы выражения выполняют роль обычных», и регрессии *темпоральной* (временной), «когда происходит возвращение к прежним психическим структурам» (Фрейд пишет об этом в сделанном им в 1914 году дополнении к «Толкованию сновидений», Freud, 1900a). Однако регрессию было бы ошибочно рассматривать лишь как «возвращение к прошлому»; ее можно считать и в каком-то смысле «освобождением», при котором в специфических обстоятельствах аналитической ситуации проявляются некоторые текущие бессознательные тенденции. В их число входят различные формы «экстернализации» внутренних процессов и отношений, основывающихся на проекции и проективной идентификации (см. главы 4, 5, 6).

Регрессия может послужить источником ценной аналитической информации, которая может оказаться чрезвычайно полезной при проведении психоанализа, хотя на эту информацию не следует полагаться как на самостоятельного терапевтического агента; не следует также считать, что регрессия может извлечь из бессознательного какие-то аспекты очень ранних отношений матери и ребенка, отношений, которые психоаналитик не в состоянии

получить другими методами. По мнению Балинта, регрессия может способствовать «наступлению новой фазы в лечении», но многие психоаналитики склонны считать, что значение регрессии как терапевтического агента в значительной степени преувеличено (см. например, Freud A., 1969). Эта точка зрения нашла свое выражение в высказывании Моделл (Modell, 1989): «Я не ставлю под сомнение справедливость клинических наблюдений Балинта и Винникотта. В том, что какие-то аспекты ранних отношений матери и ребенка могут воссоздаваться с помощью переноса, невозможно усомниться. То, что действительно вызывает сомнение, это то, что регрессию можно считать ответственной за терапевтическое воздействие психоаналитического процесса».

В третьей главе обсуждается значение для психоанализа лечебного альянса и некоторые аспекты роли психоаналитика в аналитическом процессе. Среди последних следует включить «поддерживающую» функцию психоаналитика и аналитической ситуации, то есть функцию обеспечения атмосферы, в которой пациент чувствует себя в безопасности и защищенности даже в тех случаях, когда наступает тяжелая регрессия (например, Balint, 1968; Khan, 1972; Modell, 1984; Spitz, 1956; Winnicott, 1954; 1965; 1971).

При описании психоаналитического процесса, которое мы дали в этом исследовании, мы прежде всего рассматривали требования, предъявляемые к пациенту, в то время как психоаналитику отводилась роль, состоявшая в том, чтобы попытаться понять процессы, происходящие в бессознательном пациента, и разъяснить их последнему. Однако в последние годы все больше уделяется внимания той точке зрения, что при проведении психоанализа огромное значение имеют аспекты отношений психоаналитика и пациента (напр. Bieger, 1967, 1981; Kohut, 1977; McLaughlin, 1983; Modell, 1988, 1989; Spruiell, 1983), при этом акцент делается на то, что их отношения в действительности следует рассматривать как аналитическую *взаимосвязь*. Отсюда та точка зрения, что психоаналитик должен оставаться при проведении анализа «нейтральным», все больше ставится под сомнение (см. Leider, 1984). В этой связи Моделл (Modell, 1988) говорит о том, что «следует признать тот факт, что процесс психологической защиты и сопротивления происходит не только интрапсихически, но и в контексте взаимодействия двух личностей. Вследствие этого, следует обращать особое внимание на процесс коммуникации и процесс образования связи между пациентом и психоаналитиком».

Способность психоаналитика создать соответствующую атмосферу имеет огромное значение. Лечение с помощью психоанализа не есть просто процесс превращения бессознательного в сознательное или поддержки в усилении эго пациента и придании эго автономности. Важно, чтобы аналитик создал соответствующий фон, на котором может осуществляться психоаналитический процесс, и восстановил связи с отщепленными аспектами самости, против которых пытается защититься психика больного. Райкрофт (Rycroft, 1985) подчеркивает, что способность психоаналитика обеспечить такой фон зависит не только от его умения правильно интерпретировать материал, получаемый от пациента, но и в том, может ли он постоянно поддерживать в себе интерес к пациенту и сохранять с ним отношения, необходимые для успешного проведения анализа.

Глава 3

Лечебный альянс

Как мы уже указывали в главах второй и третьей, в последние годы все больше внимания уделяется отношениям между врачом и пациентом. Для характеристики этих отношений используются определенные психологические понятия. Одним из таких понятий, чаще других вырывае­мом из своего первоначального контекста и используемым вне его, является *перенос*, понятие, которое достаточно вольно используется сейчас в самых различных смыслах, включая и синоним выражения «отношения вообще». Более подробно данное понятие будет обсуждаться в четвертой и пятой главах.

В клиническом анализе проводится различие между собственно «переносом» и другим аспектом отношения пациента к психоаналитику, который разные исследователи называют «терапевтическим альянсом», «лечебным альянсом», «рабочим альянсом», то есть, определенным союзом между пациентом и психоаналитиком, необходимым для успешного проведения психоаналитического процесса (см. например, Curtis, 1979; Eagle & Wolitzky, 1989; Friedman, 1969; Gitelson, 1962; Greenson, 1965a, 1967; Gutcheil & Havens, 1979; Kanzer, 1981; Loewald, 1960; Stone, 1961, 1967; Tarachow, 1963; Zetzel, 1956). Помимо термина «альянс» использовались и другие обозначения. Например, Феникель (Fenichel, 1941) пишет о «рациональном переносе», Стоун (Stone, 1961)) о «зрелом переносе», а Гринейкр (Greenacre, 1968) о «базовом переносе». Когут (Kohut, 1971)) упоминает о «реалистической связи» между аналитиком и анализандом. Зетцель (Zetzel, 1958) пишет об этом так: «Повсеместно признанно, что помимо трансферентного невроза в основе успешного психоанализа должны лежать последовательные стабильные отношения, которые позволили бы пациенту сформировать позитивное отношение к аналитическому процессу в тот момент, когда трансферентный невроз вынесет на поверхность сознания вызывающие дискомфорт желания и фантазии».

Описываемое понятие знакомо многим под вывеской «терапевтический контракт» между пациентом и психотерапевтом (Menninger, 1958). Здесь подразумевается «лишенное невротичности рациональное, разумное отношение, которое складывается у пациента со своим психоаналитиком и которое позволяет последнему действовать целенаправленно в ходе психоаналитического процесса» (Greenson & Wexler, 1969). Понятие лечебного альянса в процессе своего развития вышло за рамки первоначального его понимания как осознанного стремления пациента добиться успеха в лечении и уже не может быть к нему сведено (мы еще вернемся к этому вопросу). Разграничение «лечебного альянса» и других видов взаимоотношений между пациентом и психоаналитиком (таких как перенос) способствует более глубокому пониманию процессов, происходящих в психоаналитической ситуации: как тех, которые можно причислить к терапевтическим успехам, так и тех, что представляют собой неудачи. В психоанализе, как и в других видах лечения, способность возникновения лечебного альянса есть важный фактор, который следует учитывать, когда принимается решение по поводу выбора того или иного курса лечения.

Хотя термин «лечебный альянс» никогда не разрабатывался в работах Фрейда в виде четкого понятия, идею последнего можно проследить в ранней фрейдовской работе (Freud, 1895g), в которой он пишет: «Необходимо сделать пациента нашим союзником». Высказывания такого рода часто встречаются в его трудах, в частности, в 1937 году Фрейд отмечает, что «аналитическая ситуация состоит в том, чтобы мы сумели найти подход к *эго* человека, подвергающемуся лечению» (Freud, 1937b). Далее он упоминает о «пакте» между аналитиком и пациентом. И, наконец, в своей последней работе (Freud, 1940a, 1938) замечает: «Врач-аналитик и ослабленное *эго* пациента, основываясь на реалиях внешнего мира, должны

образовать единую силовую защиту против врагов, против инстинктивных требований *ид* и сознательных требований *супер-эго*. Мы образуем этот дружественный пакт для того, чтобы вернуть *эго* пациента утраченную им способность повелевать различными сферами его ментальной жизни. Этот пакт и составляет аналитическую ситуацию».

