

Ральф Ромео ГРИНСОН

ТЕХНИКА И ПРАКТИКА ПСИХОАНАЛИЗА



ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящая книга представляет собой перевод с 12 переиздания (1985) учебника, написанного в 1967 г. известным американским психоаналитиком Ральфом Гринсоном.

При переводе мы стремились придерживаться устоявшейся русской психоаналитической терминологии, начало которой восходит к переводам 10 — 20-х годов. Для исключения разночтений в конце книги приводится предметный указатель, включающий как английский вариант термина, так и его русский перевод. Страницы ссылок в предметном указателе соответствуют страницам оригинала. В тексте перевода эти страницы даны в скобках в правом верхнем углу,

Коротко об авторе. Ральф Р. Гринсон окончил в 1936 г. «активную психоаналитическую школу» Вильгельма Штеккеля в Австрии. В 1937 г. он оставил Вену и переехал в Лос-Анжелес. С 1938 по 1942 гг. проходил тренинг-анализ и стажировался у известного психоаналитика д-ра Отто Феничела (эмигрировавшего в Штаты несколькими годами ранее). В 1942 г. Гринсон получил диплом и приступил к самостоятельной работе. Вскоре он снова оказывается в Европе, но уже в качестве врача военно-психиатрической службы США. После войны он возвращается в Лос-Анжелес, где работает и поныне как клинический профессор в Медицинской Школе. Гринсон — пожизненный член Американской Психоаналитической Ассоциации.

«Практика и техника психоанализа» адресована как специалистам, так и начинающим терапевтам. Мы надеемся, что она хотя бы частично восполнит тот огромный пробел, который образовался в русскоязычной психоаналитической литературе.

— 3 —

ВВЕДЕНИЕ

Настало время, как мне кажется, для учебника по психоаналитической технике, несмотря на то, что это повлечет за собой многочисленные трудности. По моему мнению, очень опасно допускать двусмысленности, расхождения, отклонения в понимании слов, как переданных устно от аналитика к пациенту, от аналитика-наставника к кандидату, от коллеги к коллеге, в частных дискуссиях, не обращая внимания и не осознавая, для чего они служат.

Классические работы по технике, написанные Фрейдом, Гловеном (1955), Шарпом (1930), Феничелом (1941), блестяще являются лишь путеводными нитями. Они не описывают достаточно детально, что аналитик делает, когда он анализирует пациента. В результате, например, для одного аналитика анализ сопротивления может означать одно и нечто совершенно иное — для другого, хотя каждый из них полагает, что анализирует Сопротивление согласно классическим принципам психоанализа.

«Комиссия по изменениям классической психоаналитической техники» на 20 Конгрессе Международной Психоаналитической Ассоциации, проходившем в Париже в 1959 г., проиллюстрировала многообразие точек зрения (см. Гринсон и др., 1958). Анкета Гловера по общепринятым методикам техники, которую он провел среди членов Британского психоаналитического общества в 1938 году, показала неожиданно большое число разногласий среди членов, а также высокий уровень колебания, робости, нерешительности при раскрытии секретов своих методик

(Гловер, 1955, с. 348), (Анкета Гловера). Блестящий обзор Елены Тартаковой (1950) современных книг по психоаналитической технике ясно показал, что термин «психоанализ» в названиях публикаций применяется к чрезвычайно различным терапевтическим мето-

– 4 –

дам на основании личных, авторских и специальных теоретических посылок. Об этой путанице и неопределенности говорит и тот факт, что Комитет по определению психоаналитической терапии Американской Психоаналитической Ассоциации был распущен в 1953 году, после шести с половиной лет бесплодных дебатов, в ходе которых пытались найти приемлемое определение психоаналитической терапии (Ронгель, 1954). В качестве примеров широко дивергировавших взглядов на значение динамической психиатрии и психоанализа можно привести работы Фромм-Рейхманн (1954) и Эсслера (1955). Учебник по психоаналитической технике, вероятно, не уничтожит различий во мнениях или споров об аспектах техники, но он может оказаться полезным как простой ориентир, детально и систематически регулирующий работу психоаналитика, когда тот пытается анализировать определенные психические феномены пациента.

Следует отметить, что **хотя** публичных дискуссий о деталях техники **немного**, ведется множество частных бесед между аналитиками внутри небольших закрытых групп. Как результат этого, существуют многочисленные изолированные фракции — факт, который приводит к эзотерической отчужденности и тормозит научный прогресс (Гловер, 1955, с. 261).

Те, кто хочет предложить нововведения или модификации техник, обычно не обсуждают их с теми, кто более традиционен в своих взглядах. Они имеют склонность формировать клику и работать подпольно, или, по крайней мере, сегрегироваться от основного течения аналитической мысли. Вследствие этого новаторы утрачивают связи с теми группами в психоанализе, которые могли бы помочь придать законную силу новым идеям или сформулировать их более четко. Изолированные новаторы склонны становиться «дикими аналитиками», тогда как консерваторы, из-за собственной замкнутости, имеют тенденцию становиться ригидными и ортодоксальными. Вместо того, чтобы конструктивно влиять друг на друга, каждый из них идет своим путем, как будто они соперники, закрывая глаза на все, что каждый мог почерпнуть из открытой, простой дискуссии.

Единственной, но очень важной причиной, препятствующей открытию (форм) форума по психоаналити-

– 5 –

ческой технике, является то, что для его проведения, для передачи техник необходимо как бы «раздеть» серьезного исследователя перед представителями других техник, не считая его обучающего и наблюдающего аналитиков. Изучение техник только из небольшой группы источников может увеличить вероятность того, что кандидат сохранит определенные чувства невротического переноса к своим учителям, что помешает найти технику, наилучшим образом подходящую к его личностной и теоретической ориентации. Не редкость молодые психоаналитики, которые несут очевидный штамп их личного аналитика, печать, которая походит на рабскую привязанность подростков. С другой стороны, современные выпускники, которые явно находятся в оппозиции к обучающим аналитикам, могут быть точно так же опутаны неразрешенным неврозом переноса. Гловер (1955, с. 262) называет такие реакции переносом обучения и подчеркивает, что они сводят на нет усилия неопытного психоаналитика.

Впечатляет тот факт, что основы психоаналитической техники, которые Фрейд заложил в пяти коротких работах почти 50 лет назад, до сих пор являются основой психоаналитической практики (Фрейд, 1912а, 1912б, 1913б, 1914с, 1915а). Никаких признанных значительных изменений в стандартной психоаналитической технике с тех пор не было:

В частности, следует отдать дань восхищения гению Фрейда за столь раннее и четкое осознание сущности психоаналитической терапии. Одним из решающих факторов, обусловивших отсутствие прогресса, является сложная эмоциональная связь между студентом, обучающимся психоанализу, и его учителем — неизбежное следствие существующих методов обучения психоанализу (Кайруа, 1964; Гринарке, 1966а).

Обучение анализу, осуществляемое как часть профессиональной подготовки студента, обычно оставляет заметное наследство в виде неразрешенных реакций переноса, которые ограничивают и

деформируют развитие студента в области психоанализа. Когда аналитик пытается проводить терапию в целях обучения, он устанавливает такие взаимоотношения с пациентом (студентом), которые можно было бы назвать высокомерными, но это необходимо для профессионального прогресса студента.

– 6 –

При этом обучающий аналитик неизбежно теряет часть своего инкогнито, уничтожает мотивации пациента, усиливает тенденции кандидата к зависимости, идентификации, покорности и псевдонормальному поведению. Кроме того, в треугольнике, состоящем из студента, психоаналитического учебного заведения и обучающего аналитика, сам аналитик, не зная того и даже против собственной воли, становится фанатиком.

Одним из вторичных последствий неразрешенных проблем переноса-контрпереноса является нежелание психоаналитиков открыто показывать друг другу, как они, в действительности, работают, даже на специальном «показе». Это положение дел, быть может, повлияло и на самого Фрейда, который, согласно Джонсу (1955, с. 230 — 231), часто говорил о своем намерении написать систематическое изложение психоаналитической техники, но так и не сделал этого. Страчей (1958) полагает, что отсутствие какого бы то ни было полного обсуждения контрпереноса в работах Фрейда подтверждает это предположение.

Нежелание психоаналитиков выставлять на всеобщее обозрение свои методы практики исходит частично и из другого, но родственного источника. Работа психоаналитика подчинена многим его интимным и личным процессам (Гринсон, 1966). В результате, при обнаружении того, как аналитик работает, возникает чувство разоблачения и собственной уязвимости. Так как большая часть материала, предполагаемая пациентом, высоко инстинктуализирована, то она воскрешает в памяти аналитика какие-то глубокие интимные моменты, а так как аналитическое понимание пациента зависит от особой эмпатической близости с ним, то реакция стыда, враждебности, страха может усиливаться, когда требуется раскрытие данной ситуации. Как следствие этого, среди психоаналитиков не редкость разнообразные варианты «страшилищ» и эксгибиционистов, а также комбинации того и другого. Тот факт, что сдерживается открытое обсуждение практической деятельности, приводит к тому, что психоаналитики чрезвычайно склонны занимать крайние положения: ортодоксию или сектантство.

Психоанализ — профессия одиночек, и, хотя кто-то чувствует себя комфортно, принадлежа к какой-либо

– 7 –

группе, это блокирует и задерживает научный прогресс, так как поддерживает комфортность. В том, что это профессия одиночек, есть и дополнительный признанный риск — отсутствие, как правило, другого аналитически подготовленного наблюдателя развития аналитической ситуации.

Я не считаю, что присутствие наблюдателей или слушателей предпочтительней, так как мне кажется, что оно, даже если их и не видно, искажает аналитическую ситуацию. (Другие авторы, в особенности, Мертон М. Гилл, имеют иные точки зрения). Я действительно знаю, что аналитик, работая наедине с пациентом и, следовательно, экранированный от испытующих взглядов, предрасположен к пристрастности и некритичности по отношению к собственной технике.

Когда кто-либо детально описывает, что он делает, проводя психоанализ, он раскрывает не только большое количество интимных затруднительных положений, возникших при работе с пациентом, но также и из личной жизни самого аналитика. Единственный и наиболее важный рабочий инструмент аналитика — работа его предсознательного и бессознательного. Если он собирается подробно изложить, как и почему он подошел к ситуации в анализе, он неизбежно должен будет раскрыть многие из своих фантазий, мыслей, черт характера и т. д. Обычная скромность и самозащита заставят его избежать любого чрезмерного раскрытия собственной интимной жизни.

Возможно, книга, которая описывает практику классической психоаналитической терапии, будет стимулировать всеобъемлющую, открытую и длительную, дискуссию по психоаналитической технике. В этом случае вариации, нововведения, модификации и отклонения смогут стать более ясными, будут проверены и, следовательно, будет установлена их научная ценность, что даст толчок прогрессу психоаналитической техники. Я намеревался писать эту книгу, приближаясь к техническим проблемам в том хронологическом порядке, как они возникают в курсе психоаналитической терапии. Я планировал

начать со следующих этапов: «Предварительные интервью», «Переход к кушетке», «Первые аналитические часы» и т. д., но вскоре обнаружил, что невозможно говорить умно, глубоко, детально о про-

– 8 –

блемах техники без досконального понимания сопротивления и переноса. Я также осознал, что студенты извлекли бы пользу из краткого конспекта некоторых основных концепций психоаналитической теории и техники, служащего для предварительной ориентации. Таким образом, эти тома составлены так, что после вводного обзора первый том начнется с разделов, посвященных сопротивлению и переносу понятии, которые являются фундаментальными для психоаналитической техники. Последняя часть первого тома посвящена психоаналитической ситуации. Она включена потому, что предлагает общий обзор, взгляд на связи между различными процедурами и процессами, происходящими у пациента и психоаналитика (см. оглавление). Второй том будет составлен далее по хронологии.

Текст классифицирован так, что каждая техническая часть начинается с предварительного определения, которое иллюстрировано простыми клиническими примерами, за этим следует краткий обзор литературы и теории и затем — рассмотрение практических и технических вопросов. После обсуждения приводятся библиографические ссылки на основные работы по данному вопросу. Там, где по отдельной теме имеются многочисленные ссылки, я указываю их в конце данной части под специальным заголовком «Дополнительный список литературы». Я принял такой порядок во избежание нарушения логичности изложения материала. В конце книги приведена обширная библиография,

– 9 –

ЧАСТЬ I

ОБЗОР ОСНОВНЫХ КОНЦЕПЦИЙ

1.1. История развития психоаналитической терапии

Один из способов выяснить, что составляет сущность психоаналитической терапии, — бросить взгляд с высоты птичьего полета на его историческое развитие и отметить основные этапы изменений технических процедур и процессов лечения. После этого следует изложить краткое содержание выдающихся работ Фрейда по данным вопросам. Более детальные исследования каждого предмета, включающие работы других авторов, будут найдены в соответствующем месте в последующем тексте.

Позвольте мне определить терминологию. Я использую термин **«техническая процедура»**, говоря о комплексе приемов, инструмента, взаимодействий, а также об определенных принятых на себя терапевтом или пациентом обязательствах, в целях дальнейшего процесса, терапевтического. Гипноз, внушение, свободная ассоциация, интерпретация — примеры технических процедур. Термин **«терапевтический процесс»** используется по отношению к взаимосвязанным сериям психических событий, последовательности психических влияний и действий, которые имеют лечебную цель или эффект. Они обычно бывают спровоцированы путем технических процедур. Отреагирование, восстановление памяти, инсайт — терапевтические процессы (см. Е. Вибринг (1954) — похожий, но более общий подход). Техника психоанализа не была обнаружена вдруг. Она постепенно эволюировала по мере того, как Фрейд искал способы эффективной помощи невротическим пациентам. Хотя позже он и отрицал восторженность по поводу терапии, как таковой, именно излечение как цель привело его к открытию психоанализа.

Фрейд был проницательным клиницистом, он смог увидеть, что имеет значение в запутанных последовательностях клинических событий, являющихся последствиями различных технических процедур, которые он применил. У него был также дар воображения и теоретического осмысления, соединяя которые, он строил

гипотезы соответствия техники клиническим проявлениям и терапевтическим процессам. К счастью, Фрейд обладал той комбинацией темперамента и черт характера, которые дали ему возможность быть и завоевателем сознания, «искателем приключений», и внимательным научным исследователем (Джонес, 1953, с. 348; 1955, Глава 16). У него была уверенность в успехе и способность исследовать новые области мышления энергично и творчески. Когда что-то оказывалось неверным, у него хватало скромности изменить как технику, так и теорию.

При внимательном чтении статей Фрейда по технике и клинике обнаруживается, что изменения в технике не были резкими или завершенными. Можно увидеть изменения в расстановке акцентов или в порядке значимости, отмеченном для данной процедуры или терапевтического процесса. Вместе с тем можно описать различные фазы в развитии технических процедур и в теории терапевтического процесса. Сам Фрейд кратко описал три фазы, но это было до того, как он подошел к структурной точке зрения (1914с).

1.2. Изменения в технических процедурах

Хотя Фрейд знал о случае Анны О. от Брейера в 1882 году и изучал гипноз у Шарко с октября 1885 по февраль 1886 г., он ограничивался использованием общепринятых терапевтических методов того времени, когда начинал практиковать. На протяжении почти 20 месяцев он применял электростимуляцию, водолечение, массаж и т. д. (Джонес, 1953; Глава 12). Неудовлетворенный результатами, он начал использовать гипноз в декабре 1887 г., очевидно, пытаясь подавить симптом пациента. В случае Эммы фон Н. (1889) Фрейд впервые использовал гипноз в целях катарсиса. Его терапевтический подход состоял в следующем: он гипнотизировал пациентку и приказывал ей рассказывать о происхождении каждого из ее симптомов. Он настойчиво спрашивал, что испугало ее, что вызвало рвоту или опечалило ее, когда происходили те события и т. д. Пациентка отвечала серией воспоминаний, что сопровождалось сильным аффектом. В конце Фрейд внушал пациентке, чтобы она забыла эти воспоминания.

К 1892 году Фрейд осознал, что его способность гипнотизировать пациентов неограничена, и он встал перед выбором: либо отказаться от катартического лечения, либо попытаться делать это без сомнамбулической стадии (Броер и Фрейд, 1893—95, с. 108). Чтобы объяснить свой подход, он напомнил, что Бернхейм продемонстрировал, что пациентов можно заставить вспомнить события просто путем внушения (с. 109). Фрейд, следовательно, пришел к предположению, что пациенты знают все, что имеет для них патогенное значение, и вопрос только в том, чтобы заставить их сообщить это. Он приказывал пациентам лечь, закрыть глаза и сконцентрироваться. Он надавливал на лоб и настойчиво говорил, что воспоминания должны появиться (с. 270).

Элизабет фон Р. (1892) была первой пациенткой, которую Фрейд вылечил внушением в бодрствующем состоянии. К 1896 году Фрейд отказался от гипноза¹. Не совсем ясно, когда он отказался от использования внушения как основного терапевтического инструмента. Тем не менее, к 1896 г. Фрейд уже совершенно закончил свою работу над «Толкованием сновидений», хотя она не была опубликована до 1900 г. Вероятно, со способностью постигать структуру и значение сновидений возросло его умение интерпретировать их. Как следствие этого, Фрейд получил возможность все более и более полагаться на спонтанное продуцирование материала пациентом. Он мог использовать интерпретации и конструкции, чтобы достичь вытесненных воспоминаний.

Точной даты открытия процедуры свободных ассоциаций нет. Вероятно, она постепенно развивалась между 1892 и 1896 годами, уверенно очищаясь от гипноза, внушения, давления и опрашивания, которые сопровождали ее вначале (Джонес, 1953, с. 242—244). Намеки на нее появились уже в 1889 г., в случае Эммы фон Н. (Брейер, Фрейд, 1893—95, с. 56). Джонес описывает исторический случай, когда Фрейд настойчиво расспрашивал Элизабет фон Р. и она упрекнула его в том, что он прерывает ход ее мыслей. Фрейд скромно принял этот совет, и метод свободной ассоциации сделал гигантский шаг вперед.

¹ См. комментарии «Страки. Стандарт Эдишн», 2:111.

Фрейд объяснял, что при отказе от гипноза и внушения утрачивается возможность доступа к вытесненному материалу и, следовательно, возможность получить патогенные воспоминания и фантазии. Свободная ассоциация — совершенно достаточный заменитель их, позволяющий произвольным мыслям пациента проявиться в терапевтической ситуации. Вот описание этого метода, сделанное Фрейдом: «Не оказывая какого-либо давления, аналитик предлагает пациенту лечь удобно на софе, тогда как сам он сидит на стуле за ним, вне поля зрения пациента. Он даже не просит его закрыть глаза и избегает любых прикосновений, так же, как избегает всяких других процедур, которые могут напомнить о гипнозе. Сеанс, следовательно, проходит как беседа между двумя людьми, в равной степени бодрствующими, но один из них воздерживается от любых мускульных усилий и любых отвлекающих ощущений, которые могут отвлечь его внимание от его собственной умственной деятельности. Для овладения идеями и ассоциациями пациента аналитик просит «разрешить ему войти» в такое состояние, как если бы они беседовали бесцельно, бессвязно, наугад» (1904, с. 250—251). Процедура свободной ассоциации стала известна как (фундаментальное, или основное, правило психоанализа (Фрейд, 1912а, с. 107).

Свободная ассоциация остается основным и единственным методом коммуникации для пациентов в ходе психоаналитического лечения. Интерпретация же остается основным, наиболее важным инструментом аналитика. Эти две технические процедуры придают психоаналитической терапии отличительную печать. Другие способы общения также встречаются во время курса психоаналитической терапии, но они являются не основными, а подготовительными, или вторичными, они не типичны для психоанализа. Этот момент будет обсуждаться в секции 1.34.

1.12. Изменения в теории терапевтического процесса

Работа «Об истерии» может рассматриваться как начало психоанализа. В ней можно увидеть, как Фрейд боролся за обнаружение того, что составляет сущность терапевтического процесса при лечении истерии. Впе-

чатляет тот факт, что некоторые из тех явлений, которые в то время описывал Фрейд, стали основой психоаналитической теории терапии. Как это характерно для Фрейда, он начал с борьбы по преодолению препятствий его терапевтическому подходу. И только позже осознал, что эти помехи были решающими для понимания неврозов пациентов и терапевтического процесса. Настойчивость и гибкость дали возможность Фрейду справиться со множеством препятствий, что и привело к открытию психоанализа.

В предварительном сообщении (1893) Брейер и Фрейд. (1893—95) утверждали, что «каждый отдельный истерический симптом немедленно и надолго исчезает, когда мы добиваемся успеха, проливая свет на воспоминания о событии, которым тот симптом был спровоцирован, и в возбуждении сопровождающего аффекта, и когда пациент описывает то событие, как можно более детально и переводит аффект в слова». Они полагали, что только путем отреагирования пациент может достичь полного «катартического» эффекта, и, таким образом, освободиться от истерического симптома. Эти переживания, как они утверждали, отсутствуют в памяти пациента в нормальных условиях и могут быть получены только путем гипноза.

Патогенные мысли сохранились такими «свежими» и так аффективно заряженными, потому что они не были включены в нормальный процесс разрядки. Они имели дело с «удушенными» аффектами (с. 17). Разрядка от «удушенных» аффектов лишила бы патогенные воспоминания их силы, и симптомы могли бы исчезнуть.

В тот период развития психоанализа процессы отреагирования и разрядки рассматривались как терапевтические процессы, причем с акцентом на отреагирование. Терапевт гипнотизировал пациента и пытался заставить его вспомнить травмировавшее событие, чтобы затем пришло целительное

катаргическое переживание. У Анны О., которую Брейер лечил в 1882 году, бывали спонтанные гипнотические трансы, во время которых она спонтанно переживала вновь прошлые травматические события. Когда она выходила из сомнамбулического состояния, она чувствовала облегчение. Таким образом, опыт Анны О. проложил путь для катарти-

– 14 –

ческой терапии. Сама она называла это «лечение разговором» или «чисткой трудом».

Постепенно у Фрейда складывалось представление и о той силе в пациенте, которая противостоит лечению. Окончательно оно выкристаллизовалось в случае Элизабет фон Р., которую он не мог загипнотизировать и которая отказалась сообщить некоторые свои мысли, несмотря на то, что он настаивал (с. 154). Он пришел к заключению, что эта сила, сопротивляющаяся лечению, есть та же самая сила, которая охраняет патогенные мысли (с. 268). Цель одна — защита. «Незнание» истерического пациента есть, фактически, нежелание знать» (с. 269—270). Задача терапевта, как считал Фрейд, состоит в том, чтобы преодолеть это сопротивление, что он и делает, «настаивая», подталкивая, расспрашивая, надавливая на лоб и т. д.

Фрейд признавал, что личное влияние врача может быть чрезвычайно значимо, и предлагал терапевту действовать и как просветителю, учителю, духовному отцу (с. 282). Вместе с тем он осознавал, что при определенных условиях отношение пациента к врачу может «расстроиться» — фактор, который превратит отношения пациент — врач в наихудшее препятствие на пути дальнейшего анализа (с. 301). Это может произойти, если пациент чувствует к себе пренебрежение, когда пациент становится сексуально зависимым, или если пациент испытывает недоверие к врачу, вытекающее из содержания анализа, переносит на фигуру врача внушающие беспокойство мысли из содержания анализа (с. 302). При работе с этим следует вывести все на сознательный уровень и вернуться назад, к тому моменту в лечении, когда это возникло. Затем следует попытаться убедить пациента общаться, несмотря на эти чувства (с. 304).

Таким образом, Фрейд обнаружил явления сопротивления и переноса, хотя, по существу, они им рассматривались как помехи в работе. Главная цель было — достигнуть аффективного отреагирования и восстановить травматические воспоминания. Реакции переноса и сопротивления должны были быть обойдены или преодолены.

В работе «Об истерии» Фрейд попытался сформулировать задачи, сконцентрировать свои усилия на индивидуальной симптоматике пациента. Он сознавал,

– 15 –

что эта форма терапии — симптоматическая, а не казуальная (р. 262). В случае Доры, который был опубликован в 1900, хотя написан в 1901 г., Фрейд констатировал, что психоаналитическая техника полностью революционизирована (1903, р. 12). Он более не старался прояснить каждый симптом, один за другим. Он нашел, что этот метод совершенно неадекватен в случае комплексного невроза. Теперь Фрейд предлагал пациенту самому подобрать субъективный материал к сеансу, а сам начинал работу с подсознательными мыслями пациента, которые проявлялись в данный момент.

Очевидно, Фрейд осознавал, что терапевтический процесс в виде одной единственной операции не может быть эффективным, так как невротические симптомы имеют множественные причины. Хотя он уже пришел к принципу переопределенности в работе «Об истерии» (с. 173—174), он точно сформулировал свое мнение по этому вопросу в статье «Психоаналитическая процедура по Фрейду», опубликованной в 1904 г. В этом эссе он утверждал, что изменения в технике от гипноза и внушения к свободной ассоциации дали возможность получить новые данные и «в конечном счете неизбежно повлекли за собой отличную, хотя и не противоречащую, концепцию терапевтического процесса» (с. 250). Гипноз и внушение маскируют сопротивление и мешают выявить психические силы пациента. Избежав сопротивления, можно получить лишь неполную информацию и достичь временного терапевтического успеха. Терапевтическая задача состоит в преодолении сопротивления, уничтожения репрессирующего давления, и тогда провал в памяти будет заполнен.

Я полагаю, что здесь мы видим сдвиг в теории терапевтического процесса от доминирующей важности отреагирования к преодолению амнезии. Это не противоречит тому факту, что отреагирование имеет терапевтический эффект. Сняв эмоциональное напряжение, пациент обычно

испытывает временное чувство облегчения. Более того, катарсис ценен тем, что снижает аффективную напряженность, что благоприятно сказывается на последующей терапии. Весьма важен тот факт, что вербализация, сопровождающая разрядку эмоций и побуждений, дает возможность исследовать их более четко. Но катарсис не является более конечной целью те-

– 16 –

рапии. Я полагаю, что это как раз то, о чем Фрейд упоминал, говоря об «отличном, но не противоречащем утверждению».

Новое ударение было теперь сделано на бессознательном устранении амнезии, восстановлении памяти. Сопротивление стало краеугольным камнем психоаналитической теории, было соотнесено с теми силами, которые вызывают репрессию. Аналитик использует интерпретацию для того, чтобы сломить сопротивление.

В случае Доры (1905а) Фрейд впервые подчеркнул решающую роль переноса. «Перенос, которому, кажется, предписано быть самой большой помехой психоанализу, становится его наиболее могучим союзником, если каждый раз его присутствие может быть определено и объяснено пациенту» (р. 117). В постскрипуме к этому случаю Фрейд описывает случай, когда пациент внезапно прекратил лечение потому, что ему не удалось проанализировать множественные элементы переноса, которые доучали при лечении.

В работе «Динамики переноса» (1912а) он описывает связь между переносом и сопротивлением, позитивный и негативный перенос и амбивалентность реакций переноса. Часть одного раздела заслуживает быть процитированной, так как в ней отчетливо видна новая терапевтическая ориентация Фрейда. «Борьба между врачом и пациентом, между интеллектом и инстинктивной жизнью, между пониманием и стремлением действовать проявляется почти исключительно в явлении переноса. На этом поле битвы должна быть победа — победа, чье выражение — перманентное излечение невроза. Не подлежит сомнению, что контроль за явлениями переноса связан для психоаналитика с большими трудностями. Но не следует забывать, что такой контроль оказывает неоценимую услугу, делая скрытые и забытые эротические побуждения непосредственными и явными. К счастью, в то время, когда все это было сделано и сказано, уже невозможно было судить заочно и сжигать портреты» (р. 103).

С 1912 года и далее последовательный анализ переноса и сопротивления стал центральным элементом терапевтического процесса. Позже, в том же году, Фрейд предостерегал против «удовольствий переноса» и убеждал, что психоаналитик должен быть непроницаем, как

– 17 –

зеркало для пациента, и должен сохранять свою анонимность (1912б, с. 118). В своей работе «Воспоминание, повторение и тщательная проработка» (1914с), Фрейд описывает особо, как вести себя по отношению к переносу и сопротивлению, и связывает это с навязчивым повторением. Он использует термин «невроз переноса» для обозначения того, что во время психоанализа пациент замещает свой обычный невроз этим неврозом, вовлекая аналитика. Этот вопрос подробно рассматривается в главе XXIII в «Лекциях по введению» (1916—17, с. 454—455).

Кое-что новое было добавлено к дискуссии по терапевтическим процессам в той части, где Фрейд отмечает, что перестройка Эго становится возможной при анализировании переноса (р. 455). Он утверждал, что при интерпретации неосознанное переходит в осознанное и увеличивает Эго за счет подсознательного. В работе «Эго и Ид» Фрейд выразил эту мысль очень сжато. «Психоанализ — инструмент, дающий возможность Эго достичь, добиваться прогрессирующей победы над Ид» (с. 56). В 1933 г., Фрейд писал, что в психоанализе основные усилия направлены на то, чтобы «усилить Эго, сделать его более независимым от Суперэго, расширить сферу действия перцепции и укрепить его организацию так, чтобы оно могло присвоить свежую порцию Ид. Где было Ид, там будет Эго» (с. 80). И снова в работе «Анализ конечный и бесконечный» (1973а) Фрейд утверждает: «Дело анализа — обеспечивать, насколько это возможно, хорошие условия для функционирования Эго, только в этом случае он выполнит свою задачу» (с. 250).

Обозревая историческое развитие исторических процедур и процессов психоаналитической терапии, можно заметить, что гипноз был оставлен, но все остальные элементы терапевтической иерархии сохранились, хотя и в весьма отличной роли (Лоевальд, 1955). Внушение не используется для

получения воспоминаний и не является более главным терапевтическим приемом психоанализа. Оно может быть применено как временная вспомогательная мера, необходимость которой, в конечном счете, будет проанализирована (это будет обсуждаться в секции 1.34).

Отреагирование более не рассматривается как те-

– 18 –

рапевтическая цель, оно ценно в другом плане. Аналитик по-прежнему пытается выйти за пределы сознательного, но теперь он использует свободную ассоциацию, анализ сновидений и интерпретацию. Главное поле деятельности для аналитической работы — это область переноса и сопротивления. Мы надеемся сделать неосознанное осознанным, вернуть вытесненные воспоминания, преодолеть инфантильную амнезию. Но даже и это не концептуализировано более как единственная цель. Единственной целью психоанализа является увеличение относительной силы Эго по отношению к Суперэго, Ид и внешнему миру.

1.2. Теоретические основы техники

1.21. Связь между теорией и практикой

Прежде чем мы могли бы перейти к более полному и систематичному рассмотрению терапевтических процедур и процессов, было бы неплохо сделать краткий обзор некоторых основных теоретических концепций психоанализа. Между теорией и практикой существует реципрокная связь. Клинические открытия могут привести к новым теоретическим формулировкам, которые, в свою очередь, могут так повлиять на восприятие и технику аналитика, что станет возможным получение новых клинических инсайтов. Обратное также верно. Ошибочная техника может привести к искажению клинических данных, которые, в свою очередь, могут лечь в основу ошибочных теоретических построений. Всякий раз, когда недостаточна интеграция между теорией и техникой, страдают оба аспекта (Хартманн, 1951, с. 143). Например, с сопротивлением можно иметь дело более эффективно, если знать многочисленные функции сопротивления, его связь с защитами в общем, его цель в каждом конкретном случае.

Есть аналитики, имеющие тенденцию изолировать свои практические знания от теоретических. Некоторые делают это, пассивно следуя за пациентом до тех пор, пока какой-нибудь фрагмент материала не становится понятным, и затем без дальнейшей проработки сообщают его пациенту. Они неправильно употребляют то положение, что бессознательное самого аналитика, его

– 19 –

эмпатия являются наиболее важными инструментами терапии, они игнорируют необходимость проделывать некоторую интеллектуальную работу над получаемыми данными. Как следствие этого, у них нет целостного мнения о пациенте, нет реконструкций более крупных частей жизни пациента, есть лишь коллекция инсайтов. Заблуждения в другом направлении равно опасны, есть аналитики, которые слишком поспешно формулируют теории на основе скудных клинических данных. Для них анализ становится состязанием ума, или неким интеллектуальным упражнением. Такие аналитики избегают инстинктивных или эмоциональных затруднений, возникающих при работе с пациентами, они отказываются от интуиции и эмпатии и становятся сборщиками данных или интерпретационными автоматами.

Психоаналитическая терапия предъявляет к аналитику очень противоречивые требования. Он должен вслушиваться в материал своего пациента, высвобождая свои собственные ассоциативные фантазии и воспоминания; более того, он должен тщательно исследовать и осмыслить приобретенные инсайты до того, как они будут переданы пациенту (Ференци, 1919а, с. 189). Способность расположить пациента к свободному ассоциированию приобретается аналитиком из опыта (при успешном анализировании). Для того же, чтобы эффективно использовать чьи-либо теоретические знания на практике, ими нужно интеллектуально овладеть; они, кроме того, должны быть приемлемы сами по себе, не скрываясь за клиническим мастерством. Для того чтобы работа аналитика оставалась научной,

необходимо, чтобы он имел способность использовать эмпатию и интуицию, с одной стороны, и свои теоретические познания — с другой (Феничел, 1941, с. 1—5; Кохут, 1959).

В первые годы развития психоанализа большая доля успеха в продвижении вперед была обусловлена клиническими открытиями. В последние же годы перевес, кажется, образовался на стороне техники. Когда Фрейд открыл решающую важность систематического анализирования сопротивления пациентов, он почти на двадцать лет опередил открытие сопричастности Эго к этой процедуре. Сегодня мы, по-видимому, знаем гораздо больше о функционировании Эго, чем в состоянии использовать непосредственно в нашей технике (Хартманн,

– 20 –

1951). Но я полагаю, что наша величайшая надежда на прогресс техники лежит в лучшей интеграции клинических, теоретических и технических знаний.

1.22. Психоаналитическая теория невроза

Теория и техника психоанализа базируются, в основном, на клинических данных, полученных при изучении неврозов. Хотя в последние годы наметилась тенденция расширять рамки психоаналитических исследований, включая нормальную психологию, психозы, социологические и исторические проблемы, наши знания в этих областях не прогрессировали так далеко, как наше понимание неврозов (А. Фрейд, 1954а; Стоун, 1954б). Клинические данные по неврозам все еще снабжают нас наиболее достоверным материалом для формулирования психоаналитической теории. Для того чтобы понять теорию психоаналитической техники, читателю необходимо иметь определенные знания о психоаналитической теории невроза. «Лекции по введению» (1916—17) Фрейда и работы Пунберга (1932), Феничела (1945а), Уайлдера (1960) — великолепные источники для этого. Здесь же я только намечу основные моменты, которые я считаю наиболее важными теоретическими посылками для понимания техники.

Психоанализ утверждает, что психоневрозы базируются на невротическом конфликте. Конфликт ведет к обструкции разрядки инстинктивных побуждений, что кончается состоянием «будь я проклят». Эго становится все менее способным справляться с усиливающимися напряжениями и, в конце концов, оказывается подавлено. Непроизвольные разрядки в клинике проявляются как симптомы психоневроза. Термин «невротический конфликт» используется в единственном числе, хотя всегда имеется более чем один важный конфликт. Привычка и условность заставляют нас говорить о единственном конфликте (Колби, 1951, с. 6). Невротический конфликт — это **бессознательный** конфликт между побуждением Ид, стремящегося к разрядке, и защитой Эго, отворачивающей непосредственную разрядку или доступ к сознанию. Временами клинический материал свидетельствует о конфликте между двумя инстинктивными потребностями, например, гетеросексу-

– 21 –

альная активность может быть использована для предотвращения гомосексуальных желаний. Анализ покажет, что может быть использовано в таком случае, как гетеросексуальная активность для целей защиты, чтобы избежать болезненных ощущений вины и стыда. Гетеросексуальность в данном примере выполняет требования Эго и находится в оппозиции запретному инстинктивному побуждению, гомосексуальности. Следовательно, формулировка, что невротический конфликт есть невротический конфликт между Ид и Эго, остается, по-прежнему, в силе.

Внешний мир также играет важную роль в формировании невроза, но и здесь конфликт должен быть определен как внутренний конфликт между Эго и Ид, результатом чего является невротический конфликт. Внешний мир может вызвать инстинктивные искушения и ситуации, от которых, видимо, следует уклониться, так как они несут с собой опасность какого-то наказания. В результате мы будем иметь дело с невротическим конфликтом, если инстинктивные искушения или опасность будут заблокированы от сознания. Конфликт с внешней реальностью становится, таким образом, конфликтом между Ид и Эго.

Суперэго играет более сложную роль в невротическом конфликте. Оно может войти в конфликт на стороне Эго или Ид, или на стороне и того, и другого. Суперэго — это та инстанция, которая делает

инстинктивное побуждение запретным для Эго. Именно Суперэго заставляет Эго чувствовать себя виноватым даже за символическую и искаженную разрядку, поэтому сознательно она ощущается весьма болезненно. Суперэго также может войти в невротический конфликт, став регрессивно реинстинктуализированным, из-за чего возникает тенденция укорять себя. Пациент, подавленный виной, может быть затем загнан в ситуацию, вновь и вновь заканчивающуюся болью. Все части психического аппарата участвуют в формировании невротического симптома (см. Феничел, 1941, Глава II; 1945а, Глава VII, VIII, Вельдер, 1960, с. 35—47; и дополнительный список литературы).

Ид все время стремится к разрядке, оно будет пытаться получить некоторое частичное удовлетворение путем использования производных и регрессионных вы-

– 22 –

ходов. Эго, для того чтобы потакать требованиям Суперэго, должно искать даже эти инстинктивные дериваты так, чтобы они появлялись в замаскированной форме, едва узнаваемой как инстинктивная. Тем не менее, Суперэго заставляет Эго чувствовать себя виноватым, и искаженная инстинктивная активность вызывает боль различными способами. Это ощущается как наказание, но никак не удовлетворение.

Ключевой фактор в понимании патогенного **подхода** невротического конфликта — это необходимость для Эго постоянно тратить энергию в попытках не допустить опасные тенденции к сознанию и моторике. В конечном счете, это приводит к относительной недостаточности Эго, и производные первоначального невротического конфликта переполняют истощенное Эго и прорываются в сознание и поведение. С этой точки зрения психоневроз может быть понят как травматический невроз (Феничел, 1945а; Глава VII, VIII). Относительно безобидный стимул может возбудить какое-нибудь побуждение Ид, которое может быть связано с инстинктивным резервуаром «будь я проклят». Истощенное Эго не в состоянии выполнять свои охранные функции, оно переполняется до такой степени, что вынуждено дать некоторую разрядку инстинктивным побуждениям, причем такая разрядка будет замаскирована и искажена в своем проявлении. Эти замаскированные, искаженные непроизвольные разрядки проявляются в клинике как симптомы психоневроза.

Позвольте мне проиллюстрировать это относительно простым клиническим примером. Несколько лет назад молодая женщина, миссис А., пришла для лечения в сопровождении своего мужа. Она пожаловалась, что не в состоянии выходить из дома в одиночку и чувствует себя в безопасности только с мужем. Кроме того, она пожаловалась на страх обморока, страх головокружения, боязнь недержания. Эти симптомы появились совершенно внезапно, почти полгода назад, когда она была в косметическом кабинете.

Анализ, продолжавшийся несколько лет, показал, что фактическим толчком для внезапного появления фобий у пациентки было то, что ее причесывал мужчина-косметолог. В конце концов, мы смогли обнаружить факт, что в тот момент она вспомнила, как ее приче-

– 23 –

сывал отец, когда она была маленькой. В тот день она пошла в парикмахерскую в приятном предвкушении свидания с отцом, который собирался нанести первый визит молодоженам после их свадьбы. Он собирался остановиться в их доме, и она была переполнена восторгом, это она сознавала. Бессознательно же она чувствовала себя виноватой за эту любовь к отцу и преобладающую неосознанную враждебность по отношению к мужу.

Очевидно, такое безобидное событие, как причесывание волос, возбудило старые сильные инцестозные стремления, враждебность, вину и тревогу. Короче говоря, миссис А. должна была быть в сопровождении мужа, чтобы быть уверенной, что он не убит ее пожеланиями смерти. Кроме того, его присутствие предохраняет ее от рвущейся наружу сексуальности. Страхи обморока, головокружения, недержания были символическими представителями потери морального равновесия, потери самоконтроля, т. е. страхом запятнать свой хороший характер, унизиться, потерять свое высокое положение. Симптомы молодой женщины связаны с приятными телесными ощущениями так же ясно, как и с инфантильными фантазиями наказания.

Я полагаю, что можно сформулировать события следующим образом: причесывание волос возбудило репрессированные импульсы Ид, которые привели ее к конфликту с Эго и Суперэго.

Несмотря на отсутствие очевидных невротических симптомов, предшествовавших неожиданному появлению фобий, имелись признаки того, что ее Эго уже относительно истощено, а ее Ид испытывает необходимость в адекватной разрядке. У миссис А. годами были бессонницы, ночные кошмары, нарушения сексуальной жизни. В результате фантазии, вызванные причесыванием волос, увеличили напряжение Ид до такой степени, что оно прорвало инфантильные защиты Эго и появились произвольные разрядки, что привело к формированию острого Симптома.

Следует сразу отметить два дополнительных момента, хотя дальнейшее рассмотрение будет пока отложено. Эго пытается справиться с запретными или опасными побуждениями Ид, прибегая к различным защитным механизмам, имеющимся в его распоряжении. Защиты могут быть успешными, если обеспечена периодическая

– 24 –

разрядка инстинктивных напряжений. Они становятся патогенными, если большое число либидозных или агрессивных побуждений исключены из контакта с остальной частью личности (Фрейд А., 1965, Глава V). В конечном счете, то, что репрессировано, приобретает форму симптомов.

Невроз взрослого человека всегда построен вокруг ядра из его детства. Случай миссис А. показывает, что ее сексуальные чувства были зафиксированы на детском образе ее отца, и сексуальность сейчас так же запретна, как и в детстве. Хотя миссис А. преодолела свой детский невроз в достаточной мере для того, чтобы эффективно действовать во многих областях жизни, она остается невротически регрессировавшей во всем, что касается генитальной сексуальности. Фобии ее детства и тревоги по поводу тела вернулись в ее взрослом неврозе. (Единственный невроз, не имеющий базы в детстве, — это истинный травматический невроз, который чрезвычайно редок. Он часто смыкается с психоневрозом (Феничел, 1945а; Глава VII).

1.23. Метапсихология анализа

Понятие психоаналитической метапсихологии относится к тому минимальному количеству допущений, на которых базируется система психоаналитической теории (Рапопорт и Гилл, 1959). Метапсихологические писания Фрейда не являются полными и систематическими и разбросаны по его работам. Седьмая часть «Толкования сновидений» (1900), его работа «Записки по метапсихологии» (Фрейд, 1915б, 1915с, 1915д, 1917б) и приложения к «Затруднениям, симптомам и тревоге» (1926а) — основные источники для ссылок. Действительно, Фрейд явно сформулировал только три метапсихологических подхода — топографический, динамический и экономический. Генетический подход он, по-видимому, считал не требующим доказательств. Хотя Фрейд и не определил структурный подход, он, в действительности, полагал, что данный подход сможет заменить топографический (1923б, с. 17). (См. по этому вопросу Рапопорт и Гилл, 1959; Арлоу, Бреннер, 1964.) Адаптивный подход также является неотъемлемым для психоаналитического мышления (Партманн, 1939).

– 25 –

Таким образом, в клинической практике для того, чтобы понять психическое событие до конца, необходимо проанализировать его с шести различных точек зрения: топографической, динамической, экономической, генетической, структурной и адаптивной. В клинической практике мы анализируем продукцию наших пациентов лишь частично и фрагментарно, в данном интервале времени. Тем не менее, опыт учит нас, что мы должны использовать все эти подходы, когда мы пытаемся проникнуть в суть иницирующего события. Я попытаюсь набросать контуры этих концепций. В поисках более подробного обзора отошлем к работам Феничела (1945а, ч. II), Рапопорта и Гилла (1959), Арлоу и Бреннера (1964).

Раньше всего Фрейд постулировал топографический подход. В седьмой части «Толкования сновидений» (1900) он описал различные способы функционирования, которые определяют явления сознательного и бессознательного. «Первичный процесс» имеет влияние на бессознательный материал, а «вторичный процесс» управляет сознательными явлениями. У бессознательного материала только одна цель — разрядка. Здесь нет чувства времени, порядка или логики, а противоположности могут сосуществовать без уничтожения друг друга. Конденсация и перемещение — другие характеристики

первичного процесса. Обозначение психического события как сознательного или бессознательного предполагает более чем просто качественную дифференциацию. Архаичные и примитивные способы функционирования являются характеристиками бессознательных процессов.

Позвольте мне проиллюстрировать это. Пациент рассказал мне такой сон: «Я строю пристройку к передней части моего дома. Вдруг меня прерывает плач моего сына. Я ищу его в сильном страхе и вижу его в отдалении, но он убегает прочь от меня. Я начинаю сердиться и, в конце концов, ловлю его. Я начинаю выговаривать ему за то, что он убегал от меня, и вдруг замечаю, что у него треугольная рана в углу рта. Я говорю ему, чтобы он не разговаривал, так как разрез станет больше. Я вижу розовую плоть под кожей и чувствую тошноту. Потом я осознаю; что это вовсе не мой сын, а мой старший брат. Он улыбается мне снисходительно, как будто он обманул меня. Я отворачиваюсь от него, но я смущен, так как я чувствую, что я потный и горя-

– 26 –

чий, и он может заметить, что от меня дурно пахнет».

Ассоциации пациента можно свести к следующему: «Мой старший брат, бывало, задирает меня, когда я был помоложе, но затем у него был нервный срыв, и я стал сильнейшим из нас двоих. Мой брат копирует меня во всем. Когда я купил многоместный легковой автомобиль, он купил такой же. «Когда мы с женой забеременели, он тоже забеременел». Казалось, у моего брата были проблемы с маскулинностью. Его сын в четыре года все еще в локонах и не говорит. Я пытался ему объяснить, что локоны у мальчика неуместны».