В противоположность идее терапевтического «пакта» между пациентом и психоаналитиком то, что мы сейчас называем «лечебным альянсом», первоначально включалось Фрейдом в общее понятие переноса и не отделялось отчетливо от других его элементов. В своих ранних работах по технике проведения психоанализа Фрейд различает перенос положительных эмоций, с одной стороны, и негативные переносы, с другой. (Freud, 1912b, 1912d). Положительные переносы, в свою очередь, подразделялись на перенос дружеских чувств или симпатий (которые пациент вполне осознает) и переносы, представляющие собой возвращение эротических ощущений (возможно, в искаженной форме), пережитых пациентом в детстве. Последние, как правило, не осознаются, но *переживаются* пациентом заново, при этом в качестве объекта ощущений выступает психоаналитик. Такие положительные переносы, вместе с отрицательными, могут привести к сопротивлению лечению со стороны пациента. Компонент дружеских чувств и симпатий в положительном переносе Фрейд называет «залогом успеха как в психоанализе, так и в других методах лечения» (Freud, 1912b).

Вскоре после этого (Freud, 1913c) Фрейд упоминает о необходимости формирования «эффективного переноса» еще до того, как может начаться сама аналитическая работа. Фрейд утверждает, что! до начала психоанализа необходимо дождаться, когда сформируется эффективный перенос, когда с пациентом будет установлен необходимый контакт – *rapport*. Первейшей целью всякого лечения является выработка такого контакта между врачом и пациентом. При этом Фрейд проводит различие между способностью пациента образовывать дружественный раппорт и симпатию по отношению к врачу, с одной стороны, и возникновением в ходе лечения вернувшихся из прошлого эмоций и отношений, которые могли бы стать препятствием для успешного хода психоаналитического процесса. Тот факт, что Фрейд использовал термин «перенос» не только для случая собственно переноса, но и для обозначения «дружественного контакта», привело к некоторой путанице в последующих публикациях, при этом ряд авторов до сих пор все еще неверно используют термин «положительный перенос» для обозначения лечебного альянса. Теплые чувства и признательность к аналитику не всегда означают наличие такого альянса.

Процесс выкристаллизации понятия лечебного альянса как чего-то отличного от частного аспекта переноса, вероятно, можно связать с развитием аналитической «эго-психологии». Данный аспект психоаналитического мышления развился после того, как появилась формулировка «структурной» модели мыслительного аппарата (Freud, 1923b, 1926g), в которой понятие эго рассматривалось, как организованная часть личности, связанная как с внешним миром и сознанием (супер-эго), так и с инстинктивными устремлениями (ид). Ряд исследователей (например, Hartmann, 1939, 1964; Freud A., 1965) разработали понятие функций и качеств эго, которые в известном смысле независимы от инстинктивных устремлений («автономные» функции эго), и многие исследования, посвященные лечебному альянсу в различных формах, подразумевают, что он использует такие автономные функции и отношения.

Развитие идеи лечебного альянса наряду с работами Фрейда можно увидеть в двух статьях Стербы (Sterba, 1934, 1940), который подчеркивает необходимость для психоаналитика отличать в психике пациента те элементы, которые сфокусированы на реальности, от тех, которые на ней не сфокусированы. Он называет это «терапевтическим расщеплением в эго» (Sterba, 1934). Элементы, сфокусированные на реальности, позволяют пациенту осознать цели, которые ставятся перед лечебным процессом, а это Стерба полагает существенным условием успешной психоаналитической работы. Последнее соответствует

и замечанию Фрейда (Freud, 1933a) о необходимости для пациента как бы наблюдать за собой со стороны, словно за другим человеком. В связи с этим Феникель (Fenichel, 1941) пишет о «разумном» аспекте психики пациента и о том, что он называет «разумным переносом». Анализ психоаналитической литературы показывает, что термины «дружественный перенос», «эффективный перенос», «сфокусированные на реальности элементы», «рациональный перенос», а также способности пациента к наблюдению за собой и критическому отношению к себе часто используются как понятия эквивалентные, хотя было бы удобнее рассматривать их как отдельные элементы того, что можно назвать способностью выработать лечебный альянс. Полезные размышления по поводу элементов, входящих в широкое понятие «альянса» можно найти в работах Фридмана (Friedman, 1969), Дикеса (Dickes, 1975), Гутейля и Хевенса (Gutcheil & Havens, 1979), а также Томэ и Кэхеле (Thomae & Kaechele, 1987).

Начиная с содержательной статьи по данному вопросу Элизабет Зетцель (Zetzel, 1956), психоаналитики стали уделять все большее внимание разграничению понятий лечебного альянса и, собственно, переносу. Тенденция в последующих публикациях, отразившаяся в работах Гринсона (Greenson, 1965a, 1967) и Гринсона и Векслера (Greenson & Wexler, 1969), состоит в том, чтобы видеть основу лечебного альянса в «реальных» и «нетрансферентных» отношениях, которые пациент устанавливает со своим врачом. Однако, природа этих «реальных» отношений не вполне ясна. Сковальтер (Schowalter, 1976) отмечает, что «повсеместно признано, что для успешного преодоления сопротивления, порождаемого переносом, в проводимом со взрослыми пациентами психоанализе... отношения между пациентом и аналитиком должны быть хотя бы в какой-то степени лишены всякого невротизма (non-neurotic) и постоянно сфокусированны на продолжении и завершении лечения. Однако, не вполне ясно, как можно отделить... эту часть объектных связей от остального переноса».

В последние годы ряд авторов, в особенности Бреннер (Brenner, 1976, 1979), ставят под сомнение ценность понятия лечебного альянса, поддерживая при этом ту точку зрения, что это понятие невозможно в действительности отличить от понятия переноса. Фонадь (Fonagy, 1990) указывает, что чрезмерное внимание к аспектам переноса в отношениях между аналитиком и пациентом может принести к их реификации и вывести само отношение за пределы аналитического рассмотрения. В результате этого мы можем, «сами не желая того, лишиться себя возможности понять его основу в бессознательном интрапсихическом конфликте». Хотя попытки полностью отказаться от данного понятия выглядят неубедительными, Куртис (Curtis, 1979) обращает наше внимание на опасность ухода от ключевых аналитических понятий бессознательного интрапсихического конфликта, свободной ассоциации и интерпретации переноса и сопротивления». Далее он продолжает: «Эта опасность особенно тесно связана с тенденцией рассматривать лечебный альянс, как самоцель, сам по себе, а не как средство положить конец сопротивлению, возникшему в ходе анализа и переноса».

Хотя понятие лечебного альянса кажется сравнительно простым в тех различных формах, в которых оно изначально было введено, необходимо учитывать тот факт, что, как бы мы его ни рассматривали, у него есть сознательные и бессознательные аспекты (см. Evans, 1976). Так, пациент может внешне выражать враждебное отношение к лечению, проявляя сильное сопротивление проведению анализа (см. главу 7), однако, в то же время обладать бессознательным желанием предпринять такое лечение. И наоборот, может возникнуть то, что Содре (Sodre, 1990) обозначает, как бессознательный анти-терапевтический альянс, при котором неосознанная потребность к повторению или удержанию какой-то младенческой фантазии может усиливаться не только вследствие серьезности психопатологии пациента, но также и вследствие бессознательного союза между пациентом, жаждущим идеализированного бесконечного анализа, и психоаналитиком, который частично идентифицируется с

ужасным страхом пациента в отношении к переменам и бессознательно стремится избежать осознания некоторых аспектов отношений, возникающих при проведении анализа».

Ту же опасность имеет в виду и Новик (Novick, 1970), писавший о том, что термин «лечебный альянс» привлекает слишком много внимания к рациональному в противоположность иррациональным аспектам анализа. Сходную точку зрения высказывали Игл и Волицкий (Eagle & Wolitzky, 1989), выражавшие озабоченность по поводу того, что такой альянс может помешать разрешению переноса путем интерпретации и инсайта. Они также стремились доказать, что такой подход может привести к тому, что аналитик начнет придавать слишком большое значение не подлежащим интерпретации факторам в аналитическом лечении, вследствие чего он может оказаться недостаточно внимательным к проявлениям переноса. Не вызывает сомнения, что излишнее стремление добиться лечебного альянса может привести к тому, что ради предотвращения появления враждебного переноса аналитик вступает с больным в нечто вроде сговора.

В подходе, разработанном Мелани Клейн и ее последователями (Joseph, 1985; Meltzer, 1967; Segal, 1964), все общение, осуществляемое пациентом, и его поведение при лечении рассматриваются и интерпретируются как перенос пережитых в раннем детстве отношений с людьми и ощущений, или же как экстернализация внутренних объект-отношений. Этот взгляд, однако, разделяют не все члены школы Клейн. Байон говорит о проблеме взаимосвязанности в группах (Bion, 1961), и можно считать, что он подразумевает под этим один из аспектов того, что мы только что обсуждали под названием «лечебного альянса». Спиллиус (Spillius, 1983) привлек внимание к переменам, происшедшим в технике проведения психоанализа в школе Клейн в последние годы, изменениям, которые, на наш взгляд, сближают их методы со способами, развивающимися в русле более «классической» традиции.

Несмотря на трудности, связанные с точным определением понятия «альянс», по-видимому, все-таки имеется достаточно оснований для выделения его из других аспектов отношения пациента к врачу, которые сами по себе недостаточны для того, чтобы создать основу для успешного психоаналитического лечения (см. например, Adler, 1980). Эти последние аспекты включают в себя возвращение чувства любви или сексуального влечения, первоначально испытанных по отношению к какому-то лицу, сыгравшему большую роль в прошлом пациента; крайним проявлением этого аспекта переноса является ситуация, в которой пациент влюбляется в психотерапевта. К этим аспектам можно добавить идеализацию терапевта, который рассматривается как совершенный человек, наделенный к тому же необычайными способностями, идеализацию, которая может являться для пациента средством завуалировать и отрицать свое бессознательное чувство враждебности к психоаналитику. Подобная идеализация может, однако, легко перетекать в противоположное чувство (зачастую в форме весьма драматической), если больной испытывает разочарование, или если лежащая в ее основе враждебность становится слишком сильной. Предполагается, что способность к лечебному альянсу зависит от качеств, составляющих постоянный компонент той или иной личности. Хотя нельзя отрицать, что эти качества могут развиваться и как результат удачно сложившихся отношений с окружающими людьми в ранний период жизни пациента. Тем не менее они в значительной степени независимы от тех эмоций и отношений, которые объединены понятием «перенос». Таким образом, лечебный альянс может рассматриваться как «основывающийся на сознательном стремлении пациента к сотрудничеству с психотерапевтом и его готовности воспользоваться помощью последнего в преодолении переживаемых им сложностей. Это вовсе не совпадает с простым посещением сеансов ради получения удовольствия или чего-то в этом роде. Лечебный альянс предполагает *принятие* пациентом необходимости преодолеть свои внутренние проблемы и заниматься психоанализом, несмотря на внутреннее или внешнее сопротивление (в частности,

если речь идет о лечении ребенка, внешнее сопротивление может оказываться со стороны родителей)» (Sandler et al., 1969).

Очевидно, что представление о лечебном альянсе должно опираться и на то, что Эриксон называет «имманентным базисным доверием» (Erikson, 1950), то есть благожелательным отношением к людям и окружающему миру вообще, что является результатом пережитого ребенком в первые месяцы жизни ощущения безопасности. Отсутствием такого доверия, в широком смысле, объясняется неспособность выработать прочный лечебный альянс рядом пациентов, страдающих психопатией и другими, испытывшими в детстве дефицит положительных эмоций. Как пишет Эриксон (Erikson, 1950): «В психопатологии отсутствие доверия в широком смысле лучше всего изучать на случаях младенческой шизофрении, а дефицит подобного доверия ярко проявляется у взрослых шизоидов и депрессивных больных. Восстановление чувства доверия является в таких случаях необходимым условием успешного психотерапевтического лечения». (Следует отметить, что используемый Эриксоном термин «младенческая шизофрения» не вполне современен. Сегодня мы, возможно, предпочли бы говорить о «младенческом психозе» или «аутизме», или о тяжелых проблемах личности у детей, лишенных соответствующей заботы и ласки в раннем возрасте. Более того, комментарии Эриксона по поводу «шизоидного состояния» у взрослых следует связывать с тем, что позднее стало известно, как «пограничные состояния»).

Очевидно одно: готовность к лечебному альянсу со стороны пациента не следует отождествлять с желанием последнего понравиться. Хотя оно, это желание, есть необходимый элемент такого альянса, но оно часто сочетается с нереальными надеждами на магическое излечение, что само по себе плохой союзник в лечебном процессе. Недостаточность желания понравиться в качестве единственной основы формирования лечебного альянса отмечалась рядом исследователей, в частности, в тех случаях, когда пациенты немедленно прерывали курс лечения, как только возникали какие-то симптомы улучшения состояния. При этом они теряли и всякое желание исследовать факторы, вызвавшие заболевание, поскольку симптомы смягчались или исчезали. Выздоровление здесь выглядит как «бегство в здоровье». И если лечебный альянс в таких случаях основан лишь на стремлении облегчить симптомы болезни, то не остается никаких адекватных условий для продолжения психоаналитического лечения, хотя предыдущий опыт подсказывает, что переживаемое пациентом облегчение его страданий носит лишь временный характер. Очевидно, что большинство факторов, упоминаемых в работах по психоанализу, – умение взглянуть на себя со стороны, способность выдерживать определенную тяжесть фрустрации, наличие «доверия в широком смысле», идентификация с целями лечения и т. д. – играют существенную роль в успехе терапевтического лечения.

Возможно, не так легко, особенно в начале лечения, отличить *способность* пациента к установлению и поддержанию лечебного альянса от положительных эмоций по отношению к психотерапевту и по отношению к психотерапевтическому лечению, имеющих иные источники. Внешнее уважение или даже симпатия к врачу и первоначальная готовность подвергнуться лечению вовсе не означают, что пациент способен пройти до конца длительный курс воздействия психотерапией. Особенно это относится к тем случаям, когда больной обращается за помощью под давлением родственников или даже своего врача-терапевта, а в некоторых случаях и людей, проходящих психоанализ как часть своей психоаналитической и психотерапевтической подготовки (Gitelson, 1954). В общем, вначале надо определить: а) *способен* ли пациент к установлению такого союза; б) способен ли он развить мотивацию, необходимую для возникновения лечебного альянса, который позволял бы ему переносить стрессы и напряжения, неизбежно сопутствующие процессу лечения.

Необходимость учитывать способность пациента к лечебному альянсу подчеркивается такими исследователями, как Герстли и др. (Gertsly, 1989), которые считают, что оценка

такой способности является важным прогностическим индикатором для пациентов с анти-социальными расстройствами личности.

Более того, оценка способности пациента к лечебному альянсу является существенным прогностическим фактором во всех случаях, когда обсуждается возможность лечения пациента с помощью психоанализа. Большинство психоаналитиков не взяли бы проводить курс психоанализа пациенту с ярко выраженной формой психоза, зная, что такой пациент не обладает способностью к аналитической и конструктивной работе с аналитиком. Некоторые специалисты не очень склонны работать и с так называемыми пограничными случаями. Сложности формирования лечебного альянса у таких пациентов обсуждаются в работах Шапиро, Шапиро, Зиннера и Берковица (Shapiro E., Shapiro R., Zinner & Berkowitz, 1977), а также Габбарда и др. (Gabbard et al., 1988). Однако, в таких случаях могут быть предприняты определенные меры, способствующие выработке такой способности.

В прошлом психоаналитики часто пользовались понятием «испытательного периода», после которого можно было принять решение относительно целесообразности продолжения курса лечения. Такое решение принималось, по крайней мере, частично, исходя из того, что сейчас назвали бы способностью пациента к лечебному альянсу, способностью, выявленной во время этого испытательного периода. Точно также и Анна Фрейд в своей ранней работе (Freud A., 1928) доказывала необходимость «вступительной фазы» при проведении психоанализа у детей, во время которой ребенок получает представление о характере лечения и устанавливаются его отношения с психоаналитиком. Позднее, однако, она отошла от подобной рекомендации. Хоффер во время личного общения с Сандлером говорил о «необходимости соблазнять пациента к психоанализу». Подобные высказывания можно обнаружить и у Моргенталера (Morgenthaler, 1978).