В этом месте я вмешался и спросил, что он хотел сказать, говоря: «Когда мы с женой забеременели, он тоже забеременел». Пациент, защищаясь, ответил, что это просто манера говорить. Затем он рассмеялся и сказал, что, возможно, он думал, что может иметь ребенка, когда был маленьким. Его мать сожалела, что родился мальчик, она отращивала ему локоны и одевала в платье. Он действительно помнил, что играл с куклами до шести лет. Треугольная рана напомнила ему плохую рану, которую он видел у своего партнера по играм в детстве. Этот разрез навел его на мысль о вагине. Его жена перенесла операцию на вагине, и это могло вызвать у него мысли на эту тему.

Я снова вмешался и показал пациенту, что сон включает мысль о том, что лучше помолчать, если не хочешь, чтобы рана разошлась, если же будешь разговаривать, она увеличится. Пациент задумался, а потом сказал, что он считает, что боится раскрыть некоторое свое сожаление по поводу того, что он — мужчина. Может быть, некоторая активность гомосексуальной природы имела место у его брата, как мы предположили ранее.

Сон и ассоциации ясно демонстрируют некоторые характерные черты первичного и вторичного процессов. «Я строю пристройку к передней части моего дома» — вероятно, символизирует богатство воображения бессознательного моего пациента. Это также проявляется позже, в его ассоциации, когда он говорит: «Моя жена и я забеременели, и мой брат стал беременным». Треугольная рана символизирует видение пациентом вагины. Намек на это также виден в его кастрационном страхе, проявляющемся в ощущении тошноты, появля-

– 27 –

ющемся во сне, и в возбуждении при мысли об операции на вагине, которая пришла во время ассоциаций. Сын превращается в его брата, но это не вызывает никакого удивления во сне, где логика и время не важны. Однако это превращение выражается в конденсированной форме в том, что даже при поверхностном взгляде видно, что пациентом командуют, и в прошлом, и в аналитической ситуации пациент имел и все еще имеет некоторые пассивные, анальные и феминные отношения и фантазии. Треугольная рана вытесняется так же, как и конденсация. Маленький мальчик, убегающий прочь, есть такая же конденсация пациента, на которого направлены его гомосексуальные желания и страхи, как и старший брат пациента, как и он сам. Сам анализ в данном сновидении представлен в виде строительства пристройки, страшных ожиданий, убегания прочь, предостережения сохранять молчание. Аналитик представлен как человек, бегущий за маленьким мальчиком, сердящийся на него, за то, что он убегает прочь, улыбающийся снисходительно, смущающийся тем, что может заметить дурной запах.

Я думаю, что это сновидение и ассоциации продемонстрировали множество качеств первичного и вторичного процессов так, как они представлены в клинической работе.

Динамический подход предполагает, что ментальные феномены есть результат взаимодействия сил. Фрейд (1916—17, с. 67) для демонстрации этого использует анализ ошибок — «Я попросил бы вас иметь в виду, как модель, способ, которым мы исследуем эти феномены. Из следующего ниже примера вы можете узнать цель пашей психологии. Мы даем не просто описание и классификацию явлений, но понимаем их как проявление взаимодействия сил в сознании, как манифестацию целенаправленных устремлений, конкурирующих или находящихся в обоюдной оппозиции. Мы имеем дело с динамическим взглядом на ментальные феномены». Этот подход является основой для гипотез, рассматривающих инстинктивные побуждения, защиты, интересы Эго, конфликты. Формирование симптомов, амбивалентность и переопределение — примеры динамик.

Пациент, который страдал от преждевременных эякуляций, имел неосознанные страхи и ненависть к ва-

– 28 –

гине. Она представлялась ему ужасной, гигантской полостью, которая могла бы поглотить его. Это грязная, скользкая, тошнотворно растянутая труба. В то же самое время вагина была сладкой, сочной, дающей молоко грудью, которую он страстно желал взять в рот. Во время полового сношения он колебался между фантазиями, что громадная вагина поглотит его, и его эрегированный пенис может прорвать и распороть ее хрупкие и тонкие стенки, так что они закровоточат. Его преждевременная эякуляция была выражением экспрессивных побуждений запачкать и уменьшить этот ненавистный орган, а также убежать прочь от этих опасных и хрупких гениталий. Это также была символическая попытка, мольба к обладательнице вагины: «Я всего лишь маленький мальчик, который просто мочится в вагину, отнесись ко мне хорошо». Преждевременная эякуляция была компромиссом между различными проявлениями разрушительной чувственности и оральной фиксацией. По мере того, как проходил анализ и его половые отношения с женой продолжались, он стал выражать агрессивную чувственность в сильной фаллической активности, а оральную фиксацию — в предварительной половой игре.

Экономический подход имеет отношение к распределению, преобразованию и учету психической энергии. На нем базируются такие концепции, как связывание, нейтрализация, сексуализация, агрессивность и сублимация.

Примером экономического подхода может служить случай миссис А., который я описал в секции 1.22. До того, как у нее внезапно появились фобии, она находилась в состоянии инстинктивных напряжений, типа «будь я проклят», но ее Эго было еще в состоянии выполнить защитные функции достаточно адекватно, поэтому у миссис А. не было очевидных симптомов. Она была в состоянии сохранять психическое равновесие, избегая сексуальных отношений с мужем, а если она должна была участвовать в них, она не позволяла себе сексуально возбуждаться. Это требовало большой доли защитной энергии ее Эго, но она была в состоянии сохранять контроль до инцидента с причесыванием. В этот момент визит отца и причесывание волос вызвали из памяти сексуальные и романтические воспоминания.

– 29 –

Кроме того, это увеличило ее враждебность к мужу. Эго миссис А. не смогло справиться с этим новым притоком сильного стремления Ид к разрядке. Инстинктивные побуждения вырвались в виде страха обморока, страха головокружения, боязни недержания. Это привело к фобическому страху покинуть дом без сопровождения мужа. Чтобы полностью понять, почему произошел прорыв защитных способностей миссис А., необходимо рассмотреть изменения в распределении ее психических энергий.

Генетический подход рассматривает происхождение и развитие психических феноменов. Он имеет дело с тем, как прошлое претворяется в настоящее, и с тем, почему в данном конкретном конфликте было принято специфическое решение. Это фокусирует внимание как бы на биологических, конституциональных факторах, так и на испытанных переживаниях.

Пример: мой пациент, мистер Н., утверждал, что он был любимым сыном и матери, и отца. В качестве доказательства он рассказал, что ему позволили поехать мальчиком в летний лагерь, а позже — отпустили в колледж. Оба его младших брата никогда не получали таких привилегий. Он также утверждал, что он счастливо женился, хотя редко имел сексуальные отношения с женой и часто

изменял ей. Он чувствовал себя вполне счастливым человеком, хотя и страдал от периодических депрессий и от импульсивных приступов азартности.

Одним из основных защитных маневров пациента было собирание воспоминаний с «ширмой». Воспоминания, которые он пересказывал, были достоверны, но они были освобождены от воспоминаний о несчастьях. Временами с ним действительно обращались как с любимым сыном, но было это редко и не было типично. Его родители были непоследовательны и лицемерны, что явилось решающим фактором в обострении его симптоматики. Родители часто отказывали ему, лишали его чего-то, а когда он выражал недовольство, они указывали ему на те отдельные особые удовольствия, которые они доставили ему в прошлом. То, что его родители делали с ним сознательно, мой пациент делал бессознательно, пользуясь «ширмой». Он отрицал свое прошлое и настоящее несчастье, прячась за ширмой, само

– 30 –

существование которой говорило об обратном. Его периоды депрессии раскрывали глубоко спрятанную печаль. Игра в азартные игры была попыткой доказать, что он счастлив, он — любимое дитя «Госпожи Удачи».

Структуральный подход предполагает, что психический аппарат может быть разделен на несколько устойчивых функциональных единиц. Это был последний большой вклад Фрейда в теорию психоанализа (1923б). Концепция психического аппарата, как состоящего из Эго, Ид и Суперэго, произошла из структуральной гипотезы. Она приложима, когда мы говорим о таких интраструктурных процессах, как симптомообразование или синтетическая функция Эго.

Клинической иллюстрацией может служить описанный выше случай пациента, страдающего преждевременной эякуляцией. Когда он начинал лечение, ему пришлось отказаться от функции Эго, репрессирующей сексуальные ситуации. Все женщины становились его матерью, все вагины были нагружены орально-садистическими и анально-садистическими фантазиями. По мере улучшения, он больше регрессировал в сексуальных ситуациях. Его Эго могло различать мать и жену, устремления его Ид прогрессировали от оральных и анальных к фаллическим.

В заключение мы сформулируем адаптивный подход, хотя Фрейд только предполагал его наличие. «Концепция адаптивности подразумевает, например, Фрейдом при рассмотрении проблемы взаимосвязи между побуждением и объектом, и в рассуждениях Хартманна и Эриксона о врожденной подготовленности к изменяющимся параметрам среднеожидаемой окружающей среды» (Рапопорт и Гилл, 1959, с. 159—160).

Все, что касается рассмотрения взаимоотношений с окружающей средой, объектами любви и ненависти, отношений к обществу и т. д., основывается на этом подходе. Все клинические примеры, которые я привел ранее, также являются примерами адаптации.

1.24. Теория психоаналитической техники

Психоаналитическая терапия — каузальная терапия, она пытается уничтожить причины, вызывающие невроз. Ее цель — разрешение невротического конфликта паци-

– 31 –

ента, включающего инфантильный невроз, который служит краеугольным камнем взрослого невроза. Разрешение невротического конфликта означает воссоединение с сознательной частью Эго той части Ид, Суперэго и бессознательной части Эго, что была исключена из нее по той или иной причине.

Психоаналитик познает элементы бессознательного через его дериваты. Все вышедшие из под контроля компоненты Ид и Эго производят дериваты-«полукровки», которые еще организованы в соответствии со вторичными процессами и не осознаются (Фрейд, 1915б, с. 190—192; Феничел, 1941, с. 18).

Метод, который необходим аналитику для того, чтобы облегчить сообщение пациенту этих производных, есть метод свободных ассоциаций, так называемое «основное правило психоанализа» (Фрейд, 1913б, с. 134—136; 1915, с. 149—150). Эти дериваты появляются в свободных ассоциациях пациента, снах, симптомах, в обмолвках, в его ошибочных действиях, а также в действиях вовне.

Пациента просят, сообразуясь с его способностями, постараться вызвать в памяти какие-то мысли и безо всякой логики и порядка высказать; ему следует говорить даже такие вещи, которые кажутся ему тривиальными, постыдными, невежливыми и т. п. Поскольку регрессия обслуживается Эго, то, позволяя мыслям свободно приходить на ум, мы, тем самым, облегчаем выход на поверхность дериваты бессознательного Эго, Ид и Суперэго. Пациент движется от строгого мышления вторичного процесса в направлении первичного. Задача аналитика — проанализировать эти дериваты для пациента (значение термина «проанализировать» и других технических и клинических терминов будет обсуждаться в разделе 1.3).

Хотя пациент испытывает страдание от невроза и начинает психоаналитическое лечение с сознательным мотивом — желанием изменений, существуют бессознательные силы, которые защищают невроз и статус-кво. Эти силы противостоят процедурам и процессам лечения, они называются **сопротивлениями**. Сопротивления происходят от тех самых защитных сил Эго, которые формируют часть невротического конфликта. В курсе лечения пациент повторяет все различные формы и ва-

– 32 –

рианты защитных маневров, которые он использовал в своей прошлой жизни. Анализ сопротивления — один из краеугольных камней психоаналитической техники. Поскольку сопротивление есть проявление защитных и искаженных функций Эго, именно его психоаналитик, должен анализировать в первую очередь. Проницательность эффективна только в том случае, если пациент в состоянии установить и поддерживать приемлемое Эго. Сопротивление сталкивается с этим Эго, поэтому сопротивление должно быть проанализировано прежде чем начнется любая другая аналитическая работа.

Например, молодой человек, казалось, колеблется, рассказывать ли мне нечто унижительное о своей жене. Когда бы он ни нашел ее виноватой, он быстро прощал или оправдывал ее проступки. Когда я указал ему на это защитное отношение, он вначале отрицал его, а затем со слезами на глазах, подтвердил, что я прав. Он осознал, что старался скрыть недостатки своей жены, так как был уверен, я жду, что он разведется со своей женой, зная, насколько она непутева. Когда я занялся исследованием вопроса о разводе, пациент рассказал, что в детстве его отец неоднократно угрожал разводом его матери, когда считал, что она в чем-то виновата. Следовательно, ясно, что его нерешительность вызвана опасениями, что я буду действовать, как его отец. Он пытался защитить жену от меня, как он хотел защитить свою мать от отца.

Только после того, как пациент узнал источник сопротивления, он смог продвинуться в понимании того, что он, а не я был тем, кто имел такое сильное, «отцовское» негодование против его жены. Потребовался гораздо более длительный анализ для того, чтобы узнать, что, хотя и хотел он защитить свою мать от отца, у него у самого было чувство негодования по отношению к матери. Бессознательно он хотел, чтобы я настаивал на его разводе с женой, как некогда он хотел, чтобы так поступил его отец по отношению к матери.

В этом клиническом примере необходимо было проанализировать каждый аспект сопротивления шаг за шагом, чтобы дать возможность пациенту увидеть реальную ситуацию. Во-первых, он должен был осознать, что боялся того, что я захотел бы его развода, из-за чего он скрывал от меня подробности, касающиеся его

– 33 –

жены. Затем он осознал, что смешивал меня со своим отцом, а свою жену — с матерью. В конце анализа пациент был в состоянии признать, что лежит под его защитными чувствами по отношению к матери, а именно, что была и большая доля враждебности. Каждый шаг в анализе сопротивления предполагает, что приемлемое Эго пациента имеет возможность увидеть некоторые иррациональные, разрушающие аспекты своей деятельности.

Этот клинический пример приводит к другой основной концепции теории психоаналитической техники. Невротические пациенты склонны к **реакциям переноса**. Перенос — один из основных и наиболее ценных источников материала для анализа, одна из наиболее важных мотиваций, и, одновременно, величайшее препятствие успеху анализа. Инстинктивная фрустрация невротика делает его бессознательно ищущим объекты, на которые он переносит свои либидозные импульсы

(побуждения). Пациент склонен повторять свое прошлое посредством человеческих отношений, для того, чтобы получить удовлетворение, он должен не только переживать, но и подчинять себе некоторую тревогу или вину. Перенос — освобождение от прошлого, ошибочное понимание настоящего посредством прошлого. Основная важность реакций переноса в теории и технике происходит из того факта, что, если реакция переноса должным образом обработана, пациент будет переживать в ситуации лечения и в отношении к аналитику все значимые человеческие отношения своего прошлого, которые не вполне приложимы к нему (Фрейд, 1912а).

Психоаналитическую ситуацию структурируют таким образом, чтобы облегчить максимальное развитие реакций переноса. Отсутствие иных форм отношений с аналитиком и относительное инкогнито последнего помогают раскрыть полную гамму чувств и фантазий переноса. Кроме того, последовательный анализ переноса как в аналитической ситуации, так и вне ее, дает возможность пациенту выдерживать различные варианты и интенсивности переноса.

Перенос также является источником величайшего сопротивления во время анализа. Пациент может упорно работать в начале анализа для того, чтобы получить благосклонность аналитика. Неизбежно пациент почув-

– 34 –

ствует неприятие или холодность в какой-нибудь форме, потому, что все наши пациенты на опыте испытали это неприятие в своем прошлом, и отношение аналитика к ним, в сущности, их не удовлетворяет. Враждебные чувства репрессированного прошлого или запрещенные страстные сексуальные желания детства и отрочества, будут вызывать у пациента сильные тенденции бессознательно бороться против аналитической работы. Качество и количество «реакций переноса» детерминировано прошлым пациента. На продолжительность этих реакций также будет влиять то, насколько эффективно психоаналитик анализирует проблемы переноса, которые вызывают сопротивление. Следует добавить несколько слов об относительно невротическом, рациональном и реалистическом отношении пациента к аналитику — о «рабочем альянсе» (Гринсон, 1965а).

Это та часть взаимоотношений пациент — аналитик, которая дает возможность пациенту идентифицироваться с точкой зрения аналитика и работать с аналитиком, несмотря на невротические реакции переноса.

Психоаналитическая техника направлена непосредственно на Эго, ибо только Эго указывает путь к Ид, к Суперэго, к внешнему миру. Наша цель — дать Эго возможность отречься от его патогенных защит или найти более подходящие (А. Фрейд, 1936, с. 45—70). Старые защитные маневры оказываются неадекватными: новые допускают некоторые инстинктивные выходы, не сопровождаемые чувством вины или тревоги. Разрядка Ид уменьшает инстинктивное давление, и Эго оказывается на относительно сильных позициях.

Психоаналитик надеется побудить относительно зрелые аспекты Эго пациента бороться с тем, что Эго уже однажды изгнало из сознательного как слишком опасное. Аналитик ожидает, что под защитой рабочего союза и несексуального позитивного переноса, пациент бросит взгляд на то, что он однажды рассматривал в такой тревоге, он будет теперь в состоянии переоценить ситуацию и, в конечном счете, откажется попытаться новыми способами взаимодействовать, со старой опасностью. Медленно пациент осознает, что инстинктивные импульсы, побуждения детства, которые сокрушали ресурсы детского Эго и были искажены детским Суперэго, могут быть перенесены во взрослом возрасте.

– 35 –

Психологическая работа, которая имеет место после того, как достигнут инсайт, основывается на проницательности и которая ведет к стабильным изменениям в поведении или отношении, называется **тщательной проработкой** (Гринсон, 1965б). Она состоит из таких переносов, как утилизация и ассимиляция инсайта и переориентация (Е. Вибринг, 1954). Это будет обсуждаться в следующей секции.

Психоанализ пытается таким образом развернуть процесс невроза и формирование симптомов, заставить их двигаться в обратном направлении (Вельдер, 1960, с. 46). Единственно надежным решением проблемы является достижение структурных изменений в Эго, которые позволят ему отречься от его защиты или найти какую-нибудь другую, которая допускает адекватную инстинктивную разрядку (Феничел, 1941, с. 16).

Разрешите мне проиллюстрировать типичную последовательность событий таким клиническим примером. Двадцатисемилетняя женщина, миссис К., добивалась анализа по различным причинам. В течение нескольких лет, у нее бывали моменты бесчувственности, оцепенелости, «ухода», ощущение себя «зомби». Кроме того, у нее бывали периоды депрессии, неспособности испытывать оргазм при сексуальных отношениях и наиболее часто импульсивно-навязчивые идеи иметь половую связь с негром. Последний симптом был наиболее мучителен для нее, именно он вынудил ее обратиться за лечением. Я использую этот симптом как фокусную точку для иллюстрации теоретического описания, в котором приведены намерения и цели психоаналитической техники (см. Альтман (1964), его сообщение о дискуссии группы специалистов по данному вопросу, особенно о вкладе Росса).

Все психотерапии пытаются облегчить симптомы пациента, но только психоанализ пытается делать это путем разрешения невротического конфликта, который лежит на дне симптомов. Другие терапии пытаются помочь пациенту, усиливая его защиты или используя перенос и внушение для того, чтобы смягчить инстинктивные побуждения. Или они могут пытаться решить защитно-инстинктивный конфликт внушением каких-то инстинктивных выходов, которые будут возможны под защитой очень похожего на Суперэго переноса к психо-

– 36 –

терапевту. Некоторые терапевты могут использовать наркотики для транквилизации либидозных устремлений и таким образом помочь «осадить» Эго пациента. Некоторые другие могут использовать такие наркотики, как алкоголь и фенobarбитал, которые могут временно притупить запросы Суперэго пациента. Все эти методы могут помочь, но они временны, так как не приводят к перманентному изменению в психической структуре, запутанной в причинном бессознательном конфликте.

Психоаналитической терапии следовало бы постараться поставить пациента в известность о различных бессознательных побуждениях, фантазиях, страхах, чувствах вины, наказаниях, которые выражаются сконденсированно в его симптомах. Случай этой пациентки я использовал как пример медленного постижения того факта, что негр был маской для ее властного, сексуально привлекательного и внушающего страх рыжего отчима из ее пубертата. Импульсивно-навязчивая идея о сексуальных отношениях с негром была продемонстрирована как произошедшая, частично, от замаскированного ипестозного страстного желания отчима. Это была также ширма для проявления садистско-мазохистских побуждений «туалетизации» сексуальности. Негр также представляет собою конденсацию анально-фаллического представления о мужчине из трехлетнего возраста. Болезненность симптома раскрывается в виде самообвинения за запретные побуждения.

Но по мере того, как пациентка постепенно постигала это, ее Эго стало потреблять уже не так много энергии в попытках репрессировать запретные побуждения и фантазии. Ее Эго могло теперь принять знание о том, что ипестозные фантазии не то же самое, что действия, и что они являются неотъемлемым атрибутом определенного периода взросления. Миссис К. могла теперь увидеть, что ее Суперэго было слишком суровым. Она осознала, что жестоко себя укоряла в манере, сходной с ее мазохистскими сексуальными фантазиями. Желание быть битой и бить и пачкать представляет собой регрессивные попытки получить замены сексуального удовлетворения.

По мере того, как пациентка принимала все это, прежде неосознанные явления становились осознанными, появились заметные изменения в трех психических

– 37 –

структурах. Эго перестало использовать регрессию, реактивную формацию и изоляцию против импульсов, которые были раскрыты. Это стало возможным потому, что ее суровое Суперэго стало менее садистским по отношению к Эго. Анальные садомазохистские побуждения, будучи представлены сознанию, потеряли свою интенсивность, устремления ее Ид сместились в направлении получения генитального удовольствия. Изменения ее инстинктивных побуждений сделали возможным для миссис К. получение несколько большего сексуального удовлетворения с ее мужем, она потеряла импульсивную навязчивость в стремлении к негру.

Анализ реакции переноса и сопротивления играет важную роль во всех этих развитиях. Например, сексуальные чувства миссис К. по отношению к ее отчиму прояснились, когда она призналась, что чувствовала, что я был сексуально привлекателен, «даже хотя вы гораздо старше, так, что могли бы

быть моим отцом». Ее фантазии о том, чтобы быть побитой, проявились в анализе как страх, что я буду бить ее, и затем как желание, чтобы я делал это. У миссис К. было сильное сопротивление, не позволявшее ей рассказать о некоторых ее сексуальных фантазиях, потому что она чувствовала себя так, будто я подсматриваю за ней в туалете. Это привело к нашему раскрытию ее «туалетизации» сексуальности.

Миссис К. упорно работала во время анализа и после почти полугода выработала относительно приемлемый альянс со мной. Несмотря на болезненность реакций переноса и сопротивления, она смогла со временем идентифицироваться с моей точкой зрения и попытаться понять свои невротические реакции.

Временное и частичное улучшение побудило пациентку продолжить лечение. Теперь она была в состоянии разрешить себе продвинуться глубже, назад, в аналитической ситуации и позволить себе вспомнить еще более ранние формы своего невротического конфликта. Сексуальное желание к негру также служило важной защитной функцией против сильного гомосексуального побуждения. Было показано, что эта отличительная черта происходит от глубоко репрессированных оральных сосательных импульсов по отношению к матери, которые ощущались как опасные для существования матери,

– 38 –

а также воспринимались как угроза индивидуальности пациентки. Рядом с этим конфликтом была очень примитивная ярость к матери, которая воспринималась как опасная для матери и как угроза существованию самой миссис К. Понимание различных уровней невротического защитного инстинктивного конфликта привело к постепенным изменениям в структуре Эго, Ид. и Суперэго пациентки. От некоторых старых защит отказались, как от ненужных, были найдены новые защиты, которые делали возможным инстинктивное удовлетворение без вины. Были изменены старые взаимоотношения между психическими структурами, возникли новые отношения с внешним миром.

1.3. Компоненты классической психоаналитической техники

Теперь, когда читатель сделал обзор психоаналитической терапии, ее исторического развития и теоретического остова, данный раздел имеет целью дать общее введение в технику сегодняшнего дня. Она состоит из рабочих определений или описаний терапевтических процедур и процессов, которые применяются в классическом психоанализе. Ее цель — дать глоссарий технических терминов, концепций и продемонстрировать, как некоторые из них используются в частной и выхолощенной аналитической терапии, в сравнении с психоаналитической терапией (Е. Бибринг, 1954; Гринакре, 1954; Гилл, 1954).

1.31. Продуцирование материала

1. 311. Свободная ассоциация

В классическом психоанализе преобладающим способом сообщения материала пациентом **является свободная ассоциация**. Обычно работа со свободными ассоциациями начинается после того, как предварительное интервью будет завершено. В предварительном интервью аналитик оценивает способность пациента работать в психоаналитической ситуации. Часть этой работы состоит в определении эластичности Эго пациента, его способности восстанавливать душевные силы при колебаниях между более регрессивными функциями-

– 39 –

ми Эго, которые необходимы при свободном ассоциировании, и более развитыми функциями Эго, требующими для понимания аналитических вторжений ответов на прямые вопросы и резюмирование каждодневной жизни в конце сеанса.

Пациент обычно свободно ассоциирует большую часть сеанса, но он может также рассказывать сновидения или другие события ежедневной жизни или прошлого. Для психоанализа характерно, что

пациента просят ассоциировать при пересказе сновидений или другого переживания. **Свободная ассоциация имеет приоритет над другими способами продуцирования материала в аналитической ситуации.**

Однако свободное ассоциирование может быть нарушено сопротивлением. Тогда задача психоаналитика будет состоять в том, чтобы проанализировать такие сопротивления для того, чтобы восстановить нормальный процесс свободного ассоциирования. Случается также, что пациент не может оставить свободное ассоциирование из-за того, что функции Эго нарушены. Это пример исключительной ситуации, возникающей в анализе. И здесь задачей аналитика будет попытаться восстановить мышление Эго — логическое мышление вторичного процесса. Он, вероятно, будет вынужден применить внушение, директивное указание для того, чтобы добиться положительного результата. Это не аналитический прием, но он необходим, так как, судя по всему, мы имеем дело с психотической реакцией в начальной стадии.

Свободная ассоциация — основной метод продуцирования материала в психоанализе. Однако этот метод используется в отдельных случаях и в тех формах психотерапии, когда предпринимаются попытки выйти в области неизведанного так называемыми «психоаналитически ориентированными психотерапевтами». Но используется она в иеаналитической терапии, в укрывающей или поддерживающей терапии.

В разделе, посвященном, тому, что психоанализ требует от пациента, будет представлено дальнейшее обсуждение свободной ассоциации (секция 4.12). Введение свободной ассоциации в связи с переходом к кушетке будет описано во втором томе.

– 40 –

1.312. Реакции переноса

Уже с момента лечения Доры Фрейд осознал, что реакции переноса пациента и его сопротивления дают весьма важный материал для аналитической работы (1905а, с. 112—122). Вследствие этого аналитическая ситуация организована так, чтобы максимально облегчить развитие реакций переноса пациента. Сопротивления имеют целью предотвратить или затруднить процесс переноса. Как сопротивление, так и перенос являются носителями жизненно важной информации о прошлом пациента, его репрессированной истории. Разделы 2 и 3 этого тома посвящены систематическому и подробному обсуждению этой темы. Здесь же я попытаюсь дать лишь предварительную ориентацию в данном вопросе,

Перенос состоит в переживании эмоций, побуждений, отношений, фантазий и защит по отношению к некоторой личности в настоящем, не адекватном по отношению к ней, так как они являются повторением, перемещением реакций, образовавшихся по отношению к значимым личностям в раннем возрасте. Восприимчивость пациента к реакциям переноса исходит из его состояния инстинктивной неудовлетворенности и происходящей в результате этого необходимости поиска возможных разрядок (Фрейд, 1912а).

Важно заострить внимание на том факте, что пациент склонен повторять **вместо того**, чтобы вспоминать; повторение есть всегда сопротивление по отношению к функциям памяти. Однако путем повторения вновь и вновь прошлого пациент действительно делает возможным для прошлого «вхождение» в аналитическую ситуацию. Повторение переноса привносит в анализ материал, который иначе остался бы вне поля зрения. Если перенос должным образом обработан, он приведет к воспоминаниям, реконструкциям и пониманию и к окончательному прекращению повторений.

Существует много способов классификации различных клинических форм реакций переноса. Обычно используются такие обозначения, как позитивный и негативный перенос. Название «позитивный перенос» относится к различным формам страстного сексуального желания, а также к симпатии, любви и уважению к

– 41 –

аналитику. Название «негативный перенос» применяется к различным разновидностям агрессии в форме гнева, сим-антипатии, ненависти или презрения по отношению к аналитику. Следует понять, что все реакции переноса, по существу, амбивалентны, а то, что происходит в клинике, это лишь «поверхность».

Для того чтобы реакции переноса имели место в аналитической ситуации, пациент должен быть способен рискнуть некоторой временной репрессией, в рамках Эго-функций и объектных отношений. Эго пациента должно быть способно на временную регрессию к реакциям переноса, но эта регрессия должна быть частичной и обратимой, так, чтобы пациент мог быть подвергнут лечению и в то же время жить в реальном мире. Люди, которые не осмеливаются регрессировать от реальности и те, которые не могут вернуться легко к реальности, с трудом отваживаются на психоанализ. Фрейд подразделял невроты на две группы на основании того, может пациент или нет развивать и сохранять относительно сцепленный набор реакций переноса и вместе с тем функционировать в анализе и во внешнем мире. Пациенты с «невротом переноса» могут делать это, тогда как пациенты, страдающие «нарцисстическим невротом», не могут (Фрейд, 1916—17, с 341, 414—415, 420—423).

Фрейд также использовал термин **невроз переноса** для того, чтобы описать ту совокупность реакций переноса, в котором анализ и аналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента и невротический конфликт пациента вновь оживает в аналитической ситуации (Фрейд, 1914, с. 154). Все важные проявления болезни пациента будут пережиты или привнесены в аналитическую ситуацию (Фрейд, 1905а, с. 118—119; 1914с, с. 150—154; 1916—1917, раздел XXII).

Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие невроза переноса. Относительная анонимность аналитика, его ненавязчивость, «правило абстиненции» и «правило аналитик — зеркало» — все это имеет целью сохранить относительно «неоскверненным» поле для многообещающего невроза переноса (Феничел, 1941, с. 72; Гринакре, 1954). Невроз переноса есть артефакт аналитической ситуации; он может быть уничтожен только путем аналитической

– 42 –

работы. Он служил как бы переходом от болезни к здоровому состоянию.

С одной стороны, невроз переноса — один из наиболее важных проводников успеха в психоанализе; с другой — наиболее частая причина терапевтической неудачи (Фрейд, 1912а, 1914с; Гловер, 1955, Главы VII, VIII). Невроз переноса может быть разрешен только путем анализа, другие процедуры могут изменить его форму, но при этом увековечат его (Гилл, 1954).

Психоанализ — единственная форма психотерапии, которая пытается разрешить реакции переноса путем систематического и досконального анализирования последних. Сторонники кратких или неквалифицированных версий психоанализа делают это лишь частично и выборочно. Следовательно, кто-то может анализировать только негативный перенос и то лишь тогда, когда он угрожает прервать лечение, или анализировать перенос настолько глубоко, насколько это необходимо для того, чтобы пациент был в состоянии работать в терапевтической ситуации. В таких случаях после лечения всегда остаются некоторые остаточные явления нерешенных реакций переноса. Это убеждает в том, что нерешенный невроз остается неизменным.

В неаналитических формах психотерапии реакции переноса не анализируются, но им потворствуют и с ними манипулируют. Терапевт присваивает себе роль какой-то фигуры из прошлого, реального или фантазии и потворствует каким-то инфантильным страстным желаниям пациента. Терапевт может действовать как любящий, ободряющий родитель, как карающий моралист, и пациент может чувствовать временное улучшение или даже «излечение». Но эффект от этих «лекарств переноса» мимолетен и длится лишь столько, сколько идеализированный перенос на терапевте будет неприкасаем (Феничел, 1945а, с. 559—561; Хунберг 1932, с. 335—340).

1.313. Сопротивления

Термин **сопротивление** относится ко всем силам внутри пациента, которые находятся в оппозиции процедурам и процессам психоаналитической работы. В большей или меньшей степени оно присутствует от начала

– 43 –

и до конца лечения (Фрейд, 1912а). Сопротивления защищают статус-кво невроза пациента. Сопротивления находятся в оппозиции аналитику, аналитической работе и приемлемому Эго пациента.

Соппротивления — операционная концепция, а не вновь созданные анализом. Аналитическая ситуация становится тем местом действия, где обнаруживается сопротивление.

Соппротивление есть повторение всех защитных операций, которые пациент использовал в своей обычной прошлой жизни. Все вариации психических явлений могут быть использованы для целей сопротивления, на вне зависимости от того, что служит его источником, сопротивление действует через Эго пациента. Хотя некоторые аспекты сопротивления могут быть осознаны, значительная их часть остается бессознательной.

Психоаналитическая терапия характеризуется доскональным и систематическим анализом сопротивлений. Задача психоаналитика состоит в том, чтобы раскрыть, как пациент сопротивляется, чему он сопротивляется и почему он делает это. Непосредственной причиной сопротивления всегда является избегание таких болезненных явлений, как тревога, вина или стыд. За этим могут быть найдены инстинктивные побуждения, которые и вызывают болезненный аффект. В конце концов, будет выяснено, что это страх травматического состояния, которое сопротивление пытается отвлечь (А, Фрейд, 1935, с. 45—70; Феничел, 1945, с. 128—167).

Существует много способов классификации сопротивлений. Наиболее важное практическое различие состоит в дифференциации Эго-синтоничных сопротивлений от сопротивлений, чуждых Эго. Если пациент чувствует, что сопротивление чуждо ему, он готов работать над ним аналитически. Если же оно Эго-синтоничное, он может отрицать его существование, преуменьшать его важность или рационализировать его исчезновение. Одним из важных шагов при анализировании сопротивления является превращение его в сопротивление, чуждое Эго. Как только это будет достигнуто, пациент сформирует рабочий альянс с аналитиком и будет временно и частично идентифицировать себя с аналитиком в своей готовности работать над анализом своего сопротивления.

Другие формы психотерапии пытаются избежать или

– 44 –

преодолеть сопротивления путем внушения или используя наркотики, или эксплуатируя отношения переноса. В укрывающей или поддерживающей терапии терапевт пытается усилить сопротивление. Это может быть необходимо для пациента, который может перейти в психическое состояние. Лишь в психоанализе терапевт стремится выявить причину, цель, форму и историю сопротивлений (Кнайт, 1952).

1.32. Анализирование материала пациента

В классическом психоанализе большое число терапевтических процедур используется для работы на различных уровнях. Общей характеристикой для всех аналитически ориентированных техник является их непосредственная цель — улучшение понимания пациентом самого себя. Некоторые процедуры не добавляют этого понимания «пер се», но усиливают те функции Эго, которые необходимы для достижения понимания. Например, отреагирование создает достаточную разрядку инстинктивных напряжений, так что осажденное Эго далее не будет чувствовать надвигающуюся опасность. Более спокойное Эго облегчит затем возможность наблюдения мышления, воспоминания, оценки, функции, которые были утрачены в остром тревожном состоянии. Понимание теперь становится возможным. Отреагирование — одна из **неаналитических** процедур, которая часто используется при аналитическом лечении. Часто оно является необходимой предпосылкой для инсайта.

Анти-аналитические процедуры — те, которые блокируют или уменьшают способности к пониманию и инсайту. Меры или действия, которые ослабляют функции Эго по наблюдению, мышлению, воспоминанию и оценке, принадлежат к этой категории. В качестве подобных действий можно назвать назначение некоторых наркотиков интоксикации, быстрое и легкое успокаивание, удовольствия переноса, отвлечения внимания и т. д.

Наиболее важная **аналитическая** процедура — интерпретация; все остальные подчинены ей теоретически и практически. Все аналитические процедуры — это либо шаги, которые ведут к интерпретации, либо дела-

– 45 –

ют ее эффективной (Е. Бибринг, 1954; Гилл, 1954; Меннингер, 1958).

Термин «анализирование» — стенографическое выражение, которое относится к техникам по достижению понимания. Он обычно включает четыре различных процедуры: **конфронтацию**, **прояснение**, **интерпретацию** и **тщательную переработку**. В последующих частях будет дано более обширное обсуждение и клинические примеры того, как каждая из этих процедур применяется. Здесь я ограничусь рабочими определениями и простыми иллюстрациями.

Первый шаг при анализировании психического феномена — **конфронтация**. Явление должно стать очевидным для сознательного Эго пациента. Например, до того, как я смогу интерпретировать причину, из-за которой пациент избегает определенной темы во время сеанса, я сначала должен показать ему, что он избегает чего-то. Иногда пациент сам видит это, тогда можно переходить к следующему шагу. Однако, прежде чем предпринимать любые дальнейшие аналитические шаги, нужно убедиться, что пациент сам различает тот психический феномен, который мы пытаемся анализировать.

Конфронтация приводит к следующему этапу — к **прояснению**. Обычно эти две процедуры смешиваются друг с другом, но я нахожу, что нужно разделять их, потому что каждая из них вызывает различные проблемы. Прояснение относится к тем действиям, которые имеют целью поместить анализируемый психический феномен в четкий фокус. Значимые детали должны быть раскопаны и тщательно отделены от посторонних. Частности или части феномена в вопросе должны быть выделены и изолированы.

Разрешите привести простой пример. Я поставил пациента, мистера Н., перед фактом, что он оказывает сопротивление, после чего он увидел, что это действительно так, казалось, он убегает от чего-то прочь. Дальнейшие ассоциации пациента вели в направлении того, почему и чему он сопротивляется. Давайте рассмотрим первую инстанцию. Ассоциации, детерминированные сопротивлением, привели пациента к рассказу о прошлом уик-энде. Мистер Н., пришел на родительское собрание в школу дочери, где испытал замешательство

– 46 –

при виде столь большого количества родителей, выглядевших богатыми. Это напомнило ему собственное детство, то, как он с ненавистью наблюдал за тем, как его отец заискивал перед своими богатыми клиентами. Отец был деспотом в отношении своих рабочих и «глупым подлизой» с богатыми. Пациент боялся своего отца, пока жил дома до поступления в колледж. Потому он стал презирать его. У него до сих пор сохранилось это чувство презрения, но он не показывает его, ведь это ни к чему бы ни привело, его отец слишком стар для того, чтобы меняться. Его отцу, должно быть, уже под шестьдесят, его волосы совсем белые, «то, что от них осталось». Пациент замолчал.

У меня было впечатление, что ассоциации мистера Н., указывали на некоторые чувства, которые он питал ко мне, и это были те чувства, которые заставили его сопротивляться в начале сеанса. Я также чувствовал что это, вероятно, должно относиться к презрению и, более точно, к страху пациента выразить свое презрение непосредственно мне. Когда пациент замолчал, я сказал, что мне бы хотелось знать, не испытывает ли он некоторого презрения к другому седовласому мужчине. Пациент покраснел, и его первый ответ был таким: «Я полагаю, вы думаете, что говорил о вас. Нет, это не совсем верно. Я не чувствую никакого презрения к вам — почему, собственно, я должен испытывать его? Вы лечите меня очень хорошо — по большей части. Я не имею понятия, как вы обращаетесь со своей семьей или своими друзьями. Впрочем, это не мое дело. Кто знает, может быть, вы один из тех людей, кто, наступив на ногу чучела, приносит «свои большие извинения»; я не знаю, и это меня не волнует».

В тот момент я понял следующее. Я ответил ему, что было бы легче не знать, как я в действительности веду себя вне сеанса. Если бы он узнал, то, вероятно, почувствовал бы презрение и побоялся бы выразить его, мне непосредственно. Мистер Н. несколько секунд молчал, а затем ответил, что если бы он представил меня делающим что-то, вызывающее презрение, то он не знал бы, что делать с этой информацией. Это напомнило ему о случае, произошедшем несколько недель тому назад. Он был в ресторане и услышал сердитый мужской голос, распекающий официанта. С дальнего

– 47 –

расстояния голос звучал, как мой, и затылок тоже выглядел, как мой. С облегчением несколькими минутами позже он увидел, что это не так.

Теперь стало возможно показать пациенту, что он старался избежать чувства презрения ко мне, потому что, если бы это произошло, он побоялся бы выразить его, так же как он боялся выразить его отцу. Это была та специфическая комплексная группа эмоциональных ответов, которую следует выделить для прояснения до того, как приступить к дальнейшему анализу сопротивления.

Третий шаг при анализировании — интерпретация. Эта процедура отличает психоанализ от всех остальных психотерапий, потому что в психоанализе интерпретация — окончательное и решающее действие. Все другие процедуры подготавливают для интерпретации материал или развивают ее и, в свою очередь, сами должны быть интерпретированы. Интерпретировать означает делать неосознанные феномены осознанными. Более точно, это означает делать сознательным бессознательное значение, источник, историю, форму или причину данного психического события. Это обычно требует не одной, а нескольких интерпретаций. Для интерпретации аналитик использует свое собственное бессознательное, свою эмпатию и интуицию так же, как и свои теоретические знания. Путем интерпретации мы поднимаемся выше того, что поддается прямому наблюдению, и определяем значение и казуальность психологического феномена. Нам необходимы ответы пациента для того, чтобы определить валидность нашей интерпретации (Е. Бибринг, 1954; Феничел, 1945а; см. Дополнительный список литературы).

Процедуры прояснения и интерпретации тесно переплетаются. Очень часто прояснение ведет к интерпретации, которая, в свою очередь, приводит к дальнейшему прояснению (Крин, 1951). Клинический случай, приведенный выше, показывает это. Позвольте мне проиллюстрировать понятия интерпретации и валидности на примере того же пациента.

На сеансе, спустя почти две недели после описанного выше, мистер Н. рассказал фрагмент своего сновидения. Все, что он запомнил, состояло в следующем: он ждет, пока красный цвет светофора изменится, и чув-

– 48 –

ствует, что кто-то толкнул его бампером сзади. Он оборачивается в ярости и видит с облегчением, что это всего лишь мальчик на велосипеде. Для его машины он не представляет опасности. Ассоциация привела к любви мистера Н. к машинам, в особенности к спортивным машинам. Он любил, в частности, пронестись со свистом на «старой, толстой, дорогой машине». Дорогие машины казались такими стойкими, но они разваливались в течение нескольких лет. Его маленькие спортивные машины могли обогнать, перепрыгнуть, пережить кадиллаки, линкольны, роллс-ройсы. Он знал, что это преувеличение, но ему нравилось думать так. Это доставляло ему удовольствие. Это, должно быть, шло от времен его увлечения атлетизмом, когда он любил быть неудачником и терпеть поражение от фаворита. Его отец был спортивным болельщиком и всегда преуменьшал достижения моего пациента. Его отец всегда намекал, что был великим атлетом, но никогда не подтверждал этого; он был эксгибиционистом, но мистер Н. сомневался, мог ли его отец действительно выступать. Его отец мог флиртовать с официанткой в кафе или бросать сексуальные замечания о женщинах, проходящих мимо, он, казалось, не скрывал этого. Если бы он действительно был сексуален, он не прибежал бы к таким вещам.

Ясно, что рассматриваемый материал пациента объединяет пациента с его отцом в смысле сексуальной способности. Это относится также и к тем лицам, которые претендуют на то, чтобы быть теми, кем они не являются. В его ассоциации был момент, сопровождающийся сильнейшим аффектом: когда он сказал, что ему «доставляет удовольствие» разбивать большие машины. Он знал, что это извращение, но ему нравилось представлять это. В его сновидении ярость сменяется облегчением, когда он обнаруживает, что его стукнул «всего лишь мальчик на велосипеде». Мне кажется, что эти два аффективно нагруженных элемента должны послужить ключом к пониманию сновидения и всего аналитического сеанса в целом.

Я интерпретировал **для себя**, что мальчик на велосипеде означает подростковую мастурбацию. Красный цвет, вероятно, относится к проституции, поскольку «район красных фонарей» — обычное название для то-

– 49 –

го места, где сосредоточены проститутки. Я знал, что мой пациент утверждал, что любит свою жену, но предпочитал секс с проститутками. До этого момента в анализе пациент не имел воспоминаний,

касающихся сексуальной жизни родителей. Однако он часто указывал, что его отец флиртовал с официантками, что я принял как экранированное воспоминание. Я, однако, чувствовал, что мне следовало бы указать своей интерпретацией этого эпизода на его взрослое отношение превосходства по сравнению с детским беспокойством относительно сексуальной жизни отца (я умышленно пренебрегаю, в данный момент, всем, что находится на заднем плане).

В конце сеанса я сказал мистеру Н., что, как мне кажется, я чувствую, он борется со своими чувствами по отношению к сексуальной жизни отца, когда говорит, что его отец был не очень сексуальным мужчиной. И мне бы хотелось знать, действительно ли он думает так. Пациент ответил очень быстро, пожалуй, даже слишком быстро. По существу, он поспешил согласиться, что его отец всегда казался ему самонадеянным, хвастливым, претенциозным. Он не знал, какой была его сексуальная жизнь с матерью, но был совершенно уверен, что она не могла быть вполне удовлетворенной. Его мать была болезненной и несчастной. Она провела большую часть жизни, жалуясь ему на отца. Мистер Н. был совершенно уверен, что его мать не любит секс, хотя не мог доказать этого.

Я вмешался в этот момент и сказал, что мне кажется, что мысль о том, будто его мать отвергала секс с отцом, доставляла ему удовольствие. Пациент сказал, что это не доставляло ему удовольствия, но он допускает, что она давала ему чувство удовлетворения, ощущение триумфа над «старым мальчиком». Действительно, теперь он пересказал, что как-то нашел «Герлз мэгэзинз» (журналы с фотографиями обнаженных женщин), спрятанный в спальне отца. Он также рассказал, что однажды нашел пакет презервативов под подушкой отца, когда был подростком, и подумал: «Мой отец, должно быть, ходит к проституткам».

Я вновь вмешался и отметил, что презерватив под подушкой, скорее, говорит о том, что отец использовал его с матерью, которая спала на той же самой кровати.

– 50 –

Однако мистер Н. **хотел** верить своей переполненной желаниями фантазий: мать не хотела секса с отцом, и отец был не особенно potentен. Пациент замолчал и сеанс окончился.