Формированию лечебного альянса иногда могут способствовать достаточно неожиданные мотивы. Примером этого может служить ситуация, в которой пациент упорно работает над своим психоанализом, желая из обостренного чувства соперничества добиться даже и здесь больших успехов, чем его коллега по работе, который – по странной случайности – тоже проходит свой психоаналитический курс. Здесь чувство соперничества выступает в виде аналитического материала, подлежащего расшифровке психоаналитиком, и может в течение определенного времени помогать успешному прохождению психоанализа.

Причиной, побудившей пациента пойти на прохождение курса психоанализа, может быть стремление удовлетворить свои тайные желания (например, достичь независимости, завоевать любовь и внимание окружающих и даже мазохистское желание пережить страдание). Как следствие, больной в течение многих лет проходит курс психоаналитического лечения, не выказывая какого-либо желания прекратить лечение, но и не достигая сколь-нибудь значимого улучшения. С другой стороны, возможна и такая ситуация, в которой требуемый лечебный альянс существует, несмотря на изначальную враждебность со стороны пациента. Встречаются люди с ярко выраженными параноидными тенденциями – они способны проявлять крайнюю недоверчивость, но в то же время способны в некоторой степени достигать лечебного альянса с психотерапевтом. По-видимому, в каком-то смысле они осознают необходимость врачебной помощи и готовы «сделать исключение» для психотерапевта.

Хотя курс психоанализа может быть начат и при отсутствии прочного лечебного альянса, некий терапевтический «контракт» все же необходим для начала лечения. Лечебный альянс может (в идеальном случае должен) появиться в ходе лечения. Способствовать выработке такого союза – одна из наиболее важных задач, стоящих перед психоаналитиком. Одним из способов оказания больному помощи в этом направлении является постоянное обеспечение ему возможности коммуникации. Эта помощь должна также включать в себя раскрытие психотерапевтом тенденций больного к сопротивлению выработке лечебного альянса. Примером такого раскрытия может быть проводимое врачом объяснение паци-

енту того, что, испытывая страх перед пассивным подчинением, он не позволяет в полной мере способствовать успешному проведению лечения. И хотя за этим сопротивлением больного может скрываться целый ряд причин, оно проявляется, фактически, как сопротивление лечебному альянсу, хотя мы могли бы рассматривать это и как сопротивление развитию сексуального переноса. В качестве еще одного примера сопротивления формированию лечебного альянса может служить ситуация с пациентом, который испытывает страх перед возможной регрессией в ходе психоаналитического лечения. Хотя большинство больных в состоянии подавлять (до некоторой степени) возникающие во время лечения тенденции к регрессии, некоторые из них все же опасаются, что, если психоанализ «раскрепостит» их психику, они полностью попадут во власть пережитых в детстве эмоций, и потеряют контроль над своими чувствами и действиями. Вскрытие причин беспокойства у пациента помогает последнему справляться со своими настроениями и вырабатывать необходимый лечебный альянс.

Создание лечебного альянса не является исключительно функцией пациента, поскольку в его развитии важную роль должно играть и личное искусство любого психоаналитика (см. Schowalter, 1976). Чем лучше психоаналитик сумеет, используя эмоциональную сторону общения, показать больному свою терпимость по отношению к тем бессознательным стремлениям, против которых стремится выставить защиту психика пациента, чем больше ему удастся продемонстрировать свое уважение к защитным реакциям пациента, тем прочнее между ними образуется лечебный альянс. В результате этого пациент сможет воспринять от психоаналитика терпимое отношение последнего и развить в себе большую терпимость к тем сторонам своей личности, которые он ранее был не в состоянии принять (Sandler J., Sandler A., 1984).

В связи с этим среди исследователей все больше признается потребность в том, о чем Стоун (Stone, 1961) говорит как о «дружеском или гуманном отношении» со стороны аналитика, и в том, что Шафер (Shafer, 1983) называет «атмосферой безопасности». Ротштейн в своем сообщении (Auchincloss, 1969) комментирует это следующим образом: «Важным во время начальной фазы психоанализа являются не специфические рутинные параметры аналитической ситуации, с отношением психоаналитика к поведению пациента». Далее он продолжает: «В начале проведения курса психоанализа аналитик должен проявлять гибкость, которая позволит ему правильно среагировать на различные специфические виды сопротивлений, возникающие у пациента и, таким образом, способствовать появлению у него желания успешно пройти курс психоанализа. Многие пациенты навсегда теряют интерес к этому виду лечения из-за того, что психоаналитик настаивает на том, чтобы пациент начал лечение по какому-то заранее предписанному образцу».

Лечебный альянс не должен рассматриваться как нечто неизменное на протяжении всего курса лечения не только из-за того, что он должен устанавливаться по мере прохождения курса лечения, но и в силу того, что он часто ослабевает вследствие сопротивлений, испытываемых пациентом, и укрепляется благодаря появлению положительных эмоций. Этот союз может полностью разрушиться из-за сильных проявлений регрессии во время лечения (Dickes, 1967). Он может также ослабнуть или исчезнуть вообще, если возникнет «эротизированный» перенос (гл. 5).

Оффенкранц и Тобин (Offenkrantz & Tobin, 1978) указывают на разрушительную роль потери самоуважения и влияние стыда на формирование лечебного альянса, «стыда, который испытывают пациенты из-за необходимости прибегать к помощи постороннего лица. То, как они справляются с этим чувством стыда, и является критическим фактором в их готовности принять зависимость от психоаналитика или в отказе на это пойти».

Лэнгс (Langs, 1976) вводит понятие «терапевтического мезальянса», определяемое как сознательные и бессознательные взаимодействия в рамках психотерапевтических взаимо-

отношений, направленные на подрыв целей, стоящих перед психоанализом или психотерапией, или на достижение некоторой модификации симптомов, но не на инсайт и не на конструктивные внутренние перемены. В связи с вышеуказанным, Новик (Novick, 1980) описывает «негативный терапевтический альянс», при котором мотивацией является бессознательное желание пойти на анализ или психотерапию с целью добиться неудачи психоаналитика... для того, чтобы поддержать идеализированный образ любящей, любимой и всемогущей матери. Этот образ поддерживается экстернализацией и смещением негативно катектированных (cathected=заряженных) частей самости и объекта на психоаналитика».

Все это напоминает бессознательную мотивацию при определенных формах *негативной терапевтической реакции* (НТР, гл. 8). Стоит отметить, что сам термин «негативный терапевтический альянс» оказывается малопригодным, поскольку оставляет неясной ситуацию, в которой этот альянс либо присутствует в некоторой степени, либо отсутствует вообще. То, что имеет в виду Норвик, может рассматриваться как «псевдо-альянс», прикрывающий бессознательное сопротивление аналитической работе. Такой псевдо-альянс может появиться лишь в том случае, когда в него вступает сам психоаналитик (Davies, 1990; Sodre, 1990).

Основываясь на опыте проведения психоанализа у детей, Сандлер, Кеннеди и Тайсон (Sandler, Kennedy, Tyson, 1980) отмечают, что имеется, по крайней мере, два подхода к определению термина «лечебный альянс». Первый из них состоит в том, чтобы рассматривать его как широкое дескриптивное понятие, включающее в себя все те факторы, которые позволяют удержать пациента и не позволяют ему бросить лечение даже в период возникновения сопротивления и враждебного переноса. Второй подход заключается в том, чтобы рассматривать лечебный альянс как более узкое понятие, связанное специфически с осознанием пациентом своей болезни и с его сознательным и бессознательным стремлением предпринять какие-либо меры по этому поводу; здесь это понятие ассоциируется с наличием у пациента способности предпринимать необходимые усилия и терпеть болезненные ощущения, связанные с осознанием внутреннего конфликта. Согласно более широкому определению, терапевтические отношения могут (но лишь в течение некоторого времени) поддерживаться, основываясь преимущественно на чувстве удовлетворения, содержащего инстинктивные элементы, такие как любовь к аналитику и потребность в объекте. Подобные аспекты могут рассматриваться как инстинктивные или ид-элементы лечебного альянса. Однако отношения между пациентом и психоаналитиком должны обязательно основываться также и на элементах, входящих в его более узкое определение. Говоря об идеальной ситуации, психотерапевт должен проявлять чувствительность к различным составляющим лечебного альянса в том виде, в каком они присутствуют в конкретный момент проведения психоанализа, а также к тому, как изменяется соотношение этих элементов с изменением прочности, состава и стабильности лечебного альянса.

Понятие «лечебный альянс» может, по-видимому, использоваться и вне психоаналитического контекста без особых изменений, хотя в разных клинических ситуациях возникают и разные клинические «контрасты» (термин Меннингера). Потребность в лечебном альянсе, очевидно, отсутствует в тех случаях, когда пациенту оказывается неотложная помощь, или последний находится в бессознательном состоянии. И, наоборот, наличие такого союза чрезвычайно важно для достижения успеха в продолжительном реабилитационном курсе. Во многих лечебных ситуациях, возможно, следует расширить значение этого термина так, чтобы оно включало и готовность к сотрудничеству со стороны семьи и других ячеек общества, окружающих пациента. Лечебный альянс не столь необходим, когда пациент не в состоянии самостоятельно перенести нагрузки, возникающие в ходе лечения. Это касается лечения детей, где совершенно необходим союз с родителями. «Расширенное» представление о лечебном альянсе важно и при амбулаторном лечении больных психозом. Хотя последнее

относится ко всем видам амбулаторного лечения, независимо от метода, поскольку порой содействие членов семьи необходимо уже для того, чтобы обеспечить явку пациента.

Изменения, произошедшие в отношении к психическому здоровью, и принятие принципа добровольности лечения должны безусловно повысить роль клинической оценки не только осознания пациентом его болезни, но и его способности сформировать лечебный альянс со своим психотерапевтом. В частности, это относится к психозам и случаям, называвшимся ранее «психопатией», а также «тяжелым расстройством характера». В начальный период оценка способности пациента пойти на лечебный альянс должна нести в себе как диагностическое значение в отношении серьезности заболевания, так и прогностическое значение в том случае, когда прогноз связан с методом лечения. В случаях, где психотерапия считается показанной, клиническая оценка способности пациента сотрудничать с врачом в ходе длительного и часто болезненного лечения представляется чрезвычайно важной. Совершенно необходимо, поэтому, чтобы врач сделал свое заключение относительно способности пациента образовывать прочный лечебный альянс, способствующий его излечению. Но даже в тех случаях, где речь о психотерапии не идет, понятие лечебного альянса важно при оценке заинтересованности пациента в предпринимаемом лечении и отношении последнего к медицинскому персоналу, участвующему в процессе лечения. В случае патронажной работы, например, патронажная сестра может достаточно четко охарактеризовать, в какой степени лечебный альянс сложился между нею и больным (или больным и его семьей). Естественно, что на формирование такого союза оказывают свое влияние конкретные требования лечебной ситуации и стиль работы соответствующей организации. Например, некоторые пациенты оказываются в состоянии поддерживать необходимые отношения с такой лечебной организацией лишь до тех пор, пока их посещает ее представитель, но если инициатива для контакта предоставляется пациенту, то он не в силах ее удержать. Совершенно специфические и небезынтересные проблемы возникают и с лицами, находящимися на свободе условно, но обязанными регулярно встречаться с сотрудником организации, к которой они прикреплены. В одних случаях, при этом, сам факт принудительности посещений может помочь в формировании лечебного альянса, а в других он, напротив, может привести к «псевдосоюзу».

Глава 4

Перенос

В третьей главе, где обсуждались различные аспекты отношений между психотерапевтом и пациентом, мы указывали, что понятие лечебного альянса включает в себя некоторые особенности, которые могут быть отнесены также и к явлению, именуемому «переносом». Рассмотреть значение этого термина и является задачей данной главы. Понятие переноса также может быть уяснено достаточно полно лишь в контексте своего исторического развития. Различные школы, представляющие сегодняшний психоанализ, склонны выделять разные аспекты того, что воспринимается ими как перенос. Анализ явлений, связанных с переносом, психоаналитики считают одним из центральных в своем терапевтическом методе. Данное понятие широко используется и вне психоанализа, практически везде, где вообще делается попытка понять человеческие отношения. Для того, чтобы рассмотреть особенности современного использования понятия переноса и потенциальные возможности его применения в дальнейшем, необходимо тщательно проанализировать весь спектр значений, ему придаваемых.

Впервые понятие «перенос» употребил Фрейд, сообщив о своих попытках вызвать у пациентов вербальные ассоциации (Freud, 1895d). Цель этого способа лечения – помочь пациенту раскрыть (прежде всего через его ассоциации и эмоциональную реакцию) связь между симптомами и ощущениями *на момент лечения*, с одной стороны, и его переживаниями *в прошлом*, с другой. Фрейд предположил, что «диссоциация» прошлого опыта, прошлых переживаний (и чувств, связанных с этим) из сознания является важным фактором в генезисе неврозов. Он отмечает, что в ходе лечения в отношении пациента к своему врачу происходит изменение, вызывающее сильную эмоциональную реакцию, изменение, которое может помешать процессу вербальной ассоциации и, в свою очередь, является значительным препятствием для лечения больного. Фрейд решает (Freud, 1895), что «пациентка испытывает чувство страха, когда обнаруживает, что переносит на врача вызывающие беспокойство мысли, возникающие у нее в процессе анализа. Это весьма частое, а у отдельных пациентов даже регулярное явление». Подобные чувства и называются «переносом», происходящим как следствие того, что Фрейд именует «фальшивой связью» между лицом-объектом переживавшихся ранее (обычно сексуальных) желаний и психотерапевтом. Чувства, связанные с пережитыми когда-то желаниями (вытесненными из сознания) как бы всплывают на поверхность и, в силу «фальшивой связи», заново переживаются в настоящем. Именно в этом контексте Фрейд отмечает склонность пациентов испытывать невротическую привязанность к лечащему врачу.

В статье, опубликованной несколько лет спустя (Freud, 1905e), термин «перенос» вновь используется в контексте психоаналитического лечения. Фрейд задает вопрос: «Что такое перенос?» И тут же отвечает:

«Переиздание или факсимиле импульсов и фантазий, вызванных в ходе анализа и имеющих ту особенность, что в них когда-то знакомое пациенту лицо замещается личностью психоаналитика. Это можно сформулировать и иначе: оживляется целая серия психологических переживаний, но не как переживаний, относящихся к прошлому, а как переживаний настоящего момента, связанных с личностью аналитика, проводящего лечение. Некоторые из подобных переносов несут в себе содержание, абсолютно ничем не отличающееся от своего прототипа, исходной модели, за исключением того, что первые – не реальные переживания, а их замена.

В таком случае, в рамках той же метафоры, это лишь новые отпечатки или оттиски старого. Другие переносы имеют более сложное строение. В них изобретательно используется какая-то реальная особенность личности аналитика или сложившихся обстоятельств, позволяющие психике пациента воспользоваться последними в качестве отправной точки для переноса. В этом случае мы имеем дело не с новыми впечатлениями, а с их восстановлением в новом варианте».

До этого момента перенос рассматривался как клиническое явление, которое может выступать в качестве препятствия или «сопротивления» (см. гл. 7) для психоаналитического лечения, но спустя несколько лет Фрейд (Freud, 1909d) отмечает, что перенос не всегда является помехой для психоанализа. Напротив, он может сыграть «решающую роль в том, чтобы вызвать веру в успех лечения не только у пациента, но и у лечащего врача». Здесь, как мы видим, перенос впервые упоминается как терапевтический фактор.