На следующий день он начал с рассказа, что был ужасно рассержен, когда вышел от меня. Он сел за руль и вел машину дико, пытаясь обогнать все машины на дороге, в особенности дорогие. Затем ему пришла в голову мысль посостязаться в скорости с роллс-ройсом, если только он встретит хоть один. Внезапная мысль осенила его. Спереди на роллс-ройсе есть инициалы Р. Р. Это инициалы доктора Гринсона, вдруг понял он. И он засмеялся, один-одинешенек в машине. «Старый мальчик, вероятно, прав, — подумал он, — мне доставляло удовольствие представлять, что мать предпочитала меня, и я мог превзойти отца. Позже я думал, повлияло ли это как-нибудь на мою собственную ненормальную сексуальную жизнь с женой».

Я думаю, что этот клинический пример достаточно хорошо иллюстрирует сложные шаги, предпринимаемые для даже простой интерпретации, а также для выяснения того, каких клинических ответов следует ожидать от пациента, чтобы определить, находится ли аналитик на верном пути. Аффективный ответ пациента на первое мое вмешательство, его поспешность при ответе показывают, что я прикоснулся к чему-то, находящемуся в сильнейшем напряжении. Новые воспоминания о журналах и презервативах четко показали, что я был совершенно прав. Его реакция после сеанса, озлобление, ассоциация с роллс-ройсом, смех и связывание этого с его собственной сексуальной жизнью показывают, что дозировка и согласованность действий в порядке (во втором томе интерпретация будет обсуждаться более подробно).

Четвертый шаг в анализировании — **тщательная проработка**. Этот термин относится к комплексу процедур и процессов, которые имеют место после инсайта. Аналитическая работа, которая открывает путь от инсайта к изменениям, есть тщательная проработка (Гринсон, 19656). Это относится, в основном, к часто встречающимся, хорошо исследованным сопротивлениям, которые препятствуют тому, чтобы понимание привело к изменению. Кроме того, при углубленном анализе

– 51 –

сопротивлений необходимо использовать и реконструкции. Множество циклических приводится в движение путем тщательной проработки, при которой инсайт, воспоминание и изменения поведения влияют друг на друга (Крис, 1956а, 1956б).

В порядке иллюстрации концепции тщательной проработки позвольте вернуться к случаю мистера Н. В первом сеансе я показал, как я интерпретировал его полную желаний фантазию о том, что его мать не любит секс и отвергает его отца с сексуальной точки зрения, а также о том, что его отец сексуально импотентен. Пациенту не понравилась эта интерпретация, но днем позже он понял, что она, скорее всего, верна. К тому времени, когда он пришел на следующий сеанс, он принял этот инсайт и связал его с тем фактом, что его собственная половая жизнь с женой расстроена. Труднее всего для него было взглянуть на жену на следующий день после половых отношений. Он чувствовал, что она должна питать к нему отвращение за его чувственное поведение. Когда я спросил об этом, он связал свои реакции с детскими воспоминаниями о том, что его мать унижала его за мастурбацию.

В курсе нескольких следующих недель, однако, мистер Н. стал все яснее осознавать, что вместе с желанием того, чтобы его жена чувственно наслаждалась с ним, он презирал ее, когда она сексуально возбуждалась. Чувство того, что она ненавидит его после полового сношения, было проекцией его собственных чувств. Вскоре после этого мистер Н. пересказал воспоминание о том, что его мать лукаво подмигнула отцу, когда они увидели на улице копулирующих собак. Сначала был небольшой аффект, связанный с этим воспоминанием. Однако пациент странно повел себя в это время по отношению к своей жене. Он нашел ее ужасающе непривлекательной, избегал ее сексуально и стремился к проституткам. Я интерпретировал ему это как то, что он поступает так, как, по его представлениям, делал его отец.

Пациент ответил на это, что он не порицает отца за то, что он избегал сексуальных отношений с матерью. Хотя его мать была привлекательной женщиной, он пересказал несколько воспоминаний о том, когда она была в постели и «отнюдь не была сексуальным призы-

– 52 –

вом». Ее лицо казалось испуганным и потным, ее волосы были спутаны, стоял какой-то омерзительный запах. Эти воспоминания ассоциировались со слабостью и менструацией. Я интерпретировал менструирование как период течи у сук. Позже я реконструировал для мистера Н., что, вероятно, вид его матери с испуганным и потным лицом и омерзительный запах были связаны с половыми отношениями с отцом. Я считал его замечания о том, что мать не любила секс, и множество воспоминаний о флиртах его отца с другими женщинами попытками отрицать бессознательное воспоминание о том, что он видел свою мать, сексуально удовлетворенную отцом. Я подчеркиваю, что воспоминание о матери, подмигнувшей отцу при виде двух собак, было также экранированным воспоминанием такого рода.

Мистер Н. согласился, что моя реконструкция кажется правдоподобной, но она «оставляет его холодным». В течение следующего сеанса я рассказал ему, что его сексуальное пренебрежение женой, его предпочтение проституток было дальнейшим развитием попыток «доказать», что хорошая женщина, замужняя женщина, являющаяся матерью детей, не любит секс, и мужья таких женщин не имеют сексуальных отношений с ними. Пациент рассказал, что во время уик-энда, последовавшего за тем сеансом, он испытал наиболее полное сексуальное удовлетворение за всю свою жизнь со своей женой. Это последовало за несколькими неделями сопротивления анализу и сексу, основывавшегося на идее о том, что все взрослые — ханжи и лгуны, за исключением нескольких бунтовщиков и бродяг.

И снова мистер Н. боролся со своим детским конфликтом, связанным с сексуальной жизнью родителей. Если он вынужден отказываться от отрицания существования их сексуальности, он должен ненавидеть их и презирать их за ханжество. Его мать — подмигивающая отцу — краткое выражение этого. Его жена также была «подделкой»; равно как и я, и моя жена. Единственные честные люди — те, кто избегает общества и конвенций. Более честно платить за секс деньгами, чем покупать его с дорогими домами, одеждой, мехами, машинами и т. д. Я интерпретировал для него, что это, вероятно, было попыткой унижить его мать и отца и других женатых людей из-за их страсти и предмета зависти —

– 53 –

подмигивания матери. В глубине его концепции была зависть. Он реагировал бы совершенно иначе, если бы мать подмигнула ему, а не отцу.

Мистер Н. реагировал на эту интерпретацию с угрюмостью и сопротивлением. Затем медленно, спустя недели, он начал размышлять над взаимосвязью между презрением и завистью. Он понял, что у моей формулировки, вероятно, есть достоинства. Он с сожалением принял то, что я прав, и с большим неудовольствием отказался от мысли, что его мать не хотела секса с его отцом и предпочитала не вступать в сексуальные отношения вообще. Если же она вступала в эти отношения, то делала это, подчиняясь, а затем он в своей фантазии сделал отца импотентом. Вид матери, сексуально возбужденной отцом, бесил его, приводил в негодование. Он чувствовал себя как маленький мальчик или как более старший взрослый. Вероятно, ему следовало предоставить им право заниматься своей сексуальной жизнью, а самому сконцентрироваться на собственной спальне.

Тщательная проработка требует наибольшего количества времени, по сравнению с другими процедурами психоанализа. Этот клинический пример иллюстрирует некоторую часть работы, которая выполняется при тщательной проработке. То, что я сейчас здесь описал, заняло период почти в полгода. Он начался с того сновидения пациента, где в его спортивный автомобиль, остановившийся на красный свет светофора, врезался мальчик на велосипеде. Затем мы работали над проблемой его эмоциональных реакций на сексуальную жизнь его родителей и над тем, что определяет его собственные сексуальные затруднения. На поверхности было чувство превосходства над отцом и симпатия к матери. Отец был импотентом, хвастуном, а мать — вынужденной невестницей. Затем, преодолев сильные сопротивления, мы обнаружили вспышку гнева к матери и отцу. Затем мать стала отталкивающей, и он стал презирать обоих родителей. К концу этого периода мы раскрыли зависть к сексуальной жизни родителей. В конце концов, мистер Н. делает замечание, что «возможно, они имеют право на приватность своей спальни, и ему следовало бы сделать то же самое».

Это не было концом сексуальных проблем мистера

– 54 –

Н., но это продемонстрировало достижение значимого, ценного понимания. Здесь было множество шагов назад и вперед, но прогресс имел место. Например, тема гомосексуальности не поднималась в тот период, она возникла позже. Появились также и другие проблемы, которые на более короткое и длительное время отодвигали на задний план сексуальные проблемы, иногда окрашивая последние примесью агрессии. Была также и регрессивная фаза, когда либидо затрагивало другие уровни. Моей целью, однако, было продемонстрировать пример тщательной проработки в психоанализе.

Следует отметить, что часть работы по тщательной проработке выполнялась пациентом вне сеансов. Лишь изредка инсайт приводит к длительным изменениям в поведении очень быстро; это изменение обычно временное, остается изолированным и неинтегрированным. Как правило, требуется длительное время, чтобы преодолеть значительные силы, которые сопротивляются изменению, и создать прочные структурные изменения. Связь между печалью и тщательной проработкой, а также важностью вынужденного повторения и инстинктом смерти будет обсуждаться во втором томе (см. также Фрейд, 1914с, 1926а, 1937а; Феничел, 1941, Глава VI; Гринакре, 1956а, 1956б; Гринсон, 19656).

Четвертый шаг, который я обозначил, представляет собой схематизированную версию того, что в концепции анализа понимается под психическим событием. Все эти шаги необходимы, но некоторые могут быть выполнены пациентом спонтанно, в частности, в виде конфронтации или части прояснения. Эти шаги не следуют друг за другом непременно в том точно порядке, как они были описаны, поскольку каждая процедура может продуцировать сопротивление, которое должно быть преодолено в первую очередь. Или интерпретация может быть первой, предшествовать прояснению и облегчить прояснение данного феномена.

Кроме того, нечто неуловимое из повседневной жизни пациента может вторгаться в бытие пациента, и тогда психоэкономические причины будут иметь превосходство над всем, что происходит в анализе. Итак, конфронтация, прояснение, интерпретация и тщательная проработка — четыре основные процедуры, которые аналитик выполняет во время анализа.

– 55 –

1.33. Рабочий альянс

Пациент идет на психоанализ потому, что невротическое страдание вынуждает его начать это трудное терапевтическое путешествие. Его проблема достаточно сложна, чтобы побудить взяться за эту длительную, болезненную, дорогостоящую программу. Функции его Эго и способность к объектным отношениям¹, несмотря на невроз, предполагаются достаточно здоровыми для того, чтобы преодолеть психоаналитическую терапию. Только относительно здоровый невротик может быть подвергнут психоанализу без больших модификаций или отклонений в методе.

Психоаналитический пациент продуцирует материал для лечения посредством свободных ассоциаций, реакций переноса, сопротивления. Аналитик использует процедуры конфронтации, прояснения, интерпретации и тщательной проработки. Но все это не полностью объясняет то, что удается и не удается в курсе терапии. Существует еще один важный терапевтический ингредиент, который жизненно важен для успеха или провала терапевтического лечения. Я имею в виду «рабочий альянс», который не является ни технической процедурой, ни терапевтическим процессом, но необходим для обоих (Гринсон, 1965а). Здесь я лишь очерчу контуры этого вопроса, более полное обсуждение рабочего альянса приводится в секции 3.5.

Рабочий альянс — это относительно неневротические, рациональные взаимоотношения между пациентом и аналитиком, которые дают возможность пациенту целеустремленно работать в аналитической ситуации. Фрейд (1913б, с. 139) писал об «эффективном пе-

¹ Я нахожу термин «объектные отношения» и похожие термины «объекты любви» и «утраченные объекты» неудовлетворительными. Они, как кажется, придают оттенок обезличенности и бесстрастности концепциям, которые наполнены интенсивным личностным значением. Однако я продолжаю использовать их, поскольку они широко приняты в психоаналитических кругах и я не нахожу лучшей замены. Термин «объект» восходит к тому замечанию, что Ид нуждается в объектах для удовлетворения своих потребностей. В этом смысле объекты, первоначально необходимые для удовлетворения этих потребностей, имеют небольшое отличие или даже уникальность по сравнению с другими, которые, в свою очередь, становятся необходимыми для удовлетворения потребностей Ид.

реносе», взаимопонимании, которое должно быть установлено до того, как интерпретация будет дана пациенту. Феничел (1941, с. 27) описывает «рациональный перенос», Стоун (1961, с. 104), говорит о «продуманном переносе», Зетцель (1956) — о «терапевтическом альянсе», Нач (1958) — о «присутствии аналитика» — все это относится к одной и той же концепции.

Клиническое проявление рабочего альянса состоит в готовности пациента выполнять различные процедуры психоанализа и в его способности работать аналитически с теми инсайтами, которые являются регрессивными и причиняют боль. Альянс формируется между сознательным Эго пациента и анализирующим Эго аналитика (Штерба, 1934). Важным событием является частичная и временная идентификация пациента с отношением аналитика и его методами работы, которые пациент использует в первую очередь в регулярных аналитических сеансах.

Пациент, аналитик, аналитическая среда содействуют формированию рабочего альянса, который является необходимым условием для осознания невротического страдания и возможной помощи от аналитика, побуждает пациента стремиться работать в аналитической ситуации. Способность пациента сформировать относительно рациональные, десекуализированные, лишённые агрессии взаимоотношения с аналитиком происходит из наличия таких нейтрализованных взаимоотношений в его прошлой жизни. Функции Эго пациента играют в этом решающую роль, поскольку возможность установления многочисленных взаимосвязей с аналитиком определяется способностями Эго быстро восстанавливать свои силы.

Аналитик содействует рабочему альянсу, настойчиво делая ударение на осознании и понимании путем анализа сопротивлений, используя свое сочувствующее, эмпатическое, откровенное и некарающее отношение. Аналитическое окружение (среда) способствует развитию рабочего альянса частотой визитов, продолжительностью лечения, использованием кушетки, молчания и т. д. Это содействует развитию не только регрессии, невротического переноса, но и рабочего альянса (Гринсон, 1954).

Способ работы аналитика, его терапевтический стиль,

аналитическое окружение создают «аналитическую атмосферу», которая чрезвычайно важна для того, чтобы склонить пациента пережить что-нибудь, вместо того, чтобы отклонить это. Эта атмосфера способствует рабочему альянсу и соблазняет пациента временно и частично идентифицироваться с точкой зрения аналитика. Аналитическая атмосфера может также превратиться в сопротивление, когда создается обстановка «заставить — поверить» и «нереальной жизни» в аналитической работе.

Рабочий альянс — часть взаимоотношений с аналитиком, которая делает возможным для пациента сотрудничество во время аналитического сеанса. Под этим мягким влиянием пациент старается осознать инструкции аналитика, его инсайты; обзреть и обдумывать интерпретации и реконструкции, интегрированные и ассимилированные с инсайтами. Рабочий альянс в отношении невротического страдания дает стимул для выполнения аналитической работы; большая часть необработанного материала поставляется реакциями невротического переноса пациента.

Для того чтобы успешно анализировать невроз переноса, должен быть развит реальный рабочий альянс пациента и аналитика. Невроз переноса — «перевозочное средство» для отраженного, неприемлемого материала для пациента в аналитическую ситуацию. Способность пациента колебаться между рабочим альянсом и реакциями невротического переноса — необходимое условие для выполнения аналитической работы. Эта способность параллельна расколу в Эго пациента между приемлемым, наблюдающим, анализирующим Эго и переживающим, субъективным, иррациональным Эго.

Этот раскол, расщепление может быть виден в свободной ассоциации. Когда пациент позволяет увлечь себя болезненными воспоминаниями или фантазиями, переживающее Эго находится на переднем плане, и здесь нет осознания значения или соответствия эмоций ситуации. Если в этот момент вмешается аналитик: приемлемое Эго пациента может выдвинуться вперед, и пациент окажется в состоянии осознать теперь, что аффекты, которые он испытывает, происходят из его прошлого, что уже само по себе снижает степень тревожности, уменьшает количество различного рода deriva-

тов. Это разделение функций Эго может наблюдаться более четко при анализе сопротивления переноса (Штерба, 1929, с. 379). Способность функций Эго к разделению также делает возможным для пациента разделять рабочий альянс и невротический перенос. Суммируя: рабочий альянс, обеспечивая ежедневную мотивацию так же, как и способность выполнять аналитическую работу, имеет большое значение. Основная часть отраженного, неприемлемого сырого материала сопровождается реакциями невротического переноса, а в основном — неврозом переноса.

1.3. Неаналитические терапевтические процедуры и процессы

В классическом психоанализе до некоторой степени используются и другие разновидности терапевтических процедур и процессов, но они служат для целей подготовки инсайта или делают его эффективным. Все неаналитические меры со временем сами становятся предметом анализа (Е. Вибринг, 1954). Это краткое обсуждение будет ограничено тремя основными неаналитическими терапевтическими методами.

Отреагирование, или катарсис, относится к разрядке неприемлемых эмоций и импульсов. Грейер и Фрейд (1893—95) рассматривали его как действенный метод лечения. Сегодня отреагирование считается ценным, поскольку дает пациенту чувство убежденности в реальности его бессознательных процессов. Эмоциональная заряженность позволяет оживить некоторые детали прошлого опыта, который в противном случае остался бы неясным и нереальным. Высвобождение аффектов и импульсов может принести временное чувство облегчения, но это не конец, фактически, само отреагирование может стать источником сопротивления.

Например, пациент может сознаться аналитику в каком-либо вызывающем чувство вины событии. Затем, почувствовав облегчение, он может избегать этой темы, вместо того, чтобы анализировать ее причины, историю, значение и т. д. Однако важно помочь пациенту пережить травмирующие эмоции для того, чтобы восстановить важные детали, которые иначе могут быть упущены.

Имея дело с травмирующим или околотравмирующим опытом, пациента следует поддержать, чтобы он пережил это воспоминание с наибольшей интенсивностью, которую он может вынести. Главная цель — добиться того, чтобы пациент был способен к разрядке основного количества напряжений, чтобы лучше справляться с оставшимися. Например, следует допустить, чтобы пациент в хронической депрессии пережил достаточно острое Огорчение, чтобы сделать возможной аналитическую работу с ним. В анализе моего пациента с такой проблемой ему в течение нескольких месяцев было необходимо тратить часть каждого сеанса на неподконтрольное всхлипывание до того, как он обретет способность работать аналитически над своей депрессией. Те же самые принципы остаются справедливыми и для тревожной стадии.

Отреагирование само по себе неаналитично, поскольку оно непосредственно не приводит к пониманию. Однако в клиническом материале, представленном в этой книге, будет много иллюстраций того, как отреагирование может быть использовано и в строго психоаналитической терапии.

Внушение относится к методам индукции мысли, эмоций, побуждений пациента в обход реалистического мышления последнего (Е. Вибринг, 1954). Оно присутствует во всех формах психотерапии, поскольку образуется из детских отношений пациента, а люди в состоянии дистресса с готовностью присваивают себе эмоциональную позицию ребенка по отношению к терапевту-родителю.

Внушение ценно для психоанализа постольку, поскольку оно помогает пациенту войти и работать в аналитической ситуации. Хотя психоаналитик не гарантирует больших результатов своего лечения, у пациента будет необычная степень конфиденциальности и правдивости, потому что влияние внушения исходит из его отношения к аналитику. Мои пациенты испытывают скрытое чувство оптимизма по отношению ко мне, несмотря на мои вербальные высказывания или мое осознанное мнение.

В течение курса анализа бывают случаи, когда целесообразно подбодрить пациента попытаться вытерпеть боль и фрустрацию. Будет лучше, если причина такого

отношения будет объяснена. Иногда же можно сказать что-нибудь вроде: «Вы, возможно, почувствуете себя лучше, если увидите это». Обычно такие внушения или уверения оказываются удачными. Или можно сказать что-нибудь вроде этого: «Вы вспомните свои сновидения, если вы больше не боитесь», — и пациент начнет пересказывать их.

Существует две опасности в использовании внушения. Одна состоит в использовании его без необходимости и соблазняет пациента привыкнуть к этой регрессивной форме поддержки. Другая опасность состоит в использовании его без осознания этого. В этом случае влияние внушения аналитика не анализируется и пациент приобретает новый невротический симптом из-за неанализированного внушения аналитика. Это случается, когда интерпретации даются как догма. Пациент тогда цепляется за интерпретацию, как он это делает в отношении навязчивой идеи. Работа Гловера (1931), посвященная неточным интерпретациям и внушению, — классическая по этой теме (1955, с. 353—366).

Трудность состоит в том, что внушение и убеждение в конечном счете должны быть полностью исследованы, введены в аналитическую ситуацию и их эффект проанализирован.

Манипуляция относится к восстанавливающей памяти деятельности, предпринимаемой терапевтом без знания пациента. Этот термин приобрел дополнительное, отталкивающее значение в психоаналитических кругах, так как он стал неверно употребляться так называемыми «дикими аналитиками». Тем не менее, он все еще является важной частью аналитической терапии, наряду с внушением и отреагированием. Она часто используется в различных процессах, которые возникают в классическом терапевтическом анализе (см. Гилл (1954) — выражает классическую точку зрения и Александер (1954а, 1954б) — выражает оппозиционное мнение).

Оставаться спокойным во время сеанса для того, чтобы позволить аффекту усилиться так, чтобы он стал более показателен, — это манипуляция. Не анализировать перенос для того, чтобы позволить ему достичь определенной интенсивности или позволить ему регрессировать, — это манипуляция. Вырабатывать новую линию поведения, когда ваш пациент не замечает этого, —

это манипуляция. Однако все эти манипуляции имеют косвенную аналитическую цель — дальнейшее понимание. Они должны быть осознаны при исследовании и реакции на них — проанализированы. Другие манипуляции неуловимы. Например, тон голоса или интонация могут привести на какие-либо воспоминания и, следовательно, привести их или реакции на них в анализ и в связи с этим в дальнейший аналитический процесс. Важно осознавать наличие манипуляции или, по меньшей мере, возможность использования ее, не осознавая этого. В конечном счете, манипуляция должна быть допущена на аналитическую арену и так же тщательно исследована, как и любое другое вмешательство аналитика, реальное или воображаемое (Гилл, 1954).

Продуманное и осознанное принятие на себя ролей или отношений антианалитично, потому что это создает не поддающуюся анализу ситуацию. Это элемент обмана и хитрости, которые порождают недоверие к терапевту. Я не обсуждаю тот факт, что это может быть необходимо в определенной психоаналитической ситуации; но это делает анализ невозможным. Вклад Эслера в решение этой проблемы отличается доскональным изучением проблемы и систематичностью (19506). В поисках различных точек зрения см. Александер, Френч и др. (1946) и дополнительный список литературы.

И несколько заключительных слов к этому введению в психоаналитическую технику. Термины «управление» и «обращение» с переносом и т. д. относятся к дополнительным, неаналитическим мерам и аналитическим процедурам, используемым в рамках психоаналитической терапии. Клинические примеры, представленные в этом томе, проиллюстрируют это положение. «Искусство» психоаналитической техники, как она используется в классическом психоанализе, основывается на сочетании аналитических и неаналитических процедур. Этому тяжело научить. Принципы психоаналитической техники более поддаются научению. В этом томе я намереваюсь остановиться, главным образом, на основных компонентах так называемой классической психоаналитической техники.

– 62 –

1.4. Показания и противопоказания для психоаналитической терапии. Предварительный обзор

Вопрос определения показаний и противопоказаний к психоаналитической технике лечения зависит от двух отдельных, но родственных проблем. Первый и наиболее важный вопрос, который мы должны задать: «Является ли пациент анализируемым?». Второй, зависящий от обстоятельств: «Будет ли психоаналитическое лечение **наилучшим** для пациента?». Мне бы хотелось проиллюстрировать последнюю мысль клиническим примером.

Предположим, что у нас есть пациент, который стремится пройти курс психотерапии, и вы полагаете, что он способен работать эффективно и хорошо в аналитической ситуации. Посоветуете ли вы заняться ему психоанализом, если выяснится, что его призывают в армию? Психоанализ — длительное лечение, обычно требующее от трех до пяти лет. Должна быть рассмотрена конкретная жизненная ситуация, чтобы определить, порекомендуете и вы или же нет эту форму психотерапии.

Проблема анализируемости — комплексная проблема, потому, что она зависит от множества различных качеств и черт пациента, как здоровых, так и патологических. Более того, необходимо хорошо представлять себе те многочисленные напряженные требования, которые предъявляют к пациенту психоаналитические процесс и процедура. Краткое изложение теории и техники, предоставленное нами до сих пор, представляет собой лишь предварительный обзор. Более полное обсуждение мы отложим до следующих разделов.

Фрейд (1905а) достаточно рано осознал тот факт, что по единственному критерию нельзя дать точного прогноза анализируемости пациента. Следует попытаться оценить личность в целом, что очень трудно сделать после нескольких предварительных интервью (Кнайт, 1952). Тогда еще не было ясно, что терапевту следует давать на основании этих интервью рекомендации по выбору лечения. Дополнительные предварительные интервью и психологическое тестирование могут помочь в работе с некоторыми пациентами: однако при тепереш-

– 63 –

нем состоянии наших знаний даже и при таком подходе нельзя реально прогнозировать исход лечения. Кроме того, длительные интервью и психологическое тестирование могут дать отрицательные побочные эффекты.

Традиционный медицинский подход к определению формы лечения состоит в том, что в первую очередь нужно поставить диагноз. Фрейд (1916—1917, с. 428) подразумевал это, когда он разделил невроз переноса и нарцисстический невроз. Он полагал, что поскольку психотические пациенты, в сущности, нарцисстичны, они не могут быть подвергнуты лечению психоанализом, так как они не могут развить невроз переноса. Разделение осталось в силе, но сегодня многие пациенты, которые не могут быть отнесены точно к той или другой категории, поскольку у них есть черты и невроза, и психоза, подвергаются такому лечению. Более того, в настоящее время некоторые аналитики считают возможным проводить классический анализ с психотиками и достигают хороших терапевтических результатов (Розенфельд, 1952). Большинство аналитиков, тем не менее, придерживаются того мнения, что нарцисстически фиксированные больные требуют изменений в стандартной психоаналитической процедуре (Френк, 1956; М. Векслер, 1960). Кнапп и его сотрудники повторно «просмотрели» (1960) 100 случаев кандидатов на психоаналитическое лечение и обнаружили, что они были отклонены экспертами, так как признаны шизоидами, пограничными или психотиками. Этот подход соответствует мнению Фрейда о том, что нарцисстические неврозы не излечиваются, в отличие от неврозов переноса. Я полагаю, что большинство аналитиков согласится с этой точкой зрения (Феничел, 1945а; Гловер, 1958; Вельдборн, 1960).

В соответствии с этим психоаналитическая терапия может быть показана при тревожной истерии, конверсионной истерии, обсессивно-компульсивном неврозе, психоневротических депрессиях, многих неврозах характера и так называемых «психосоматических» заболеваниях. Она противопоказана при различных формах шизофрении маниакально-депрессивного психоза. Вопрос о возможности применения психоаналитической терапии при других характерных заболеваниях, как-то: импульсивный невроз, перверсии, пагубные привычки, право-

– 64 –

нарушения и пограничные случаи, — должен решаться в каждом конкретном случае (Феничел, 1945а; Гловер, 1955, 1958).

Нет сомнений, что клинический диагноз может быть очень ценен для определения, подходит ли пациент для анализа, но, к несчастью, часто необходимо много времени для того, чтобы поставить определенный диагноз. Иногда представленная психопатология — это всего лишь поверхностный экран, за которым скрыта более злокачественная патология. Наличие истерических симптомов не означает, что пациент по существу истерик; или, наоборот, причудливая симптоматика может все еще иметь структуру истерии. Симптомы не обязательно связаны со специфическими диагностическими синдромами, как мы обычно полагаем (Гринсон, 1959а; Рангелл, 1959; Ароне, 1962). Иногда приходишь к реальному диагнозу только в конце длительного анализа.

Как правило, предполагают, что наличие фобий определяет тревожную истерию, но сегодня мы знаем, что фобии могут быть у истериков, страдающих навязчивостями, депрессивных и шизоидных пациентов. То же самое верно для конверсионных симптомов, психосоматических симптомов, сексуальных затруднений и т. д. Присутствие специфического симптома обнаруживает некоторые аспекты патологии пациента, но не говорит о том, является это патологическое образование центральным или периферическим, является оно преобладающим или минорным фактором в структуре личности пациента.

Хотя диагноз говорит нам очень много о патологии, он может сообщить относительно немного о здоровых ресурсах пациента (Кнайт, 1952; Вальдхорн, 1960). Некоторые случаи навязчивостей дают блестящих пациентов, тогда как другие — неанализируемых. Категория пациентов, находящихся под вопросом, куда относятся перверсивные и пограничные случаи, имеет различные здоровые ресурсы. Тем не менее, именно их запас ценных качеств, а не патология могут быть определяющим фактором в назначении терапии. Оценка пациента в целом должна быть в центре внимания скорее, чем клинический диагноз патологии. Найт (1952) придавал этому большое значение в прошлом, и Анна Фрейд в своей новой книге (1965) делает это главным тезисом

по отношению к детям. (См. также Анна Фрейд и др., 1965.)

Ценным методом в подходе к проблеме анализируемости является изучение готовности пациента к специфическим требованиям психоаналитической терапии. Как было сказано выше, психоаналитическое лечение — длительная, всеобъемлющая, дорогая терапия и, кроме того, весьма болезненная. Таким образом, только пациенты с сильной мотивацией будут работать искренне в аналитической ситуации. Симптомы пациента или дисгармоничные черты характера должны вызывать достаточно сильные страдания, чтобы он был способен вынести трудности лечения. Невротические страдания должны мешать основным аспектам жизни пациента, и осознание своего состояния должно поддерживать его, если его мотивации ослабевают. Тривиальные проблемы или желание родных, любимых или работодателей не являются достаточным основанием для проведения психоаналитического лечения. Научная любознательность или желание профессионального продвижения не мотивируют анализируемого предпринять глубокое аналитическое переживание, хотя это и комбинируется с адекватными терапевтическими нуждами. Пациент, который требует быстрых результатов или имеет вторичную выгоду от своей болезни, также не имеет необходимой мотивации. Мазохисты, которые нуждаются в невротических страданиях, могут войти в анализ и позже стать привязанными к боли, причиняемой лечением. Они представляют собой трудную проблему для оценки с точки зрения мотивации. Дети мотивированы совершенно иначе, чем взрослые, и также нуждаются в оценках с различных точек зрения (А. Фрейд, 1965, Глава 6).

Психоанализ требует от пациента наличия способности выполнять более или менее последовательно и повторно те функции Эго, которые находятся в противодействии друг другу. Например, для того, чтобы приблизиться к свободной ассоциации, пациент должен быть способен регрессировать в своем мышлении, позволять мыслям возникать пассивно, снять контроль над мыслями и чувствами и частично отказаться от проверки реальности. Кроме того, мы также ожидаем, что пациент понимает нас, когда мы сообщаем ему что-то; когда он проделывает некоторую аналитическую работу над со-

бой; контролирует свои действия и чувства после сеанса и входит в контакт с реальностью. Несмотря на свой невроз, поддающийся анализу пациент, как ожидают, имеет гибкие и эластичные функции Эго (Найт, 1952; Ловенштейн, 1963).

Мы также требуем, чтобы пациент обладал способностью как к регрессии, так и быстрому отказу от нее в своих отношениях к аналитику. От пациента ждут, что он разовьет различные регрессивные реакции переноса, выдержит их и, кроме того, поработает над ними в сотрудничестве с аналитиком (Стоун, 1961; Гринсон, 1965а). Нарцисстически ориентированные и психотические пациенты, как правило, не подходят для психоанализа (Фрейд, 1916—17, Кнапп и др., 1960). Способность к эмпатии — один из наиболее существенных моментов для психоанализа, она зависит от способности временно и частично идентифицироваться с другими людьми (Гринсон, 1960). Для эффективной коммуникации между пациентом и аналитиком она должна быть у обоих. Замкнутые, эмоционально ригидные люди не подходят для психоаналитической терапии.

Свободная ассоциация, в сущности, приводит к обнажению болезненных интимных деталей частной жизни. Из этого следует, однако, что подходящий пациент должен обладать высоким уровнем честности и интегрированности характера. Это также требует способности умно рассказывать о неуловимых комбинациях эмоций. Люди с тяжелым мышлением и расстройствами речи также не совсем подходят для анализа (Феничел, 1945а; Кнопп и др., (1960). Импульсивные, не способные выдерживать ожидания, фрустрации или болезненных аффектов, — эти люди также плохие кандидаты для психоанализа.

Другая группа факторов, которая должна быть принята во внимание, — это внешняя жизненная ситуация пациента. Иногда тяжелая физическая болезнь может истощить мотивацию пациента или исчерпать его энергию, необходимую для психологической работы. Кроме того, бывает, что невроз является меньшим злом по сравнению с какой-то разрушительной болезнью или несчастной жизненной ситуацией. Пациенты, находящиеся на вершине волнующей любовной аферы, также обычно не способны работать в анализе.

Присутствие раздраженного, воинственного, назойливого мужа, жены или родителя может сделать анализ временно неосуществимым. Невозможно работать аналитически на поле битв. Должна быть некоторая возможность для размышления и интроспекции вне аналитического сеанса. Кроме того, существуют такие практические моменты, как время и деньги, оба весьма существенные. Психоаналитическая клиника может смягчить финансовый стресс, но пока неизвестно ничего, что могло бы заменить психоаналитическое лечение. Дефицит доступных психоаналитиков является реальной проблемой.

Все предшествовавшие рассуждения помогут при определении, показан или противопоказан психоанализ для конкретного пациента. Годы клинической работы учат нас, что только в процессе анализа можно с уверенностью определить, подходит ли пациент для психоанализа. Очевидно, существует слишком много вариантов и неизвестных и для любого другого реального терапевтического метода. Фрейд (1913б) осознал эту проблему и утверждал, что только «пробный анализ», проводимый в течение нескольких недель, может дать точное «зондирование» ситуации. Феничел (1945а) согласен с этой точкой зрения, но Гловер обнаружил, что две трети английских аналитиков ее не разделяют (1955, с. 261—350).

Я полагаю, что это различие во мнениях основывается, скорее, на тактике, чем на существе дела (Экстейн, 1950). Оно происходит из клинических находок, из мнения, что определенный интервал времени, отведенный для испытательного периода, усложняет аналитическую ситуацию. Я считаю полезным определять мою точку зрения для своего пациента, следуя генеральной линии: во-первых, я говорю пациенту, что я считаю психоанализ наилучшим лечением для него, выслушиваю его реакцию и жду его решения. Если он соглашается, тогда (во-вторых) объясняю ему роль свободной ассоциации и предлагаю ему попытаться поработать этим методом (третий шаг), подразумевая, что мы оба будем четче осознавать необходимость выбора психоанализа после того, как поработаем некоторое время вместе.

Я умышленно говорю о неопределенно долгом времени, так как опыт показывает, что оно может очень

сильно разниться. Если пациент начинает анализ, мне требуются месяцы, а иногда и годы, чтобы прийти к определенному решению, и этот промежуток времени все увеличивается по мере того, как я практикую. Также много легче отказать тому, кто не подходит для психоанализа, для работы со мной, в частности, чем быть уверенным в хорошем терапевтическом результате. Это будет обсуждаться более детально во втором разделе, во втором томе, посвященном первым аналитическим сеансам и результату.

Дополнительный список литературы

Историческое развитие психоаналитической теории

Фрейд (1914б, 1925а), А. Фрейд (1950б), Куби (1950), Лоевельд (1955), Меннингер (1958, глава I).

Психоаналитическая теория невроза

Арлоу (1963), Бреннер (1965, Глава VIII), Феничел (1945а), Фрейд (1894, 1896, 1898), Гловер (1939, секция II). Хендрик (1934), Лемплд Крут (1963) Хагерс (1966), Хунберг (1932, главы V, VIII, IX), Вельдер (1963).

Метапсихология психоанализа

Хартманн (1939, 1964), Хартманн и Крайс (1945), Хартманн, Крис и Лоевенштейн (1946), Цетцель (1963).

Теория психоаналитической техники

Альтман (1964), Е. Бибринг (1954), Гилл (1954), Хартманн (1951), Крис (1956а, 1956б), Лоевельд (1960), Лоевенштейн (1954), Меннингер (1958), Шарп (1930, 1947).

Вариации в психоаналитической технике

Александр (1954а, 1954б), Е. Бибринг (1954), Бауверт (1958), Айсслер (1958), Фромм-Райхманн (1954), Гилл (1954), Гринакре (1954). Гринсон (1958б) Лоевенштейн (1958а, 1958б), Найт (1958а), Рангелл (1954), А. Райх (1958), Розенфельд (1958).

Свободная ассоциация

Канцер (1961), Крис (1952), Лоевенштейн (1956).

– 69 –

Реакции переноса

Гловер (1955, главы VII, VIII), Гринакр (1954, 1959, 1966б), Хоффер (1956), Опп (1954), Шарп (1930), Спитц (1956б), Вельдер (1956), Винникот (1956а), Цетцель (1956).

Соппротивления

Феничел (1941, главы I, II), Гловер (1955, главы IV, V, VI), Кобут (1957), Крис (1950), Меннингер (1958, глава V), В. Райх (1928, 1929), Шарп (1930).

Интерпретация

Феничел (1941, главы IV, V), Крис (1951), Лоевенштейн (1951).

Тщательная проработка

Лоевельд (1960), Ноувей (1962), Стеварт (1963).

Рабочий альянс

Фрэнк (1956), Спитц (1956а), Стоун (1961), Тараков (1963, глава 2), Цетцель (1956).

Использование неаналитических процедур

Е. Бибринг (1954), Гилл (1954), Гительсон (1951), Найт (1952, 1953б), Стоун (1951).

Показания и противопоказания для психоаналитической терапии

Гуттман (1960, см. Куруш), Найберг (1932, глава 3), Вельдер (1960).

СОПРОТИВЛЕНИЕ

Я выбрал сопротивление в качестве первой технической части этой книги потому, что еще Фрейд обнаружил важность **анализирования** сопротивления, которое проводят в начале психоанализа (Броер и Фрейд, 1893—95, с. 268—270; Фрейд, 1914, с. 147; Джонес, 1953, с. 284). Интерпретация сопротивления по-прежнему остается одним из двух краеугольных камней психоаналитической техники.

– 70 –

Психоанализ можно отличить от всех остальных форм психотерапии по тому, как рассматривает он вопрос о сопротивлении. Некоторые методы лечения имеют целью усиление сопротивлений, они называются «укрывающей» или «поддерживающей» терапией (Найт, 1952). Другие разновидности терапии могут пытаться преодолевать сопротивление или различными способами обходить его, например, путем внушения или увещевания, или эксплуатируют отношения переноса, или используют наркотики. Лишь в психоаналитической терапии мы пытаемся преодолеть сопротивление, анализируя их, раскрывая и интерпретируя их причины, цели, формы и историю.

2.1. Рабочие определения

Сопротивление означает своеобразную оппозицию. Оно включает все те силы пациента, которые противодействуют процедурам и процессам психоанализа, то есть мешают свободному ассоциированию пациента, его попыткам вспомнить и достичь, и принять инсайт, которые действуют против приемлемого Эго пациента и его желания изменений; все эти силы считаются сопротивлениями (Фрейд, 1950, с. 517). Сопротивление может быть сознательным, предсознательным или бессознательным, может выражаться в виде эмоций, отношений, идей, побуждений, мыслей, фантазий или действий. Сопротивление — это сущность контроля пациента, действующего против прогресса анализа, против аналитика и аналитических процедур и процессов. Фрейд уже в 1912 году понял важность сопротивления, написав: «Сопротивление сопровождает лечение шаг за шагом. Каждая ассоциация, каждое действие личности при лечении должны расплачиваться сопротивлением и представляют собой компромисс между силами, которые стремятся к выздоровлению, и силами, которые противодействуют этому» (Фрейд, 1912, с. 103).

В пределах невроза пациента сопротивление играет защитную функцию. Сопротивление противодействует эффективности аналитических процедур и защищает статус кво пациента. Сопротивление защищает невроз и находится в оппозиции приемлемому Эго пациента, аналитической ситуации. Поскольку все аспекты мен-

– 71 –

тальной жизни могут иметь защитную функцию, все они могут служить целям сопротивления.

2.2. Клинические проявления сопротивления

До того, как мы сможем анализировать сопротивление, мы должны узнать его. Я, следовательно, предлагаю в этом разделе кратко описать некоторые из наиболее типичных проявлений сопротивления, которые появляются во время курса анализа. Примеры, которые я приведу, просты и очевидны, поскольку для дидактических целей они должны быть предельно ясны и информативны. Следует помнить, что сопротивления встречаются в самых различных неопределенных и сложных формах, в комбинациях или в смешанных формах, единичные, изолированные примеры не являются правилом. Следует еще раз подчеркнуть, что все виды поведения служат формами сопротивления. Тот факт, что материал пациента может ясно раскрывать бессознательное содержание, инстинктивные побуждения или репрессированные воспоминания, не устраняет возможности того, что важное сопротивление может работать в то же самое время. Например, пациент может живо описывать какую-нибудь агрессивную деятельность на сеансе для того, чтобы избежать рассказа о переживании, которое может

показать, что он столкнулся с сексуальным искушением. Нет деятельности, которая не могла бы быть неправильно использована в целях сопротивления. Более того, поведение всегда имеет как аспекты побуждения, так и аспекты защиты (Феничел, 1941, с. 57). Тем не менее, клинические примеры, которые будут приведены, ограничиваются простыми, типичными и наиболее очевидными проявлениями сопротивления.

2.21. Пациент молчит

Это наиболее откровенная и частая форма сопротивления, встречающаяся в психоаналитической практике. В общем, это означает, что пациент сознательно или бессознательно не расположен сообщить свои мысли или чувства аналитику. Пациент может осознавать свою нерасположенность или может чувствовать только, что у него в голове нет ничего, что он мог бы рассказать.

– 72 –

В любом случае наша задача — проанализировать причины молчания. Мы хотим раскрыть мотивы противодействия аналитической процедуре в виде свободной ассоциации, и **нам** следует сказать что-нибудь вроде: «Что может заставлять Вас бежать от анализа в данный момент?». Или, если ситуация «ничего не приходит в голову» — «Что может делать ничто в Вашей голове?» Или: «Вы, кажется, превратили нечто в ничто, что бы это могло быть?» Наши утверждения основываются на предположении, что только в глубочайшем сне пустота приходит на ум, тогда как «ничто» вызвано сопротивлением (Фрейд, 1913б, с. 137—138; Ференци, 1916—17).

Иногда, несмотря на молчание, пациент может невольно раскрыть мотив или даже содержание молчания своей позой, движениями или выражением лица. Отворачивание головы, избегание взгляда, закрывание глаз руками, скорченная поза тела на кушетке, краска, заливающая лицо, могут говорить о замешательстве. Если пациентка при этом с отсутствующим видом снимает свое обручальное кольцо с пальца и затем несколько раз продевает сквозь него свой мизинец, следует подумать, что, несмотря на свое молчание, пациентка смущена мыслями о сексуальности или супружеской неверности. Ее молчание показывает, что она еще не осознала те импульсы и борьбу, происходящую между побуждением раскрыть и противодействующим импульсом спрятать свои чувства.

Молчание, однако, может иметь также и другие значения. Например, молчание может быть повторением прошлого события, в котором молчание играло важную роль (Гринсон, 1961; Кан, 1963б). Молчание пациента может отражать его реакцию на основную сцену. В такой ситуации молчание — не только сопротивление, но также и содержание части переживания. Существует много комплексных проблем, связанных с молчанием, которые будут обсуждаться в секциях 2.217, 3.9411 и во втором томе. В основном и для большинства практических целей молчание является сопротивлением анализу и должно рассматриваться как таковое.

2.22. Пациент «не чувствует себя способным рассказывать»

Это вариант предыдущей ситуации. В этом случае пациент не молчит совершенно, но осознает, что «не

– 73 –

чувствует себя способным рассказывать», или ему «нечего сказать». Очень часто это утверждение следует за молчанием. Наша задача та же самая: выяснить, почему и что пациент не способен рассказать. Это утверждение имеет причину или причины, и наша работа состоит в том, чтобы направить пациента на работу над ними.

Это, в сущности, та же задача, что и опознание бессознательного «чего-то», которое привносит осознанное «ничто» в сознание молчащего пациента.

2.23. Аффекты, являющиеся признаком сопротивления

Наиболее типичное проявление сопротивления с точки зрения эмоций пациента наблюдается, когда пациент сообщает что-то вербально, причем аффекты **отсутствуют**. Его замечания сухи, скучны, монотонны и невыразительны. Создается впечатление, что пациент бесстрастен, его не трогает то, о чем он рассказывает. Особенно важно, когда отсутствие аффекта наблюдается при рассмотрении тех событий, которые должны быть чрезвычайно нагружены эмоциями. В целом несоответствие аффекта указывает на сопротивление. На это же указывает наличие эксцентричных высказываний пациента, когда идеация и эмоция не находятся в соответствии.

Недавно пациент начал сеанс утверждением, что предыдущей ночью он пережил «большое сексуальное возбуждение — в самом деле, величайшее сексуальное удовлетворение» в своей жизни, со своей новобрачной. Он начал описывать переживание, но на меня произвела впечатление и озадачила его медленная, колеблющаяся речь, его частые вздохи. Несмотря на очевидную важность вербального содержания, я чувствовал, что слова и чувства не соответствуют друг другу; работало какое-то сопротивление. Я внезапно прервал пациента и спросил: «Это было сильное возбуждение, но вы все же печальны». Сначала он отрицал это, но его ассоциация подсказала мне, что это прекрасное сексуальное переживание означало конец чего-то, это было своего рода прощание. Постепенно стало ясно, что он отодвигал от себя осознание того, что его сексуальная жизнь с женой означает «прости» его диким инфантильным сексуальным фантазиям, которые жили неизменными и неудовлетворенными в его бессознательном (см. Шаффер, 1964).