Следует отметить, что Фрейд последовательно проводил различие между анализом переноса как технической меры и так называемым «переносом-излечением», при котором пациент утрачивает все симптомы болезни вследствие любви к психоаналитику и желания сделать ему приятное (Freud, 1915a). В этой связи следует упомянуть, что «перенос-излечение» следует отличать от «бегства в здоровье», несколько иную форму сопротивления, при которой симптомы болезни исчезают (по крайней мере временно) под воздействием сопротивления, что позволяет больному заявить об отсутствии необходимости дальнейшего лечения, поскольку он полностью излечился от своей болезни. Связь переноса с сопротивлением будет обсуждаться в главе 7.

Фрейд (Freud, 1916–1917) замечает, что «перенос присутствует у пациента с самого начала лечения и в течение некоторого времени представляет собой наиболее важный фактор его успешного протекания» (Freud, 1916–1917). По-видимому, используя этот термин, Фрейд включал в него различные явления, хотя всех их объединяло то, что они являлись повторением пережитых когда-то чувств и эмоций. В 1912 году Фрейд употреблял понятие «позитивный перенос» в противоположность «негативному», при этом позитивные переносы подразделялись на те, которые способствовали успеху проводимого лечения и на те, которые ему препятствовали – негативный же перенос рассматривался как перенос на психотерапевта враждебным чувств, экстремальной формой которых является паранойя. В более слабой форме отрицательный перенос можно наблюдать у всех пациентов в сочетании с положительным переносом. Такое одновременное наличие противоположных видов переносов позволяет пациенту использовать один, чтобы защититься от появляющегося и вызывающего беспокойство другого вида. Так, пациент может использовать враждебность, переносимую на психоаналитика, как средство обуздания тех эмоций к нему, которые вызывают положительный перенос. Здесь больной с помощью враждебных ощущений, возникающих как результат отрицательного переноса, защищает себя от возникновения угрожающих (обычно эротических) переносов. Кроме того, тот аспект положительного переноса, который присутствует с самого начала лечения, отличается по своему качеству от эротического переноса, возникающего в ходе анализа (Freud, 1912b). Первый из названных можно рассматривать как один из компонентов лечебного альянса, который мы исследовали в гл. 3.

Фрейд выдвинул предположение, что конкретные особенности переноса каждого пациента являются результатом специфики переживаемого невроза, а не просто следствием психоаналитического процесса; это явление характерно для всех пациентов (Freud, 1912b). Мысль об индивидуальном характере переноса получила дальнейшее развитие тогда, когда было выдвинуто понятие «трансферентного невроза» (Freud, 1914g). Вводя этот термин, Фрейд подчеркивал, что испытанные ранее переживания, способствовавшие появлению

самого невроза, оказывают решающее воздействие на формирование того, как складываются отношения больного к своему психотерапевту. Фрейд пишет (Freud, 1914g):

«...если только пациент проявляет достаточное согласие уважать необходимые условия проведения психоанализа, то улучшение его состояния наступает регулярным образом, а все симптомы его болезни получают новое трансферентное значение, заменяя его изначальный невроз „трансферентным неврозом“, от которого его можно излечить с помощью соответствующей психотерапевтической работы. Таким образом, перенос создает промежуточную область между болезнью и реальной жизнью, через которую возможно осуществление перехода из одного состояния в другое. Это новое состояние принимает все симптомы болезни, но оно как бы представляет искусственно созданную болезнь, во всех своих проявлениях доступную для врачебного вмешательства. Это отрезок реального существования, но создать его удалось благодаря необычайно благоприятному стечению обстоятельств, вследствие чего он носит лишь временный характер.

Понятие «трансферентного невроза» было расширено самим Фрейдом, когда он писал, что пациент, проходящий курс лечения психоанализом «с необходимостью *повторяет* отрицательные переживания прошлого как нечто, происходящее с ним в данный момент, а не вспоминает как нечто, что происходило с ним когда-то (хотя аналитик предпочел бы, чтобы это было именно так). Это воспроизведение прошлого опыта, повторяющееся со столь нежелательной точностью, всегда имеет своей основой какие-то эпизоды сексуальной жизни, пережитые в раннем детстве..., которые неизбежно заново проигрываются в сфере переноса, в сфере отношения больного к лечащему врачу. Когда такая стадия наступает, то можно говорить о том, что старый невроз подвергся вытеснению новым «трансферентным неврозом» (Freud, 1920g). К сожалению, термин «трансферентный невроз» в том смысле, как его использовал Фрейд, очень близок к понятию, которое он применял по отношению к целому классу психических *расстройств*, так называемых «неврозов переноса», т. е., тех расстройств, при которых можно наблюдать явления переноса. В более ранних работах он придерживался точки зрения, что такие психические расстройства следует отличать от другого типа расстройств, «нарцисстических неврозов», при которых явление переноса развивается не столь легко. Однако большинство психоаналитиков сейчас склоняются к мысли, что явления переноса встречаются у пациентов, принадлежащих к *обеим* группам.

Повторение прошлого в форме нынешнего переноса рассматривалось Фрейдом как следствие так называемого «навязчивого повтора переживаний». Этот термин представляется неудачным в том плане, что с его помощью делается попытка объяснить наблюдаемую у людей тенденцию снова и снова повторять выработанные ранее (обычно в детстве) модели поведения. Это пример того, как психоаналитики пытаются часто довести сугубо дескриптивные понятия до статуса объясняющих принципов. Более того, тенденция к повторению вовсе не является «навязчивой», компульсивной в психиатрическом смысле этого термина, не является она и «влечением», в том смысле, в каком Фрейд говорил об инстинктивных влечениях. Здесь точнее было бы говорить о переживаемом людьми «давлении, заставляющем повторять модели прошлого».

Для того, чтобы разобраться в последующем развитии психоаналитической терминологии, необходимо отметить, что понятие «перенос» было введено в тот период, когда Фрейд и его коллега считали психическую деятельность проявлением, по большей части, хаотичного действия инстинктивных стремлений и импульсов энергии, которые, как считалось тогда, управляют ею. Фрейд рассматривал сексуальные желания в отношении чело-

века, занимавшего в прошлом больного важное место, как вклад («катексис») энергии сексуальных влечений («либидо») в образ данного объекта («объект либидо»). Перенос считался транспортировкой либидо из памяти о первоначальном объекте на личность психоаналитика, становящегося новым объектом сексуальных побуждений, причем сам пациент этого процесса перемещения из прошлого не осознавал.

Все возрастающее внимание, уделяемое анализу переноса, вместе с развитием психологии эго привело к тому, что другие исследователи психоанализа пытались рафинировать и расширить понятие переноса, с целью достичь более четкого понимания клинических явлений и соотнести это понятие с другими достижениями психоаналитической теории. История развития понятия переноса является ярким примером того, сколько проблем может возникнуть, если понятие, появившееся на первом этапе Психоанализа, сохраняет свое употребление в первоначальном виде, даже в тех случаях, когда уже существуют более современные формулировки этого понятия.

Анна Фрейд в своей книге «Эго и механизмы защиты» (Freud A., 1936) предложила метод разграничения явлений переносов согласно степени их сложности. Она выделяет: 1) *перенос импульсов либидо*, при котором инстинктивные желания, связанные с младенческим периодом жизни, прорываются наружу и направляются в качестве объекта уже на психоаналитика; и 2) *перенос защиты*, при котором имеет место повторение прежних мер защиты против влечений (см. Sandler et al., 1969). В качестве примера такого явления Анна Фрейд описывает поведение пациента, который во время прохождения курса психоанализа, проявлял весьма воинственное отношение к психотерапевту. Точно такую же установку он проявлял и в детстве, чтобы защититься от чувства любви и симпатии, так как боялся, что подобное чувство может быть для него опасным. Данная формулировка расширяет определение Фрейда, в котором «защитная» враждебность рассматривалась не как повторение мер защиты, осуществлявшихся в детстве, повторение определенного способа функционирования эго, но как использование наличествующих враждебных чувств с целью защититься против последствий возникающего положительного переноса.