– 74 –

2.24. Поза пациента

Очень часто пациенты открывают наличие сопротивления той позой, которую они принимают на кушетке. Ригидность, одеревенелость, скрученность позы могут указывать на защиту. Кроме того, любые неизменные позиции, которые принимаются пациентом и не меняются порой в течение сеанса, всегда являются признаком сопротивления. Если пациент относительно свободен от сопротивления, его поза как-то изменяется во время сеанса. Чрезмерная подвижность также показывает, что нечто разряжается в движении, а не в словах. Противоречие между позой и вербальным содержанием — также признак сопротивления. Пациент, который рассказывает вежливо о каком-то событии, а сам корчится и извивается, рассказывает лишь часть истории. Его движения пересказывают другую ее часть. Сжатые кулаки, руки, тесно перекрещенные на груди, скрещенные лодыжки говорят об утаивании. Кроме того, пациент, приподнимающийся во время сеанса или спускающий одну ногу с кушетки, обнаруживает тем самым желание убежать от аналитической ситуации. Зевание во время сеанса говорит о сопротивлении. То, как пациент входит в офис, избегает глаз аналитика или заводит небольшой разговор, который не продолжается на кушетке, или то, как он уходит, не взглянув на аналитика, — все это показатели сопротивления (Ф. Доеч, 1952).

2.25. Фиксация во времени

Обычно, когда пациент рассказывает относительно свободно, в его вербальной продукции будут колебания между прошлым и настоящим. Когда пациент рассказывает последовательно и не отвлекаясь о прошлом, не вставляя ничего о настоящем, или, наоборот, если пациент продолжительное время говорит о настоящем без случайных погружений назад, в прошлое, — работает какое-то сопротивление. В это время наблюдается избегание, аналогичное ригидности, фиксированности эмоционального тона, позы и т. д.

2.26. Мелочи, или внешние события

Когда пациент рассказывает о внешних, маловажных,

– 75 –

относительно незначительных событиях какого-то периода времени, он избегает чего-то такого, что действительно значимо. Когда при этом есть повторность без разработки или аффекта или без углубления понимания, мы вынуждены допустить, что действует какое-то сопротивление. Если же рассказ о мелочах не кажется самому пациенту лишним, мы имеем дело с «убеганием». Отсутствие интроспекции и полноты мысли — показатель сопротивления (Кохут, 1959). В целом, вербализация, которая может быть избыточной, но при этом не приводит к новым воспоминаниям или новым пониманиям или большому эмоциональному осознанию — показатель защищенности (Мартин, 1964).

То же самое верно для рассказа о внешних событиях — даже если это политические события большого значения. Если внешняя ситуация не ведет к личной, внутренней ситуации, значит работает сопротивление (поразительно, как редко пациенты действительно говорят о политических событиях. Я помню, как был поражен, когда ни один из моих пациентов не упомянул об убийстве Ганди, когда оно произошло. Замечу, что лишь один пациент говорил об убийстве президента Кеннеди (см. также Вольфенштейн и Климан, 1965)).

2.27. Избегание тем

Для пациентов очень типично избегать болезненные области. Это может делаться как сознательно, так и бессознательно. Это особенно верно для некоторых аспектов сексуальности, агрессии и переноса. Поразительно, что многие пациенты способны говорить много и, вместе с тем, тщательно избегать рассмотрения конкретных проявлений своей сексуальности или агрессивных импульсов, или каких-то своих чувств по отношению к аналитику. Рассматривая сексуальность, можно отметить, что большая часть болезненных моментов связана с физическими ощущениями и зонами тела. Пациент может говорить о сексуальных желаниях или возбуждениях вообще, но неохотно указывает на частный вид физических ощущений или толчок, возбудивший его. Пациент может подробно изложить сексуальное событие, но неохотно укажет, какая часть или части тела были вовлечены в него. Такие фразы, как: «Мы предавались оральной любви прошлой ночью», или — «Мой

– 76 –

муж целовал меня сексуально», — типичный пример этого вида сопротивления.

В том же роде пациенты будут говорить общими словами о чувстве раздражения или таком состоянии, когда все надоело, тогда как в действительности это означает, что они были в ярости и чувствовали себя готовыми убить кого-нибудь.

Сексуальные чувства или чувства неприязни по отношению к личности аналитика также находятся среди «наиболее изоцирено» избегаемых тем в раннем анализе. Пациенты могут выказывать большое любопытство к аналитику, но будут говорить о нем в наиболее общепринятых выражениях и будут неохотно раскрывать свои агрессивные или сексуальные чувства. «Я бы хотел знать, женаты ли Вы», или — «Вы выглядите бледным и усталым сегодня», — такие фразы маскируют выражение этих фантазий. Если какая-то тема, случается, не входит в аналитический сеанс, то это является признаком сопротивления и должно рассматриваться как таковое.

2.28. Ригидность

Весь повторяющийся время от времени порядок, который пациент выполняет без изменений во время аналитических сеансов, следует рассматривать как сопротивление. В поведении, свободном от сопротивления, всегда есть какое-то изменение. Это верно, что все мы — творение привычки: но если эти привычки не служат важной защитной цели, они в какой-то степени изменяются.

Вот несколько типичных примеров: начинать каждый сеанс с описания сновидения или объяснения о том, что сновидения не было; начинать каждый сеанс с рассказа о своих симптомах или жалобах, или с описания событий предыдущего дня. Уже тот факт, что каждый сеанс начинается стереотипно, говорит о сопротивлении. Есть пациенты, которые коллекционируют «интересную» информацию для того, чтобы подготовиться к аналитическому сеансу. Они ищут «материал» для того, чтобы заполнить сеанс или избежать молчания, или «быть хорошим пациентом», все это указывает на

сопротивление. В общем, даже если все логично и пунктуально согласовано, уже сам факт ригидности указывает на то, что

– 77 –

нечто является препятствием, что-то отвращается. Отдельные формы ригидности могут также указывать на то, от чего они защищают. Например, привычка приходить на сеанс пораньше может указывать на страх опоздать — типичная «туалетная» тревожность, которая указывает на страх потери контроля над сфинктером.

2.29. Язык избегания

Использование клише, технических терминов или стерильного языка — один из наиболее частых показателей сопротивления. Это обычно указывает на то, что пациент избегает упоминать о возникающих в памяти ярких образах. Его цель — утаить **личностное** сообщение по обнаружению их (см. Штейн, 1958, для более детального изучения этого вопроса). Пациент, который говорит «генитальные органы», когда он в действительности подразумевает пенис, избегает образа, который пришел бы на ум при слове пенис. Пациент, который говорит: «Я испытывал неприязненные чувства», когда подразумевает: «Я был взбешен», — также избегает образа и ощущения бешенства, предпочитая ему стерильность «неприязненности». Здесь следует отметить, что аналитику важно использовать личный, живой язык при разговоре с пациентом.

Терапевт, который анализировался у меня в течение нескольких лет, в середине сеанса начинает говорить на медицинском жаргоне. Неестественным тоном он говорит, что у его жены развился «болезненный выскученный наружу геморрой» как раз перед походом в горы, который: они планировали. Он сказал, что эта новость вызвала у него «явное неудовольствие, и он хотел бы знать, может ли быть геморрой удален «хирургическим путем» или следует отложить отпуск». Я почувствовал скрытое раздражение и не мог не сказать: «Я думаю, Вы в действительности считаете, что геморрой ставит Вас в глупое положение». Он ответил сердито: «Это верно, сукин. Вы сын, я хотел бы, чтобы они вырезали ей его, не выношу я этих женщин со всякими их выпуклостями». Эта последняя деталь, между прочим, относится к беременности его матери, которая ускорила его инфантильный невроз в возрасте пяти лет.

Использование клише изолирует аффекты и уводит от эмоциональных затруднений. Например, часто ис-

– 78 –

пользование таких фраз, как «действительно и верно» или «я полагаю», «Вы знаете», «и так далее, так далее», всегда является показателем избегания (см. также Фельдман, 1969). Из моего клинического опыта с пациентами в таких случаях я заключил, что «действительно и верно», «честно» обычно означают, что пациент чувствует свою амбивалентность, осознает противоречивость своих чувств. Он **хочет**, чтобы все то, что он сказал, было правдой. «Я действительно думаю так» означает «я действительно хочу думать так». «Я искренне сожалею» означает «я хотел бы искренне сожалеть, но я слишком хорошо осознаю свои противоречивые чувства». «Я полагаю, я был сердит» означает: «я уверен, что был сердит, но я неохотно принимаю это». «Я не знаю, с чего начать» означает «я знаю, с чего начать, но колеблюсь, начинать ли так». Слова пациента, который говорит аналитику несколько раз: «Вы знаете, Вы действительно помните мою сестру Тилли», — обычно означают; «я не совсем уверен, действительно ли Вы ее помните, поэтому и напоминаю Вам об этом». Все это весьма трудно уловимо, но обычно повторения показывают наличие сопротивлений и должны рассматриваться как таковые. Наиболее часто повторяющиеся клише являются индикаторами характера сопротивлений и не могут регулироваться до того, как анализ найдет верный путь. Изоляты могут быть легко доступны и в ранней стадии анализа.

2.210. Опоздания, пропуски сеансов, забывчивость при оплате

Очевидно, что опоздания, пропуски сеансов, забывчивость при оплате являются показателями нежелания приходить и платить за анализ. И снова это может осознаваться, и, следовательно, относительно легко будет принято, или это может быть бессознательным ощущением, и тогда пациент будет рационализировать его. В последнем случае анализ не может быть проведен до тех пор, как появятся достаточные основания для того, чтобы с уверенностью противостоять пациенту, когда он активно, но неосознанно избегает этой проблемы. Только если это достигнуто, можно выявить источник сопротивления. Пациент, который «забывает» платить, не просто неохотно вносит деньги, но также неосознанно пы-

– 79 –

тается отрицать, что его взаимоотношения с аналитиком всего лишь профессиональные.

2.211. Отсутствие сновидений

Пациенты, которые знают, что они видели сновидение и забыли его, очевидно, сопротивляются процессу воспоминания. Пациенты, которые рассказывают свои сновидения, причем и такие, которые указывают на бегство от анализа, как-то: обнаружение не того офиса, приход к другому аналитику и тому подобное, тоже, очевидно, борются с какими-то формами избегания аналитической ситуации. Пациенты, которые не рассказывают сновидения вообще, имеют, я полагаю, сильнейшие сопротивления, потому что в данном случае сопротивление добивается успеха при атаках не только на содержание сновидения, но также и на воспоминание о том, что оно было.

Сновидение — одна из наиболее важных норм подхода к бессознательному, к репрессированному и к инстинктивной жизни пациента. Забывание сновидений указывает на борьбу пациента с разоблачением его бессознательного и, в частности, его инстинктивной жизни, аналитиком (Фрейд, 1900, с. 517—521). Если будет достигнут успех в преодолении сопротивлений на данном сеансе, пациент может ответить рассказом о забытом до сих пор сновидении или новые его фрагменты могут прийти ему в голову. Наводнение сеанса множеством сновидений — другая разновидность сопротивления, она может указывать на бессознательное желание пациента продолжить свой сон в присутствии аналитика (Левин, 1953).

2.212. Пациенту надоело

Скука у пациента показывает, что он избегает осознания своих инстинктивных побуждений и фантазий. Если пациенту скучно, это означает, что он пытается отвлечь осознание своих импульсов и вместо этого у него появляется специфичное напряжение — скука (Феничел, 1934; Гринсон, 1953). Когда пациент хорошо работает с аналитиком во время анализа, он стремится найти свои фантазии. Скука, вне зависимости от того, что она означает, является защитой против фантазий. Замечу, мимоходом, что скука у аналитика говорит о том, что его фантазии по отношению к пациенту, забло-

– 80 –

кированы реакцией контрпереноса. Скука может также означать, что пациент сопротивляется, и аналитик еще не определил этого сознательно, но его бессознательное восприятие делает его недовольным, беспокойным, скучающим.

2.213. У пациента есть секрет

Очевидно, что пациент с осознанным секретом устанавливает, что существует что-то такое, чего он избегает. Это особая форма сопротивления, обращение с которой заслуживает специального технического рассмотрения. Секретом может быть какое-то событие, которое пациент хотел бы оставить в покое, или даже слово, которое он способен или неволен произнести. В этом случае все, что можно сказать, это одна из форм сопротивления; она так и должна быть обозначена, но это что-то следует поддерживать, а не подавлять, принуждать высказать или выпрашивать у пациента. Более детально это будет обсуждаться в секции 2.663.

2.214. Действие вовне

Действие вовне — очень частое и важное происшествие во время психоанализа. Вне зависимости от того, что оно еще означает, оно всегда служит функциям сопротивления. Сопротивление, проявляющееся в виде действия вовне, является проявлением его в действии вместо слов, воспоминаний и аффектов. Более того, всегда есть некоторое искажение, проявляющееся в действии вовне. Действие вовне служит множеству функций, но его функция сопротивления должна быть в конце концов проанализирована, поскольку в этом может подвергать опасности весь анализ.

Один простой вид действия вовне, который часто встречается в начале курса анализа, состоит в том, что пациент разговаривает о материале аналитического сеанса вне его с кем-то, помимо аналитика. Это очевидная форма избегания, в которой пациент перемещает реакцию переноса на кого-то еще для того, чтобы избежать некоторых аспектов своих чувств, испытываемых при переносе, или ослабить их. Действие вовне следует

– 81 –

специально отметить как сопротивление и его мотивы исследовать. Эта практика будет более детально обсуждаться в конце, когда я буду описывать действие вовне реакций переноса (секция 3.84), а также во втором томе.

2.215. Частые веселые сеансы

Аналитическая работа в массе своей — серьезная работа. Она может быть не всегда мрачной или печаль-пой, и не каждый сеанс депрессивен или болезненен, но в основном это, по меньшей мере, тяжелая работа. Пациент должен иметь некоторое удовлетворение от чувства достижения и даже испытывать время от времени чувство триумфа. Иногда корректная интерпретация вызывает спонтанный смех у пациента и аналитика. Но частые веселые сеансы, большой энтузиазм и длительное приподнятое настроение показывают, что нечто отвращается — обычно что-то противоположной природы, некоторая форма депрессии (Левин, 1950б; Гринсон, 1962). Бегство в здоровье, преждевременная утрата симптомов без понимания — признаки сходных типов сопротивления.

2.216. Пациент не изменяется

Иногда аналитик работает явно хорошо и успешно с пациентом, но при этом явных изменений в симптоматике или поведении пациента все еще нет. Если это продолжается длительный период времени, а сопротивление не проявляется, аналитик должен искать скрытое, неявное сопротивление. Аналитик может ожидать изменения в поведении пациента или в его симптоматике, если анализ дает толчок и, следовательно, имеет влияние на пациента. Если всякие проявления сопротивления отсутствуют, значит, мы, вероятно, имеем дело с неявной формой действия вовне или сопротивления переноса (Гловер, 1955, Глава IV).

2.217. Молчаливое сопротивление

Здесь я остановлюсь на том неявном сопротивлении, которое трудно с чем-либо связать и мысль о котором часто приходит в голову, когда пациент уже вышел из

– 82 –

аналитической ситуации. Аналитик часто осознает присутствие этого сопротивления, когда представляется неожиданный случай описать пациента кому-нибудь еще. Эти сопротивления выявляются не в течение одного сеанса, даже многих, а тогда, когда аналитик смотрит на анализ со стороны. В данном случае мы имеем дело с сопротивлением пациента неявного, расплывчатого характера, с которым аналитику трудно бороться и распознавать.

Очевидно, что в такой ситуации у аналитика присутствует элемент контрпереноса, а у пациента работает сопротивление (Гловер, 1955, с. 54, 165—186; Феничел, 1951, с. 67—69).

Позвольте проиллюстрировать это. Я работал в течение многих лет с пациенткой, и, с моей точки зрения, дела продвигались медленно, но хорошо. Я бы даже сказал, что мне нравилась пациентка, я был удовлетворен нашей работой. И вот как-то я встретил аналитика, который рекомендовал ее мне, и, отвечая на его вопрос, как ее дела, я обнаружил, что говорю: «Хорошо, вы знаете, она **«Кветач»** («Кветач» на клише означает хронический «вздохатель» или жалобщик). Я был удивлен своим замечанием, но позже понял, что оно верно (1); я не понимал этого раньше на сознательном уровне (2); я бессознательно защищал пациентку от своей досады на нее (3). После этого разговора я начал работать над этой проблемой как с нею, так и с самим собой.

Этот перечень сопротивлений неполон. Наиболее серьезной проблемой, которая опущена здесь, являются сопротивления, обусловленные переносом. Но это оправдано, так как я буду обсуждать перенос и сопротивления, сопровождающие ситуацию переноса в 3 части. Существует много других типичных сопротивлений, которые я мог бы добавить к этому списку, но они похожи на те, которые я описал. Рассмотрим пример: пациент читает книги и статьи по психоанализу, пытается обнаружить что-нибудь для себя и, следовательно, избежать неожиданности, не прийти с неподготовленным материалом. Это похоже на сопротивление, которое проявляется в виде сбора материала для того, чтобы избежать на сеансе пустоты или молчания. Другой пациент делает попытку войти в социальные, дружеские от-

– 83 –

ношения с другими аналитиками, что означает попытку смягчения его собственных личностных отношений к аналитику, которые проявляются в разговорах об аналитической работе вне сеанса. Курение во время сеанса походит на другие действия вовне.

2.3. Исторический обзор

Прежде чем перейти к обсуждению теории сопротивления, я кратко освещу историческое развитие психоаналитической точки зрения на этот вопрос. Вместо того, чтобы попытаться систематически рассматривать каждую работу, заслуживающую внимания, я ограничусь теми аспектами статей, которые отражают значительные изменения.

Работа **«Об истерии»** (1893—95), которую Фрейд написал совместно с Брейером, представляет собой выдающийся документ, поскольку читатель может наблюдать, как Фрейд пришел к таким монументальным открытиям, как сопротивление и перенос. Для гения Фрейда очень характерна та особенность, что когда он встречается с препятствием на своем пути, он не довольствуется тем, что избегает его или просто преодолевает, а имеет счастливую способность повернуть его к своей выгоде. Это особенно верно для его работы с переносом и сопротивлением. В описании случая Элизабет фон Р., которую Фрейд лечил в 1892 году, он впервые употребляет термин «сопротивление» и дает некоторые предварительные формулировки. Он полагал, что пациент «отгоняет прочь» какие-то несовместимые идеи и что сила сопротивления соответствует тому количеству энергии, с которой эти идеи пытаются проникнуть в ассоциации. В этой части он высказывает гипотезу, что такая идея была отделена от остальной жизни пациентки, связанной с восприятием и формированием идей, и от ее свободных ассоциаций как чуждое тело (с. 157). Фрейд также ввел термины «защита», «защитные побуждения» и «механизмы защиты» при обсуждении этой проблемы (с. 166).

В части «Психотерапия истерии» в том же самом томе, Фрейд утверждает, что неспособность пациентки быть загипнотизированной в действительности означает **нерасположенность** быть загипнотизированной (с. 268).

– 84 –

Терапевту следует преодолеть психическую силу пациента, которая препятствует тому, чтобы патогенные идеи стали осознанными. Эта сила должна сыграть свою роль в формировании истерического симптома. Из-за того, что идеи были болезненны, Эго пациентки вызвало для защиты

отражающие силы, которые вытеснили патогенные идеи из сознательного и препятствовали их возвращению. Незнание пациента есть, на самом деле, **нежелание** знать (с. 268—270).

Задача аналитика — преодолеть сопротивление. Он делает это, согласно Фрейду, «настаивая», то есть используя давление на лоб, настаивая на том, что воспоминание придет, и другими способами. Пациенту предлагается рассказать все, даже если это тривиально смущает его. Этот метод предполагает исключение воли пациента при воспоминании. То, что выясняется, зачастую есть промежуточное связующее звено, а не само патогенное воспоминание (с. 270—278). **Это** важно.

Разрешите мне процитировать самого Фрейда **по поводу** техники обращения с сопротивлениями: «Какие меры и средства мы имеем в своем распоряжении для того, чтобы преодолеть это повторяющееся сопротивление? Немногие, но они включают в **себя** почти все, с помощью чего один человек может обычным путем оказать **психическое влияние** на другого. Во-первых, мы должны поразмыслить над тем, что **психическое** сопротивление, особенно то, которое было в течение **длительного** времени, может быть разрешено медленно и постепенно, и мы должны терпеливо ждать. Во-вторых, мы можем рассчитывать на интеллектуальный интерес, который пациент почувствует, проработав незначительное время... но, наконец, — и это остается сильнейшим средством воздействия — мы должны постараться, после того как мы обнаружим побуждения к защите, лишить их ценности или даже переместить их более сильным воздействием... Аналитик, насколько это в его власти, работает, скорее, как просветитель (ибо незнание усиливает страх), как учитель, как представитель независимого

– 85 –

или высшего взгляда на мир, как исповедник, который дает отпущение грехов, а также стремится к завоеванию симпатии и уважения на длительный срок, включающий и время после того, как исповедь будет окончена (с. 282).

Затем Фрейд поднимает вопрос: не следует ли использовать гипноз и не сократит ли использование гипноза работу? На оба вопроса он отвечает отрицательно. Эмма фон Р. легко поддавалась гипнозу и имела небольшое сопротивление до того, как появились сексуальные вопросы; после этого ее не только нельзя было загипнотизировать, она не могла даже воскресить эти вопросы в памяти. Во всех видах истерии защита — корень вопроса. Уберите сопротивление, и материал предстанет в должном порядке. Чем ближе Вы подходите к ядру истерии, тем больше степень сопротивления (с. 284—289).

В этом месте Фрейд изменяет одну из высказанных ранее мыслей, утверждая, что репрессированное — не чужое, но больше похоже на инфильтрат, если мы уберем сопротивление и сможем запустить кругооборот в его до настоящего времени изолированную область, он сможет однажды стать снова целым. Безнадежно пытаться достичь ядра сразу же, необходимо начинать с периферии (с. 290—292). (Здесь мы видим проявление технического правила, что интерпретация должна начинаться с поверхности).

В «**Толковании сновидений**» (1900) Фрейд делает много ссылок на концепцию сопротивления. В различных местах он говорит о цензуре, обусловленной сопротивлением, или о цензуре, налагаемой сопротивлением (с. 308, 321, 530, 563). Ясно, что концепции сопротивления и цензуры очень тесно связаны друг с другом. Цензура для сновидений то же, что сопротивление для свободной ассоциации (с. 520). Фрейд приводит клинические данные о том, что, пытаясь заставить пациента вспомнить забытый фрагмент сновидения, аналитик встречается с величайшим сопротивлением. Если же удастся преодолеть сопротивление, пациент часто вспоминает забытое до того сновидение. При рассмотрении забытых сновидений Фрейд делает утверждение: «То, что прерывает процесс аналитической работы, есть сопротивление» (с. 517).

– 86 –

Работа «Психоаналитическая процедура Фрейда» содержит самые ранние определенные утверждения, что фактор сопротивления стал одним из краеугольных камней его теории (1904, с. 261). Гипноз, внушение и отреагирование были полностью оставлены в пользу свободной ассоциации и анализа сопротивления и переноса (с. 252).

В случае Доры (1905а) Фрейд описывает, как отношения переноса становятся наиболее важным источником сопротивления и как это сопротивление переноса осуществляется пациентом. В конце концов, это привело к тому, что анализ оборвался, потому что Фрейд не полностью осознавал важность этого, когда в 1900 году лечил пациентку (с. 116—120).

В работе «Динамика переноса» (1912а) Фрейд идет дальше от простого констатирования того, что перенос вызывает наиболее сильное сопротивление и что он — наиболее частая причина сопротивления. Он изучает динамические силы, которые заставляют либидо регрессировать и восставать против аналитической работы в форме сопротивления (с. 102). Фрейд приводит описание, как сопротивление сопровождает психотерапию шаг за шагом. Каждая ассоциация, каждое действие пациента в ходе лечения должно расплачиваться с сопротивлением (с. 103).

Ассоциации пациента, кроме того, являются компромиссом между силами сопротивления и стремлением к переносу выздоровления. То же самое относится и к переносу. Здесь Фрейд делает одно подстрочное замечание, что борьба в сфере сопротивления выбирается в качестве наиболее мучительного конфликта.

В своей работе Фрейд впервые отмечает навязчивое повторение, сопротивления, а именно, тенденцию пациента повторять действия, а не воспоминания. Эти сопротивления чрезвычайно **трудны** и требуют тщатель-

– 87 –

ной проработки (с. 150—151). Более того, он утверждает, что для преодоления сопротивления необходимо сделать больше, чем просто назвать его. Пациенту нужно время, чтобы лучше узнать сопротивление и раскрыть репрессированные инстинктивные побуждения, которые поглощены им (с. 155). Это одно из немногих технических замечаний, которые Фрейд делает о том, как пытаться анализировать сопротивление.

В «Лекциях по введению» (1916—17) Фрейд вводит новый термин — либидозная сцепленность ассоциаций — особая разновидность сопротивления (с. 348). Здесь он заявляет, что нарцисстический невроз представляет собой непобедимый барьер, который не поддается аналитической технике (с. 423).

В работе «Затруднения, симптомы и тревожность» (1926а) Фрейд обсуждает сопротивления и их источники. Он различает три вида сопротивлений, происходящих от Эго и, кроме того, от Суперэго и Либидо Эс. 160. Этот вопрос будет рассматриваться в секции 2.5.

Работа «Анализ конечный и бесконечный» (1937а) содержит некоторые новые теоретические разработки о природе сопротивления. Фрейд считает, что существует три фактора, которые важны для успеха терапевтических усилий: влияние травмы, конституциональная сила инстинктов и перестройка Эго (с. 224). Эти перестройки обусловлены действием защитных процессов. Фрейд также развивает свою мысль о том, почему аналитический процесс у некоторых пациентов идет так медленно. Он описывает пациентов с недостаточной подвижностью либидо и приписывает это либидозной сцепленности ассоциаций и психической инерции, которую он называет «возможно, не совсем корректно, «сопротивлением, исходящим от Ид» (с. 242). Эти пациенты терзаются муками «негативной терапевтической реакции», обусловленной неосознанным чувством вины, которое является дериватом инстинкта смерти (с. 243).

В своей работе Фрейд также утверждает, что сопротивление может быть вызвано ошибками аналитика, некоторые из которых вызываются чрезвычайной эмоциональностью, свойственной профессии, что обуславливает высокий профессиональный риск (с. 247—249). Он заканчивает свое эссе несколькими клиническими замечаниями о величайших сопротивлениях мужчин и

– 88 –

женщин. У женщин величайший источник сопротивления связан с завистью к пенису, тогда как у мужчин величайшее сопротивление исходит из страха пассивных желаний по отношению к другим мужчинам (с. 250—253).

Из этого исторического образа мыслей Фрейда о сопротивлении можно увидеть, что он начал с того, что считал сопротивление, в сущности, помехой в работе, а позже оно стало чем-то значительно большим. Несмотря на то, что его оригинальная техника была сфокусирована на отреагировании и получении воспоминаний, позже сами сопротивления становятся источниками очень важных знаний о

жизни пациента, и в особенности о его симптоматике. Эти идеи развивались и достигли кульминации и в работе «Анализ конечный и бесконечный», где концепция сопротивления также включает в себя Ид и Суперэго.

Следует также добавить несколько слов о вкладе других авторов. Наиболее важным событием была книга Анны Фрейд «Эго и механизмы защиты» (1935). Это была первая попытка систематизировать наше понимание различных механизмов защиты и отношение их к проблемам сопротивления в курсе психоанализа. В этой работе она демонстрирует, что сопротивление — не только помеха лечению, но также важный источник информации о функционировании Эго в целом. Защиты, которые проявляются как сопротивления во время лечения, выполняют важные функции для пациента в его внешней жизни. Защиты также повторяются в реакциях переноса (с. 30—44).

Две работы Вильгельма Рейха (1928, 1929) по формированию характера и анализу характера были также важным дополнением к психоаналитическому пониманию сопротивления. Невротический характер в общем относится к эго-синтоничным, привычным отношениям и формам поведения пациента, которые служат как бы броней против внешних симптомов и против внутренних инстинктивных вспышек (1928, с. 132—135). Эти черты характера создают предмет анализа (А. Фрейд, 1936, с. 35; Феничел, 1941, с. 67—68).

Мысли Гартманна (1964) об адаптации, относительной автономии, областях, свободных от конфликтов, межсистемных конфликтах и нейтрализации имеют

– 89 –

важное значение для понимания психоаналитических проблем. Концепция Эрнста Криса о регрессии под контролем Эго еще один выдающийся вклад в теорию анализа (1950, с. 812). Эта концепция проливает свет на то, что скрывается в корзине под названием «искусство психоанализа». И, наконец, некоторые из новейших идей о различиях и защитах, сопротивлениях и регрессиях при неврозах и психозах кажутся мне перспективными» (Винникот, 1955; Фриман, 1959; Векслер, 1960).

2.4. ТЕОРИЯ СОПРОТИВЛЕНИЯ

2.41. Сопротивление и защита

Концепция сопротивления является основой для психоаналитической техники и поэтому затрагивает каждый технический вопрос. Сопротивление следует рассмотреть с различных точек зрения для того, чтобы оно было должным образом понято. Данное теоретическое обсуждение касается только нескольких фундаментальных аспектов, которые чрезвычайно важны для понимания клинических и технических проблем. Более специфические теоретические вопросы будут рассмотрены в связи с частными вопросами. В поисках всеобъемлющего метапсихического обзора читателю следует обратиться к классической литературе (Фрейд, 1912а, 1914с, 1926а, 1937а; А. Фрейд, 1936; Феничел, 1945а, главы VIII, IX; Гилл, 1963, с. 5, 6).

Сопротивление препятствует как аналитической процедуре и аналитику, так и приемлемому Эго пациента. Сопротивление защищает невроз, старый, хорошо знакомый и инфантильный от выставления на свет и изменения. Это, вероятно, адаптивно. Термин «сопротивление» относится ко всем **защитным операциям** психического аппарата, ко всем их проявлениям.

Термин «защита» относится к процессам, которые предохраняют против опасности и боли и противостоят инстинктивным действиям, доставляющим удовольствие и разрядку. В психоаналитической ситуации защиты проявляются как сопротивления. Фрейд использует эти термины как синонимы в большинстве своих работ. Функция защиты — первоначальная, она основывается на функциях Эго, хотя каждый вид психических фено-

– 90 –

менов может быть использован в качестве защиты. Это касается того вопроса, который был поднят Анной Фрейд; когда она утверждала, что многие странные формы образов, возникающих в сновидении, спровоцированы приказанием Эго, которое не выполнено полностью. Аналогично различные способы

защиты — это не всегда работа Эго, ибо здесь могут также быть использованы некоторые особенности инстинкта (А. Фрейд, 1936, с. 192). Эта мысль, как кажется, относится к замечаниям о ранних стадиях защиты и специальной проблеме защит у психоаналитического пациента в противопоставлении к психоневротическому (Фриман, 1959, с. 208—211).

Я полагаю, что можно с уверенностью утверждать, что вне зависимости от того, какого рода психический феномен используется для целей защиты, он должен действовать через Эго. Для технического правила логично то, что анализ сопротивления следует начинать с Эго. Сопротивление — операционная концепция; не новость то, что она создана анализом; аналитическая ситуация становится ареной, на которой силы сопротивления проявляют себя.

Нужно помнить, что во время курса анализа силы сопротивления используют все механизмы, формы, способы, методы и констелляции защиты, которые Эго использует во внешней жизни пациента. Они могут состоять из элементарных психодинамизмов, которые бессознательное Эго использует для предохранения своих синтетических функций, таких как механизмы репрессии, проекции, интроекции, изоляции и т. д. Или сопротивления могут состоять из недавних, более сложных приобретений, таких как рационализация или интеллектуализация, которые также используются для целей защиты (Сперлинг, 1958, с. 36—37).

Сопротивления пациента работают, в основном, в его бессознательном Эго, хотя некоторые аспекты сопротивления могут быть доступны для наблюдающего, сознательного Эго пациента. Мы должны различать: **что** пациент сопротивляется, **как** он делает это, **что** он отвращает, **почему** он делает это (Феничел, 1941, с. 18; Гилл, 1963, с. 96). Механизм сопротивления по определению всегда бессознателен, но пациент может осознавать то или иное вторичное проявление процесса защиты. Со-

– 91 –

противления в процессе анализа проявляются как некая форма противодействия процедурам и процессам, которая анализируется. В начале анализа пациент будет, скорее, ощущать это как некоторое противодействие запросам аналитика или его вмешательству, чем как интрапсихическое явление. По мере развития рабочего альянса пациент будет идентифицироваться с рабочими отношениями аналитика, и сопротивление им будет осознано как чужая Эго защитная операция «переживающего» Эго пациента. Это может произойти в ходе анализа в соответствии с флуктуациями рабочего альянса. Следует подчеркнуть, однако, что во время всего курса анализа, при каждом его шаге, будет происходить борьба с сопротивлениями. Она может ощущаться интрапсихически, в отношениях с аналитиком; она может быть сознательной, предсознательной, бессознательной; она может быть незначительной или кровопролитной, но сопротивление вездесуще.

Концепция защиты включает два момента: опасность и проектирующую деятельность. Концепция сопротивления состоит из трех составляющих: опасности, сил, побуждающих к защите (иррациональное) Эго, и сил, толкающих вперед, на риск, преадаптивное Эго.

Другая параллель между защитой и сопротивлением состоит в существовании у сопротивления такой же иерархии, как и у защиты. Концепция защиты относится к различным бессознательным функциям Эго, и мы можем отличить глубокие бессознательные автоматические защитные механизмы от тех, которые тесно связаны с сознательным Эго. Чем более низкое место в иерархии занимает определенная защита, тем теснее она связана с репрессированным материалом и тем менее вероятно, что она станет осознанной. Чем выше по иерархической шкале поднимается защита, тем в более тесной связи со вторичным процессом находится ее действие и тем более она реагирует на нейтрализованные разрядки (см. Геро, 1951, с. 578; Гилл, 1963, с. 115). Эти рассуждения могут быть перенесены и в наше понимание сопротивления. Сопротивления также включают широкий набор процессов, которые можно дифференцировать по тому, используют ли они первичные процессы при своем функционировании, а также по отношению к тому, что они пытаются регулировать — ин-

– 92 –

стинктивную или нейтрализованную разрядку. Я полагаю, что смогу проиллюстрировать это положение описанием поведения пациента, который утверждал, что он боялся «позволить мне войти в него», потому что он был поглощен, разрушен, потерян тогда. Как отличается это сопротивление от того,

которое открыл пациент, сказав мне, что он всегда тихо гудел какую-нибудь мелодию для того, чтобы уменьшить влияние того, что я могу сказать.

Защита и сопротивление — родственные термины; защита и то, от чего защищаются, образуют единое целое. Защитное поведение обеспечивает разрядку для того, от чего защищаются. Во всяком поведении есть импульсивный и защитный аспекты (Феничел, 1941, с. 57). Жестокие самопопреки страдающего навязчивостями явно изменяют лежащие в глубине садистические побуждения, которые пациент стремится отвратить. Все защиты являются «относительными» защитами (там же, с. 62). Некоторый аспект поведения может быть защитой по отношению к какому-то примитивному побуждению, и в то же время данное поведение может быть реакцией на побуждение по отношению к защите более высокого порядка (Гилл, 1963, с. 122).

Я могу проиллюстрировать это в пределах целого сопротивление — побуждение так, как это проявляется в курсе анализа. Мужчина средних лет, психиатр, рассказал мне, что он получает большое удовольствие от секса со своей женой, «даже от ее влажной, зловонной вагины». Затем он добавил, что «весьма странно», после полового акта он обычно пробуждается от глубокого сна, обнаружив, что он обмывает свои гениталии в ванной комнате. В свете предыдущей дискуссии я попытаюсь объяснить эти действия сопротивления как следующие: рассказ пациента мне о том, что он получает большое удовольствие от секса, по своему содержанию явно инстинктивен; но, с другой стороны, это попытка понравиться мне, показать, насколько он здоров, снять любые сомнения, которые у меня могли бы быть относительно его потенции. Можно легко увидеть проявление импульса (побуждения), а затем — сопротивление ему. Все это, однако, есть защита по отношению к следующей фразе: «даже от ее влажной, зловонной вагины». Защитный аспект выдается словом «даже». Но это опи-

– 93 –

сание слишком очевидно содержит эксгибиционистский элемент, потворствующий побуждению. Это также сопротивление против раскрытия значения следующей части поведения: умывания в ванной комнате. Эта деятельность проявляется как сопротивление, чуждое Эго с точки зрения предыдущего утверждения о том, как он получает удовольствие от ее вагины, и того факта, что он находит это умывание странным. Но это также защитное действие против ощущения грязи, которое будит его и побуждает преодолеть его умыванием.

Я полагаю, что этот краткий анализ послужит примером и прояснит концепцию относительности сопротивления и защиты. Концепции «сопротивления сопротивлению» или «защиты от защиты» аналогичны (см.: Фрейд, 1937а, с. 239; Феничел, 1941, с. 61).

Иерархичность и многослойность сопротивлений и импульсов не следует расценивать как залог правильного напластования этих компонентов в сознании людей, проходящих анализ. Это было показано Вильгельмом Рейхом (1928, 1929), который был сторонником анализа объединения сопротивление-импульс в обратном хронологическом порядке. Феничел (1941, с. 47—48) и Гартманн (1951, с. 147) подчеркивали, что существует много факторов, которые могут разрушить исторические напластования и вызывают «ощущение вины» и другие более хаотичные вещи.

Я бы хотел подвести итог этой части теоретической дискуссии о сопротивлении и защите, процитировав Мертона Гилла (1963, с. 123): «Мы не можем провести жесткой границы между различными уровнями защиты. Если защиты существуют в иерархии, то нижний уровень должен быть неосознанным и автоматическим, он, вероятно, является патогенным. Защиты, занимающие более высокие уровни иерархии, должны быть осознанными и умышленными, они, вероятно, адаптивны. И, конечно же, специфическое защитное поведение может включать оба эти типа. Мысль о том, что защиты могут исчезнуть после анализа, может быть высказана только теми, кто придерживается очень ограниченного взгляда на защиту, поскольку в концепции иерархичности защиты являются функционированием личности, а побуждения и их дериваты — основой».

Давайте теперь вернемся к вопросу отношения мо-

– 94 –

тивов и механизмов защиты к мотивам и механизмам сопротивления (А. Фрейд, 1936, с. 45 70; Феничел, 1945а). Изучая мотив, мы рассматриваем вопрос о том, что **является причиной** включения защиты. Непосредственная причина защиты — всегда избегание какого-то болезненного аффекта, такого, как

тревога, вина или стыд; Более отдаленная причина — это лежащий ниже инстинктивный импульс, который и возбуждает тревогу, вину или стыд. Самая отдаленная причина — травматическая ситуация, положение, в котором Эго сокрушено и беспомощно, потому что затоплено тревогой, которую оно не может контролировать, овладеть ею или ограничить — состояние паники. Этого состояния пациент стремится избежать, включая защиту при любом признаке опасности (Шур, 1953).

Позвольте мне проиллюстрировать это одним клиническим примером. Простой добродушный пациент на аналитическом сеансе начал уклончиво рассказывать, что видел меня на концерте накануне вечером. Было ясно, что он смущен и встревожен. После того, как это было осознано пациентом, мы исследовали причины, лежащие в основе этого, и обнаружили, что он почувствовал ревность и обиду потому, что я, казалось, наслаждался обществом молодого человека. На последующих сеансах мы раскрыли тот факт, что эта ситуация конкуренции мобилизовала в нем тенденцию к жестокой вспышке гнева. В детстве он страдал от вспышек своего запуганного характера, когда ему казалось, что его младший брат более любим, чем он сам. Частью его поздней невротической деформации стала чрезмерная ригидная добродушность. Я полагаю, что этот пример демонстрирует непосредственную, более отдаленную и самую отдаленную причины сопротивления. Смущение — непосредственный мотив. Ревность и обида — более отдаленная причина сопротивления. Самой отдаленной причиной, основой для сопротивления послужил страх неистового гнева.

Опасные ситуации, которые могут вызвать травматическое состояние, проходят через ряд развития и изменений с различными фазами созревания (Фрейд, 1926а, с. 134—143). Они могут быть примерно охарактеризованы как страх оказаться брошенным, страх уничтожения тела, чувства нелюбви, страх кастрации и страх

– 95 –

потери уважения к себе. В курсе анализа каждая мысль, чувство, фантазия, которые возбуждают болезненную эмоцию, проявившись в свободной ассоциации, сновидении или вмешательстве аналитика, вызовут какую-то форму сопротивления. Исследуя, что лежит за болезненным аффектом, обнаружим какой-то инстинктивный импульс и, в конечном счете, какую-то связь с относительно травматическим событием в истории пациента.

Проблема тщательной проработки весьма уместна при обсуждении теории сопротивления, поскольку Фрейд в дискуссию по данному вопросу ввел термины «навязчивое повторение» и «либидозная сцепленность ассоциаций» и «психическая инерция» (1914с, с. 150; 1937а, с. 241—242). Эти феномены связаны тем, что Фрейд определил «быть может, не совсем корректно» как «сопротивление от Ид», или проявление инстинкта смерти (1937а, с. 242). Не намереваясь вообще отказаться от этих мыслей, я должен сказать, что концепция сопротивления, идущего от Ид, кажется или неточностью или противоречием. Согласно нашему рабочему сопротивлению все сопротивления действуют через Эго, вне зависимости от того, где и какая форма опасности образуется. Стремление сохранить старые способы удовлетворения, которые подразумеваются в понятиях либидозной сцепленности ассоциаций и психической инерции, может иметь какую-то особую инстинктивную основу, но мой клинический опыт показывает, что в таких случаях внизу лежит страх нового, пусть даже зрелого, способа удовлетворения, который делает старые с трудом воспринимаемыми.

По моему мнению, роль инстинкта смерти в отношении к сопротивлению слишком сложна и слишком незначительна для того, чтобы специально обсуждать ее в книге по технике. Я отношусь к концепции инстинкта смерти как к выделенной из концепции агрессивных инстинктивных побуждений. Интерпретация клинического материала пациенту в терминах инстинкта смерти имеет тенденцию слишком легко становиться поверхностной и механической.

С технической точки зрения лучший терапевтический подход к навязчивому повторению состоит в том, что его считают попыткой к запоздалому овладению старой травматической ситуацией. Или же это повторение мо-

– 96 –

жет выразиться в надежде на более счастливое окончание прошлой фрустрации. К мазохизму, суициду и потребности в страдании, возможно, лучше подойти в клинике как к проявлениям агрессии, направленной на себя. По моему опыту, интерпретация сопротивления как выражения инстинкта

смерти приводит только к интеллектуализации, пассивности и покорности. Мне представляется клинически обоснованным, что в финале анализа мы находим те же самые мотивы как сопротивления, так и защиты, а именно — избегание боли.

2.42. Сопротивление и регрессия

Регрессия — описательная концепция, она относится к возвращению к более ранним, более примитивным формам умственной деятельности (Фрейд, 1916—17, с. 342). Пациент имеет тенденцию возвращаться к тем местам, которые были точками фиксации в более раннее время. Фиксация и регрессия формируют комплементарные серии (Фрейд, 1916—17, с. 362; Феничел, 1945а). Можно лучше понять эти взаимосвязи, воспользовавшись такой аналогией: армия пытается продвинуться на территорию врага. Наибольшее число групп оккупантов будет в тех местах, где они испытывают наибольшие трудности, или в наиболее безопасных местах, там, где им приятнее всего. Однако, поступая так, наступающая армия ослабевает и, стоит ей встретить трудности на своем пути, как она возвращается на те позиции, где она оставила самые сильные оккупационные группы.

Фиксация вызывается врожденной предрасположенностью, конституциональными факторами и опытом, который формирует комплементарные серии. Мы мало знаем о наследственных, врожденных факторах, но мы действительно знаем, что чрезмерное удовлетворение в определенный момент развития приведет к фиксации. От сильных удовлетворений отказываются неохотно, особенно если они дают ощущение безопасности. Ребенок, которого анально-эротически стимулирует мать своей чрезмерной заботой о его анальной деятельности, не только получает большое чувственное удовлетворение, но также и уверенность в расположении матери к нему. Феничел придерживается мнения, что чрезвычай-

– 97 –

ная фрустрация может также вызывать фиксации (1915а, с. 85). Он говорил, что фиксация может появляться потому, что: а) существует давнишняя надежда, что в конце концов будет получено давно желаемое удовлетворение и б) фрустрация содействует репрессии побуждений, которая препятствует их развитию. Комбинация чрезвычайного удовлетворения и чрезмерной фрустрации и, в особенности, внезапные изменения от одного к другому, способствуют фиксации.

Регрессия и фиксация зависят друг от друга (А. Фрейд, 1965, с. 96). Тем не менее, следует иметь в виду, что фиксация — концепция развития, а регрессия — защитный процесс. Мой собственный клинический опыт не соответствует формулировкам Феничела о причинах фиксации и регрессии. Я нахожу, что фиксация вызывается, в основном, чрезмерными удовлетворениями, а регрессия приводится в движение чрезмерной болью и опасностью. Не следует цепляться за какое-то несуществующее удовлетворение, пока не будет воспоминания о чрезмерном удовольствии, связанном с ним. Кроме того, все это верно относительно. Более сильное удовлетворение слишком опасно, а более регрессировавшее — недостаточно награждаемо. Следовательно, момент фиксации — момент наибольшего удовлетворения. Он является наилучшей комбинацией удовлетворения и безопасности.

Регрессия мотивирована бегством от боли и опасности. Это кажется верным, когда мы имеем дело с патологической регрессией. В случае, когда пациент отвергает свою эдипову любовь и соперничество, свою мастурбацию и свою фаллическую, эксгибиционистскую гордость и однажды снова становится открыто неповиновущимся, язвительно-покорным, «туалетно-ориентированным» к навязчивым, причина именно в этом. Если удовлетворение и играет какую-то роль в регрессии, то только в том случае, когда оно продуцирует травматическую тревожность. Если удовлетворение не становится травматическим, оно вызывает фиксацию на эдиповом уровне, а не регрессию.

Регрессия может иметь место при объективных отношениях и в отношении к сексуальной организации (Фрейд, 1916—17, с. 34). С точки зрения топографии это перемещение от вторичного процесса к первичному.