Анна Фрейд говорит также о «*реагировании в переносе*», при котором перенос усиливается и находит свой выход в повседневной жизни пациента. Этим путем чувства и побуждения по отношению к психотерапевту, возникшие во время анализа, могут направляться на других лиц, находящихся в ближайшем окружении больного. «Реагирование в переносе» близко к понятию «*отреагирование*» в ситуации, которая будет обсуждаться в гл. 9. В то же время Анна Фрейд добавляет еще одну категорию, которую рассматривает как подвид переноса и которую, как она считает, следует отличать от собственно переноса. Она вводит понятие *экстернализации*, иллюстрируя его ситуацией, в которой пациент ощущает чувство вины, и, вместо того, чтобы переживать муки совести, ожидает упреков со стороны психоаналитика. Такая экстернализация структурированных аспектов личности (например, супер-эго) считалась отличной от повторения в ходе переноса переживаний детства, связанных, например, с чересчур строгим отцом. Еще один пример экстернализации – появление у пациента предположения (или страха), что психоаналитик намерен соблазнить его. Подобное предположение основано на экстернализации или, в данном случае, на особой форме экстернализации (обычно называемой «проекцией») на психоаналитика собственных сексуальных чувств пациента по отношению к врачу. То, что подвергается здесь экстернализации, – это бессознательное сексуальное влечение пациента, в некотором смысле связанное с его «Ид», и такая экстернализация необязательно должна рассматриваться как повторение младенческого импульса либидо или как повторение защитных действий в детском возрасте. Небезынтересно, что как Александер (Alexander, 1925), так и сам Фрейд (Freud, 1960) пишут о принятии на себя психоаналитиком доли совести пациента (супер-эго) и рассматривают это явление как важную часть психотерапевтического процесса.

Вышеуказанное различие между экстернализацией структурных аспектов личности и «собственно» переносом, описанное Анной Фрейд, не получило должного рассмотрения в работах дальнейших исследователей; в действительности существует тенденция растворять различные виды «экстернализации» в общем понятии переноса, что мы и увидим ниже в данной главе.

Мы уже указывали, что среди исследователей сохраняется достаточно сильная тенденция к расширению понятия переноса. Эта тенденция частично восходит к двум направлениям в психоанализе, представляющим так называемую «английскую школу». Первое из них исходит из предположения Джеймса Стрейчи (Strachey, 1934) о том, что единственным эффективным видом интерпретации при лечении психоанализом являются интерпретации переносов. Считалось, что их следует связывать с процессом проектирования на аналитика «примитивных интроектных образов», которые, как полагали, составляют существенную часть супер-эго пациента. Вследствие такого повышенного внимания к интерпретации переноса, психоаналитики, находящиеся под влиянием взглядов Стрейчи, старались как можно чаще формулировать свои интерпретации в терминах переноса с тем, чтобы повысить эффективность проводимого психоанализа. Стрейчи пишет, что если пациент проектирует свои примитивные интроектные объект-представления (*imagos*) на психоаналитика, последний становится для него тем же, что и все прочие, встречающиеся ему в реальной жизни, а именно, – «объектом фантазии». Под «примитивными интроектными объект-представлениями» Стрейчи понимает исходные образы родителей, которые запечатлеваются в мозгу пациента как часть нормального психического развития и остаются в нем в качестве активных элементов бессознательной умственной деятельности.

Второе направление представлено теоретическими формулировками Мелани Клейн (Klein, 1932), которая пришла к выводу, что все последующее поведение человека в значительной степени является повторением опыта, пережитого в первый год жизни. Соединение этих двух точек зрения привело к тому, что некоторые психоаналитики стали рассматривать все данные, получаемые в результате работы с пациентом, как указывающие на перенос пережитого в раннем детстве, и воздерживаться от каких-то комментариев, которые не связаны с переносом. Эта тенденция подробно рассматривается в работе Зетцеля (Zetzel, 1956).

В развитие понятия перенос внесли свой вклад многие исследователи. Например, Эдвард Гловер (Glover, 1937) подчеркивал, что «адекватное понятие переноса должно отражать *тотальность* развития индивида... что пациент переносит на аналитика не только свои чувства и мысли, но и *все*, что он когда-либо узнал или забыл в результате своего умственного развития». В то время, как некоторые авторитетные исследователи в этот ранний период развития психоанализа пытались расширить понятие переноса лишь в пределах психоаналитической ситуации, другие (хотя и не соглашаясь с тем, что все стороны отношения пациента к психоаналитику должны рассматриваться как перенос) придерживаются взгляда, находящегося в соответствии с замечанием Фрейда о вездесущности переноса (Freud, 1910a), о том, что перенос следует рассматривать как явление общепсихологическое. Так, например, Гринсон (Greenson, 1965a) пишет:

«Перенос есть переживание в настоящем чувств, влечений, отношений, фантазий и стремлений защищаться по отношению к человеку, к которому все эти чувства не могут иметь отношения, ибо они есть повторение, смешение реакции, возникших из отношения к лицам, игравшим важную роль в жизни человека в период его раннего детства;... для того, чтобы реакция могла считаться переносом, она должна обладать двумя особенностями: быть повторением прошлого и не иметь отношения к настоящему».

Такое определение является, по-видимому, сильно расширенным по сравнению с первоначальным определением, данным Фрейдом. В него, например, следует включить и привычные типы реакций на окружающих людей, ставших частью характера пациента (таких, как склонность испытывать страх перед начальством), реакций, которые не могут рассматриваться как адекватные текущей ситуации. Такое определение «характерного переноса» (*character transference*) (Sandler et al., 1969) отличается от понятия переноса как развития в процессе проведения психоанализа чувств и фантазий, направленных на аналитика и незаметных в начале лечения, но впоследствии как бы всплывающих на поверхность в результате применения психоанализа.

Поскольку существует мнение, что расширение понятия переноса, предлагаемое многими специалистами, не делает его более ясным, ряд исследователей выступает за возврат к более узкому определению. Уэльдер (Waelder, 1956), например, предлагает ограничить это понятие рамками классической психологической ситуации. Он пишет: «Переносом можно считать попытку пациента оживить и вновь ввести в действие в аналитической ситуации события и фантазии его детства. И анимировать это в контексте отношения к психоаналитику. Отсюда перенос можно считать процессом регрессивным... Перенос развивается как следствие условий психоаналитического эксперимента, т. е., аналитической ситуации и психоаналитической техники». Несколько позже Левенштейн (Loewenstein, 1969) в своем подробном рассмотрении различных взглядов на понятие переноса, приходит к схожему выводу о том, что «перенос, наблюдаемый вне психоанализа, очевидно, не может описываться в тех же терминах, что перенос, возникающий во время аналитического процесса и благодаря ему. Левенштейн приходит к такому выводу, исходя из своего убеждения о том, что оба вида переноса, наблюдаемые в психоанализе, а именно перенос как сопротивление и перенос как средство выявления и исцеления, существуют исключительно в контексте аналитической ситуации и не могут наблюдаться вне ее. В настоящее время большинство психоаналитиков отказались от ограниченного взгляда на перенос, выдвинутого Уэльдером и Левенштейном. Аргумент о том, что понятие переноса должно связываться исключительно с психоаналитической ситуацией, представляется малоубедительным, хотя, конечно, можно легко понять мотивировку, которой руководствовались те, кто выдвинул это ограничение – беспокойство у них вызывала тенденция к излишнему расширению использования данного понятия. Не вызывает сомнения, что те явления, с которыми мы сталкиваемся в психоанализе, могут иметь место и вне его. Здесь уместно напомнить высказывание Фрейда (Freud, 1912b): „Нельзя считать установленным тот факт, что при психоанализе перенос проявляется с большей интенсивностью, нежели вне его. При лечении нервных пациентов другими методами, отличными от психоанализа, мы можем наблюдать перенос величайшей силы“. Однако, следует согласиться с тем, что аналитическая ситуация, по-видимому, действительно создает условия для развития переноса и позволяет проследить это явление в относительно чистых формах (Stone, 1961).