– 98 –

Гилл (1963, с. 93) полагает, что это также подразумевает и структурную регрессию, регрессию перцептивных функций Эго, выражению в трансформированных мыслях и визуальных образах (1955, с.

286). Винникот утверждает, что наиболее важным аспектом регрессии является регрессия функции Эго и объектных отношений, особенно в случае первичного нарциссизма.

Наиболее тщательно и систематично регрессия обсуждалась Анной Фрейд (1965, с. 93—107). Она утверждает, что регрессия может происходить во всех трех психических структурах; она может затрагивать психическое содержание так же, как функционирование; и она может влиять на инстинктивную цель, объектные представления и содержание фантазий. (В этот список мне следовало бы добавить еще эрогенные зоны и образ себя.) Регрессия Ид более упорна и сцеплена, тогда как регрессия функций Эго часто более мимолетна. Временная регрессия функции Эго — часть нормального развития ребенка. В процессе созревания регресс и прогресс являются альтернативой друг другу и постепенно переплетаются друг с другом.

Регрессия занимает особое положение среди защит, высказываются сомнения, действительно ли она относится к ним (А. Фрейд, 1936; Феничел, 1945а; Гилл, 1960), Однако нет сомнений в том, что Эго действительно использует регрессию в различных формах для целей сопротивления и защиты. Роль Эго по отношению к регрессии — нечто другое. В общем, кажется, что Эго более пассивно здесь, чем при других защитных операциях. Очень часто регрессия приводится в движение инстинктивной фрустрацией, возникающей на данном уровне, которая заставляет побуждения искать выход в противоположном направлении (Феничел, 1945а, с. 160). Тем не менее, при определенных условиях Эго действительно способно регулировать регрессию так, как оно это делает во сне или в уме при некоторой творческой деятельности (Крис, 1950, с. 312—313). В действительности, для психического здоровья примитивные функции необходимо дополнить более высокодифференцированными (Хартманн, 1947; Кхан, 1960; Гинсон, 1960). Как и в случае защит, важно различать относительно патогенные и адаптивные регрессии.

Также важно иметь в виду, что регрессия — это не

тотальное, всеобъемлющее явление. Обычно мы видим отдельные регрессии. Пациент может регрессировать в некоторых функциях Эго, а в остальных — нет. Или же может наблюдаться сильная регрессия инстинктивных целей и относительно слабая регрессия в объектных отношениях. «Неуравновешенность регрессии — очень важная концепция для клинической практики» (А. Фрейд, 1965).

Эта дискуссия имеет важные связи с терапевтическим процессом. Для психоаналитической терапии регрессия необходима — и действительно, наше окружение и отношение способствуют этому развитию (см. часть 4, а также Менингер, 1953, с. 52). Однако большинство аналитиков имеют в виду **оптимальное** количество регрессии. Мы выбираем таких пациентов, которые, по большей части, регрессируют только временно и частично. Вместе с тем существуют различные мнения по этому вопросу. Например, Векслер (1960, с. 41—42) предостерегает против использования таких процедур, как свободная ассоциация, при работе с пограничными пациентами, это может привести их к объектному отчуждению; тогда как Винникот (1955, с. 287) считает, что задача аналитика — поддерживать полную регрессию даже у психотического пациента.

2.5. КЛАССИФИКАЦИЯ СОПРОТИВЛЕНИЙ

2.51. В соответствии с источником сопротивлений

В сериях своих работ по проблемам защиты и сопротивления Фрейд в разное время пытался провести различие между типами сопротивления. В работе «Затруднения, симптомы и тревожность» (1926а, с. 160) он различает пять видов сопротивления и классифицирует их в соответствии с их источником: 1) сопротивление регрессии, под которым он подразумевал сопротивление защит Эго; 2) сопротивление переноса; поскольку перенос есть заменитель воспоминания и он базируется на перемещении от прошлых объектов на объекты настоящего, Фрейд классифицировал эти сопротивления тоже как произошедшие от Эго; 3) выгоду от болезни или вторичную выгоду от нее он также поместил среди сопротивления Эго; 4) четвертой разновидностью он считал те сопротивления, которые требуют тщательной

проработки, а именно, вынужденные повторения или навязчивые повторения и либидозная сцепленность ассоциаций, которые он считал сопротивлениями Ид; 5) последнюю группу сопротивлений, как предполагал Фрейд, составляют те, которые возникают из бессознательного чувства вины и необходимости наказания, он полагал, что эти сопротивления образуются в Суперэго.

Гловер (1955) в двух главах, посвященных защитным сопротивлениям в своей книге по технике, классифицирует сопротивления многими способами, но придерживается классификации Фрейда в соответствии с источником сопротивления. Феничел (1941) считал этот метод дифференциации несистематичным и отмечал, что у самого Фрейда было такое же впечатление (с. 33—34).

Перед тем, как продолжать наше обсуждение источников сопротивления, я полагаю, было бы мудро высказать трюизм, что все психические структуры участвуют во всех психических событиях, хотя и в различной степени. Имея это в виду, мы будем менее склонны упрощать или слишком обобщать свои формулировки. Далее, я полагаю, функция защиты — устранить страдание, вне зависимости от того, что явилось стимулом, вызвавшим данное болезненное воспоминание, причем эта функция инициируется Эго. Это является той психической структурой, которая мобилизует функции отвращения, избегания. Оно может делать это путем выработки бессознательных первичных механизмов защиты, таких как репрессия, проекция, интроекция и т. д. Однако оно может делать это, используя любые другие сознательные и бессознательные психические функции. Например, гетеросексуальная активность может быть использована как защита и в анализе как сопротивление против гомосексуальных импульсов. Прегенитальные сексуальные удовольствия могут быть не только выражением инфантильных компонентов Ид, но, если они становятся источником сопротивления, они могут также служить функциями защиты и сопротивления против эдиповой ситуации (Фридман, 1953). Фрейд, Гловер и Анна Фрейд описывают сопротивления Ид как те сопротивления, которые идут от навязчивого повторения и либидозной сцепленности ассоциаций. По моему мнению, эти сопротивления также действуют через Эго. Частная ин-

стинктивная активность повторяется и остается неподатливой для понимания, только если она привлекает на свою сторону помощь защитных функций Эго. Тщательная проработка действует непосредственно на Ид не только через Эго. Для того чтобы тщательная проработка имела успех, Эго следует побудить отказаться от патологических защитных функций. Таким образом, Ид может участвовать в «маневрах» сопротивления, но мне кажется, что только при том допущении, что оно само используется Эго для защитных целей. Следует подчеркнуть, что эта формулировка остается верной и для невроза переноса; проблема может быть другой при психозах (Винникот, 1956; Фриман 1959; Векслер, 1960).

Сходная ситуация существует и в отношении Суперэго. Чувства вины могут побуждать Эго включать различные механизмы защиты. Но мы можем также встретить ситуации, где чувство вины требует удовлетворения, требует наказания и приобретает качества, подобные Ид. Эго может защищаться против этого, используя различные реактивные формации, которые имеют суперморальное качество. Мы видим типичный такой пример при навязчивых неврозах. Однако при тяжелых мазохистских характерах мы можем видеть ситуацию: необходимость страдания доставляет удовольствие, пациент дает выход требованиям Суперэго, давая себе волю в поведении, которое принесет ему боль. Когда это случается, мы имеем сопротивление в анализе, потому что эти искания боли относительно приятны и одновременно это избегание другой тревожности (Феничел, 1945а, с. 166). Оно служит одновременно и для удовлетворения и выполняет функцию защиты, сопротивления. Нашей терапевтической задачей будет подвести разумное Эго пациента к узнаванию функции сопротивления и склонить его отважиться встать перед лицом большей, ниже лежащей болезненной тревожности, чтобы ее можно было проанализировать.

Таким образом, по моему впечатлению, вне зависимости от того, что может быть первопричиной деятельности, ее функции сопротивления всегда дериваты Эго. Другие психические структуры следует понимать как действующие через Эго. Мотив для защиты и сопротивления всегда — избегание боли. Формы или способы

сопротивления могут относиться к любому типу психической деятельности, от защитных механизмов до инстинктивной деятельности. Стимул, вызывая воспоминания, вызывает при этом и защитные маневры, он может исходить из любой психической структуры — Эго, Ид или Суперэго. Но **осознание** защиты — функция Эго.

Идеи Фрейда о сигнальной значимости тревожности чрезвычайно важны при подходе к этим запутанным взаимоотношениям. Я бы хотел использовать роль Эго в тревожности, приведя в качестве примера некоторые важные работы. В работе «Затруднения, симптомы и тревожность» он описывает: а) Эго как местоположение тревожности; б) тревожность как реакцию Эго и в) роль Эго в **производении** тревожности и его роль в защите и формировании симптомов (1926а, с. 132—142, с. 157—168). Эти проблемы тщательно описаны и разобраны Максом Шуром в работе «Эго и тревога». Концепцию Фрейда о том, что Эго производит тревогу в качестве сигнала опасности и вызывает защиты, он изменяет следующим образом: «...Эго оценивает опасность и испытывает некоторую форму тревоги. И оценивание, и само переживание действуют как сигнал для индуцированной защиты. Не только в ожидании опасности, но и в ее присутствии и даже если ситуация имеет какие-то элементы травматической ситуации, и если реакция тревоги Эго является регрессивной, с ресоматизацией, это переживание может еще служить для остального Эго сигналом вызвать резервы для принятия необходимых мер. Эта формулировка никоим образом не противоречит концепции функции тревоги как стимула адаптации, защиты и формирования симптомов... Эго способно **производить опасность**, а не тревогу. Оно может делать это, манипулируя ситуациями и вовлекаясь в фантазии... Концепция «автоматической» тревожности, происходящей из Ид (например, при сексуальной фрустрации), замещается концепцией оценивания Эго некоторых изменений в Ид как опасных и реагирования на них как тревогой. Эта формулировка подчеркивает тот факт, что тревога всегда является ответом Эго (с. 92—93).

2.52. В соответствии с точками фиксации

Все попытки классифицировать сопротивления будут обязательно частично приводить к одинаковым результатам. Тем не менее, эти классификации необходимо знать как свои пять пальцев, ибо это поможет психоаналитику быть более восприимчивым к типичному материалу Ид, функций, Эго, объектных отношений или реакции Суперэго, с которыми ему, возможно, придется иметь дело. Позвольте мне привести следующую аналитическую ситуацию как пример анального сопротивления, которое появилось на третьем году анализа молодого человека, мистера З., который имел, в сущности, орально-депрессивный характер. Распознавание анального качества частного сопротивления оказалось полезным в выявлении и понимании нижележащего бессознательного материала.

Пациент лежит на кушетке, напряженно и вытянувшись. Его кулаки сжаты, челюсти сжаты, на щеке видны напряженные мускулы, его лодыжки перекрещены, сжаты, его лицо залито краской, глаза смотрят прямо перед собой, он молчит. Через несколько минут он говорит: «У меня депрессия. Даже больше, чем раньше. Я ненавижу себя. Прошлой ночью я немилосердно бил себя... (пауза). И это оправдано. Я ведь все еще не производю... (пауза). Мне ничего не приходит в голову... (пауза). Я застрял. Я не хочу работать. Я отказываюсь работать, когда чувствую себя так, как сейчас... (молчание). Я не хочу говорить... (длительное молчание)».

Слова произносились короткими, обрезанными фразами, разделенными на слоги. Он говорил так, будто выплевывал слова. Я мог почувствовать по его тону, манере, позе, что он рассержен, даже более того: он язвительно и вызывающе рассержен. Хотя он говорит только о том, что он ненавидит себя, я чувствую, что он рассержен и недоброжелателен по отношению ко мне. Кроме того, я насторожился, когда он сказал: «Я не могу производить, я застрял». Все это, содержание и отношение, показывает наличие какого-то вида злобной анальной реакции. Я остаюсь спокойным и затем после продолжительного молчания говорю ему: «Вы выглядите так, как будто вы ненавидите не только себя, но еще и сердитесь и озлоблены на меня». Пациент

ответил: «Я сержусь на себя. Я проснулся в 12.15 и потом уже не мог спать. И сейчас я все еще задремываю и просыпаюсь (молчание). Я не хочу работать. Я бы, скорее, отказался от анализа, чем продолжал его. И вы знаете, я почти могу это сделать. Это странно говорить, но почти могу это сделать. Я могу прямо сейчас бросить его и не возобновлять до конца жизни. Я не хочу донять этого. Я не хочу работать».

Снова я подождал и затем, после паузы, сказал: «Но этот вид злобы кое о чем говорит нам. Это больше, чем просто ненависть к себе». Пациент ответил: «Я не хочу разогнать свою злобу. Я чувствую, что сержусь, но не хочу отделаться от этого, хочу сохранить это чувство. Я продвигаюсь все дальше с каждым днем, с каждым таким днем, как сегодняшний. Все это ненависть и гнев. Я чувствую отвращение к себе. Я знаю, что вы собираетесь сказать, что это отвращение связано с туалетом, но я не имею в виду отвращение. Я подразумеваю то, что я ненавижу себя, хоть я использую это слово. Я думаю об убийстве, о том, чтобы быть повешенным, о том, чтобы быть повешенным на виселице, и вижу себя с веревкой на шее над люком, она открывается, и я падаю, и я жду, когда он откроется и жду падения, и жду, когда сломается моя шея. Я чувствую, я представляю свое умирание. Или, еще, я представляю себя расстрелянным командой стрелков. Я всегда выполнял все, что требовалось властями, государством, всякими организациями. У меня был нездоровый интерес к повешению и повешенным, меня всегда притягивали люки. Больше меня притягивало поведение, чем расстрел. При повешении возможно много вариантов, они довольно часты, за все это я ненавижу себя».

И снова наступило молчание, а затем я сказал: «Это не ненависть и не отношение ко мне». На это пациент ответил: «Я не уступлю этому, Я не собираюсь уступить вам. Вы пытаетесь убрать что-то из меня. Я не хочу допускать, что в этом есть какое-то удовольствие. У меня такое ощущение, что вы ненавидите саму мысль о моем удовольствии, а я ненавижу это. Меня бесит все это. Я думаю, что вы, в действительности, не терпите ничего, что доставляет мне удовольствие. Вы обвиняете меня, вы злобный, дьявольского характера человек, вы постоянно нападаете на меня. Я должен выдержать, я

должен бороться с вами. Вы насторожены моим грязным характером, мне следует отрицать это и говорить, что всего этого нет. Я должен был бы согласиться, что все было бы ужасно, если бы было».

В этот момент я сказал: «Да, и вы бьете» себя для того, чтобы помешать мне сказать что-нибудь». На это пациент ответил: «Да, и я бы хотел знать, почему повешение, почему люк, что-то есть в этом люке и в «туалетном смущении». Я не хочу, чтобы вы сказали это. Я все еще негодую на вас, и я чувствую, что самобичевание — это защита... (пауза). Вы знаете, это смешно, но теперь у меня такое чувство, будто я начинаю анализ, что я, в сущности, неанализирован, и я бы хотел знать, как много времени это займет — впрочем, это все равно».

Я использую этот случай для иллюстрации того, что состояние рассерженности как формы сопротивления, язвительности, анальной злобы, в которой находился пациент, было стартовым моментом для очень важного куса анализа. Мы шли от язвительной злобы к фантазиям о повешении, которая затем привела к туалетным фантазиям, и, обратно, к проекции анальной враждебности ко мне. Последующие месяцы анализа открыли много важных истерических детерминант. Ключом ко всему этому, однако, было анальное качество его сопротивления, способ, которым он рассердился на том частном сеансе. Осознавая, что язвительность и вызывающее поведение типичны для анальной фазы поведения либидозного развития, он понял, что ощущение того, что он завяз, не хочет продуцировать, сжимает челюсти, его садистские и мазохистские фантазии избиения, стыд также являются элементами анальной фазы. Это было решающим в работе с сопротивлением в том сеансе и далее.

Точно так же, как приведенное выше сопротивление, можно классифицировать другие сопротивления как свойственные анальной фазе, как фаллические, латентные и юношеские сопротивления. Ключ может быть найден в инстинктивном характере сопротивления или объектных отношениях, или чертах характера, которые находятся на переднем плане, или посредством частной формы сопротивления, тревожности или отношения, или вторжение определенного симптома. Таким образом, в примере, приведенном выше, мы можем перечислить

следующее: злобу, вызывающее поведение, упрямство, стыд, садомазохизм, хорошую память, утаивание, заметную противоречивость и навязчивые обвинения — все, что типично для анальной фазы. Это утверждение не означает отрицания существования гетерогенных сопротивлений.

Следует подчеркнуть, что форма и тип сопротивления пациента изменяются в ходе курса анализа. Присутствуют как регрессия, так и прогресс, так что каждый пациент демонстрирует изобилие различных сопротивлений. В случае, приведенном выше, большой период анализа был посвящен прорыву фаллических побуждений и тревог, где внизу лежали вина от мастурбации, инцестозные фантазии и страх кастрации. Длительный период депрессии и оральных сопротивлений проявился в виде пассивности, интроекции и идентификаций, фантазий самоубийства, скоротечных пагубных привычек, потере аппетита и повышении чувства голода, слезливости, фантазии избавления и т. д.

2.53. В соответствии с типами защиты

Другой плодотворный подход к сопротивлениям состоит в выяснении типа защиты, который сопротивления используют. Например, мы можем различать девять типов защитных механизмов, которые описала Анна Фрейд (1936), и отметить, как сопротивление применяет их для того, чтобы противостоять аналитической процедуре. **Репрессия** вступает в аналитическую ситуацию, когда пациент «забывает» свое сновидение или время сеанса, или его ум оказывается «очищен» от решающих переживаний, или значимые люди его прошлого стерты из его памяти и т. д.

Сопротивление **изоляции** проявляется тогда, когда пациенты отделяют аффекты своего жизненного опыта от содержания последнего. Они могут описывать событие с большим количеством вербальных деталей, но не склонны выражать какие-либо эмоции. Такие пациенты часто изолируют аналитическую работу от остальной своей жизни. Инсайты, полученные при анализе, не привносятся в их повседневную жизнь. Пациенты, которые используют механизмы изоляции при сопротивлении анализу, часто сохраняют память о травматическом событии, но эмоциональная связь утеряна или смещена. В анализе они будут неправильно использо-

– 107 –

вать свои мыслительные процессы для того, чтобы избежать своих эмоций.

Можно пойти дальше и перечислить все различные механизмы защиты от инстинктивных импульсов и аффектов и описать, как силы сопротивления могут воспользоваться тем или другим и использовать их против аналитической процедуры. По этому вопросу читателю следует ознакомиться с основными работами (А. Фрейд, 1936, с. 45—58; Феничел, 1945а). Для наших целей важно отметить, что защитные механизмы Эго могут использоваться для целей сопротивления.

Однако мы не только видим, как простые и основные защиты используются сопротивлением, но мы можем наблюдать и то, как для этих целей используются более сложные феномены. Намного более важный тип сопротивления, встречающийся в анализе, — **сопротивление переноса**. Сопротивления переноса, которые являются очень сложными сопротивлениями, будут обсуждаться в следующей части, посвященной собственно переносу. Здесь я хочу лишь отметить, что сопротивление переноса относится к двум различным группам сопротивлений: 1) к тем, которые развиваются пациентами, имеющими реакции переноса; 2) к тем, которые вырабатываются пациентами для того, чтобы избежать реакций переноса. Целевая концепция переноса связана с сопротивлением, и, тем не менее, реакции переноса не должны пониматься как сопротивления только. Я отложу наше дальнейшее обсуждение сопротивления переноса до тех пор, пока мы не будем понимать ясно природу переноса.

Отреагирование* — другой специальный маневр сопротивления, который заслуживает отдельного рассмотрения. Здесь мы снова имеем дело с явлением, которое выполняет функции сопротивления в анализе и является довольно сложным по своему значению. Отреагирование включает в себя важные элементы Ид и Суперэго, так же как и функции Эго. Мы определяем Отреагирование как введение событий прошлого в настоящее, что является слабо измененной версией прошлого, но что кажется пациенту связанным, рациональным и синтоничным Эго. С действиями вовне в анализе

* В данном случае «Отреагирование» и «действие вовне» — синонимы (перев.).

можно столкнуться практически у каждого пациента, у заторможенных пациентов это может быть даже желанным. Некоторые пациенты склонны повторять и растягивать действие вовне, и это вызывает затруднения при анализе, а иногда и невозможность его проведения. Успешность анализа зависит, в частности, от способности Эго существенно отграничивать стимулы так, что пациент может выразить свои импульсы в словах и чувствах. Пациенты, которые имеют тенденцию разряжать свои невротические импульсы в виде позы действия, представляют собой особую проблему для анализа. Проблема анализа, обращения и опознания действия вовне будет обсуждаться в секции 3.84 и во втором томе. Читатель может более подробно ознакомиться с предметом по работам (Фрейд, 1905с, 1914с; Феничел, 1945б; Гринакре, 1950).

Сопrotивление характера является другим сложным и чрезвычайно важным типом защиты, который заслуживает специального упоминания (В. Рейх, 1928, 1929). Вопрос о том, что такое характер, труден для ответа. Для наших целей я упрощу ответ и скажу, что под характером мы будем понимать форму привычек организма, связанных как с внутренним, так и с внешним миром. Постоянно организованное и интегрированное состояние и позиции Эго по отношению к потребностям создают эту форму. В сущности, характер состоит из привычек и отношений. Некоторые из них — защитные, другие — инстинктивные. Некоторые — компромиссные. Такая черта характера, как чистоплотность, может быть понята как защита, реактивная формация против приятной запачканности. Но мы также можем видеть, что неряшливость является не реактивной формацией, а выражением приятной запачканности.

Сопrotивления характера являются дериватами защит характера. Они представляют собой особую проблему для психоаналитической техники, так как ригидно они зафиксированы в привычках и обычно Эго-синтоничны. Гловер (1955) называет их молчаливыми сопrotивлениями. Вообще говоря, пациент живет в мире и даже одобряет свои защиты характера, поскольку в обыденном обществе они расцениваются как добродетели. Специальные технические меры, которых требуют «сопrotивления характера, будут описаны позже в секции

3.8. В. Рейх (1928, 1929), А. Фрейд (1936), Феничел (1941) дают более полное обсуждение природы характера и сопrotивлений характера.

Экранные защиты также следует описать, поскольку они могут быть использованы для целей сопrotивления. Некоторые пациенты имеют тенденцию экстенсивно использовать экранные воспоминания, экранные аффекты и экранную идентичность для того, чтобы отвратить более болезненное воспоминание, аффект или идентичность. Это защитное образование является также сложным психическим явлением и включает в себя как важные вознаграждения, так и важные защиты (Гринсон, 1958а).

2.54. В соответствии с диагностической категорией

Клинический опыт учит нас, что определенные диагностические объекты должны использовать специальные типы защит и, следовательно, что частные сопrotивления будут преобладать в курсе анализа. Однако множество форм сопrotивления проявляется во время анализа. Те клинические объекты, которые мы описываем, редко представлены в чистой форме; большинство пациентов имеют некоторую смесь различных патологий помимо того центрального диагноза, который мы им ставим. Далее, в курсе анализа мы видим временный регресс и прогресс, что усложняет клиническую картину и распознавание типа сопrotивлений.

Примером этого служит случай мистера З., который я использовал для иллюстрации анального сопrotивления (секция 2.82). Пациент имел орально-депрессивный характер, а также невротическое расстройство. Однако он тщательно разобрался в своих детских анальных травмах, и поэтому он действительно пережил период анальной язвительности, ненависти и ярости в той части анализа, которую я описал. В тот же самый период его ненависть была тщательно изолирована и ограничивалась

особыми женскими объектами любви в его внешнем мире. Во время пика анальной злобы он переместил и проецировал свой гнев на меня.

Если мы сделаем краткий обзор типичных неврозов переноса, которые мы лечим аналитически, я полагаю, мы найдем, что преобладают следующие сопротивления;

Истерия: репрессия и изолированные реактивные

– 110 –

формации. Регрессия к фаллическим характеристикам. Эмоциональность, соматизация, конверсии, генитализация. Идентификация с утерянными объектами любви и объектами, вызывающими вину.

Неврозы навязчивости. Изоляция, уничтожение содеянного, проекции и тяжелые реактивные формации. Регрессия на анальный уровень с образованием таких черт характера, как аккуратность, чистоплотность и уязвимость, которые становятся важными сопротивлениями. Интеллектуализация как сопротивление чувствам. Магическое мышление, всемогущество мысли, размышление. Направление вовнутрь враждебности и садистических реакций Суперэго.

Невротические депрессии: интроекции, идентификации, действие вовне, импульсивность и экранные защиты. Оральная и фаллическая инстинктивность регрессивно искажены. Эмоциональность, контрфобическое поведение и отношения, склонность к пагубным привычкам и мазохизм.

Неврозы характера: в зависимости от того, носят ли они в основном истерический, навязчивый или депрессивный характер, их можно было бы описать как ригидные, Эго-синтоничные, «молчащие» привычки, черты и отношения (Фрейд, 1908; Абрахам, 1924; В. Райх, 1928, 1929; А. Фрейд, 1936; Глава VIII; Феничел, 1945а, Глава XX).

2.55. Практическая классификация

Все классификации, описанные выше, имеют свои достоинства и недостатки. Клинический опыт, однако, говорит, что мне следует указать еще на один подход, который, по существу, является практическим. Я нахожу полезным отличать чуждые Эго сопротивления от Эго-синтоничных. Чуждые Эго сопротивления представляются чужими, посторонними, странными разумному Эго пациента. Как следствие этого, такие сопротивления относительно легко узнавать и работать с ними. Пациент будет готов формировать рабочий альянс с аналитиком в его попытке анализировать такое сопротивление.

Следующий пример является типичным. Пациентка

– 111 –

рассказывала быстро, почти задыхаясь, и я уловил дрожание в ее голосе. Она, казалось, отчаянно старается заполнить каждый момент аналитического сеанса. Не было ни пауз, ни моментов релаксации, даже при излиянии бессвязных фрагментов воспоминаний. В предварительных интервью я почувствовал совершенно определенно, что молодая женщина является невротически-депрессированной личностью. Было ясно, что это не психотическое и не пограничное состояние. Я также знал, что она была «в анализе» с уважаемым аналитиком из другого города, который считал ее поддающейся анализу.

Я прервал пациентку и сказал, что она кажется испуганной, она пытается заполнить каждую секунду сеанса так, словно она боится замолчать хоть на мгновение. Пациентка боязливо ответила, что я буду критиковать ее за то, что у нее есть сопротивление, если она помолчит. Я ответил насмешливо: «Критиковать вас за сопротивление?». В ответ на это молодая женщина рассказала мне, что она чувствовала, ее предыдущий аналитик действовал так, как будто это был ее недостаток — иметь сопротивление. Он казался очень строгим, не одобряющим это, и она чувствовала, что он считает ее совершенно недостойной психоанализа. Это напоминало ей об отце, который был очень темпераментным мужчиной и часто кричал на нее, когда она была ребенком, что она «чертово отродье».

Я полагаю, что приведенный выше пример демонстрирует чуждое Эго сопротивление. Он также показывает легкость, с которой образуется рабочий альянс с пациентом при анализировании такого сопротивления.

Давайте сравним эту ситуацию с Эго-синтетичными сопротивлениями. Они характеризуются тем, что ощущаются как знакомые, рациональные и целенаправленные. Пациент действительно не чувствует деятельности сопротивления даже при внимательном рассмотрении. Такие сопротивления,

следовательно, труднее опознать и аналитику, и пациенту, труднее заключить рабочий альянс по отношению к ним. Такие сопротивления являются обычно хорошо укоренившимися, привычными аспектами поведения, чертами характера, иногда социальной: ценностью для пациента. Реактивные формации, действия вовне, сопротивления характера, контрфобические

– 112 –

отношения и экранные защиты относятся к этой категории.

Приведу простой пример. Пациент приходил на аналитические сеансы на 2—5 минут раньше в продолжение двух лет анализа. В разное время я пытался привлечь его внимание к этой ригидности, но он не видел в этом проблемы или чего-то, достойного анализа. Он допускал, что он пунктуален, но считал это достоинством, знаком самодисциплины и характера. Я не настаивал на анализе этой черты, работая над другими аспектами его невроза, которые казались менее трудно излечимыми.

В конце одного из сеансов я сказал пациенту, что опоздаю примерно на десять минут на нашу следующую встречу, так как приду из университета. Пациент ничего не сказал. На следующем сеансе он казался сильно ажитированным. Он сказал мне, что был страшно рассержен из-за того, что я опоздал, хотя и знал о моем предупреждении. Он обвинял меня в том, что я преднамеренно мучил его, поскольку я должен знать, как он ненавидит опоздания (Он никогда не упоминал об этом раньше). Он хотел сам прийти позже, но почувствовал побуждение непреодолимой силы прийти на свои «обычные» три минуты пораньше. В комнате для ожидания он не мог сидеть спокойно. Он попытался уйти из офиса, но был остановлен мыслью, что, если он столкнется со мной в холле, я могу подумать, что он идет в туалет. Это была недопустимая мысль. У него не было никакого намерения идти в туалет, ни в коем случае. Даже если бы у него было побуждение пойти, он бы не уступил ему, потому что страшился возможности встретить меня там, «лицом к лицу». В действительности, мысль, пришедшая ему сейчас, состояла в том, что он пришел раньше для того, чтобы иметь возможность воспользоваться туалетом без риска «столкновения» со мной. Он бы, скорее, умер, чем допустил, чтобы его «застукали».

После этой вспышки пациент замолчал. Я не говорил ничего. Он резюмировал печальным тоном: «Я внезапно осознал, что у меня новая фобия — страх встретить вас в туалете». Я мягко добавил, что это открытие было новым, а страх был все время, он скрывался за его пунктуальностью.

Я полагаю, что этот клинический пример иллюстри-

– 113 –

рует проблемы анализирования Эго-синтоничных сопротивлений. Они требуют дополнительной работы по сравнению с чуждыми Эго сопротивлениями. В действительности, они должны сделаться чуждыми Эго пациента до того, как эффективный анализ будет завершен. Другими словами, нашей первоочередной задачей будет помощь пациенту упрочить разумное Эго пациента по отношению к этому специфическому сопротивлению. Только если это будет сделано, сопротивление проявится как чуждое Эго. Потом уже можно надеяться получить историю данного специфического сопротивления и анализировать его. Когда пациент сможет понять исторические причины происхождения защитного сопротивления, он будет в состоянии различать свою прошлую необходимость в защите и настоящую уместность этой защиты.

Как правило, в начале анализа работают с чуждыми Эго сопротивлениями. Только после того, как пациент становится в состоянии сформировать реальный рабочий альянс, становится возможным начать поиски и работу над Эго-синтоничными сопротивлениями. Эти сопротивления присутствуют с самого начала, но бессмысленно предпринимать что-то против них, пока пациент либо будет отрицать их значимость, либо будет только на словах пытаться анализировать их. Следует завершить определенную предварительную работу с чуждыми Эго сопротивлениями, а также достичь реального рабочего альянса до того и для того, чтобы смочь эффективно анализировать Эго-синтоничные сопротивления.

Этот вопрос будет снова поднят в разделе 2.6. Читателю следует сравнить мнения В. Райха (1928, 1929), А. Фрейд (1936), Феничела (1941) и Старба (1951) по этому вопросу.

2.6. ТЕХНИКА АНАЛИЗИРОВАНИЯ СОПРОТИВЛЕНИЯ

2.61. Предварительные замечания

Перед тем, как пуститься в детальное обсуждение технических проблем, хорошо было бы сделать обзор некоторых фундаментальных вопросов. Психоанализ как

– 114 –

техника появился на свет тогда, когда сопротивления стали анализировать, а не избегать их или преодолевать различными путями. Нельзя определить психоаналитическую технику, не включив концепцию последовательного и тщательного анализа сопротивления. Важно снова напомнить о тесной взаимосвязи между сопротивлениями, защитой, функциями Эго и объектными отношениями.

Сопротивление понимается не только как противодействие в ходе анализа, хотя в этом состоит наиболее непосредственное и очевидное проявление его. Изучение сопротивлений пациента проливает свет на многие основные функции Эго, так же как и на его проблемы в отношении к объектам. Например, отсутствие сопротивлений может показывать, что мы имеем дело с психотическим процессом. Внезапная вспышка непристойности и брани в поведении до того момента чопорной и приличной домашней хозяйки может быть проявлением того же. Кроме того, анализ сопротивлений также открывает путь различным функциям Эго, на которые интраструктурно влияют Ид, Суперэго и внешний мир. Помимо этого, сопротивления терапевтическим процедурам повторяют невротический конфликт в различных психических структурах. В результате аналитическая ситуация дает аналитику возможность наблюдать «из первых рук», «на аналитической кушетке», образование компромиссов, которые аналогичны формированию симптомов. Всегда изменяющиеся взаимоотношения между силами сопротивления, с одной стороны, и побуждением к коммуникации, с другой, наиболее отчетливо видны в попытках пациента при свободном ассоциировании. Это одна из причин, почему свободная ассоциация рассматривается как основной инструмент коммуникации в психоаналитической процедуре.

Термин «анализирование» — сжатое выражение для многих технических процедур, все из которых способствуют пониманию пациента (см. секцию 1.32). По меньшей мере, четыре различные процедуры включаются или подразумеваются под названием «анализирование»: **конфронтация, прояснение, интерпретация и тщательная проработка.**

Интерпретация — исключительно важный инструмент психоаналитической техники. Любая другая аналити-

– 115 –

ческая процедура является подготовкой для интерпретации, развивает ее либо делает ее эффективной. Интерпретировать значит делать подсознательные и предсознательные психические события сознательными. Это означает, что разумное и сознательное Эго осознает то, что было забыто. Мы приписываем значение и причинность психическому феномену. С помощью интерпретации мы заставляем пациента осознать историю, источник, форму, причину или значение данного психического события. Это обычно требует более чем одного вмешательства. Аналитик использует свой собственный сознательный ум, свою эмпатию, интуицию, фантазию так же, как свой интеллект и теоретические знания при интерпретации. Путем интерпретации мы заходим дальше того, что уже готово для понимания и наблюдения обычного сознательного, логического мышления. Ответы пациента необходимы для того, чтобы определить, является интерпретация обоснованной или же нет (Е. Вибринг, 1954; Феничел, 1941; Крис, 1951).

Для эффективного вовлечения Эго пациента в эту психологическую работу существует необходимое условие, заключающееся в том, что то, что интерпретируется, должно быть сначала продемонстрировано и прояснено. Для того, чтобы продемонстрировать сопротивление, например, пациент сначала должен быть осведомлен о том, что сопротивление работает. Сопротивление должно быть продемонстрировано, и пациент должен быть настроен против него. Затем специфическая разновидность или отдельная деталь сопротивления должна быть помещена в четкий фокус. **Конфронтация и прояснение** — необходимые дополнения к интерпретации и должны рассматриваться именно так, с тех пор, как наши знания о функциях Эго расширились (Е. Вибринг, 1954, с. 763).

Иногда пациент не нуждается в конфронтации, прояснении или интерпретации, даваемых аналитиком, поскольку пациент в состоянии сам сделать все это. Иногда все три процедуры присутствуют почти одновременно или инсайт может расчистить путь конфронтации и прояснения.

Тщательная проработка относится, в сущности, к повторению и выработке интерпретаций, которые ведут пациента от первоначального понимания частного явле-

– 116 –

ния к последующим изменениям в реакции или поведении (Гринсон, 19656).

Тщательная проработка делает интерпретацию эффективной. Следовательно, конфронтация и прояснение подготавливают все для интерпретации, а тщательная проработка завершает аналитическую работу. При этом интерпретация становится центральным и основным инструментом психоанализа.

2.611. Динамика лечебной ситуации

Ситуация лечения мобилизует конфликтующие тенденции пациента. До того, как мы попытаемся анализировать сопротивление пациента, было бы полезно сделать обзор расстановки сил у пациента (см. Фрейд, 1913б, с. 124—144). Я начну перечисление с тех сил, которые находятся на стороне психоаналитика, психоаналитических процессов и процедур.

1) Невротическое страдание пациента, которое принуждает его работать в анализе, вне зависимости от того, настолько оно болезненно. 2) Сознательное рациональное Эго пациента, внимание которого сосредоточено на дальних целях и которое понимает рациональность терапии. 3) Ид, репрессированное и его дериваты; все эти силы пациента стремятся, к разрядке и имеют тенденцию появляться в продукции пациента. 4) Рабочий альянс, который дает возможность пациенту кооперироваться с психоаналитиком, несмотря на одновременное существование оппозиционных чувств переноса. 5) Деинстинктуализированный позитивный перенос, который позволяет пациенту переоценивать компетенцию аналитика. На основании немногих данных пациент будет считать аналитика экспертом. Инстинктивный позитивный перенос также может побуждать пациента работать какое-то время, но его значительно менее реально и просто превратить в его противоположность. 6) Рациональное Суперэго, которое побуждает пациента выполнять его обязанности и обязательства. «Контракт» Меннингера и «договор» Гителсона отражают сходные идеи (Меннингер, 1958, с. 14). 7) Любопытство и страстное желание самопознания мотивируют пациента исследовать и открывать себя. 8) Желания профессионального продвижения и другие варианты амбиции. 9) Иррациональные факторы, такие как чувство

– 117 –

соперничества по отношению к другим пациентам, окупаемость денег, необходимость искупления вины и исповеди, все это временные и воображаемые союзники психоаналитика.

Все силы, перечисленные выше, побуждают пациента работать в аналитической ситуации. Они различаются по ценности и эффективности и изменяются в ходе анализа. Это станет более понятно после того, как мы обсудим различные клинические проблемы в следующих частях.

Силы пациента, противостоящие аналитическим вопросам и процедурам, могут быть классифицированы следующим образом: 1) защитные маневры бессознательного Эго, которые заготавливают модели для операций сопротивления; 2) страх изменения и поиск безопасности, которые побуждают инфантильное Эго липнуть к знакомым невротическим структурам; 3) иррациональное Суперэго, которое нуждается в страдании для того, чтобы искупить бессознательную вину; 4) враждебный перенос, который мотивирует пациента расстраивать планы психоаналитика; 5) сексуальный и романтический перенос, которые ведут к ревности и фрустрации и, в конце концов, к враждебному переносу; 6) мазохистские и садистские импульсы, которые толкают пациента к различным болезненным удовольствиям; 7) импульсивность и действие вовне, которые толкают пациента к быстрому достижению удовлетворения без понимания; 8) вторичные выгоды от невротического заболевания, которые «соблазняют» пациента «липнуть» к неврозу.

Это те силы, которые аналитическая ситуация мобилизует у пациента. Слушая пациента, полезно в уме держать эту расстановку сил. Многие пункты, перечисленные выше, будут обсуждаться в следующих разделах книги.

2.612. Как аналитик слушает

Возможно, покажется ненужным такое педантичное описание того, как психоаналитику следует слушать. Кроме того, клинический опыт учит нас, что то, как аналитик слушает, является настолько же уникальным и сложным, как и свободное ассоциирование пациента.

– 118 –

Этот вопрос будет рассматриваться более глубоко в секциях 4.211, 4.212, 4.221, 4.222. Здесь же представлен лишь его набросок.

Аналитик слушает, имея при этом в уме три цели: 1. Перевести продукции пациента в их бессознательные содержания, то есть должны быть установлены связи мыслей, фантазий, чувств, поведения и импульсов пациента с их бессознательными «предками». 2. Бессознательные элементы должны быть преобразованы в понимание, полное значения. Фрагменты прошлой и настоящей истории, сознательное и бессознательное, должны быть связаны так, чтобы создавалось ощущение цельности и последовательности в определенный период времени, период жизни пациента. 3. По мере достижения инсайтов они должны сообщаться пациенту. Слушая, следует устанавливать, какой раскрытый материал будет конструктивно использован пациентом.

Клинический опыт предлагает несколько основных генеральных линий достижения этих различных целей (Фрейд, 19126, с. 111 —117). 1. Аналитик слушает с равномерно распределенным, ровно парящим, свободно плывущим вниманием. Он действительно не делает сознательной попытки запомнить. Аналитик запомнит значимые данные в том случае, если уделит им внимание и если пациент не возбудит у него собственных реакций переноса. Невыборочное, ненаправленное внимание позволит исключить его собственную необъективность и позволит аналитику уступить инициативу пациенту. Благодаря равномерно распределенной, свободной позиции аналитика он может переходить от одного к другому, соотносить продукцию пациента со своими свободными ассоциациями, эмпатией, интуицией, интерпретацией, теоретическими знаниями, обдумыванием проблем и т. д. (Ференци, 19286; Шарп, 1930; Глава 11).

Необходимо избегать действий, которые этому мешают. Аналитику не следует ничего записывать, если это мешает его свободному слушанию. Дословные записи являются, безусловно, противопоказанными, поскольку этим исказилась бы главная цель аналитика. Аналитик является тем, кто понимает и передает понимание. Он не есть записывающее устройство или коллектор получаемых данных (Березин, 1957). Для того чтобы слушать эффективно, аналитик должен также обращать

– 119 –

внимание на свои собственные эмоциональные ответы, поскольку они часто дают важные ключи. Кроме того, аналитик должен быть готов к своему собственному переносу и реакциям сопротивления, так как они могут мешать или помогать его пониманию продукции пациента.

Аналитическая ситуация — это, в сущности, терапевтическая ситуация. Аналитик является тем, кто управляет пониманием и осознанием для терапевтических целей. Он слушает для того, чтобы достичь инсайт, причем он слушает с позиции «свободно плывущего внимания», со сдержанными эмоциональными ответами, с сочувствием, с терпением. Все другие научные задачи должны быть отодвинуты в сторону, если он хочет выполнить свою задачу эффективно.

2.62. Распознавание сопротивления

Первая задача аналитика заключается в том, чтобы распознавать, что сопротивление присутствует. Это может быть просто, когда сопротивление очевидно, как в клиническом примере, приведенном в секции 2.2. Это более трудно, когда сопротивление неявно, сложно, неопределенно или Это-

синтонично для пациента. В последнем случае пациент может усложнять задачу нашу, пытаясь скрыть, что он бежит от чего-то. Или, может быть, трудно выяснить обстановку потому, что материал пациента содержит смесь какого-то имеющего значение бессознательного содержания Ид и сопротивления. Интеллектуальное наблюдение за пациентом, должно быть дополнено эмпатией аналитика для того, чтобы выявить эти неявные сопротивления. Клинический опыт и психоаналитическая работа под наблюдением опытного аналитика — лучший путь для обучения распознаванию этих сложных проблем, связанных с проявлением сопротивлений. Тем не менее, я бы хотел проиллюстрировать проблему выявления сопротивления клиническим примером для того, чтобы сделать некоторые технические замечания.

Тридцатидвухлетний мужчина, профессионал, который проходил анализ в течение полугода, начал свой сеанс в понедельник, сказав мне, что он устал, у него болит голова, он чувствует раздражение, но ни с чем

– 120 –

не может связать это. Уик-энд был скучным и даже немного депрессивным. Его дочь намочила постель впервые за несколько месяцев, у сына был рецидив ушной инфекции. Пациент часто мочился в постель, когда был мальчиком, он пересказал, как мать унижала его за это. Его дочери не приходилось страдать от этого. Его жена была гораздо более тактичной нянькой, чем его мать. Конечно, эти обязанности — обуза, и он не мог порицать свою жену за усталость. Тем не менее, она охотно занималась сексом и даже себе в ущерб делала те вещи, которые ему нравились. Она вызывалась сосать пенис и делала это, но не особенно хорошо. Быть может; то, что он отдает предпочтение сосанию пениса, является признаком гомосексуальности. Это пришло ему в голову на сеансе в пятницу, как он полагает. Да, мы разговаривали о его интересе к сравнению размеров пениса с пенисами других мужчин. Эта мысль изводила его, когда он назначал свидание другим женщинам. Не предпочтут ли они других мужчин, у которых пенис больше, чем у него? У сына пенис, кажется, «хорошо подвешен», может быть, у него не будет тех сексуальных проблем, которые мучают пациента. Кто-то однажды сказал — «анатомия — это судьба». Он никогда не верил аксиомам и презирал религию.

Приведенный выше отрывок занял почти сорок минут сеанса. Слушая, я улавливал депрессивный и сердитый подтекст, и материал был, казалось, в соответствии с этим настроением. Уик-энд был скучным, дочь — мокрой, сын — больным, жена только сносно удовлетворяла его сексуальное желание, у других мужчин пенис большего размера, и судьба немилостива к нему. Идя с ним дальше в его ассоциациях, я ждал вспышки какой-то нижележащей злобы или депрессивного импульса и не вмешивался. Но этого не произошло. Мне казалось, что пациент борется с какими-то сильными латентными эмоциями, но его материал указывал на слишком большое число значимых возможностей.

Был ли он зол на свою мать, судьбу, свою жену или же все это относилось ко мне? Чувствовал ли он себя в большей степени сердитым, чем обиженным или депрессивным. Я не знал наверняка, что было более важным: нижележащее содержание, ищущее разрядки, или то, выльется оно в своем собственном виде или в

– 121 –

виде сопротивления. Я, тем не менее, предоставил ему идти далее почти до самого конца сеанса. В конце я решил вмешаться, потому что, несмотря на наличие некоторых бессознательных дериватов, казалось, что сопротивление уже достаточно велико и разумное Эго доступно для интерпретации.

Я сказал ему: «Вы чувствуете, что ваша мать, ваша жена, ваши дети, ваша судьба дурно обращаются с вами. Вы испытываете легкую депрессию и злобу, но сдерживаете эти чувства». Пациент едва дождался, когда я кончу и буквально выпалил: «Да, и даже больше того. Как вы сказали, я испытываю отвращение и бешусь от вашего слащавого тона. Кроме того, я вспомнил, что перед сеансом в пятницу я был вне себя из-за того, что вы заставили меня ждать, отдавая часть своего времени той хорошенькой пациентке. Я полагаю, что не показал этого во время сеанса, но знаю, что думал об этом после, когда ушел. Когда я ехал домой на машине, я сделал неправильно поворот и почти врезался в другую машину. В ту ночь, засыпая, я испытал своеобразное ощущение в руках, казалось, они парализованы. Мне пришла в голову мысль, что мне следует убить кого-нибудь, если я хочу улучшения. Может быть, у меня будет вспышка раздражения прямо в вашем присутствии. Иногда у меня бывает

такое чувство, что я бы полюбил скручивание шей всем вам, хорошим, добрым людям. Вы даже более лицемерны, чем я сам. По меньшей мере, у меня хватает честности иметь симптомы».

Я полагаю, что ответ пациента показывает, что я был прав в том, что распознал присутствие сопротивления и отметил это. Я мог бы вмешаться раньше и попытаться заняться той или другой темой, которую он предоставил. Например, я мог попытаться выяснить у него, как его мать унижала его, или узнать о его страхе гомосексуальности, который проявился уже на сеансе в пятницу, или о его чувстве обиды на судьбу за обман. Но у меня было такое чувство, что он парит над какими-то эмоциями и импульсами, с которыми борется, чтобы они не прорвались. Я, таким образом, решил сосредоточиться на борьбе, то есть битве между бессознательными импульсами, ищущими разрядки, и сопротивлениями, противостоящими им. Эта борьба наиболее ясно

– 122 –

прояснилась в его свободных ассоциациях. Наша задача более проста, когда то или другое превалирует в ясно очерченном образе, как это было в клиническом примере в секции 2.2 или как это было во время «хороших часов», когда производные становятся все менее и менее извращенными. При выслушивании пациента нашей первой обязанностью является определить, доминируют ли бессознательные дериваты, то есть «содержание», над силами сопротивления или же мы находимся в тупике.

Это ведет к следующему вопросу: как распознать сопротивление, когда материал не столь очевиден. Ответ основывается на нашем понимании свободной ассоциации и возможности предоставить его пациенту в анализе. Когда мы просим пациента позволить мыслям прийти на ум и затем пересказать их без обычной социальной цензуры, мы пытаемся исключить сознательное сопротивление. Результат выявляет борьбу между более бессознательными сопротивлениями и бессознательными дериватами Ид, пытающимися достичь разрядки. Феничел (1941, с. 34), использует аналогию высвобождения иглы компаса и наблюдения за его колебаниями назад и вперед. Существуют два признака возможного нарушения: игла не останавливается, а продолжает вращаться, или она останавливается слишком быстро. В первом случае, случае постоянного вращения иглы, пациент рассказывает о гетерогенном материале, который не локализован вокруг какого-либо бессознательного импульса или какой-то ведущей к общему знаменателю экспрессии. Локализация была бы, если бы не работали определенные сопротивления. Во втором случае, когда компасная игла останавливается слишком резко и быстро, мы можем допустить, что у пациента есть сознательная программа, и он пропускает бессвязные мысли, которые должны возникать, если его ассоциирование осуществляется относительно свободно.

Я нахожу полезным спросить себя, когда слушаю пациента: движется ли он к какому-то бессознательному знанию или **прочь от него**. Является ли материал углубленным или лежащим в одной плоскости? Добавляет ли пациент что-то значимое или он пустословием заполняет сеанс? Если кажется, что он движется к чему-то, я жду, пока это прояснится, затем распознаю это как со-

– 123 –

противление и приступаю к работе над ним. Иногда я остаюсь в неуверенности. Обычно в конце такого сеанса я говорю пациенту, что мне неясно, как двигаться дальше.

2.63. Конфронтация, демонстрация сопротивления

Первый шаг основной процедуры при анализировании сопротивления посвящен описанию того, что аналитик должен представлять себя до того, как он сможет работать с пациентом над сопротивлением. Последующие пункты представляют собой шаги, с помощью которых аналитик пытается достичь совместных действий с пациентом. Коротко говоря, наша задача состоит в том, чтобы дать понять пациенту, что он сопротивляется, чему он сопротивляется и как он сопротивляется.

Демонстрирование сопротивления может быть относительно простым или даже необязательным, если пациент осознает сопротивление. В другом случае, если сопротивление неочевидно для пациента, необходимо поставить пациента перед лицом того факта, что сопротивление есть до того, как мы попытаемся предпринимать что-нибудь дальше. Способность пациента распознавать сопротивление будет зависеть от двух вещей: состояния его разумного Эго и ясности сопротивления. Слишком

разумное Эго будет обращать внимание на малейшее сопротивление, а недостаточно разумное Эго будет требовать несметного числа признаков сопротивления. Наша задача состоит в оценивании, путем наблюдения и эмпатии, статуса разумного Эго пациента, чтобы определить, насколько ясным должно быть сопротивление для того, чтобы пациент распознал его как таковое. Конфронтацию следует принимать только тогда, когда ясно, что она будет значима для пациента, и когда он не достигает успеха в своих попытках отрицать или преуменьшать ее значение. Преждевременная демонстрация материала — это не только потеря времени, но и материала, который мог бы быть более эффективно использован в более поздний момент. Вне зависимости от того, насколько ясно сопротивление пациенту, решающим фактором является — будет ли эта конфронтация значима для пациента. Позвольте мне проиллюстрировать это простым примером.

Пациентка, в начале анализа, пришла на несколь-

– 124 –

ко минут позже и, задыхаясь, объяснила, что с трудом нашла место для того, чтобы припарковать машину. Показывать прямо пациентке, что это сопротивление, было бы ошибкой. Прежде всего, вы можете ошибаться, а ваше вмешательство отвлечет пациентку от истинного содержания, которое она готова передать. Но, более того, вы потеряете потенциально полную возможность задать вопрос, который пациентка с успехом может отрицать. Если же вы молча подождете, и если ваша мысль правильна, за этим небольшим сопротивлением последуют другие. Пациентка, которую я описываю, замолкала несколько раз во время сеанса. Она сказала, что забыла свой сон, приснившийся в предыдущую ночь. Снова молчание. Мое молчание давало возможность ее сопротивлению расти, что увеличивало ясность, что она будет не в состоянии отрицать мою позднейшую конфронтацию.

Для того чтобы увеличить демонстративность сопротивления, следует позволить сопротивлению развиваться. Для этого ваше молчание является лучшим методом. Но время от времени можно использовать другую технику для увеличения сопротивления и его демонстративности. И снова я смогу лучше проиллюстрировать это с помощью клинического примера:

Молодой человек, мистер С., в начале анализа, пришел на сеанс и начал его, сказав: «Хорошо, я имел довольно успешный брачный опыт прошлой ночью со своей женой. Это принесло большое удовлетворение обеим сторонам». Затем он очень сдержанно рассказал о том, как он «занимался любовью» со своей женой, а потом продолжал рассказывать о довольно безобидных вещах. В этот момент я прервал его и сказал: «Вы заметили ранее, что вы наслаждались «брачным опытом» прошлой ночью. Объясните, пожалуйста, что вы понимаете под «брачным опытом». Пациент колебался, краснел и затем, запинаясь, начал объяснять, остановился, произнес: «Я думаю, что вы хотите, чтобы я был более подробен...» и снова пауза. Тогда я сказал: «Вы кажетесь робким, когда речь заходит о сексуальных вопросах». Остаток сеанса пациент провел, описывая свои затруднения при разговоре о сексе. Теперь он начал работать над своим сопротивлением.

Для меня было очевидно, что пациент имел большое

– 125 –

нежелание говорить о своем «брачном опыте», и, более того, он пытался незаметно обойти это, говоря о тривиальном. Я придавал большое значение его нежеланию тщательно проработать именно эту часть его материала, таким образом, признание существования стало неизбежным, и мы приступили к работе над его сопротивлением разговором о сексе, что было жизненно важно на том сеансе.

Эти два примера служат иллюстрацией облегчения демонстрации сопротивления путем увеличения сопротивления: молчание аналитика и его просьба тщательной проработки момента сопротивления. Эти методы оживят сопротивление и сделают его узнаваемым для нежелающего этого разумного Эго пациента. Когда аналитик просит пациента заметить, что он, кажется, неохотно говорит о сексуальных вопросах, он тем самым сдвигает конфликтную ситуацию для пациента, как бы говоря: «Не рассказывайте о сексе, лучше скажите о ваших затруднениях при разговоре о сексе». Во-первых, мы должны анализировать его сопротивление разговору о сексе до того, как мы сможем эффективно анализировать его сексуальные проблемы. Более того, мы будем не в состоянии дать ясную картину его сексуальных проблем до того, как он сможет эффективно общаться на эту тему.

Другой техникой для помощи пациенту в распознавании присутствия сопротивления является рассмотрение всех клинических данных. В случае леди, которая пришла на несколько минут позже на сеанс, потому что не могла найти место для паркования машины, я ждал до появления, по меньшей мере, еще двух признаков сопротивления. Затем я вмешался; сказав: «Кажется, вы избегаете чего-то. Вы немного опоздали, затем вы замолчали, и теперь вы говорите, что забыли свое сновидение». Теперь сама пациентка поняла, что она бежит от чего-то. Если бы я вмешался при первом небольшом признаке, она бы отделалась рационализацией. Следует отметить, что я просто показал, что привело меня к заключению, что она сопротивляется. Я не настаивал на том, что она сопротивляется. Я только намекнул на то, что это возможно. Если бы она стала отрицать это, я бы не стал убеждать ее на основании клинических данных. Я бы молчал и наблюдал за тем, не пытается ли она

– 126 –

теперь скрывать сопротивление, даже если оно будет вторгаться все более явно. Аналитик может только показывать что-то разумному Эго — он будет ждать до того момента, как проявится разумное Эго, или до того как данные станут настолько явными, что даже слабое разумное Эго пациента будет вынуждено признать его.

2.64. Прояснение сопротивления

Давайте продолжим рассмотрение процедур при анализировании сопротивления. Мы заставили пациента осознать, что у него есть сопротивление. Что мы делаем дальше? Существуют три возможности, которые мы теперь рассмотрим: 1) Почему пациент избегает? 2) Чего пациент избегает? 3) Как пациент избегает? Первые два вопроса: почему и чего пациент избегает, — могут рассматриваться вместе как мотив сопротивления. Вопрос о том, как пациент избегает, относится, скорее, к форме или способу сопротивления. Все равно, с чего мы начнем, с мотива или формы сопротивления. В любом случае анализ будет продолжен путем **прояснения** вопроса при внимательном исследовании. Нам следует попытаться заострить внимание на тех психических процессах, которые мы пытаемся анализировать. Нам следует тщательно выделить и изолировать специфический мотив или форму сопротивления, которое мы пытаемся исследовать. Значимые детали следует найти и тщательно отделить от посторонних.

Я начну с проявления мотива сопротивления, потому что, хотя это и все равно, но такой подход более продуктивен. Только когда мы чувствуем, что способ сопротивления поразителен или необычен, нам следует приступить к этому вопросу в первую очередь. Или, если мы уже знаем из материала, почему и от чего бежит пациент, мы исследуем метод, который используется пациентом.

Вопрос: «Почему пациент сопротивляется?» — может быть редуцирован, до какого болезненного аффекта он старается избежать. Ответ на этот вопрос обычно ближе к сознанию, чем ответ на вопрос: «Какие инстинктивные импульсы или травматические воспоминания способствуют болезненному аффекту?». Как было сказано ранее; непосредственным мотивом для защиты и сопро-

– 127 –

тивления является избегание боли, то есть болезненного аффекта. Сопротивлением пациент пытается отвлечь такие болезненные эмоции, как тревога, вина, стыд, депрессия или какие-то комбинации их. Иногда, несмотря на сопротивление, болезненный аффект очевиден, потому что пациент ведет себя так, как это характерно для данного специфического аффекта. Например, то, что пациент рассказывает, колеблясь или пользуясь клише, или бессвязно и тривиально, может выдавать его чувство стыда, так же как и краска смущения или то, что он закрывает лицо ладонями или отворачивает голову, так что аналитик не может видеть его лица, или же он прикрывает руками генитальную область или внезапно тесно перекрещивает лодыжки и т. д. Скрытое поведение также выдает стыд, дрожание, потение, сухость языка и рта, мускульное напряжение, вздрагивания или ригидность могут быть признаками страха. Пациент, который говорит медленным, мрачным тоном, со стиснутыми челюстями, вздыхая, иногда замолкая, болезненно глотает, сжимает кулаки, может бороться против слез и депрессии.

Во всех этих случаях я пытаюсь определить все невербальные реакции тела, которые имеют место. Они могут дать нам ключ к пониманию того, с каким болезненным аффектом борется пациент. Если я

думаю, что я определил специфический аффект, я конфронтирую пациента с ним: «Кажется, вы смущены или боитесь, или печальны, или боитесь заплакать». Я говорю: «кажется», а не «вы есть». Почему? Потому что, во-первых, я могу быть неправ и, во-вторых, так я даю ему шанс убежать, если ему необходимо это. Позже я могу стать более напористым, если буду более уверен в своей правоте или если убежание от работы с сопротивлением должно будет стать предметом обсуждения. Если я не могу определить специфический болезненный аффект, то я просто спрашиваю: «Какие чувства вы пытаетесь устранить?» или: «Как вы чувствуете себя, когда пытаетесь рассказывать мне о своем сексуальном опыте прошлой ночи?» — или: «Что вы чувствовали, когда молчали?».

Здесь следует отметить некоторые важные технические моменты. Мой язык прост, ясен, конкретен, прям. Я использую те слова, которые не могут быть непра-

– 128 –

вильно поняты, которые не являются смутными или уклончивыми. Когда я пытаюсь связать специфический аффект, с которым, возможно, борется пациент, я стараюсь быть насколько возможно более конкретным и точным. Я выбираю те слова, которые отражают ситуацию пациента в данный момент. Если кажется, что пациент знаком с аффектом, хотя бы и в детстве, например: если пациент кажется встревоженным, как ребенок, я бы сказал: «Вы, кажется, испуганы», потому что это слово из детства. Я бы никогда не сказал: «Вы, кажется, полны тревоги» — эти слова не подходят, так как эти слова взрослых. Более того, «испуганный» — такое слово, которое восстанавливает в памяти картины и ассоциации, тогда как «полны тревоги» — скучны. Я буду использовать такие слова, как «робкий», «застенчивый» или «пристыженный», если кажется, что пациент борется с чувством стыда, пришедшим из прошлого, но я бы не использовал таких слов, как «унижение» и «кротость».

Кроме того, я также стараюсь оценивать интенсивность аффекта настолько аккуратно, насколько возможно. Если пациент очень рассержен, я не говорю ему: «Вы, кажется, раздражены», но говорю: «Вы, кажется, взбешены». Я использую обычное и живое слово для того, чтобы выразить силу и оттенок аффекта, который, как я думаю, продолжается. Я скажу что-нибудь вроде: «Вы кажетесь раздражительным, или раздраженным, или надутым, или мрачным, или сварливым, или взбешенным», — для того, чтобы описать различные виды враждебности. Обратите внимание, насколько различаются ассоциации к слову «ворчание» по сравнению со словом «враждебный». При попытках раскрыть и прояснить болезненный аффект слово, которое использует аналитик, должно быть настолько своевременным, насколько верным по смыслу, силе воздействия и тону. Больше об этом будет сказано при обсуждении проблемы прерывания переноса и также в секции 3.943 и во втором томе.

Точно так же, как мы пытаемся прояснить аффект, вызывающий сопротивление, нам следует попытаться прояснить побуждение, вызывающее аффект, если оно представлено в анализе.

Позвольте мне проиллюстрировать это. Пациент, который был в анализе более трех лет и который обычно

– 129 –

имел небольшие трудности при разговоре о сексуальных вопросах, внезапно неуправляемо «опустился на дно», когда описывал сексуальный акт со своей женой, бывший тем утром. Он, очевидно, был смущен из-за того, что случилось. Я решил дать ему шанс прояснить это самому. В конце концов, он сказал: «Я считаю, что неприятно говорить вам, что мы занимались в то утро анальной игрой». Пауза, молчание. Поскольку у нас с ним был в общем хороший рабочий альянс, я решил просто следовать непосредственно за ним. Я просто повторил: «Анальной игрой?» — но добавил знак вопроса. Пациент сглотнул, вздохнул и ответил: «Да, мне как-то захотелось засунуть палец в ее анус, в ее ослиную дыру, как я думал, будь я проклят, если я понимал, что с этого момента ей, кажется, все перестало нравиться, но я настаивал. Я хотел вдвинуть что-нибудь в нее против ее воли, я хотел взорваться в ней, разорвать ее каким-нибудь способом. Возможно, я сердился на нее за то, что она неведома мне, или, возможно, это была вовсе и не моя жена. Я даже знаю, что хотел причинить ей боль, там внизу».

Это пример частично проясненного инстинктивного побуждения, специфической, проясняемой инстинктивной цели. В этом случае целью было причинить назойливую, разрывающую боль женщине «там, внизу». Во время остальной части сеанса и на следующем сеансе мы смогли больше прояснить это. Женщиной, которой он хотел причинить боль в своей фантазии, была его мать, и он хотел

ворваться в ее «клоаку», откуда, как он представлял себе в три года, родился его маленький брат. Ос- тальные значения этой деятельности, в частности, те, которые относились ко мне, его «санал-ист»-у, уведут нас слишком далеко в сторону.

По мере того, как мы проясняем болезненный эффект или запрещенное побуждение, которое мотивирует сопротивление, становится возможным прояснить и форму сопротивления, то есть то, **как** пациент сопротивляется. До того, как мы сможем исследовать бессознательную историю тех способов, которые пациент использует для сопротивления, нам сначала следует убедиться в том, что обсуждаемый вопрос четко определен для пациента и отброшен не относящийся к делу и не- определенный материал.

– 130 –

Например, у одного из моих пациентов, профессора Х., чрезвычайно интеллигентного биолога, был странный способ пересказывать сновидения. Он начинал сеанс с утверждения, что видел интересный сон прошлой ночью и «вы были там, и нечто сексуальное происходило». Затем он минутку молчал и начинал говорить: «Я не совсем уверен, что это было ночью, быть может, это было уже утро. Я вошел в большой школьный кабинет, и там не было места для меня. Я почувствовал смущение из-за того, что опоздал, как это сейчас часто бывает, когда я опаздываю на встречи. Когда это случилось последний раз, я должен был пойти в небольшой офис неподалеку и притащить небольшой стул, и я чувствовал себя ужасно глупо. Точно так же я, бывало, чувствовал себя, когда приходил в классы своего отца, когда он преподавал в летней школе. У него были большие классы, и студенты были гораздо старше меня. Он был блестящим учителем, но я думаю, что студенты испытывали благоговейный страх перед ним, или, быть может, это моя проекция. Сейчас мне пришла мысль, что, может быть, у него были гомосексуальные тенденции, которые заставляли его испытывать неловкость — или это тоже одна из моих проекций? Как бы там ни было, я уже в классе, который превратился в кинотеатр. Что-то случилось с фильмом, я взбешен из-за оператора. Когда я пришел бранить его, я увидел, что он весь в слезах. У него были большие мягкие глаза, как у грека, который стоит при входе. По крайней мере, это то, что я помнил, когда проснулся сегодня утром. Эти большие опущенные веки, глаза, переполненные слезами, напомнили мне вас, а если я думаю о плачущем мужчине, я чувствую мягкость и любовь, я полагаю, что это связано с гомосексуальностью и с моим отцом, хотя я и не могу вспомнить отца плачущим. Он всегда был так поглощен своей работой или своими хобби, что те эмоции, которые он проявлял, относились к моей сестре и моему старшему брату. Моя сестра была во сне, в той его части, когда я нахожусь в кинотеатре. Когда оператор погасил свет, и ничего не было видно на экране, она сказала мне, что нам не следовало бы приходить. Это было, когда я рассердился на вас. Одно время моя сестра хотела стать актрисой; и, действительно, мы часто играли в пьесах вместе, она, бывало, играла

– 131 –

роль мальчика, а я — девочки. Теперь, когда я думаю об этом, мне кажется, что в классной комнате были только мальчики, а в кино — в основном девочки и т. д. и т. п.

Этот образец специфической формы сопротивления, которую этот пациент демонстрировал при пересказе содержания сновидения или при рассказе случаев из его настоящей или прошлой жизни. Он никогда не рассказывал случай так, как он был, но часто начинал с середины, перепрыгивал к началу, затем к концу, пересыпал свой рассказ ассоциациями и какими-то интерпретациями, а затем разрабатывал некоторые детали из начала, середины или конца, которые он пропустил. Мне не хотелось прерывать его, потому что я не хотел нарушать течения этих ассоциаций. Однако я никогда не знал, что в данном содержании он пересказывал, а что было его ассоциациями. Более того, когда я расспрашивал его о сновидении, то его ответы также состояли из смеси фактов и ассоциаций.

В конце концов я спросил его, осознает ли он тот факт, что он не может просто рассказать сновидение или случай из своей жизни от начала и до конца, но начинает с середины, и я описал детально, как он думал, что обязан говорить то, что приходит в голову, но тут он улыбнулся и, вздохнув, сказал, что знает за собой такую склонность «валить в кучу» свои задания и обязанности. Затем он спонтанно рассказал, что никогда не читает книгу с начала, а читает кусками к концу, а затем к началу. В школе и в долгие годы последующей учебы, где он выделялся, он никогда не начинал

домашнего задания с начала, но чаще с середины или с конца. Он делал то же самое и в других сферах жизни, например, когда он учился в начальной школе, он начал писать книгу по высшей математике, а когда начал работать по специальности, начал учить людей, много старше его.

Я опишу некоторые из бессознательных детерминант и значений этой формы сопротивления в секции 2.652 по интерпретации формы сопротивления. Здесь же позвольте сказать, что затруднение в данном случае связано с тем, что его отец был известным педагогом и академиком и вся его семья прославилась своими занятиями наукой. В данный момент я хочу сделать ударение

– 132 –

на том, что прояснение формы сопротивления было стартовым моментом для многих важных инсайтов в бессознательные факторы.

2.65. ИНТЕРПРЕТАЦИЯ СОПРОТИВЛЕНИЯ

2.651. Интерпретация мотива сопротивления

Здесь я должен вставить, что иногда для аналитика нет необходимости демонстрировать и прояснять сопротивление, потому что пациент делает это сам спонтанно. Эти шаги не нужно предпринимать в описанной последовательности, поскольку оба события могут происходить более или менее спонтанно. Когда сопротивление становится демонстрируемым и ясным, мы готовы попытаться интерпретировать бессознательные детерминанты. Это означает, что мы стараемся раскрыть скрытые инстинктивные побуждения, фантазии или воспоминания, благодаря которым возникло сопротивление. (Обычно в психоаналитических дискуссиях обозначаются как «содержание» репрессированные или отвращаемые бессознательные побуждения, фантазии или воспоминания, которые определяют данное психическое событие.) При анализе мотива сопротивления нам следует пытаться исследовать содержание, которое вызывает болезненный аффект, определяющий сопротивление.

Давайте вернемся к пациенту, мистеру С., см. секцию 2.63, который стал застенчивым, когда попытался рассказать о своем «брачном опыте». Для того чтобы понять его смущение, нам следует теперь попытаться раскрыть, какие побуждения, фантазии или исторические события были ассоциированы с его разговором о сексуальных вопросах. Исследование содержания, вероятно, приведет нас к чувствам, побуждениям или фантазиям, которые были когда он рассказывал «свою историю» во время сеанса, к реакциям переноса или к его прошлой истории, или от одного — к другому. Обычно мы предоставляем пациенту решать, по какой линии следовать, и открыто задаем вопрос типа: «Что происходит с вами, когда вы представляете себе разговор о сексе?»

– 133 –

Застенчивый мистер С., отвечая на мой вопрос, начал перечислять, что секс считается грязной и запретной темой дома, что его распекали за вопрос, как рождаются дети, и говорили, что это неподобающий вопрос для приличного мальчика и т. д. Позже он преодолел свою робость в школьной компании, но все еще реагирует со смущением, когда сексуальные вопросы поднимаются незнакомыми людьми или специалистами. Это затем привело его к чувству, что я незнакомец или специалист. Хотя умом он понимает, что я должен быть знаком со всеми видами сексуального опыта, тем не менее, он обнаружил, что реагировал так, как будто я был не в меру щепетилен и сделал ему выговор. Я интерпретировал это ему так, что в тот момент, когда он упомянул секс, я был для него отцом, а он стал маленьким мальчиком. Если пациент не позволил бы своим мыслям спонтанно переместиться на меня и только рассказал о своем смущении дома, я бы сказал ему перед концом сеанса: «А теперь вы реагируете на меня так, как будто я — ваш родитель, и вы смутились». Анализ сопротивления всегда должен включать анализ реакций переноса, вопрос, который будет разъясняться в 3 части.

Дальнейший анализ смущения мистера С. при разговорах о сексе проходил в течение нескольких лет. В процессе тщательной проработки мы обнаружили, что он чувствует, что ему нужно скрывать свои сексуальные интересы, потому что он боялся, что его будут считать слишком сексуальным. Это было связано с воспоминанием детства о сексуальных играх с сестрой и сексуальных фантазиях,

касающихся матери. Его мастурбационные фантазии имели отношение к подсматриванию «взрослых» во время полового акта и затем их избиению. У него также было глубоко репрессированное мазохистическое желание быть побитым, так же, как тенденция идентификации с женским полом. Мистер С. испытывал большую тревогу в отношении к мужчинам, поскольку оно было наполнено инстинктивными побуждениями, как враждебными, так и сексуальными. Он был также не уверен в своей принадлежности к полу, в ощущении того, что он — мужчина. В этом состоит сконденсированный рассказ об анализе мотивов его сопротивления разговорам о сексе.

– 134 –

Но давайте вернемся к нашему анализу мотивов сопротивления. Пациент избегает, потому что хочет спастись от какого-то болезненного чувства. Но **какое** содержание, какой материал вызывает болезненный аффект? Мужчина с «брачным опытом» раскрывает некоторое содержание, пытаюсь говорить о сексе, несмотря на робость. В этом случае было ясно, что сексуальный материал был непосредственной причиной смущения и сопротивления. Но бывает и так, что не ясно, ни почему, ни чему пациент сопротивляется. Пациент может сохранять молчание более или менее долго, в течение целого сеанса и не давать никакого ключа к тому, что вызвало его реакции тела или выражение лица. В моем опыте это бывает редко. Абсолютное молчание и отсутствие выражений лица и тела могут быть ключом к фантазиям о смерти, коме или глубоком сне. Дважды в моей практике это означало комбинацию: страстное желание крови, и суицид (Гринсон, 1961).

Давайте предположим, что мы выяснили, что есть болезненный аффект, но все еще не имеем ключа к тому, что вызвало его.

И снова пример. Молодая пациентка, миссис К., см. секция 1.24, во время третьего года анализа работала очень продуктивно над вопросами об опоздании, а затем был сеанс, когда она показала значительное сопротивление. Она начала сеанс, сказав: ей не хотелось приходить на сеанс, в голове у нее ничего нет, почему я не даю ей намека, о чем говорить, ее жизнь течет так гладко, ее ребенок чудесный, новая квартира комфортабельна, вероятно, ей можно позволить оставаться одной, ей гораздо лучше, действительно ли ей необходимо продолжать анализ, она ходила в интересную картинную галерею, но ничего не купила, у нее назначено свидание с «умником», мужчины, с которыми она встречается, либо «растрепы», либо «умники» — и так далее, и так далее, перемежаясь короткими периодами /молчания. Я понял, что ее тон имел оттенок раздражения и досады. После почти десяти минут всего этого я вмешался и сказал: «Вы, кажется, раздосадованы». Она ответила: «Я полагаю, да. Но я не знаю, чем». Я сказал: «Что-то раздражает вас. Постарайтесь найти это. Позвольте своим мыслям следовать за идеей «что-то досаждаст мне».

– 135 –

Пациентка минуту помолчала, а затем вдруг сказала: «О, я забыла сказать вам, что моя мать звонила мне вчера вечером из Нью-Йорка». Затем пациентка принялась пересказывать содержание беседы и свои реакции на нее стальным, холодным тоном, в неестественном, отрывистом ритме. Мать упрекала ее за то, что она не пишет, пациентка была взбешена, но контролировала себя и играла только равнодушие и пренебрежение. Она резко сказала, что пошлет матери ее регулярный чек, но будь она проклята, если она будет писать. Пауза, молчание. «Я не собираюсь впутывать ее снова... Даже хотя я знаю, что вы хотите, чтобы я... Вы говорите, это поможет моему анализу, и, может быть, вы и правы, но я не могу, и я не буду, и я не хочу запутываться еще и с вами».

Я молчал, я вспомнил, что на предыдущем сеансе она говорила мне о дне, когда у нее было назначено свидание с артистичным молодым человеком. Она чувствовала, что он интересен, даже очарователен, но было в нем что-то, что отпугивало ее. На том сеансе мы не нашли, с чем связано это отталкивающее чувство. Пациентка затем рассказывала мне о своей двухлетней дочери, о том, как она любит играть с ней, как прекрасно детское тело, не уродливо, как тело взрослой женщины, и как она любит купать ее. Она остановилась и вдруг пересказала сновидение: «Она была одной из женщин-лягушек — ей внушили идти в убежище в Москву и запоминать, что она видит под водой. Вода была холодная, но она была защищена своим резиновым костюмом. Была опасность, что что-то взорвется, и она должна была спешить, уходить как можно скорее. Была какая-то мысль о том, что она должна финишировать в 4 часа».

Ассоциации пациентки привели ее к истории, которую она слышала, что люди, которые умирают во сне, умирают в четыре часа. Может быть, она боялась, что я могу умереть, она знала, что у меня неважно с сердцем. Когда она проснулась, ее небо было воспалено, она, должно быть, натерла его языком во сне. Эту проблему мы еще не вскрыли до конца. Ее боли в животе. Она чувствует затруднение. Ей следует работать над этим, но она чувствует утомление и депрессию. Молчание. В этот момент я сказал: «Вы боитесь чего-то,

– 136 –

что собираетесь найти под водой, в своем бессознательном. Вы испуганы, поэтому надеваете резиновый костюм, поэтому вы не будете чувствовать, вы не впутаетесь — во что?»

Пациентка немного подумала и ответила: «Меня терзает искушение бежать, вернуться назад, стать такой, какой я была до анализа, быть скучающей и пустой. Я устала от борьбы и исканий, я хочу расслабления и легкости. Вы подталкиваете меня, а я хочу, чтобы вы делали работу. Вчера у меня была фантазия, что у меня развился рак гортани, я не могу говорить, поэтому вы должны делать свою работу». Пауза.

Я ответил: «Вы раздражены на меня, потому что я не буду кормить вас, я не буду вашей доброй мамочкой». Пациентка буквально закричала на меня: «Не говорите этого слова, я не вынесу этого. Я ненавижу его и вас тоже. Да, я хочу, чтобы вы помогли мне, но не только работали для меня, я хочу, чтобы от вас исходило тепло и благожелательность. Все, что вы делаете, — это работа, работа (пауза)... Я знаю, что вы правы. Я хочу, чтобы вы заботились обо мне, как я забочусь о своем ребенке. Вы знаете, вчера, когда я купала ее, я посмотрела ее гениталии, на ее вульву, это выглядит так прекрасно, как цветок, как сладкий кусочек фрукта абрикоса. Я могла бы поцеловать это, только я знала, что это было бы нехорошо для нее». Я просто сказал: «Для нее?» Пациентка продолжала: «Хорошо, не только для нее, я согласна, но также и для меня. Это напомнило мне, вы знаете, художника, с которым я встретила несколько дней назад. Мы пошли на пляж, и я заметила, что его бедра очень толстые, и зад тоже — прямо как у женщины. Может быть, именно это оттолкнуло меня». Я ответил: «И пленило одновременно. Это то самое убежище, которое вы боялись найти под водой. От этого вы бежите». Пациентка: «Я купила красное бикини для моей дочери, она выглядит так прелестно в нем — оно ярко-красное — я могу съесть ее в нем — буквально — съесть».

Этот необычно продуктивный сеанс начался со значительного сопротивления. Однако пациентка была упорна в своей аналитической работе и установила хороший рабочий альянс. Я думаю, что это ясный пример того, как я исследую вопрос о том, что является моти-

– 137 –

вами защиты. Просмотрев материал сеанса, можно увидеть, что пациентка осознала свое сопротивление, ей не хотелось приходить, не хотелось запутываться. Более ранняя часть материала сеанса не дает ключа, только показывает некоторую враждебность к мужчинам, но этого недостаточно, чтобы идти дальше. Затем я конфронтировал ее с ее сопротивлением и попросил ее ассоциировать к чувству раздражения. Это привело ее к пересказу ее раздражающей, холодной беседы с матерью и ее гнева по отношению ко мне. Затем она вспомнила свой сон, это знак того, что интерпретация сопротивления находится на верном пути. Манифестация содержания тревожных сновидений прекрасно показала ее страх раскрытия некоторых бессознательных побуждений. Убежище символизирует мать, так же, как вода. Идея женщины-лягушки намекает на гомосексуальность. Потом, в промежутке, она рассказывает о купании дочери. Ее первая ассоциация приводит к ее страху и желанию, чтобы я умер. Она нуждается во мне и боится меня. Она трет небо — это повторение инфантильной потребности. Затем сопротивление усиливается, она не хочет работать, она в бешенстве от моей интерпретации, что она хочет, чтобы я был ее «мамочкой».

Таким образом, в данном сопротивлении мы видим возвращение репрессированных импульсов: 1) ужас перед ее инфантильными страстными желаниями матери; 2) ее ассоциации к ее ребенку и откровенные орально-корпоративные и сексуальные желания по отношению к вульве ребенка; 3) попытка переместить свою тревожность на ребенка; 4) попытка убежать от своих собственных страхов; 5) ее ассоциации к бедрам и спине ее друга-художника и, наконец; 6) возвращение к ребенку, к красному (красный = Москва) купальному костюму и побуждение съесть ее.

Ответом на вопрос, чего пациентка избегает, что вызывает болезненный аффект, который делает ее раздраженной на меня и анализ, является то, что она пыталась избежать своей оральной активности и пассивных гомосексуальных, садистических устремлений по отношению к своей матери, ребенку и ко мне. Это были мотивы ее сопротивления.

Я отметил выше, что в попытке анализировать мо-

– 138 –

тивы сопротивления обычно начинают с того, что пытаются раскрыть болезненный аффект, потому что болезненный аффект обычно более доступен сознательному Эго, чем содержание, вызывающее болезненный аффект. Это не всегда верно, и иногда содержание может раскрываться в аналитическом сеансе, до того, как нам станет ясен аффект. Затем наша задача состоит в том, чтобы следовать содержанию сопротивления, которое, если мы добьемся успеха, прояснит факт. Мы начали с материала, имеющегося в наличии, а затем продолжали искать то, чего не достает. Мы идем от известного к неизвестному. Следующий пример иллюстрирует, как содержание сопротивления становится известным до аффекта.

Пациент пришел на сеанс после того, как отсутствовал в городе в течение недели. Он рассказал, что у него были чудесные каникулы, пока я отсутствовал. Он оживленно говорил о том, как он уезжал в короткое путешествие за город, каким отдохнувшим он себя почувствовал, как хорошо гулять с женой и детьми, как он оказался способен делать много физических упражнений и читать. А затем, после пяти минут описания того, как он наслаждался, пока меня не было, он вдруг истощил свой запас того, что можно сказать, и замолчал. Я сохранил молчание. Он бы хотел знать, о чем мы говорили перед тем, как я уехал. Пауза. Он бы хотел знать, помню ли я, о чем он рассказывал перед тем, как я уехал. Помнят ли аналитики то, что им рассказывают пациенты? Еще пауза. Он бы хотел знать, куда я уезжал, и что я делал. Он бы хотел знать, ездил ли я один или с женой. Он подумал, что я выгляжу переработанным и бледным, тогда, на сеансе перед отъездом. Он сказал, что у него появились беспокойства по поводу моего здоровья. Он даже пересказал, что у него была мысль о том, что я могу умереть. Он хотел бы знать, рекомендую ли я ему кого-нибудь в том случае, если ослабею или умру.

Все это он говорил, сильно колеблясь и с большим количеством пауз. Было очевидно, что он сопротивляется. Было также совершенно очевидно, что он избегает говорить более детально и с большим чувством о своих реакциях на мое отсутствие. Я поэтому конфронтировал его, сказав: «Вы, кажется, в действительности,

– 139 –

неохотно говорите о тех разных чувствах, которые были у вас по отношению ко мне, когда я уехал, и забыл вас здесь». На это он сразу завел разговор о том, как он обиделся, когда его «оставили», и как часто это случалось с ним в прошлом. Его отец часто уезжал один на отдых, оставляя его и мать дома одних. Затем он перешел к другим воспоминаниям о том, что, когда он и мать уехали одни, оставив своего отца, это затем привело к его желанию смерти отца разными способами. В конце сеанса стало ясно, что болезненные чувства, которых он пытался избежать, были его озлобленные желания моей смерти и разочарование во мне из-за того, что я оставил его.

Я представляю на рассмотрение эту иллюстрацию для того, чтобы она явилась примером того, как событие, которое является мотивом сопротивления, становится, ясным, несмотря на сопротивление, и, следовательно, становится стартовым пунктом для анализа сопротивления, и далее ведет к аффектам, побуждениям, воспоминаниям.

И снова следует подчеркнуть, что, раскрывая специфическое событие или аффект, который вызывает сопротивление (в данном случае это было событие), аналитик идет от сопротивления к истории специфического события или аффекта, или фантазии в жизни пациента. Начнет ли аналитик с аффекта или фантазии, или с события, он, в сущности, придет к истории фантазии, аффекта или события. В случае успеха аналитик сможет затем вернуться к текущему сопротивлению в анализе и отметить для пациента: «Да... и мой отъезд, кажется, вызвал у вас похожую реакцию, которую вы побоялись сообщить мне». Еще яснее осознает пациент сопротивление, имеющие место в анализе, при повторении событий, которые случились до того в жизни пациента. Повторяю: сопротивления не

являются артефактами анализа, они не являются и каким-то новым творением, но повторением новым изданием прошлых событий.

Важное Клиническое замечание, которое следует повторять снова и снова, состоит в том, что наиболее частым источником сопротивления является ситуация переноса. Каждый клинический пример, который я привожу, подтверждает это, хотя я не всегда подчеркиваю

– 140 –

это. Когда все остальное неясно или неизвестно, аналитику следует искать реакции переноса как источник сопротивления. Детально я буду рассматривать это в 3 части.

2.652. Интерпретация формы сопротивления

Иногда при анализировании сопротивления не аффект и не побуждение или некоторое событие являются наиболее обещающей линией исследования. Ею может оказаться форма сопротивления, метод или способ сопротивления, предлагающие наиболее плодотворную линию для исследования. Если форма сопротивления часто повторяется, это, вероятно, будет тот случай, когда мы имеем дело с чертами характера. Хотя анализ формы, возможно, не часто является первым при анализе сопротивления, типичные и связанные с привычками методы сопротивления, в сущности, должны стать предметом анализа, поскольку эта процедура является входом в анализирование так называемых защит характера. Если форма сопротивления «странная» или «нехарактерная» для пациента, это обычно симптоматично и более легко воспринимается разумным Эго пациента.

Шаги при анализировании формы сопротивления те же самые, что были набросаны для других аспектов поведения. Во-первых, нам следует добиться того, чтобы пациент узнал, что данная часть его поведения является сопротивлением. Это может быть или просто, или очень трудно, в зависимости от того, является деятельность Эго-синтоничной чертой характера или чуждой Эго. Если поведение является Эго-синтоничным, встает вопрос, насколько трудно сделать данное поведение Эго-дистоничным; другими словами, сможет ли аналитик заручиться помощью разумного Эго пациента, которое объединится с аналитиком при рассмотрении этой активности как сопротивления (Феничел, 1941, с. 66—68). Сможет ли аналитик добиться успеха в отделении разумного Эго пациента от его экспериментирующего Эго и, тем самым, поставить пациента перед вопросом исследования этой активности?

Демонстрируемость будет зависеть от двух факторов: во-первых, от отношений Эго к данной деятельности, т. е. насколько она является Эго-синтоничной; и, во-

– 141 –

вторых, от рабочего альянса, т. е. от того, насколько охотно пациент принимает аналитические отношения. Чем более согласованной, адаптивной, успешной представляется деятельность пациенту, тем труднее будет убедить его, что это — сопротивление. В нашем обществе, например, нелегко подвести пациента к тому, что чистоплотность в ее свободных ассоциациях и во внешней жизни является тем, что следует анализировать. Чистоплотность является одной из добродетелей в американском обществе, одной из превозносимых и высоко ценимых черт в семье. Бомбардировка рекламой помогает сделать чистоплотность идеалом Эго для многих людей даже и в более позднем возрасте.

Это сильно отличается от попыток анализировать более чуждую Эго деятельность. Например, пациент с очень сильным враждебным переносом моментально засыпает во время сеанса. Несмотря на агрессивное отношение ко мне, пациент может осознать, что засыпание во время сеанса является сопротивлением.

Ситуация более трудна, когда реальные факторы смешиваются с бессознательными сопротивлениями пациента.

Например, пациентка большую часть сеанса рассказывает об опасности ядерной бомбардировки и целесообразности уехать на Средний Запад, где она будет в безопасности. Когда я предположил, что, быть может, уехав, она будет чувствовать себя в безопасности от меня и психоанализа, она явно рассердилась и замолчала. Затем она резко напомнила мне, что люди строят бомбоубежища. После паузы я признал, что существует некоторая вероятность ядерной атаки, но я полагаю, что ее реакции

несоответствующе интенсивны. Большинство экспертов придерживаются мнения, что бомбоубежища не являются надежной защитой, и отъезд тоже не гарантирует ее безопасность. Затем пациентка начала говорить. Она допускает, что ее страхи непропорционально велики, но простейшая мысль о ядерном взрыве вселяет в нее ужас. Я сказал ей, что каждый разумный человек боится атомной войны, но, должно быть, есть еще что-то, что делает ее страх таким сильным, что она намеревается «вырвать с корнем» свою жизнь. Медленно пациентка начала ассоциировать, ее мысли привели ее к несчастному замужеству, годам

– 142 –

фрустраций и затруднений, ее страстному желанию «вылезти из этого», начать новую жизнь. Теперь я был в состоянии показать ей, что все это являлось причиной того, что скрыто накапливался гнев, который угрожает взрывом. Вот почему возможность взрыва атомной бомбы кажется такой близкой. Вот отчего ее страх интенсифицирован до ужаса. Пациентка, казалось, поняла, и в течение следующих нескольких сеансов мы продуктивно работали над этой темой.

Я хочу сделать паузу в этом месте для того, чтобы подчеркнуть небольшой, но важный технический момент. Всякий раз, когда факторы реальности смешиваются с сопротивлением, эти факторы должны быть адекватно осознаны (Мармор, 1958). Если не сделать этого, пациент будет все более громко и цепляться за элементы реальности в сопротивлении и тратить свое время, пытаясь убедить аналитика в логичности своих аргументов. Обратите внимание, как моя пациентка завела разговор о бомбоубежищах, когда я пытался объяснить ее бегство на Средний Запад как бегство от анализа. Только после того, как я допустил, что в ее страхе есть доля реальности, она смогла работать со мной, она смогла сформировать рабочий альянс. До этого ее тревожность по отношению к ядерной бомбе была Эго-синтоничной. Мое признание факта реальности позволило установить рабочий альянс, что сделало страх ядерного взрыва, по меньшей мере, его интенсивность, чуждыми для Эго. Она стала в состоянии работать над этим как над внутренней проблемой и, в сущности, действительно осознала, что ее бегство на Средний Запад является сопротивлением переноса.

Когда пациент осознает сопротивленческий аспект своего поведения, нашей следующей задачей становится **проявление**. Теперь мы разыскиваем соответствующий паттерн поведения вне анализа и затем занимаемся историей и целями данной деятельности. Что случилось в жизни пациента, что было причиной того, что он принял этот способ сопротивления? Позвольте мне вернуться к профессору К., человеку, который рассказывал свои сновидения, «сваливая все в кучу» (см. секцию 2.64).

Профессор К. рассказал, что он читал книги, «сваливая все в кучу», и делал домашние задания в той же

– 143 –

манере. Он не мог заниматься, сидя за партой, но только лежа либо прохаживаясь. Это стало понятным, когда он осознал, что его отец был известным учителем и готовил сына пойти по своим стопам. Мальчик хотел противодействовать, потому что он испытывал глубоко затаенные неприязненные, ревнивые, сопернические чувства по отношению к отцу, его способ работать был выражением его злобы и вызова. Но была также и глубокая любовь к отцу, которая имела сильный прегенитальный анальный и оральный тип. Он боялся находиться слишком близко к отцу, так как это означало бы анальное и оральное проникновение и заглатывание. Его история проясняет это тем, что отец любил играть роль врача, когда пациент болел. Много раз им была измерена ректальная температура, много поставлено клизм, много раз смазано горло и т. д. Поведение «все в кучу» было также проявлением и его борьбы против идентификации с отцом, поскольку идентификация была равносильна тому, чтобы быть поглощенным или аннигилированным. Это представляет собой возвращение репрессированных стремлений и утрату границ Эго (Гринсон, 1954 г, 1958а; Кан, 1960).

Другой пациент-ученый использовал для описания своих переживаний очень реалистичный тон и технические термины. Даже описывая интимнейшие сексуальные события, он никогда не выказывал никаких эмоций. Он никогда не колебался, не проявлял страстного желания, но механически и досконально докладывал. Я пытался дать ему понять, что из-за того, что он использует технические термины и описывает эти события так, как будто он докладывает о не относящемся к определенной личности эксперименте, он пропускает все свои эмоциональные реакции. Он был холодным, дотошным

наблюдателем, докладывающим сотрудником, но не пациентом, сообщающим интимные переживания своему терапевту.

В течение долгого времени пациент оправдывал себя, говоря, что факты — более важны, чем эмоции. Затем я смог доказать ему, что эмоции также являются фактами, но что он с неохотой признает эти «факты» в отношении себя. Затем пациент осознал, что он отбрасывал эмоции, докладывая мне, так как чувствовал, что зрелому ученому стыдно иметь чувства. В даль-

– 144 –

нейшем он также признался, что скрывает свои чувства и от других, даже от своей жены при сексуальных отношениях. Анализ этого поведения затем привел его в детство, когда его отец, инженер, выказывал презрение к эмоциональным людям, считая их слабыми и ненадежными. В сущности, пациент осознал, что он считал проявление эмоций эквивалентом несдержанности и бесконтрольности. Он приравнивал холодность к чистоте, а эмоциональное тепло к грязи и утрате контроля.