Не вызывает сомнения то, что на развитие переноса оказывают влияние социо-культурные факторы. Например, на порядок появления элементов переноса, безусловно, влияет пол психоаналитика. Вопрос о влиянии пола при проведении психоанализа в последние годы получил достаточно широкое рассмотрение, возможно, что и вследствие роста феминистского движения (см., например, Lasky, 1989; Lester, 1985; Person, 1983; Wrye & Welles, 1989). Точно так же подверглись рассмотрению и вопросы, связанные с взаимоотношением людей, представляющих разные расы. Фишер (Fischer, 1971) пишет о том, что различная расовая принадлежность психоаналитика и пациента влечет за собой множество бессознательных проблем, реализующихся на самых разнообразных уровнях, и что существуют серьезные опасности, связанные как с переоценкой расового фактора, так и с его недооценкой». Большой вклад в указанную проблему внесла школа этнического психоанализа.

За последние годы в развивающемся понятии переноса были сделаны весьма важные открытия. В частности, было поставлено под сомнение первоначальное определение переноса как воспроизведения прошлого. Купер (Cooper, 1987a) пишет о том, что «исторические, сравнительно простые определения переноса как внесения в настоящее важных взаимоотношений из прошлого, уже не соответствует больше современным клиническим и теоретическим требованиям»; он проводит различие между тем, что он называет «историческим» взглядом на перенос и «современным» представлением об этом явлении. Исторический, как считает Купер, взгляд состоит в том, что перенос является проигрыванием (enactment) заново некогда существовавших отношений, и задача интерпретации такого переноса заключается в необходимости понять, каким образом связи, существовавшие в раннем детстве, искажают отношение пациента к психоаналитику, отношение, которое, в свою очередь, является моделью всех жизненных отношений пациента. И, наоборот, современное представление рассматривает перенос «как новый жизненный опыт, а не как проигрывание (enactment) старого. Цель интерпретации переноса, согласно такой трактовке, заключается в том, чтобы внести в сознание все аспекты конкретного жизненного опыта, включая и отблески, отбрасываемые на этот новый опыт прошлым».

Принимая выдвинутое Купером различие между историческим и современным подходом к явлению переноса, уместно рассмотреть переход от одной точки зрения к другой под такими заголовками, как *Полемика по поводу трансферентного невроза, Теория переноса Мелани Клейн, Перенос и экстернализация Рассмотрение генетических аспектов переноса.*

Полемика по поводу трансферентного невроза

Ранее в этой главе мы говорили о введении Фрейдом понятия трансферентного невроза (Freud, 1914g), который он рассматривал как «искусственно созданную болезнь» при анализе, заменяющую «обычный невроз». Приобретенный пациентом невроз Фрейд рассматривал, как новую версию, так называемого «инфантильного невроза», считая трансферентный невроз возобновлением в ходе анализа невроза инфантильного с вовлечением в эту ситуацию и самого аналитика, проводящего психоанализ. Кепеч (Kerecs, 1966) показал, что с термином «трансферентный невроз» связано много разногласий и разночтений, и в ряде последующих исследований рассматриваются трудности, связанные с этим понятием (например, Cooper, 1987b; Harley, 1971; Jacobs, 1987; London, 1987; Reed, 1987, 1990); их авторы сходятся на той точке зрения, что данное понятие есть важнейший элемент психоаналитического лечения. Среди тех, кто выступает за сохранение указанного понятия, популярна идея о том, что перенос как явление общепсихологическое следует отличать от частного клинического феномена – трансферентного невроза. Блум (Blum, 1971) отмечает, что с появлением структурной теории постепенно «стали признаваться сложные аспекты переноса, связанные с эго и супер-эго. Перенос в аналитической ситуации рассматривали как перенос защитных реакций, эмоций, фантазий и отношений, связанных с младенческим периодом жизни». Большинство исследователей разделяет ту точку зрения, что понятие инфантильного невроза имеет два основных значения. Первый из них – «прототипический источник интрапсихического конфликта в присутствии эдипова комплекса», а второй – «метапсихологический конструкт, относящийся к внутренней структуре и организации инфантильной личности как результат такого конфликта» (Moore & Fine, 1990). Понятие инфантильного невроза вызывает все большие разногласия (см., например, Calogeras & Alston, 1985; Freud A., 1971; Loewald, 1974).

Придерживаясь совершенно противоположной точки зрения, Бреннер (Brenner, 1982), имеющий репутацию достаточно консервативного теоретика, уверенно утверждает, что

«сам термин „трансферентный невроз“ есть тавтология. Это понятие – не более чем анахронизм. Аналитики определяют невроз как симптом или группу симптомов, возникающих в качестве компромисса при наличии конфликтов.... точно так же и проявления переноса есть элементы компромисса, возникающие из конфликтов... Проявления переноса динамически неотличимы от симптомов невроза. Назвать эти симптомы неврозом или назвать всю совокупность явлений, называемых переносом, неврозом – это значит добавить лишь слово, не имеющее никакого конкретного значения. Термин „перенос“ вполне достаточен сам по себе, и нет никаких оснований расширять этот термин, вводя понятие трансферентного невроза... У меня сложилось впечатление, что термин „подлинный симптом переноса“ обычно используется как синоним понятия „поддающегося анализу переноса“.

Мы целиком согласны с мнением Бреннера и считаем, что термин «трансферентный невроз» следует исключить из употребления, в частности, уже потому, что он часто используется как синоним понятия переноса вообще, а это ведет лишь к ненужной путанице. Тем не менее, следует иметь в виду, что диапазон проявлений переноса весьма широк, начиная от так называемого «переноса характера» до столь интенсивного его проявления, что чувства, испытываемые аналитиком и мысли о нем занимают большую часть умственной деятельности пациента. Интересно отметить, что Мур и Файн в своем первом издании «Словаря психоаналитических терминов и понятий» (Moore & Fine, 1967) определяют трансферентный невроз как «новую „версию“ невроза, развивающегося в ходе психоаналитического лечения», в то время как в более поздней работе этих авторов (Moore & Fine, 1990) они уже не уделяют трансферентному неврозу специального раздела, – о нем лишь вкратце упоминается в статье «перенос».

Теория переноса Мелани Клейн

С самого момента появления аналитического метода, разработанного Мелани Клейн, центральное место в нем занимала интерпретация переноса. Здесь перенос рассматривался как отражение бессознательных фантазий пациента, и в связи с этим Сигал (Segal, 1981) отмечает, что

«в мире фантазий пациента наиболее важной фигурой является личность психоаналитика. Заявить, что все коммуникации рассматриваются в связи с фантазиями пациента так же, как и с текущей внешней жизнью, равнозначно сказанному, что все коммуникации содержат нечто, относящееся к ситуации переноса. В методе Клейн интерпретация переноса зачастую занимает более важное место, чем в классической теории».

Спиллиус (Spillius, 1988), аналитик клейнианской ориентации, в своем весьма содержательном обзоре клинических статей Мелани Клейн отмечает те изменения, которые произошли в ее методе со времени конца 40-х годов. Она указывает на то, что Клейн вообще рассматривает перенос как

«выражение сил, действующих в клинической ситуации и отношений, существующих во внутреннем мире больного. Этот внутренний мир рассматривается как результат непрерывно длящегося процесса развития, как продукт постоянного взаимодействия между бессознательной фантазией, защитными реакциями, с одной стороны, и опытом, связанным

с внешней реальностью, с другой; реальностью как прошлого, так и настоящего. Акцент Мелани Клейн и ее последователей на извращенном характере переноса, является результатом того, что Клейн использовала понятие бессознательной фантазии, постигаемой в качестве основы всякой мысли, – как рациональной, так и иррациональной. Она не выделяла особую категорию мыслей и чувств, относящихся к рациональному началу и, соответственно, не требующих анализа, с одной стороны, и другую категорию, иррациональных мыслей и чувств, соответственно, неадекватных, отражающих перенос и требующих аналитического вмешательства».

Однако Спиллиус указывает, что в большинстве работ Клейн, написанных в 50—60-е годы, выступает тенденция «подчеркивать деструктивность пациента таким образом, что пациент, на наш взгляд, ощущал бы себя кем-то вроде преступника. Другая черта этих работ Клейн состоит в том, что бессознательные фантазии пациента непосредственно сразу же интерпретируются пациенту с использованием языка парт-объектов (грудь, сосок, пенис и т. д.)».

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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