Анализ формы сопротивления в таком случае, как этот, становится возможным, только когда пациент, не может дольше сам оправдывать использование данного метода для данного вопроса. Это сопротивление должно стать Эго-дистоническим до того, как пациент с готовностью продолжит анализ этого старого, привычного способа поведения. Для данного пациента потребовалось около года, чтобы изменить его отношение к бесстрашному способу рассказывать. Даже, когда мы стали способны проследить эту форму поведения назад, в его детство, к конфликтам, касающимся выработки туалетных навыков и анально-садистических импульсов, он не был в состоянии поддерживать реальный рабочий альянс. Его нижележащая тревожность, в сущности, обусловила параноидные черты характера и лишала истинной мотивации продолжать анализ. Он с охотой анализировался бы, если бы мог остаться, в сущности, неизменным и нетронутым эмоционально. Мы, в конце концов, согласились прервать анализ.

2.653. Резюме

Если мы теперь кратко повторим, что является основными процедурами в анализе, то придем к следующему. Нужно:

- 1) Осознать сопротивление.
- 2) Продемонстрировать сопротивление пациенту:
 - а) позволить сопротивлению стать демонстрируемым, ожидая его проявления в нескольких случаях;
 - б) вмешиваться, с тем чтобы увеличить сопротивление; способствовать тому, чтобы оно стало демонстрируемым.
- 3) Прояснить мотивы и формы сопротивления:

– 145 –

- а) какой специфический болезненный аффект заставляет пациента сопротивляться?
 - б) какое специфическое инстинктивное побуждение является причиной болезненного аффекта в данный момент?
 - в) какую конкретную форму и метод пациент использует для выражения своего сопротивления?
 - 4) Интерпретировать сопротивление:
 - а) какие фантазии или воспоминание являются причиной аффектов и побуждений, которые стоят за сопротивлением?
 - б) заниматься историей и бессознательными объектами данных аффектов и побуждений или событий вовремя анализа, вне анализа и в прошлом.
 - 5) Интерпретировать форму сопротивления:
 - а) заниматься анализом этой и сходных форм деятельности во время и вне анализа.
 - б) проследить историю и бессознательные цели этой деятельности в настоящем и прошлом пациента.
 - б) Тщательная проработка.
- Повторение и разработка шагов 4) а), б) и 5) а), б).

Важно осознать, что лишь небольшой фрагмент работы может быть доведен до конца в течение одного сеанса. Множество сеансов закончатся всего лишь с неясным сознанием того, что работает какое-то сопротивление, и, все, что аналитик, может делать в конце, таких сеансов, — это указывать пациенту на то, что он чего-то избегает. Иногда он может прояснить только аффект и даже его не полностью; иногда только историческое прошлое, иногда только форму. Когда это возможно и насколько это возможно, аналитик пытается исследовать эти избегания вместе с пациентом, пробуя, как много из этих исследований пациент может со значением и пользой делать сам во время данного сеанса. Усердие самого аналитика должно играть вторичную роль в исследовании и раскрытии бессознательных явлений, такую, какую пациент может вынести и использовать, пациент не должен быть ни травмирован, ни вовлечен в какое-то, похожее на игру, исследование сопротивления.

Важно не делать преждевременной интерпретации сопротивления, поскольку это приведет пациента только к рационализации или интеллектуализации или же

– 146 –

к интеллектуальному соперничеству в интерпретации сопротивления. В любом случае это лишь опыт эмоционального заряда. Следовательно, это усилит сопротивление вместо того, чтобы ослабить его. Пациенту следует дать возможность почувствовать его сопротивление, чтобы он стал осознавать его силу и упорство. Важно знать, когда быть пассивным и когда быть активным при аналитической работе. Слишком большое количество терпения со стороны аналитика может способствовать тому, что пациент будет расточать ценное время, тогда как он мог бы поработать эффективно. Слишком большая активность аналитика может либо помешать проявлению способности пациента быть активным и удовлетворит его пассивные желания; или это может вызвать события, для которых пациент еще не готов, и, тем самым, возбудит травматическую ситуацию. Кроме всего прочего, слишком большая активность может послужить избеганию эмоционального заряда и превратить анализ сопротивления в игру в загадки (Фрейд, 1914с, с. 155; Феничел, 1941, с. 36—43). Важно, кроме того, не играть в сопротивление с пациентом, используя тот же самый вид сопротивления, что и он. Если он молчит, вы должны быть внимательным, чтобы ваше молчание не оказалось контрсопротивлением. Или, если он использует высокопарный язык, непристойности или клише, вы должны избегать следовать за его сопротивлением или поступать наоборот. Важно, чтобы все непосредственно относилось к делу, без непродуманных вещей или заслуживающих упрека провокаций.

Эти шаги и порядок различных шагов варьируют от сеанса к сеансу и от пациента к пациенту. Аналитик может заниматься тем только, что кажется ему наиболее многообещающей линией исследования в данное время. Следует сохранять ум открытым и настороженным, быть готовым переменить совершенно свой подход или придерживаться его, если это кажется правильным.

Обязательным союзником аналитика в этой работе является разумное Эго пациента. Оно должно присутствовать или должно возникнуть благодаря вмешательствам аналитика; иногда аналитику следует подождать, пока эмоциональный взрыв утихнет и разумное Эго вернется, что может выразиться, в частности, в виде от-

– 147 –

ношения к аналитику. Рабочий альянс должен существовать или возникнуть до того, как аналитик приступит к глубокому анализу сопротивления. Это является необходимым условием для интерпретации (Гринсон, 1965). Данное положение будет детально проиллюстрировано в 3 части.

Важно осознать, что вне зависимости от того, насколько умело и правильно аналитик работает с сопротивлением, сопротивления будут возвращаться. Следует помнить замечание Фрейда о том, что сопротивление будет присутствовать в каждом шаге, каждом аспекте, на каждом сеансе анализа, до того, как анализ будет завершен. Тщательная проработка необходима для того, чтобы данное сопротивление утратило свою патогенность. Анализ сопротивления является не окольным путем психоанализа, а необходимой и жизненно важной частью лечения.

2.66. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ АНАЛИЗИРОВАНИИ СОПРОТИВЛЕНИЯ

2.661. Сопротивления на первых сеансах

В начале анализа, на первых сеансах, когда сопротивление уже осознано и продемонстрировано пациенту, до того, как приступить к исследованию мотива или формы сопротивления, аналитику следует рассмотреть интерполяции к следующим шагам.

1. Пациенту следует рассказать, что сопротивление является деятельностью самого пациента, что это акция, которую он осуществляет либо бессознательно, либо предсознательно, либо сознательно (Феничел, 1941, с. 35). Сопротивление не является чем-то, что происходит совершенно независимо от пациента, хотя он может ощущать его именно так. Это важно, потому что многие пациенты ощущают сопротивление как нечто, случающееся с ними, и они склонны чувствовать себя беспомощными или покорившимися. Я нахожу полезным образовать их в этом вопросе.

Например, пациент рассказывает мне, что его ум пуст. Подождав некоторое время, я нахожу полезным информировать моего пациента, что ум кажется пустым

– 148 –

только в том случае, когда он пытается избежать чего-то. Затем я прошу его перемешать свои мысли за замечанием: «Я избегаю чего-то», — и говорить, что приходит в голову. Неминуемо какие-то ассоциации попадут в фокус. Я могу подчеркнуть этот момент, напомнив, что его ум не пуст, когда он покойно лежит на кушетке, у себя дома, или просто позволяет блуждать своим мыслям, пока ведет машину. То же самое должно быть и здесь, хотя что-то мешает, охраняет мысли, не давая им прийти в голову, охраняет их от определения того, что происходит.

2. Пациенту следует рассказать в подходящее время, что определенные сопротивления и анализ сопротивления важны, что это стоит делать и что это составляет значительную часть психоанализа. Сопротивление не является грехом или виной, или слабостью пациента. Он не критикуется и не отвергается за то, что имеет сопротивление. Здесь, конечно, чрезвычайно важен тот тон, которым аналитик демонстрирует сопротивление пациенту. Слова аналитика могут сказать пациенту, что это совершенно нормально — иметь сопротивление, но если его тон укоризненен, слова теряют свое значение. Следует сделать так, чтобы пациент осознал анализ сопротивления как необходимую, неизбежную и продуктивную часть психоаналитической процедуры.

Достигнув успеха в анализировании некоторых аспектов в начале лечения, я пытаюсь продемонстрировать обоснованность того положения, что анализ сопротивления является плодотворным и стоящим.

Я полагаю, такие вмешательства важны в раннем анализе, потому что они помогают установить определенную атмосферу в аналитической ситуации. Я хочу, чтобы мой пациент чувствовал, что ему дано право знать определенные вещи о том, что происходит в анализе, для того, чтобы чувствовать, что он мой «сотрудник» в аналитической ситуации. Я хочу способствовать развитию рабочего альянса. Я не хочу, чтобы он чувствовал себя ребенком, блуждающим во мраке, видел во мне эксперта, который находится гораздо дальше и выше него. Я хочу, чтобы это была ситуация, когда двое упорно работающих, серьезных взрослых действуют совместно, причем один из них нуждается в помощи, а другой — специалист; но при этом оба одинаково ответст-

– 149 –

венны, серьезны в своей совместной работе. Я не хочу создавать авторитарную атмосферу, атмосферу мистерии или родительскую атмосферу.

В основном, я считаю, что пациенты скрывают свои сопротивления по двум причинам: 1) Они стыдятся или боятся выказать состояние сопротивления. Сопротивление означает дефект, который приведет к потере любви или к наказанию. 2) Они боятся выявления продуцирующей сопротивление ситуации — обычно из-за того, что стараются избежать материала, который, как они чувствуют, может привести к враждебной реакции переноса. Это те пациенты, которые боятся стать рассерженными. Они часто стараются прикрыть свой гнев противоположными чувствами — заискиванием и покорностью. Хорошими примерами являются кандидаты, которые будут избегать упоминать о тех встречах, когда я

сказал что-нибудь неправильно, или будут говорить о том, с чем они согласны, пропуская все остальное.

Могут быть даже более запутанные конstellации сопротивлений сопротивлениям и различным содержаниям. Позвольте мне привести следующий клинический пример из единственного аналитического сеанса.

Пациент начал свой сеанс, повторяя довольно легкомысленно, что его трехлетняя дочь заболела, но он не хочет говорить об этом, так как не хочет впасть в депрессию. Далее он продолжал болтовню, касающуюся безобидных повседневных занятий. Поскольку он не проявлял намерения вернуться к болезни ребенка, я прервал его, сказав: «Почему вам следует избегать болезни вашей девочки?» Он раздраженно ответил: «Почему вы не оставите меня одного — почему вы продолжаете притеснять меня?» — и так далее. Я сохранял спокойствие. Постепенно он начал рассказывать о болезни своей дочери, о том, что они вызвали консультанта, который сказал, что ей, вероятно, необходимо хирургическое вмешательство; как он страшится это-то, как он боится, что она может умереть. Он корчился на кушетке, как от боли. Слезы текли по его щекам, он даже не пытался вытереть их. Я сохранял спокойствие. Пациент сделал большую паузу и крикнул: «Я хочу быть мертвым. Мне следовало бы убить себя». Молчание. В этот момент я вмешался и сказал: «Я могу понять ваши переживания в отношении ребенка, но

– 150 –

почему же вы так ненавидите себя?». После этого пациент рассказал, каким виноватым он чувствует себя по отношению к маленькой девочке: она фрустрирует его, любя больше свою мать; она разочаровывает его из-за того, что она — не мальчик; он пренебрегает ею; и все это он делал; он заслуживает смерти... пауза... «кроме того, некто изрыгает проклятия на меня всяческими способами».

Сделав обзор этого сеанса, мы можем увидеть, насколько сложны сопротивления: болливое избегание депрессирующей темы; гнев против меня за притеснения; его страхи, относящиеся к прикрытие ребенком его вины по отношению к ребенку; его возмущение и чувство обиды по отношению к ребенку, прикрывающую его идентификацию с нежеланным ребенком, которая заканчивается упреком ко мне. Этот сеанс иллюстрирует, насколько разнообразные сопротивления используются против различных содержаний и как одно содержание может вызываться для того, чтобы отвратить еще более глубоко лежащее содержание. Концепция тщательной проработки касается не только раскрытия того же самого сопротивления в различных ситуациях или в другое время в другом месте, но также и раскрытия большого разнообразия сопротивлений, которые используются для того, чтобы отвратить данное побуждение или воспоминание или переживание и т. д. Это будет рассмотрено более детально во втором томе.

2.662. Секрет

Нашей обычной задачей в анализе является раскрытие бессознательных секретов; пациент не осознает воспоминаний, которые он хранит скрытыми; они являются секретом для сознательного Эго. Хотя он может иметь бессознательные и сознательные сопротивления для наших исследований, он обычно находится на стороне аналитической работы, по меньшей мере, сознательно. Но случается и так, что пациент будет сознательно скрывать определенный материал от аналитика. В большинстве случаев это сознательное, преднамеренное утаивание проходит быстро и обычно преодолевается самим пациентом — он сознается в своем секрете. Очень часто это случается в течение одного сеанса. Но быва-

– 151 –

ют и такие пациенты, которые хранят секрет в течение длительного времени и не могут преодолеть это осознанное сопротивление без нашей помощи. Некоторые специальные проблемы анализа секрета заслуживают обсуждения, потому что, если секрет не поддается анализу или если с ним неправильно обращаться, то он может подвергать опасности Анализ в целом. Студентам следует ознакомиться с работой Альфреда Гросса по этой теме (1951).

Существует несколько базисных принципов, которые следует специально выделить по отношению к аналитическому методу обработки секрета. Прежде всего, не может быть и речи ни о какой уступке по отношению к тому, что нам следует проанализировать все важнейшие психические события, проходящие в пациенте. Секрет уже по своей природе является важным психическим событием и должен быть проанализирован. Никакого компромисса по этому пункту быть не может. Фрейд (1913, с. 135—136) выражает это мнение очень ясно, когда объясняет, что если психоаналитик позволит существовать секрету любого рода, все табулированные воспоминания, мысли и побуждения будут скрыты в этом убежище и ускользнут от анализа. Он сравнивает это с тем, что произошло бы в деревне, если бы полиция предоставила возможность существовать какому-то месту, где бы она не осуществляла свою власть. Все отбросы общества собрались бы там и, следовательно, избежали бы обнаружения. Фрейд приводит свой личный опыт, когда он пытался анализировать пациента, занимающего высокий государственный пост, которому он позволил сохранить государственные секреты от анализа. В таких условиях было невозможно провести полный анализ. Многие пациенты ищут предлог для сохранения определенных вещей в секрете. Они будут требовать, например, не называть имен, так как это неблагоприятно, неправильно называть имена посторонних людей и т. д. Малейшая уступка секрету, по любой причине, несовместима с анализом. Один секрет, который позволено сохранить, означает конец эффективного анализа,

Я могу подтвердить находки Фрейда и привести те переживания, которые у меня были во время Второй мировой войны. Я был начальником секции в госпитале воздушных сил, где мне по долгу службы пришлось

– 152 –

заниматься лечением группы офицеров и штатских, которые совершили побег из вражеского лагеря военнопленных. Эти люди, однако, были проинструктированы Вашингтоном о неразглашении кому бы то ни было того, как, лагерное подполье помогло им бежать. Это было сделано для защиты тех, кто работал в подполье, чья ценная работа продолжалась. Эти беглецы страдали от различных состояний тревожности и травматических неврозов и отчаянно нуждались в лечении. И все же было невозможно провести эффективную психотерапию с этими людьми, пока они должны были держать определенные данные в секрете. Имена подпольщиков были не так существенны для истории этих людей, как тот факт, что они чувствовали себя обязанными скрывать эту информацию, а это делало лечение недейственным. К счастью, я прибегнул к помощи психоаналитика, который был начальником психиатрической службы, полковнику Джону Мюррею, который согласовал с Вашингтоном необходимость наличия определенных психиатров на каждом посту, которые были бы посвящены в секретный материал. Пациенты были проинформированы об этом, и только тогда стало возможным проведение эффективной психотерапии.

Главное в этом вопросе, на наш взгляд, состоит в том, что не может быть никаких уступок по отношению к секрету, они должны быть проанализированы. Однако важно осознать, что ошибкой является использование принуждения, угроз или мольб, чтобы подвигнуть пациента рассказать свой секрет. Еще большая ошибка — насильно заставлять пациентов открыть свои секреты, равно как и позволить им иметь их. Аналитическое отношение состоит в том, чтобы пытаться анализировать секреты так же, как мы пытались бы анализировать любую другую форму сопротивления. Мы так же детерминированы, как и пациент. Мы можем осознавать, что у пациента есть сознательный секрет, но мы знаем, что существуют бессознательные факторы, которые следует анализировать до того, как пациент сможет выдать секрет. Пациент знает содержание секрета, но он не осознает важных причин, которые делают необходимым сохранять секретность. Психоанализ направляет острие атаки не на сам секрет, а на мотив создания этого секрета.

– 153 –

Позвольте мне перевести это в конкретные термины. Пациент говорит мне, что существует нечто, чего он не может сказать мне, и не скажет. Мой ответ: «Не рассказывайте мне, в чем состоит ваш секрет, но скажите мне, почему вы не можете рассказать мне об этом». Другими словами, я занимаюсь мотивом для секрета, а не его содержанием. Этот метод сходен с тем, который я разбирал в разделе, посвященном анализу мотивов сопротивления. Я бы спросил пациента, какого рода чувства он испытал

бы, если рассказал мне об этом секрете. Если он может представить себе, как бы он себя чувствовал, рассказывая, я бы спросил его далее: «Как вы представляете себе, как бы я отреагировал на то, что вы мне рассказали?» Другими словами, я бы занимался болезненными аффектами и фантазиями, которые секретный материал вызывает у пациента, включая болезненные фантазии переноса. Затем я бы занялся историей этой болезненной ситуации переноса в его прошлом, т. е. «когда это случилось с вами раньше?».

Я бы хотел процитировать простой клинический пример того, что было отмечено выше: пациентка во время первого полугодия психоанализа сказала мне, что есть определенные слова, которые она просто не может позволить себе сказать. Эта пациентка обычно была очень способной к кооперации, и я мог видеть ее борьбу с собой, когда она произносила эти слова. Я помолчал некоторое время и затем, когда увидел, что она потерпела поражение в своих попытках к общению, спросил ее: «Как бы вы чувствовали себя, если бы сказали это слово?» Она ответила, что чувствовала бы себя опустошенной, подавленной. Она бы чувствовала себя как гусеница под камнем, как насекомое, грязное, маленькое, безобразное насекомое. Мне не пришлось поднимать вопрос о ее фантазии переноса, так как она самопроизвольно сделала это. «Я бы внушала вам отвращение, вы бы ненавидели меня, вы были бы шокированы и попросили бы меня уйти». Я остался спокоен. Пациентка продолжала: «Это скверно. Вы бы ничего этого не сделали... Но именно так я это чувствую. Я реагирую, так, будто это слово вывело вас из душевного равновесия». Я ничего не сказал. Пациентка продолжала мне рассказывать о том, как она в первый раз сказала это слово дома. Был ленч, они были вдвоем с матерью, и она

– 154 –

сказала это слово, играя, дразнясь. Ее мать была шокирована и выразила свое отвращение. Она приказала своей девятилетней дочери выйти из-за стола и велела вымыть ей рот с мылом. Пациентка чувствовала, что слово «грязное», но была сильно удивлена реакцией матери. В этот момент пациентка стала способна сказать мне секретное слово; это было неприличное слово «трахаться».

Хотя пациентка с этого момента была способна использовать слово «трахаться» в анализе, данное выше клиническое описание не завершило анализа ее секрета. (В) Тот факт, что это слово было сказано, играя и дразнясь, матери, также имеет важное дополнительное значение и следствия. Слово «трахаться» было также ассоциировано со многими другими оральными и анальными сексуальными и садистскими фантазиями (Стоун 1954а) Однако с этого момента слово «трахаться» перестало быть сознательным секретом; мы начали исследовать бессознательные факторы, которые делали его настолько ненавистным.

Такой ход событий в известной степени типичен. Когда аналитик анализирует мотив сопротивления, включая фантазии переноса и болезненные аффекты, пациент обычно будет в состоянии поведать свой секрет. Но на этом не кончаются технические проблемы, связанные с анализированием секретов. Секрет — это что-то интимное и важное для пациента, неважно, насколько тривиальным это может показаться, если вытащить его на свет. Для пациента рассказать аналитику секрет означает показать что-то чрезвычайно личное и ценное. С информацией следует обращаться с уважением и деликатностью, но аналитик, тем не менее, должен заниматься анализом продукции.

После того, как секрет выявлен, могут быть два возможных пути для продолжения анализа. Выбор одного из них будет зависеть от реакций пациента, ходу которых нам не следует следовать. Мы можем либо исследовать реакции пациента на то, что секрет раскрыт, либо мы можем изучать содержание секрета. Очень часто эти два направления пересекаются.

Позвольте мне продолжить рассказ о случае женщины, которая не могла сказать слово «трахаться». В конце концов, она смогла, как я описал это выше, ска-

– 155 –

зать это слово мне, после того, как мы проделали некоторую работу над ее чувством смущения. После того, как она сказала слово, она замолчала, я отметил ее смущение, молчание и спросил ее о нем. Теперь она реагировала на то, что сказала «грязное» слово. Она чувствовала себя так, как будто была в туалете в моем присутствии; как будто я видел в действии движение ее кишок. Другими словами, выдать секрет означало осуществить дефекацию передо мною.

Для нее борьба с секретом была эквивалентна ее борьбе по сокрытию туалетной деятельности. Она не была особенно щепетильна при обсуждении своей сексуальной деятельности, но чрезвычайно стеснялась говорить о туалете, особенно об анальном поведении. Мать была очень строга, приучая ее к туалету, и у ребенка сложилось впечатление, что все выделительные функции безобразны и их следует держать в секрете — иначе она будет вызывать отвращение и будет отвергнута. Это было особенно верно в отношении туалетных звуков, которые были наиболее оскорбительными для нее. Для нее рассказать мне секрет означало с шумом выпустить газы передо мной, наиболее болезненная ситуация для пациента. Дальнейший анализ ее секрета продолжался в течение нескольких последующих дней, на самом же деле мы к нему возвращались много раз в течение следующих нескольких лет. Я имею здесь в виду анализ содержания — в данном случае, анализ того, что слово «трахнуть» означало для нее. Это была ее инфантильная концепция секса — это был ее эдипов секс, анальный секс и оральный секс. Это были звуки и запахи полового акта родителей, родительской туалетной деятельности, это было ощущение сосания ребенком материнской груди. Это также включало примитивный агрессивный компонент на всех этих уровнях (Стоун, 1954а; Ференци, 1911).

Анализ секрета очень информативен, хотя и сложен. В общем, секреты обычно относятся к выделениям. Они всегда имеют какое-то анальное или уретральное сопутствующее значение и считаются постыдными и вызывающими отвращение или же их противоположностями, тем, что очень ценно, что следует хранить и защищать. Секреты также могут быть связаны с сексуальной деятельностью родителей, кото-

– 156 –

рую теперь пациент повторяет, идентифицируясь с ними, и которую он производит в отместку в ситуации переноса. Кроме всего этого, секретность и признание всегда связаны с проблемами эксгибиционизма, скоптофилии и поддразнивания. Секрет неизбежно проявляется в ситуации переноса как специальная форма сопротивления.

Секция по специальным формам сопротивления будет прервана в этом месте по нескольким причинам. Некоторые проблемы техники слишком сложны, чтобы их обсуждать в данном месте книги, ими мы займемся позже. Я имею в виду анализ действия вовне, сопротивления характера, молчания пациента — все те сопротивления, которые осложнены тем, что посредством их деятельности осуществляется важное удовлетворение Ид, сюда же относятся определенные мазохистские сопротивления, экранные сопротивления и так называемые сопротивления «либидозная сцепленность ассоциаций».

Другие специальные формы сопротивлений будут обсуждаться в секции 3.8 по сопротивлениям переноса, потому что элемент переноса очень важен. В связи с интерпретацией я буду обсуждать сопротивления, последовавшие за неправильной дозировкой, выбором времени или тактом интерпретации, так же, как сопротивления, предшествующие и следующие за отпуском и после социального контакта аналитика и пациента и т. д. (см. второй том).

2.57. Отклонения в технике

Обсуждая основную процедуру так же, как некоторые специальные проблемы техники анализа сопротивления, мне кажется полезным сопоставить ее с двумя подходами, отклоняющимися от классического психоанализа. Мелани Клейн и Франц Александер являются лидерами двух школ психоанализа, которые весьма резко отличаются по отдельным вопросам по классической позиции, как в теории, так и на практике, в технике. Хотя эта книга посвящена так называемой классической психоаналитической технике, краткое описание этих двух дивергировавших, но важных подходов может послужить прояснению некоторых существенных моментов. Обе эти школы ответственны за некоторые ценные

– 157 –

вклады в психоанализ, хотя они также являются и источниками острой дискуссии. По этим причинам студентам следует ознакомиться с основными работами (Клейн, 1932; Клейн et. al., 1952, 1955;

Александр ет. ал., 1946). Здесь я могу предложить лишь краткую версию их мнений, касающихся анализа сопротивлений.

Прежде всего, поразительно, что термин «сопротивление» совершенно отсутствует в указателе первых двух книг Клейн, указанных выше, и встречается лишь дважды в третьей. Однако, читая различные клинические примеры, можно установить, что Клейн и ее последователи действительно осознают, что временами их пациенты находятся в оппозиции аналитической процедуре. Но с этими клиническими находками они не работают так, как я описывал это на предыдущих страницах. Не делается попытки сформировать рабочий или терапевтический альянс с разумным Эго пациента для того, чтобы дать ему возможность осознать и понять мотивы или форму, или историю его сопротивления (Цетцель, 1956). Все сопротивления **немедленно** интерпретируются в терминах нижележащих импульсов, которые аналитик переводит в специфические и детализированные фантазии, даже если они касаются превербальных моментов. Клинические данные для их аналитических интерпретаций, на мой взгляд, довольно скудны; они редко представлены детальным материалом случая; и интерпретации поразительно похожи у разных пациентов. Создается впечатление, что индивидуальная история пациента имеет небольшое значение для личного развития и развития невроза.

Я процитирую в виде примера некоторый клинический материал из работы Торнера (1957, с. 286—287) в недавнем собрании работ Клейн. Он описывает пациента с экзаменационной тревожностью и другими симптомами, который рассказывает сновидение — красные пауки вползают и выползают из его ануса, и врач, который осматривает его, говорит, что он не в состоянии увидеть ничего плохого у него, на что пациент ответил: «Доктор, вы не можете увидеть ничего, но они там и все то же самое». Аналитик, последователь Клейн, работал с этим сновидением, интерпретирует его следующим образом: пациент чувствует, что его преследуют плохие внутренние объекты. Аналитик затем сообщает, что на-

– 158 –

циент воспринял эту интерпретацию с большим облегчением, после чего он дал аналитику «свежие инфантильные воспоминания», которые символизировали «хорошие и помогающие объекты».

Опасно интерпретировать пациента, которого не знаешь, но один очевидный элемент сопротивления кажется ясным, а именно, что есть доктор, который не может увидеть ничего плохого у своего пациента, и пациент жалуется на это. Этот аспект сновидения проигнорирован. Возможно, было бы более правильно сказать, что сопротивление избегается путем погружения его внутрь. Аналитик разбирает ситуацию, пользуясь клише Клейн об интерпретации «преследования» «плохими внутренними объектами». Нет попытки рассмотреть настоящие отношения пациента к аналитику или его личные исторические переживания, связанные с анальными обследованиями, некомпетентными врачами, красными пауками и т. п. Индивидуальные переживания пациента отрицаются. Более того, аналитик, как кажется, и не рассматривает готовность пациента встать лицом к лицу с инстинктивным содержанием; кажется, что не уделено никакого внимания проблемам дозировки и выбору определенного времени. Интерпретации наиболее примитивных инфантильных инстинктивных компонент или интродекций делаются в самом начале анализа. Кажется, что последователи Клейн работают со своими пациентами способом, который выглядит карикатурой на техническое правило превращения бессознательного в сознательное. Как кажется, они не рассматривают проблему присутствия или отсутствия разумного Эго пациента. Они делают одну интерпретацию содержания за другой, руководствуясь, как кажется, каким-то компьютероподобным интеллектом со стереотипным Ид.

Я участвовал в работе секции, посвященной вкладу Мелани Клейн в психоанализ, под руководством Элизабет Цетцель на зимнем собрании Американской Психоаналитической Ассоциации в декабре 1962 года. На секции было около двадцати аналитиков почти из всех Штатов с разнообразными данными, интересами и опытом. Все соглашались, что Мелани Клейн и ее последователи внесли ценный вклад в наше понимание ранних объектных отношений, самых ранних разновидностей ненависти и агрессии, и специальных форм примитивной

– 159 –

враждебности. Было также общее согласие и в том, что последователи Клейн игнорируют работу с сопротивлениями как таковыми, отрицают рабочий альянс, недооценивают личную историю пациента и универсализируют фантазии превербальных времен.

Александр и его последователи, как кажется, ударились в другую крайность. Тогда как последователи Клейн интерпретируют большинство инфантильных инстинктивных побуждений, не работая с сопротивлениями, в самом начале анализа, школа Александра пытается работать с сопротивлениями с помощью различных манипуляций. Как кажется, их целью является помочь пациентам **избежать** сопротивлений, прежде всего, регрессии, которую они рассматривают, в сущности, как расточительность. Александр отстаивает манипуляцию посредством частых интервью для того, чтобы предохранить пациента от того, чтобы стать слишком сильно регрессивно зависимым. Он, бывало, сокращал частоту встреч с пациентом до двух или даже одной в неделю. Аналитику следует предохранить пациента от тенденции «опуститься в безопасный, комфортабельный невроз переноса» (Александр et. ал., 1946, с. 33). Он полагает, что, когда пациент повторяет материал, который он привносил много раз раньше, стоит прервать лечение, так как то, что пациент «знает о своих предыдущих затруднениях, он все еще помнит...» (с. 36). Более того, Александр полагает, что аналитику «следует поощрять пациента (или даже приказывать ему) делать те вещи, которых он избегал в прошлом, и осуществлять эксперимент в той области деятельности, где ранее он потерпел неудачу (с. 41).

Френч, сотрудник Александра, ясно определяет свои взгляды на работу с сопротивлениями, предостерегая от слишком большой веры в инсайт. Я процитирую место из параграфа, относящегося к враждебным побуждениям: «Путем раскопок позади враждебных побуждений можно найти проблему, которая вызвала их, однако часто можно элиминировать враждебные побуждения без фокусирования внимания пациента прямо на них, просто помогая пациенту найти решение нижележащей проблемы» (Александр et. ал., 1946, с. 131),

Очевидно, что эти методы обращения с сопротивлением, к которым призывает Александр и его после-

– 160 –

дователи не могут считаться психоаналитическими. Они, в сущности, манипулятивны и анти-аналитичны. Пациент не учится осознавать и понимать свои сопротивления, нет награды за инсайт, то есть за преодоление сопротивлений, нет попытки изменить структуру Эго. Всемогущий аналитик решает, с каким сопротивлением пациент будет иметь дело и какого он должен постоянно избегать. Это может быть эффективной симптоматической психотерапией, но это, конечно же, не психоанализ.

2. 7. Правила техники, касающейся сопротивлений

Здесь я полагаю, мы можем изложить определенные общие принципы для руководства в определении наших технических процедур. Это не означает, что эти правила являются командами или законами, но, скорее, опорными точками, которые определяют основное направление. Все правила должны использоваться разумно: они должны подходить пациенту, аналитику и ситуации. Техническая мера ценна в том случае, когда аналитик постигает клиническую проблему, способности пациента и цель, которую он пытается достигнуть. Аналитик может достичь той же самой цели, идя более длинной боковой дорогой или в обход, но во время длительного путешествия практически важно держать в уме «карту дорог», которая показывает местность, топографию, препятствия и т. д. Следующие правила и представляют собой такие путеводные замечания. Они особенно ценны, когда аналитик чувствует недостаток или неопределенность. Фрейд называл эти правила «рекомендациями» и он не требовал никакого безусловного принятия их. Он чувствовал, что существует такое разнообразие психических констелляций и такое богатство детерминирующих факторов, что любая механизация психоаналитической техники приведет к снижению эффективности. Тем не менее, он действительно полагал, что определенные процедуры полезны для обычной ситуации (Фрейд, 19136, с. 123).

2.71. Анализ сопротивления до (прежде) содержания; анализ Эго до Ид; анализ, начиная с поверхности

На ранних этапах развития психоанализа техника была сфокусирована на попытке получить репрессированные воспоминания, задачей было просто сделать

бессознательное сознательным. Считалось, что сопротивлений можно избежать, интерпретируя свободные ассоциации пациента. Однако Фрейд вскоре осознал, что ударение сделано неверно, что эффективным является не получение забытых воспоминаний, а преодоление сопротивления. Воспоминания, получаемые при наличии все еще «целого» сопротивления, будут неспособны произвести какие-либо изменения, потому что они будут по-прежнему подвластны силам сопротивления (Фрейд, 1913б, с. 141). В 1914 г. Фрейд утверждал, что работой аналитика является анализ и интерпретация сопротивления пациента. Если мы преуспеем в этом, пациенту будут часто открываться забытые воспоминания и будут устанавливаться правильные связи (1914с, с. 147).

С осознанием центральной роли сопротивления старая топографическая формула о делении бессознательного сознательным сменилась динамической формулой; мы анализируем сопротивления до содержания (Феничел, 1941, с. 45). Эта формула не отрицает старой, она просто уточняет ее. Перевод бессознательного полезен, если только это вносит изменения в невротический конфликт. Нет смысла в раскрытии репрессированного, если это будет встречать те же самые защитные силы, которые обусловили репрессию в первый раз. Причем изменение должно быть произведено в области сопротивления. Различные процедуры анализа сопротивлений (см. секцию 2.5) позволяют осуществить заметные изменения в силах сопротивления.

Здесь будет уместно привести точку зрения структурную, потому что это прояснит нашу терапевтическую задачу. Нашей единственной целью является борьба Эго с Ид, Суперэго и внешним миром (Фрейд, 1923б, с. 56—57). В процессе анализа Эго пациента может рассматриваться как имеющее два различных аспекта и функции. Бессознательное, иррациональное Эго является инициатором патогенных защит и выглядит как экспериментирующее Эго во время лечения. Сознательное, разумное Эго является союзником аналитика и проявляется клинически как наблюдающее Эго пациента во время анализа (Серба, 1934). Техническое правило, состоящее в том, что аналитику следует анализировать сопротивление до содержания, может

быть выражено структурно: аналитику следует анализировать Эго до Ид (Фрейд, 1933, с. 80; Феничел, 1941; с. 56). Более точно, вмешательства аналитика имеют целью сделать разумное Эго пациента более способным справляться со своими опасными ситуациями.

В прошлом пациент чувствовал, что эти опасности являются слишком угрожающими, и его иррациональное Эго устанавливает патогенные защиты, что выливается в невротические симптомы. В аналитической ситуации с помощью рабочего альянса и посредством соответствующей последовательности интерпретаций мы ожидаем, что разумное Эго пациента расширит свое влияние. Работа с наблюдающим Эго пациента и демонстрация неразумности операций его экспериментирующего Эго делает возможным для разумного Эго расширить свой суверенитет. Мы анализируем сопротивление до содержания, Эго до Ид, так что иногда мы интерпретируем отвращаемое содержание пациенту, он будет иметь дело с ними более адекватным образом, а не просто повторять свои прошлые невротические паттерны.

Для того, чтобы прояснить причины, стоящие за этими формулами, позвольте мне привести клинический пример.

Пациент, мистер З. (см. 2.52 и 2.54), который проходил анализ уже полтора года, начал сеанс с рассказа о следующем сновидении: «Мне снится, что я лежу на огромной кровати. Я совершенно наг. Большая женщина входит и говорит, что она должна искупать меня и приступает к мытью моего генитального органа. Я чувствую стыд и бешенство, потому что мой генитальный орган не становится эректным».

Я молчу, и пациент начинает говорить. Вот основное содержание его ассоциаций: «Женщина во сне похожа на друга семьи. Действительно, она выглядит, как мать моего хорошего друга Джона. Она была также и другом моей семьи и, в особенности, подругой моей матери, но она не похожа на мою мать. Она не избалована. Она не была избалованным ребенком, как моя мать. Мне нравилась эта женщина. Я часто хотел, чтобы моя мать была такой, как она... (пауза)... Она замужем. И она вызывала

желание; действительно, она была агрессором. Женщины, которые так ведут себя, похожи на проститутку. У них нет никакого чувства любви, они интересу-

– 163 –

ются только сексом. Они хотят, чтобы их обслуживали. Все в этом разговоре заставляет меня чувствовать себя очень некомфортно... (пауза)».

В этот момент, я думаю, это ясно, прежде всего мы имеем дело с ситуацией, в которой мистер З. борется с выражением и сокрытием инфантильных деланий и страхов. Взглянув на манифестацию содержания сновидения, а также на ассоциации, нетрудно понять, что этот материал касается пациента — маленького мальчика, лежащего на большой кровати и имеющего детское желание, состоящее в том, чтобы его мать ласкала его пенис. Но здесь есть также доля гнева и стыда, потому что его пенис не производит такого глубокого впечатления, как пенис его отца. Он обижается на тех женщин, которые предпочитают большие пенисы. Он также хочет, чтобы играли с его пенисом. Теперь все в этом содержании ясно, но было бы неправильно представлять интерпретацию любого из этих мест пациенту, потому что также очевидно, что у мистера З. есть сильные тенденции бежать от всего этого, скрывать это, прикрывать все это. Заметьте, как неестествен его язык, как он уклончив, стерилен. «Я был совершенно наг». Женщина продолжает мыть «мой генитальный орган». «Мой генитальный орган не становится эректным». Затем откровенное признание: «Все в этом разговоре заставляет меня чувствовать себя очень некомфортно».

В такой ситуации, когда некоторое скрытое содержание выступает вперед, но когда также налицо значительное сопротивление, я полагаю, было бы бессмысленно продолжать заниматься отвращаемым содержанием до того, как я проанализирую и тщательно проработаю некоторые из сопротивлений пациента. Если я попытаюсь указать, к смущению мистера З., что он, кажется, хочет, чтобы какая-то материнская личность ласкала его пенис, он бы зло обвинил меня в том, что я похотливый старик или, возможно, совсем замолчал. Я совершенно уверен в этом, потому что в других случаях у него были такие реакции, даже после того, как я пытался работать над его сопротивлением.

Таким образом, я решил работать прежде всего над сопротивлениями, и только после того, как я увижу проявление изменений в них, я попытаюсь конфронтировать его с содержанием. Я говорю ему, когда он замол-

– 164 –

кает: «Вы, кажется, смущаетесь сегодня, когда пытаетесь рассказывать мне о ваших сексуальных переживаниях. Даже ваш язык становится неестественным». (Я говорю «сегодня», потому что были случаи, когда он был способен более прямо говорить о сексуальных вопросах и таким способом я напоминаю ему об этом.) На это мистер З. ответил: «Да, что пользы быть грубым (пауза)... Я не знаю, какой язык использовать здесь. Мне очень хочется знать, как бы вы реагировали, если бы я говорил первые пришедшие в голову слова. Я осознал, как только сказал это, что это как раз то, что вы, возможно, хотели (пауза)... Да, это не вы неодобрительно относитесь к этому, это я сам; я не одобряю вульгарный язык... (пауза). Сновидение было так живо, чувства во сне были так сильны... я чувствовал себя так по-детски».

В этот момент я чувствовал, что пациент успешно работает над некоторыми аспектами сопротивления переноса; он понимает, что он защищает свои чувства от осуждения мною и что такие чувства осуждения неуместны. Мы могли заниматься этим сопротивлением дальше, но в это время он, казалось, был готов заняться содержанием сновидения, потому что он самопроизвольно вернулся к чувствам во сне. Я вмешался следующим образом: «Вы рассердились и почувствовали стыд, но как вы чувствовали себя во сне, когда женщина начала ласкать ваш пенис?»

Здесь следует отметить, что я собираюсь шагнуть дальше пациента. Я не использую его неестественный язык, я пользуюсь повседневным языком, и я говорю откровенным тоном. Я говорю о женщине, которая ласкает его пенис, а не моет его. В первый момент пациент отвечает молчанием. Потом он говорит: «Да, сначала мне нравится это» (пауза). Затем он продолжает, что, когда он был на свидании, женщина делала «это»... она действительно играла с его пенисом. Но он хочет заверить меня, что она была агрессором, а не он. Однако он должен согласиться, что ему нравилось это; па самом деле, ему это нравилось чрезвычайно; на самом деле, если уж допустить это, он предпочитает такой вид

сексуального наслаждения всем остальным. Но, так или иначе, он чувствует, что это неправильно (пауза)... Женщина была замужем. Ее муж был большим руко-

– 165 –

водителем. Ему доставляло удовольствие обмануть ее мужа, но, в действительности, обмана не было, поскольку они разошлись. «Это не было реальной победой, только ложной победой. Это так, как в моей работе; я выгляжу так, будто упорно работаю, но это не реальная деятельность, и я, в действительности, не работаю столь уж усердно. Это еще что-то напоминает: я ничего не хочу делать, я хочу, чтобы мне что-нибудь дали, Я притворяюсь все время активным и упорно работающим, но, в действительности, я хочу, чтобы кто-нибудь дал мне что-нибудь».

Пациент, казалось, работает хорошо, его сопротивление исчезло на время. Итак, в этот момент я снова вмешиваюсь, Я говорю, что мне кажется, что он наслаждается чувством, что ему дает сексуальное наслаждение большая женщина, и, хотя он наслаждается этим, он также и стыдится этого, потому что чувствует себя маленьким мальчиком. На это пациент ответил, что да, во сне кровать была такая большая, она была огромная, он должен был быть по сравнению с ней очень маленьким. Пауза, и затем он говорит: «Вы должны подумать, что это следовало делать с моей матерью? Фу. Это верно, что девушка, с которой у меня было свидание, была того же сорта, с такими же тяжелыми чертами, которые я находил такими отталкивающими у своей матери».

Этот клинический пример иллюстрирует то положение, что, начиная работу с сопротивления, аналитик может завершить определенную часть аналитической работы с пациентом. Я полагаю, что если бы я избегал сопротивления и перешел прямо к содержанию, то последовал бы либо сердитый отказ, либо интеллектуальное обсуждение, либо покорность без истинных эмоций и истинного инсайта. Используя этот клинический пример в качестве иллюстрации, позвольте попытаться перепроверить разумное обоснование технического правила: анализ сопротивления до содержания.

Для того чтобы интерпретация или конфронтация была эффективной, мы должны быть уверены в том, что пациент может воспринимать, может понимать, может осознавать интерпретацию или конфронтацию. Таким образом, мы должны быть уверены, что разумное Эго имеется в наличии. Мы анализируем сопротивление, в

– 166 –

первую очередь, потому что сопротивление будет мешать формированию разумного Эго пациента. Более точно: смущенный пациент имеет лимитированное разумное Эго. Если я конфронтую его со смущающим содержанием, он потеряет даже эту ограниченную разумность. Я должен работать в области, в которой он может использовать свое лимитированное разумное Эго. Однако при этом я отмечаю, что он чувствует смущение; очевидно, что замечание приемлемо для его разумного Эго, что оно не заставит его бежать, и он вполне может вынести его. Я бы хотел узнать с его помощью, что заставляет пациента смущаться сегодня, косвенно напомнив ему, что он не всегда смущается. Сначала он защищается бессознательно, говоря, что нет смысла быть грубым и что ему хотелось бы знать, как яотреагирую на такое выражение. Его разумное Эго, не чувствуя себя изолированным и одиноким, делает большой шаг вперед, расширяя свои границы, и он становится способен осознать, что это не я неправ, а он сам. Затем он осознает свою реакцию как неприемлемую, он смотрит на свое поведение аналитически, он формирует временную и частичную идентификацию со мной, формирует рабочий альянс по отношению к своему сопротивлению. Я отмечаю кое-что в его поведении, чему он должен следовать и что понимать, идя далее вместе со мной. По мере того, как он формирует со мной этот альянс, его разумное Эго становится сильнее, и теперь он способен посмотреть аналитически на то, что он переживал, Я продолжаю раскол его Эго, которое теперь имеет функции переживания и наблюдения. Затем он становится способен увеличить разумное, наблюдающее Эго. Блестящая работа Стербы (1934) по этому вопросу заслуживает прочтения.

Мой смущенный пациент стал бы сердиться или отдалиться и перестал работать, если бы я начал анализ с тревожащих содержаний его сновидений и его ассоциаций. Я же начал с того, что было приемлемо для его разумного Эго, с того, что он охотно принял как свои собственные чувства. Ссылаясь на другую топографическую формулировку, я начинаю с поверхности (Фрейд, 1905а, с. 12;

Феничел, 1941, с. 44). Я взываю к его сознанию, и оно может быть настолько разумным, что допустит, что он смущен. Затем был достигнут ра-

– 167 –

бочий альянс со мной, и он сам смог проанализировать неуместную реакцию переноса по отношению ко мне. Если бы он не смог этого сделать, я бы интерпретировал это для него сам. Теперь, когда у пациента было сильное разумное Эго для работы с отвращаемым материалом, я мог осмелиться представить этот болезненный материал.

Я решил работать над его желанием быть приласканным большой женщиной, потому что его мастурбационные фантазии все еще были большим источником вины, и он предпринимал несколько несмелых попыток работать над этим ранее. Я чувствовал, что если я смогу помочь ему осознать инфантильную природу его сексуальных желаний, он сможет лучше понять свою вину, свою импотенцию и свой стыд. Я спросил, как он чувствовал себя, когда женщина начала ласкать его пенис, потому что он не включил этот аспект в рассказ о сновидении, и не обнаружил сексуальных реакций, когда его приятельница ласкала его таким образом. Вмешательство было очень продуктивным, так как он снова боролся с сопротивлением и, в конце концов, осознал, что он предпочитал это пассивное сексуальное удовольствие всем остальным.

Я почувствовал, что он, вероятно, готов к конфронтации с тем фактом, что это было инфантильным, т. е. инцестуозным желанием — таким образом я вел его в определении того, что эта деятельность заставляла его испытывать чувство стыда, потому что она заставляла его чувствовать себя маленьким мальчиком, которому дает сексуальное удовлетворение большая женщина. Он отметил это и боролся с ним. Он осознал, что ему нравилось обманывать мужей, осознал, что это была ложная победа, а затем впервые осмелился подумать, что, может быть, это была его мать, когда сказал: «Вы должны были бы подумать так...» Затем, в конце концов, он принял и закрепил это содержание. Как расширилось его маленькое разумное Эго, обрело способность успешно бороться с различными видами сопротивления, прогрессируя во время сеанса! Можно наблюдать, как во время сеанса шла его битва с сопротивлениями. Если они усиливались и останавливали в росте разумное Эго, это означало, что следует работать дальше над сопротивлениями и воздерживаться работать над содержанием.

– 168 –

Это основные правила техники: анализировать сопротивление до содержания, Эго до Ид, начинать с поверхности. Работа с содержанием может быть более интересной, более блестящей, работа с сопротивлением может оказаться более тяжелой. Но если сопротивление Эго не анализируется, аналитическая работа может оказаться более тяжелой или зайти в тупик. Пациент будет ограничен, он будет деструктивно регрессировать или же анализ станет интеллектуальной игрой или скрытым удовлетворением переноса.

То правило, что мы анализируем сопротивление до содержания, не должно быть понято так, что мы в первую очередь анализируем только сопротивление или подступы к нему и что мы избегаем содержания совершенно до того, как сопротивление будет решено. В действительности, здесь нет четкого разделения между сопротивлением и содержанием. В различных примерах я дал много иллюстраций того, как сопротивление становится содержанием и затем данное содержание используется как сопротивление. Более того, анализ каждого сопротивления ведет к его истории, которая есть содержание. В конечном счете, нам, вероятно, следует использовать какое-то содержание для того, чтобы помочь выявить сопротивление. Основное техническое правило означает, что интерпретация содержания не будет эффективной до тех пор, пока значимые сопротивления не будут проанализированы в достаточной степени. Последний пример со смущающимся пациентом ясно иллюстрирует это. Он не мог работать с материалом, пока в достаточной мере не преодолел свое сопротивление переноса, Позвольте мне теперь привести пример, иллюстрирующий использование содержания в качестве вспомогательного средства при анализе сопротивления.

Пациентка, миссис К. (см. 1.24 и 2.651), на четвертом году анализа начинает сеанс, рассказывая мне следующее сновидение: 1) «Я фотографируюсь голой, лежа на спине в различных положениях: ноги сомкнуты, ноги врозь». 2) «Я вижу мужчину со свернутой рулеткой; на ней написано что-то, что считается эротичным. Красный, покрытый иглами маленький монстр кусает этого мужчину

крохотными острыми зубками. Человек звонит в колокольчик о помощи, но никто не слышит его, кроме меня, а мне, кажется, это безразлично».

– 169 –

Позвольте мне добавить здесь, что эта пациентка работала во время нескольких последних сеансов над проблемой своих страхов гомосексуальных импульсов, которые она связывала со своей клиторной сексуальностью, противопоставляя ее вагинальной сексуальности. Теперь, когда она получила возможность испытывать вагинальный оргазм, она могла посметь идти дальше. Более того, она никогда в действительности не чувствовала зависти к пенису и только недавно осознала, что ее отношение — я рада, что я девушка, я потерпела бы неудачу, будучи мужчиной, — было защитой против глубоко спрятанной и до сих пор не затрагиваемой враждебности к пенису. Если мы знаем все это, для нас будет очевидно, что манифестация содержания сновидения является продолжением этих тем, фотографирование в голом виде относится к проблемам разоблачения отсутствия пениса. Мужчина с рулеткой, которого она игнорирует, очевидно, представляет собой ее аналитика. Красный монстр, с которым он сражается, представляет собой проекцию или месть за ее чувства к мужским гениталиям.

Пациентка начинает говорить каким-то печальным, пустым голосом. Она пересказывает планы вечера, который она устраивает для своей двух с половиной-летней дочери. Она надеется, что ребенок будет наслаждаться им, это будет не такой ужасный вечер, какие установились для нее в то время, когда она была ребенком. После этого пациентка вспоминает, как она вышла из дома со своим женихом и обнаружила, что она язвительно попрекает его за декадентское прошлое, за то, что он был волокитой, никудышным человеком. Пауза. Менструация у нее задерживается на один день, и она думает, что она беременна, но, как кажется, ее это не волнует. Пауза. У нее такое чувство, что внутри у нее что-то не так, внутри что-то омерзительное, что напоминает о чувствах человека из «Имморалиста», который испытывает чувство отвращения из-за туберкулеза жены. Пауза. «Я пошла на скучнейший вечер и возненавидела его (молчание). Я хочу, чтобы вы сказали что-нибудь. Я чувствую пустоту. Я схожу с ума из-за своей малышки, она становится очень привлекательной (молчание). Я чувствую отчужденность и отстраненность».

– 170 –

В этот момент я вмешался и сказал: «Вы чувствуете отчужденность и пустоту потому, что вы, кажется, боитесь взглянуть на того ненавистного монстра, который находится внутри вас». Пациентка ответила: «Тот монстр был красным, в действительности, глубокого красно-коричневого цвета, как старая менструальная кровь. Это был средневековый дьявол, такой как на картинах Иеронима Босха. Мне он напомнил это; если бы я рисовала, я бы нарисовала именно так, наполнив все всеми видами демонов секса, кишечной перистальтики, гомосексуальности и ненависти. Я полагаю, мне не хочется встать перед лицом своей ненависти к себе, к Биллу, к моему ребенку и к вам. Я, реально, не изменилась, а я думала, что сделала большой прогресс {молчание}».

Я вмешался: «Мы недавно раскрыли нового монстра: вашу злобу на пенисы мужчин и ваше отвращение к своей вагине. И вы бежите от этого, пытаетесь спрятаться в пустоте». Пациентка ответила: «Вы говорите так уверенно, как будто вы уже все решили. Может быть, я бегу. Я читала книгу о мужчине, который давал своей жене коньяк, чтобы она была лучшим сексуальным партнером, и она притворялась пьяной, чтобы смочь выказать свои реальные чувства. Может быть, и я такая Я бы реально показала вам, мужчинам, что я могу быть сексуальной. У меня иногда бывает такое чувство, что под кроткой внешностью рабыни мне присуща грандиозность. Я бы показала вам, бедным «трахнутым», как нужно использовать пенис, если бы он у меня был. Да, когда Билл пытался удовлетворить меня другой ночью, я смотрела на него, а в уме пронеслась мысль о том, кто теперь «прислуга за все». И какой рулеткой, спрашиваю, какой рулеткой вы измерите невроты? Я терпеть не могу чувствовать себя бестолковой, а иногда вы и этот анализ делаете меня такой. Я могла бы быть настолько резкой, как и вы, если бы осмелилась. Но я боюсь, я потеряла бы тогда вас или стала бы вызывать у вас отвращение, и вы бы бросили меня. Я полагаю, мне следует говорить вам больше правды. Я не могу ждать от Билла, что он возьмет все это — но вы могли бы...»

Я представил на рассмотрение этот фрагмент сеанса для того, чтобы продемонстрировать, как я работал с

сопротивлением пациентки, привлекая на помощь содержание. Я интерпретировал для нее, что она бежит в пустоту, чтобы избежать монстра своей зависти к пенису, своего ненавистного, внутреннего пениса и маскулинной идентификации. Эта формулировка помогла ей осознать, как она пыталась отрицать и затем проецировать эту ненавистную интроекцию на меня и на своего жениха. Она могла видеть ее эффект, продуцирующий сопротивление, и была в состоянии исследовать его в себе. Прояснение содержания помогло ей в работе с враждебно-депрессивным сопротивлением переноса.

2.72. Пациент определяет предмет сеанса

Это правило техники является продолжением старого правила: начинать каждую интерпретацию с поверхности. Мы просмотрели топографическую формулу и выразили ее структурно, прочитав: мы начинаем наши интерпретации с того, что приемлемо для сознательного, разумного Эго пациента. Правило, что мы анализируем сопротивление до содержания, является применением этой формулы. Поскольку сопротивления являются продуктом функционирования Эго, они более приемлемы для разумного Эго, чем материал Ид. Эта причинность также ценна для параллельных формул: анализировать защиту прежде, чем репрессированный материал, анализировать Эго до Ид.

Фрейд (1905а, с. 12) сделал технические рекомендации в случае Доры: позволять выбирать пациенту тему сеанса. В то время он связывал это с тем, что мы начинаем аналитическую работу с поверхности разума пациента. Мы не должны навязывать свои интересы пациенту, равно как и теоретические заключения. Метод свободных ассоциаций также основывается на нашем желании позволить пациенту выбрать тему сеанса. Его ассоциации дают нам доступ к тому, что является для пациента живой психической реальностью в данный момент. Его ассоциации раскрывают нам, что его беспокоит, что он пытается вывести на сознательный уровень, что имеет для него значение. Ассоциации или отсутствие их также показывают нам, чего он пытается избежать. Именно по этой причине я включаю это правило в технические правила, касающиеся сопротивления. Па-

циент очень часто определяет тему сеанса тем, о чем он молчит, чего он избегает, как он избегает и т. д.

Это не означает, что пациент может обдуманно определять, о чем **мы** будем говорить. Например, пациент начинает сеанс, сказав: «Я хочу рассказать вам о своей жене». Затем он тратит большую часть сеанса, описывая озадачившие его реакции жены на него. Я продолжаю молчать, потому что мне кажется, что он рассказывает о чем-то эмоционально значимом для него, и я не определяю ничего уклончивого в его продукции. Однако он делает ошибку в какой-то момент, говоря: «Моя мать очень требовательна в сексуальном плане... я хочу сказать моя жена». В этот момент я изменяю фокус его рассказа, прося его рассказать мне об отношениях его матери и жены. В действительности я не меняю тему; он сам бессознательно изменил ее: я просто следую его направлению.

Позволить пациенту «выбрать» тему сеанса означает: 1) позволить пациенту **начинать** каждый сеанс с манифестации материала, который беспокоит его и 2) не навязывать ему ваши интересы. Если материал вчерашнего сеанса кажется вам очень важным, вы должны воздержаться от своего интереса и следовать за пациентом до тех пор, пока он работает продуктивно. Кандидату будут часто навязывать материал своих контрольных сеансов при работе с пациентами, когда это неуместно. Некоторые аналитики будут продолжать заниматься интерпретацией сновидения, когда это не является значимой частью сеанса, потому что аналитику нравится работать со сновидениями. 3) Пациент выбирает тот материал, которым он начинает сеанс, но мы отбираем из его материала то, что, как мы полагаем, его действительно волнует или должно было бы волновать. Например: пациент рассказывает нам о своих сексуальных наслаждениях, но мы отбираем его **смущение** при разговоре о сексе. Мы выбираем то, что его действительно беспокоит, даже если он не осознает этого. Аналитик может привести аналогию к данному сновидению и попросить пациента выбрать манифестацию содержания, тогда как сам аналитик пытается уловить значимый материал, находящийся в латенте.

2.73. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРАВИЛ

2.731. Минорные сопротивления

Хотя аналитическая техника отличается от всех остальных методов именно тем, что мы анализируем сопротивления, мы не анализируем при этом все и каждое сопротивление. С небольшими и временными сопротивлениями обращаются, просто сохраняя спокойствие и предоставляя возможность самому пациенту преодолевать их. Или можно делать уточняющие замечания. Например: пациент молчит или колеблется, и вы говорите: «Да» или — «Что?» — и пациент начинает рассказывать. Нет необходимости возвращаться и анализировать значение, цель или содержание каждого сопротивления. Это остается верным, пока пациент, как кажется, преодолевает сопротивление сам и может осмысленно общаться. Если же сопротивление, однако, упорно или же нарастает, тогда следует анализировать его. Другими словами, общее правило состоит в том, что небольшие и временные сопротивления не нужно анализировать; они могут быть преодолены самим пациентом.

Исследование небольших сопротивлений не только не необходимо, но и может увести в сторону от важного материала. Более того, пациенту следует позволять играть активную роль в преодолении своих сопротивлений. В конечном счете, занятие каждым небольшим сопротивлением превращает аналитика в природу, а анализ — в изводящее занятие. Составной частью такта при проведении анализа является знание о том, как различить сопротивления, требующие анализа или не требующие его.

2.732. Утрата функций Эго

Иногда в анализе возникает ситуация, когда отсутствие сопротивлений обусловлено утратой функций Эго. Тогда нашей задачей будет позволять и даже поддерживать развитие определенной степени сопротивления. Это может произойти при работе с психотическими или пограничными случаями, но также и с невротическими пациентами на этапе переживания ими инфантильных неврозов. Необходимые вмешательства в этих ситуаци-

– 174 –

ях, может быть, не совсем аналитичны, но такие ситуации не вызовут инсайта; они требуют применения чрезвычайных мер. Поскольку такое случается во время анализа, стоит уделить немного внимания обсуждению связанных с ними технических проблем.

Эмоциональные взрывы сопровождают все анализы, проникающие в глубь инфантильных неврозов. Во время пика эмоционального излияния есть в большей или меньшей мере потеря функций Эго, зависящая от интенсивности и количества разряжающегося аффекта. Если это имеет место в начале сеанса, наша задача может быть достаточно простой. Терпение и поддерживающее молчание будут достаточны для того, чтобы дать пациенту возможность разрядить запретные эмоции. При наступлении паники, гнева или уменьшении депрессии можно определить возвращение разумного Эго и можно попытаться продолжить работать аналитически. Но, если эмоциональный взрыв не утихает или если это случается в конце сеанса, становится необходимым вмешательство. Хотя в идеале мы бы хотели, чтобы у пациента была полная разрядка чувств, целесообразно помешать этому в данном случае. Было бы опасно позволять пациенту уходить на вершине эмоционального взрыва, без функционирующего, разумного Эго. Нашей задачей в таком случае является «усыпить» пациента и не вызывать не поддающихся анализу осложнений.

По моему опыту, следующие шаги, как кажется, являются эффективными и несут минимальные осложнения. Предположим, что пациент терзается болью из-за интенсивной реакции на неудачу, неистово рыдает, а сеанс кончается. Я бы подождал до самого последнего момента, прежде чем прерывать его. Тогда бы я сказал: «Простите, что я прерываю вас, когда вы так несчастны, но наше время кончилось». Если пациент отреагирует на это замечание, а они обычно делают это, я бы, затем сказал: «Давайте зайдем еще несколько минут, пока вы немного успокоитесь». Потом я бы дал пациенту возможность сказать что-нибудь, если он этого хочет, но в любом случае я даю ему шанс

увидеть, что я не встревожен, не печален и не нетерпелив. Мое поведение показывает, что я сочувствую его состоянию, но и стою лицом перед реальностью. Я помогаю осу-

– 175 –

ществить некоторый контроль привнесением реальности в конце сеанса, но я показываю, что мне жаль прерывать его изливание эмоций. В конце концов, важно, что аналитик показывает, что он не боится вспышки пациента и выражает готовность быть моделью для идентификации пациента с ним. В конце такого сеанса я обычно говорю что-нибудь вроде: «Это эмоционально изливание болезненно для вас, но оно важно для нашей работы. Мы должны понять его, проанализировать его и справиться с ним».

Возникают и другие ситуации во время анализа, в которых пациент теряет либо испытывает страх, что он потерял некоторые или многие функции Эго. Например, пациент может начать болтать, как ребенок, или говорить непонятным словесным винегретом. Здесь также следует проявить терпение, не бояться этого, быть твердым. В конце концов, аналитик должен прерывать пациента: «Теперь давайте посмотрим на то, что произошло — вы говорите, как маленький ребенок». Вмешавшись таким образом, аналитик может служить напоминанием и моделью пациенту для его временно утраченного разумного. Своим твердым тоном он показывает, что он не боится, и тем самым успокаивает пациента.

Пациент может перейти в состояние сильной паники, ужаса или беспомощности, лежа на кушетке. Одна из моих пациенток жаловалась, что слова выскальзывают из нее, и она боится намочить кушетку. Я позволил ей переживать так сильно, как мне казалось, она может вынести, а затем сказал: «Хорошо, теперь давайте вернемся к анализу и попытаемся взглянуть на все это с самого начала. Давайте попытаемся понять, что же произошло».

В некоторых ситуациях пациенты приходят в ужас, что они потеряют всякий контроль, и боятся, что они станут сильно агрессивными или сексуальными. Когда я чувствую, что этот страх — искренен, и когда есть причина, обосновывающая страхи, я говорю или веду себя в манере, которая показывает: «Не расстраивайтесь, я не позволю вам причинить боль себе или мне».

Как я сказал ранее, эти вмешательства не аналитичны, но я полагаю, что эти ситуации также неаналитические. Я использую неаналитические процедуры, но я стараюсь избегать антианалитических, то есть таких

– 176 –

актов, которые будут мешать дальнейшему анализу. После того, как острый кризис пройдет, аналитик может продолжать анализ. Однако, по моему опыту, вмешательства, предпринятые с терапевтическими целями и позднее тщательно проанализированные, не вызывают непоправимого вреда для аналитической ситуации. С другой стороны, строгая пассивность и молчание аналитика могут представлять собой большую опасность тем, что они позволяют пациенту регрессировать к травматическому уровню. Молчание и пассивность аналитика будут в таком случае восприняты как отсутствие заботы, беспокойства о пациенте. Это может быть значительно более пагубно. Когда такие случаи имеют место, аналитику следует проделать некоторый самоанализ своего поведения контрпереноса.

В заключение этой части по техникам анализирования сопротивления я испытываю потребность еще раз повторить, что наиболее важными сопротивлениями являются сопротивления переноса. Я не подчеркивал этого в клинических примерах, приведенных выше, поскольку я в первую очередь хотел обсудить концепцию сопротивления в целом.

2.21.

Арлоу (1961), Гловер (1955), Лоевенштейн (1961), Лумм (1961), Ван дер Найде (1961), Зелигз (1961).

2.41.

Фриман (1959), Фрейд (1916—17), Глава XIX 19236, Глава V; 19266; 1933, Героу (1951), Хартманн (1951), Хоффер (1954), Кохут (1957), Лэмпл-де Грут (1957), Лоевенштейн (1954), Сперлинг (1958), Винникот (1955).

2.214.

Альтманн (1957), Вирд (1957), Экстейн и Фридман (1957), Канзер (1957), Шпигель, (1954), Зелигз (1957).

2.6.

Гиллепси (1958), Гительсон (1958), Гловер (1958), Катан (1958), Нахт (19586), Вильдер (1958).

2.5.

Гловер (1955), Меннингер (1958), Шарп (1930).

– 177 –

ЧАСТЬ 3

ПЕРЕНОС

В сущности, развитие техники психоанализа было определено эволюцией наших знаний о природе переноса. Величайший прогресс в психоаналитической технике был производным от основных открытий Фрейда (1905с) о двойственности переноса; это незаменимо ценный инструмент и это источник величайших опасностей. Реакции переноса предоставляют аналитику бесценную возможность исследовать неприемлемое прошлое и бессознательное (Фрейд, 1912а, с. 108). Перенос также возбуждает сопротивление, которые становятся наиболее сильной помехой в нашей работе (с. 101). Каждое определение психоаналитической техники должно включать в качестве центрального элемента анализ сопротивления. Каждая отклоняющаяся шкала психоанализа может быть описана как имеющая некоторые отклонения в способе, которым обращается с аналитической ситуацией. Реакции переноса присутствуют у всех пациентов, проходящих психотерапию. Психоанализ отличается от всех остальных терапий тем способом, которым он способствует развитию реакций переноса, и тем, как предпринимает попытки систематически анализировать явления переноса.

3.1. Рабочие определения

Понятие «перенос» мы относим к особому виду отношений с личностью, это особый тип объектных отношений, главной характеристикой которого является переживание некоторых чувств по отношению к личности, которые не подходят к ней и которые в действительности обращены к другой личности. В сущности, на личность в настоящем реагируют так, как будто это личность из прошлого. Перенос есть повторение, новое «издание» старых объектных отношений (Фрейд, 1905с, с. 116). Это анахронизм, временная погрешность. Имеет место перемещение; импульсы, чувства и защиты по отношению к личности в прошлом перемещаются на личность в настоящем. Это, главным образом, бессознательное явление, и личность, реагирующая чувствами

– 178 –

переноса, большей частью не осознает искажения.

Перенос может состоять из любых компонентов объектных отношений, т. е. он может переживаться как чувства, побуждения, страхи, фантазии, отношения, идеи или защиты против них. Люди, которые являются первоначальным источником реакций переноса, являются значимыми и значительными людьми раннего детства. (Фрейд, 1912а, А. Фрейд, 1936). Перенос имеет место как в анализе, так и вне анализа у невротиков, психотиков и здоровых людей. Все человеческие отношения содержат смесь реальных реакций и реакций переноса (Феничел, 1941, р. 71).

До того, как мы продолжим рассматривать элементы, перечисленные выше, необходимо уточнить терминологию. Название этой части «Перенос» является старым и привычным термином, который ввел Фрейд и который продолжает использовать большинство аналитиков. В последние годы наблюдается тенденция модифицировать этот термин, потому что есть чувство, что термин «перенос» может вводить в заблуждение. «Перенос» — слово в единственном числе, а явления переноса — множественны, многочисленны и многосторонни; термин «переносы» является грамматически более корректным, К

несчастью, «переносы» звучат неестественно и странно для меня, и я вынужден прибегнуть к компромиссу между корректностью и привычностью. Я предпочитаю использовать термин «реакции переноса» по отношению к целому классу явлений переноса. Иногда я использую термин «перенос» как собирательное существительное, стенографическое обозначение для реакций переноса.

Реакции переноса всегда неуместны. Они могут быть таковыми в отношении качества, количества или продолжительности реакции. Индивидуум может перереагировать или недореагировать или же иметь эксцентричную реакцию на объект переноса. Реакция переноса является неподходящей лишь в ее теперешнем контексте; в какой-то ситуации в прошлом она была вполне подходящей реакцией. То, что сейчас болезненно проявляется в виде реакций переносу к некоторой личности в настоящем, точно соответствовало кому-то в прошлом.

Например, молодая пациентка реагирует на то, что я заставил ее подождать две или три минуты, слезами

– 179 –

и гневом, фантазией, что я, должно быть, отдаю это лишнее время своей пациентке-фаворитке. Это неподходящая реакция для тридцатипятилетней интеллигентной и культурной женщины, «о ее ассоциации приводят к прошлой ситуации, когда этот набор чувств и фантазий был вполне уместен. Она пересказала свои реакции как реакции пятилетнего ребенка, ждущего отца в своей комнате, ждущего его поцелуя и пожелания спокойной ночи. Она всегда ждала несколько минут, потому что он, как правило, целовал и желал спокойной ночи сначала младшей сестре. Тогда она реагировала слезами, сердилась и ревниво фантазировала — точно так же, как она переживала ожидание в отношении меня. Ее реакции были уместны для пятилетней девочки, но очевидно, не подходили для тридцатипятилетней женщины. Ключом к пониманию этого поведения является осознание того, что это повторение прошлого, т. е. реакция переноса.

Реакции переноса — это, в сущности, повторения прошлых объективных отношений. Повторение понимается различно, и, по-видимому, служит множеству функций. Инстинктивная фрустрация и задержка заставляют невротика искать запоздалые возможности для удовлетворения (Фрейд, 1912а; р. 100; Ференци, 1990). Но их повторение может также быть и способом избежать воспоминания, защитой против воспоминания, манифестацией навязчивого повторения (Фрейд, 1912а, 1914с; А. Фрейд, 1936; Феничел, 19456).

Перенос — именно та часть поведения, копирующего что-то в прошлом, которая делает его неуместным в настоящем. Повторение может быть точным дублированием прошлого, точной копией, переживанием или же «новым изданием», модифицированной версией, искаженным представлением прошлого. Если модификация прошлого проявляется в виде повторения переноса, тогда это обычно происходит в направлении желаемого исполнения. Очень часто фантазии детства переживаются как действительно имеющие место (Фрейд, 19146 pp. 17—18; Джонес, 1953, pp. 165—267). Пациенты будут переживать такие чувства по отношению к аналитику, которые могут быть истолкованы как сексуальный соблазн отца, который позже проявляется в виде повторения желания, которое первоначально было пред-

– 180 –

ставлено как детская фантазия. Чувства переноса, которые направлены вовне, обычно превращаются в попытки желаемого исполнения (Фрейд, 1914с; Феничел, 19456; Гринакре, 1950; Бирд, 1957). Развитие этой идеи можно увидеть у пациентов, которые пытаются решить таким образом неосуществленные задачи в отыгрывании вовне (Лагаче, 1953).

Объекты, которые были первоначальными источниками реакции переноса, являются важными людьми ранних лет ребенка. Обычно это родители или другие воспитатели, дающие любовь, комфорт и наказание, а также братья, сестры и другие соперники. Однако реакции переноса могут происходить и от более поздних и даже современных фигур, но тогда анализ вскроет, что эти позднейшие объекты вторичны и сами произошли из фигур раннего детства. В заключение следует добавить, что части себя могут перемещаться на других, т. е. может иметь место проекция. Это также будет, появляться как реакция переноса, но вопрос о том, корректно ли относить этот тип ответов к области реакций переноса, будет обсуждаться в секции 3.41.

Реакции переноса являются более вероятными в позднейшей жизни по отношению к людям, которые выполняют специальные функции, первоначально выполнявшиеся родителями. Следовательно, возлюбленные, лидеры, авторитеты, терапевты, учителя, актеры и знаменитости особенно склонны активизировать реакции переноса. Более того, реакции переноса могут также иметь место по отношению к животным, к неодушевленным объектам и нарицательным образам, но и здесь, как показывает анализ, они являются дериватами от важных людей раннего детства (Райдер, 1953а).

Любые из элементов объектных отношений могут быть включены в реакции переноса; любая эмоция, побуждение, желание, отношение, фантазия и защиты против них. Например, неспособность пациента почувствовать раздражение против аналитика может восходить к его детской защите против выражения раздражения. Будучи мальчиком, он узнал, что лучшим способом предотвратить ужасные ссоры со вспыльчивым отцом было оставаться самому не сознающим раздражения. В анализе он не знал раздражения, которое лежало за его постоянной вежливостью.

– 181 –

Во время анализа могут возникать идентификации, которые, вероятно, также являются реакциями переноса. Один из моих пациентов перенимал время от времени в течение анализа ту или другую черту моего характера. Это происходило каждый раз, когда он чувствовал, что его «обошел» более удачливый соперник. Это выглядело так, как будто он должен стать мною, раз уж ему не удалось овладеть мною как объектом любви. Его история показала, что он выработал этот механизм, когда конкурировал со своим старшим братом за любовь отца.

Реакции переноса, в сущности, бессознательны, хотя некоторые аспекты реакции могут осознаваться. Индивид, переживающий реакцию переноса, может осознавать, что он реагирует чрезмерно или странно, но он не знает истинного значения этого. Он даже может интеллектуально осознавать источник этой реакции, но он не осознает некоторые важные эмоциональные или инстинктивные компоненты этой реакции или ее цели.

Все люди имеют реакции переноса: аналитическая ситуация лишь способствует развитию и использует их для интерпретации и реконструкции (Фрейд, 1905с, 1912а). Невротики особенно склонны к реакциям перекося, поскольку они люди в общем фрустрированные и несчастливые. Аналитик является главной мишенью для реакций переноса, так же и как все важные люди в жизни индивидуума.

Подведем итог: перенос является переживанием чувства, побуждений, отношений, фантазий и защит по отношению к личности в настоящем, которая не является подходящей для этого, по есть это повторение реакций, образованных по отношению к значимым личностям раннего детства, бессознательно перемещенных на фигуры в настоящем. Двумя главными характеристиками реакции переноса являются: повторение и неуместность (расширение определения приведено в секции 3.41).

3.2. Клиническая картина: общая характеристика

В этой секции я бы хотел познакомить студентов с некоторыми наиболее типичными проявлениями реакций переноса в том виде, как они имеют место в курсе анализа. Я полагаю, что лучше всего это можно сделать,

– 182 –

сосредоточившись на тех характеристиках реакций пациента к аналитику, которые показывают вероятность реакций переноса. Следует иметь в виду, что наличие качеств, о которых я говорю, не является абсолютной уликой переноса. При внимательном осмотре должны быть выявлены также повторение и неуместность.

3.21. Неуместность

Как только мы попытаемся проиллюстрировать клиническую картину реакций переноса, так сразу возникает вопрос, можем ли мы не классифицировать все реакции к аналитику как перенос? Согласно нашему определению ответ будет отрицательный. Возьмем простой пример: пациент рассердился на

своего аналитика. Из этого единичного акта невозможно определить, имеем ли мы дело с реакцией переноса. Во-первых, следует выяснить, не заслужило ли поведение аналитика раздражения. Если пациент раздосадован из-за того, что аналитик прервал ассоциации пациента, отвечая на телефонный звонок, тогда я бы не стал рассматривать раздраженность пациента как реакцию переноса. Его ответ выглядит реалистичным, в соответствии с обстоятельствами, и соответствует зрелому уровню функционирования. Это не означает, что реакция пациента игнорируется, но мы обращаемся с нею иначе, чем с явлениями переноса. Мы можем исследовать историю пациента и его фантазии в отношении реакций раздражения, но, несмотря на наши находки, нам следует напоминать пациенту и себе, что его очевидная реакция на фрустрацию была реалистичной. Если же пациент приходит в ярость, а не просто раздосадован, или если он остается совершенно идентифицируемым, тогда неуместная интенсивность реакции показала бы, что мы, вероятно, имеем дело с повторением или реакцией из детства. То же самое вероятно, если его досада длится часами или если он реагирует на прерывание хохотом.

Позвольте мне привести типичный пример неуместной реакции. Мой телефон звонит во время аналитического сеанса, и я снимаю трубку, полагая, что звонок вызван крайней необходимостью. К моему унынию, неверно набран номер, и я показываю свое раздражение, по неосторожности пробормотав, вздохнув: «Будь

– 183 –

он проклят». Затем я замолчал. Пациент начинает рассказывать с того места, где остановился. Через несколько минут я его прерываю и спрашиваю, как он себя чувствовал во время телефонного звонка. Он отвечает: «Как я должен себя чувствовать? Это была не ваша вина». Молчание. Он пытается вернуться к прерванной беседе, но это кажется натянутым и искусственным. Тогда я показал ему, что он, кажется, пытается скрыть некоторые свои эмоциональные реакции, действуя так, как он себе представляет «должен». Это привело к тому, что пациент рассказал о мимолетной вспышке раздражения, когда он услышал, как я отвечал по телефону. За этим последовала картина: я сердито кричу на него. Затем пациент пересказал множество воспоминаний о том, как он был (вынужден) принужден покориться своему отцу в том, как он «должен» вести себя. Я интерпретировал это ему так, что он реагировал на меня так, будто я его отец.

Неуместность реакций на текущие события является главным признаком того, что личность, которая вызывает данную реакцию, не является решающим или истинным объектом. Это показывает, что реакция, вероятно, соответствует объекту в прошлом.

3.22. Интенсивность

Вообще говоря, **интенсивные эмоциональные реакции** к аналитику являются показателями переноса. Это также верно для различных форм любви, для ненависти и страха. Обычное умеренное, неназойливое, согласующееся поведение и отношение аналитика реально не вызывает интенсивных реакций. И снова не следует забывать о неуместности. Важно осознавать, что пациент может быть адекватен при своем интенсивном реагировании, только если поведение аналитика и аналитическая ситуация подтверждает это. Пример: аналитик заснул, слушая пациента. Пациент осознает это и в конце концов ухитряется разбудить его, позвав его. Пациент приходит в бешенство, когда аналитик не признает свой грех, а вместо этого интерпретирует это так, что пациент бессознательно хотел, чтобы аналитик заснул, рассказывая так скучно.

В такой ситуации я бы не стал считать, что бешен-

– 184 –

ство пациента есть реакция переноса, напротив, она, в сущности, справедлива и приемлема. Действительно, любая другая реакция была бы, скорее, признаком переноса из прошлого. Это не означает, что реакция пациента не анализируется, но аналитическая цель различна, если мы имеем дело с реакцией переноса или же реалистической реакцией. Более того, всегда есть вероятность того, что во всех интенсивных реакциях, вне зависимости от того, насколько справедливо оно выглядит, кроме

реалистической надстройки есть еще и основание — перенос. В традиционном курсе анализа интенсивные реакции к аналитику являются реальными показателями реакции переноса.

Обратное положение интенсивным реакциям к аналитику — отсутствие реакций — с уверенностью можно рассматривать как признак переноса. Пациент имеет какие-то реакции, но он воздерживается от них, потому что смущается или боится. Это очевидная манифестация сопротивления переноса. Ситуация осложняется еще больше, когда пациент не отдает себе сознательно отчета в любых вежливых и наиболее безобидных чувствах. Это может быть в том случае, когда внутри пациента есть сильные чувства, но они репрессированы, изолированы или перемещены. Иногда это требует настойчивого анализа страха эмоционального реагирования на аналитика, прежде чем пациент обретет способность спонтанно реагировать. Такие сопротивления переносу были описаны во второй части. Здесь я хочу кратко отметить часто встречающееся клиническое наблюдение, заключающееся в том, что мои пациенты будут реагировать совершенно разумно на мои идеосинক্রазии, но имеют тенденцию терять рассудок при любом признаке странности у другого аналитика. Это четкий пример перемещения реакции переноса, и он должен рассматриваться как защита против чувств переноса по отношению к собственному аналитику пациента. Похоже, сопротивление манифестируется пациентом, который вежливо реагирует во время сеанса, а после него он имеет необъяснимые интенсивные эмоциональные реакции по отношению к приходившим.

Может случиться так, что пациент какое-то короткое время не будет особенно считаться с аналитиком, потому что вне анализа происходят важные события.

– 185 –

Однако длительное отсутствие чувств, мыслей или фантазий об аналитике есть проявление переноса, сопротивление переноса. Аналитик является слишком важной персоной в жизни анализируемого, чтобы не присутствовать в его мыслях и чувствах в течение значительного отрезка времени. Если же аналитик действительно не важен, тогда пациент — «не в анализе». Пациент может проходить его для того, чтобы доставить удовольствие кому-нибудь еще, или же он пришел в поисках чего-то другого, а не лечения.

Может быть и так, что какая-то другая личность в жизни пациента абсорбирует интенсивные эмоции пациента, тогда отсутствие интенсивных чувств к аналитику может не иметь прямого отношения к сопротивлению переноса. Например, пациент во время первой части анализа свободен от страха эмоционального вовлечения, соучастия, но позже — влюбляется. Любовная связь будет, по всей вероятности, включать важные элементы из прошлого пациента, но вклад аналитической ситуации может иметь, а может и не иметь решающего значения. Аналитику нужно исследовать такую ситуацию очень тщательно несколько раз, прежде чем прийти к какому-то реальному заключению. Не влюбился ли пациент для того, чтобы угодить вам? Не влюбился ли он в кого-то, кто походит на вас? Не является ли его влюбленность признаком зрелости? Не кажется ли, что это — какая-то реальная надежда на длительные счастливые отношения?

На эти вопросы нелегко ответить. На них нет четко ограниченных ответов, и только длительное исследование и время могут дать реальный разумный ответ. Это является основой для практического правила, предложенного Фрейдом, гласящего, что аналитику следует попросить пациента обещать не делать никаких важных изменений в своей жизни в течение анализа (1914с, с. 153). Этот совет может быть неправильно истолкован пациентом из-за искажений переноса, и его следует давать в подходящее время и в подходящем контексте (Феничел, 1941, с. 29). Тот факт, что продолжительность аналитического лечения в последние годы увеличивается, вызывает дальнейшие модификации этого правила. Сегодня, я полагаю, нам следует говорить пациенту, что было бы лучше не делать важных измене-

– 186 –

ний в его жизненной ситуации до тех пор, пока вопрос об этом изменении не будет в достаточной мере проанализирован. Мы продолжим обсуждение темы во втором томе.

3.23. Амбивалентность

Все реакции переноса характеризуются амбивалентностью, сосуществованием противоположных чувств. Обычно в анализе принято считать, что в случае амбивалентности один аспект чувства является бессознательным. Не бывает любви к аналитику без скрытой где-то ненависти, ни сексуальных стремлений без прикрытого отвращения и т. д. Амбивалентность может быть легко определена, когда смешанные чувства непостоянны и неожиданно изменяются. Или один аспект этих чувств может упорно удерживаться длительное время в сознании, в то время как его противоположность будет столь же упорно защищаться. Может также случиться, что амбивалентность в перемещении пациентом одного компонента чувств на другую личность, часто на другого аналитика. Это часто бывает при анализе кандидатов. Они будут сохранять позитивное отношение к своему личному аналитику и перемещать свою бессознательную враждебность на инспектора или лидера семинара — или наоборот.

Не следует забывать, что амбивалентные реакции также могут иметь место в переносе. Фигура аналитика раскалывается на хороший и плохой объекты, каждый из которых ведет отдельное существование в уме пациента. Когда пациенты, реагирующие таким способом, — а это всегда бывают наиболее регрессированные пациенты — становятся способными чувствовать амбивалентность к тому же самому целому объекту, то это можно расценивать как достижение.

Позвольте мне процитировать клинический пример. В течение нескольких лет мой пограничный пациент давал эксцентричные ответы на мои вмешательства всякий раз, когда он испытывал тревожность. Постепенно я смог составить следующие объяснения. Когда он чувствовал злобу и ненависть по отношению ко мне, он пугался и поэтому никогда не прислушивался к моим словам, он чувствовал, что они — как опасное оружие,

– 187 –

его защите следует стать непроницаемой для них. В такие моменты он концентрировался только на тоне моего голоса, дотошно обращая внимание на изменения в высоте и ритме. Низкие тона и правильный ритм заставляли его чувствовать, что я кормлю его хорошей пищей, как его мать, готовившая и сервировавшая ее, когда они ели одни. Высокие тона и неправильный ритм означали, что его мать подает ему плохую пищу, потому что здесь отец, он ее нервирует и портит пищу. Потребовалось много лет анализа для того, чтобы он позволил мне стать целой личностью и оставаться таковой, любил ли он, ненавидел ли или боялся меня.

3.24. Непостоянность

Другим важным качеством реакций переноса является их непостоянность. Чувства переноса часто неустойчивы, беспорядочны и причудливы. Это в особенности верно для раннего анализа. Гловер (1955) определил эти реакции очень подходящим образом как «плывущие» реакции переноса.

Типичный пример внезапных и неожиданных изменений, которые могут иметь место в ситуации переноса,— следующая последовательность событий, которые происходили в течение одной недели в анализе одной молодой истерично-депрессивной женщины во время ее второго месяца лечения. Она работала хорошо, несмотря на свой страх, что я могу найти ее ординарной и не заслуживающей вознаграждения. Ее чувства по отношению ко мне были полны благоговения и обожания со скрытой надеждой, что она мне понравится.

Внезапно на одном из сеансов после значительного затруднения она допустила, что влюблена в меня. Она приписывала начало этого чувства концу прошлого сеанса, когда заметила, что мои брюки помяты, а мой галстук перекосялся. Она посчитала, что это признак того, что я не материалист, не жадный капиталист, но мечтатель, идеалист, даже художник. Весь день и ночь она фантазировала обо мне так, что интенсивность ее чувств увеличивалась, и она наслаждалась этим состоянием связи. Даже когда мы начали анализировать эту реакцию и провели ее назад, в прошлое, ее чувства сохранились.

– 188 –

На следующий день она была переполнена чувством вины. У ее ребенка в течение ночи развилась боль в ухе, и пациентка чувствовала, что это результат ее беспечности; она провела так много времени в мечтах о своей новой любви, вместо того, чтобы заботиться о своем ребенке. Из этого она заключила, что я должен презирать такую фривольную женщину. Когда я попытался проследить историю этой

реакции, она почувствовала, что я наказываю ее, как она того заслуживает. На следующий день (третий) она ощущала мое приветствие как холодное, почти как ухмылку, а мое молчание как презрительное. Теперь она чувствовала, что я не идеалист, не мечтатель, не заботящийся о внешнем виде, а что я самонадеян и высокомерен со своими пациентами, «бедными богатыми невротиками». Она защищает себя и свою группу, атакуя меня, как одного из этих дьявольски умных психоаналитиков, которые живут за счет богатых, но при этом презирают их. Она нашла, что запах моей сигары отвратителен, даже тошнотворен.

На следующем сеансе она нашла мои попытки анализировать ее враждебные чувства неуклюжими, но внушающими любовь. У меня, вероятно, хорошие намерения и доброе сердце, только я угрюм, Я был вынужден сменить сорт своих сигар и покупать более дорогие из-за ее критиканства, и она была признательна мне за мою предупредительность. Она надеется, что я буду когда-нибудь ее гидом и ментором, потому что, она знает, я в этом отношении блестящ. Когда же я промолчал, она почувствовала, что я чванлив, старомоден и брюзга. Я, вероятно, зубрила и тягловая лошадь, которая любит только свою работу. Она ушла с сеанса с таким чувством, что я, может быть, хороший аналитик, но ей жаль женщину, вышедшую за меня замуж. Это весьма «крайний» пример непостоянности, но он показывает причудливый и переменчивый характер реакций переноса в раннем анализе некоторых истеричных и депрессивных пациентов.

3.25. Стойкость

Поразительной характерной чертой реакций переноса является то, что они обладают внутренне противоречивой природой. Я уже описывал, каким непостоянным и

– 189 –

мимолетным может быть перенос, и теперь я должен добавить, что явления переноса часто определяются по их стойкости. Спорадичные реакции, которые чаще встречаются в раннем анализе, тогда как длительные и ригидные реакции появляются в следующих фазах, хотя это правило и не абсолютно.

В ходе анализа пациенты будут иметь некоторый набор чувств и отношений к аналитику, которые он не будет готов интерпретировать. Эти стойкие реакции требуют длительного анализа, иногда несколько лет. Эта большая продолжительность не означает, что аналитическая работа зашла в тупик, так как в течение столь длительного периода могут меняться другие поведенческие характеристики и могут появиться новые инсайты и новые воспоминания. Пациент вынужден придерживаться этой зафиксированной позиции, потому что затрагиваемые чувства сверхдетерминированы и служат важным инструментом и защитным нуждам. Эти стойкие реакции могут быть относительно интенсивны или, наоборот, слабы.

Моя пациентка, миссис К., сохраняла позитивные сексуальные, эротические реакции переноса ко мне почти три года. Эти чувства продолжали жить, на них незначительно влияли мои постоянные интерпретации их функций сопротивления, мое длительное молчание, мои случайные огрехи и ляпсусы. Только после того, как она существенно улучшила свою способность достигать частичного вагинального оргазма, который помог ослабить ее страх гомосексуальности, только тогда ее хронический позитивный перенос изменился. Только тогда она смогла себе позволить сознательно почувствовать ненависть по отношению ко мне и по отношению к мужчинам вообще^{x)}.

Стойкость, отсутствие спонтанности являются признаками реакций переноса. Даже в самых лучших, в смысле ведения, анализах, человеческая брэнность аналитика будет давать время от времени повод для проявления враждебности, если не проводится работа над позитивным переносом. Аналитическая работа часто болезненна, поэтому иногда возникает чувство негодования.

^{x)} Случай миссис К. ранее рассматривались в секциях 1.24 и 2.651. См. секцию 2.71, где дан более детальный перечень клинических изменений этой пациентки.

Кроме того, реакции переноса исходят из отвращенного прошлого пациента, и поэтому они должны включать большую долю бессознательной агрессии, которая требует разрядки. Наоборот, сочувствованная нейтральность аналитического отношения не вызывает длительной враждебности у некоторых пациентов. Стойкость и ригидность реакций переноса связаны с комбинацией бессознательной защиты и инстинктивного удовлетворения.

Пять качеств, описанных выше, являются наиболее типичными характеристиками, указывающими на реакцию переноса. Выделяющейся чертой, которая перевешивает все остальные и включается во все остальное, является неуместность. Неуместность проявляется в интенсивности, противоречивости, непостоянности, стойкости, которые сигнализируют, что в работе имеет место перенос. Это остается верным, не только когда такие ответы имеют место по отношению к аналитику, но также и тогда, когда они возникают по отношению к другим людям. Реакции, которые не соответствуют характеру или месту, есть явления переноса.

3.3. Исторический обзор

Я бы хотел кратко изложить основные вклады, сделанные Фрейдом и другими исследователями в наше понимание теоретических и технических проблем, касающихся переноса. Я приведу их в хронологическом порядке за период с 1895 по 1960 годы. Я буду упоминать только те темы, которые я рассматриваю как значительное продвижение вперед и буду пропускать множество ценных работ, которые являются, в сущности, обзорными или повторениями. Студентам я бы посоветовал прочитать оригинальные работы. Предлагаемые здесь обзоры не только чрезвычайно сконденсированы, но также и субъективно отобраны. Этого вопроса мы уже касались в секции 1.1.

Первое описание и обсуждение роли переноса дано Фрейдом в части IV работы «Об истерии» (1893—95). Сначала он считал невыгодным такое положение, когда пациент чрезмерно усиливает свое личное отношение к терапевту, хотя он осознавал, что только личное влияние может снять определенные сопротивления (с. 301).

– 191 –

Некоторые пациенты имеют тенденцию чувствовать себя брошенными, другие боятся стать зависимыми, даже сексуально зависимыми. Затем он описал пациентов, которые имеют тенденцию переносить на фигуру терапевта дистрессирующие идеи, которые возникают из-за содержания их анализа. Эти пациенты, говорит Фрейд, создают «фальшивую связь» с аналитиком (с. 302—303). В некоторых случаях это происходит регулярно. Затем он переходит к описанию техники обращения с такой ситуацией. 1) Она должна быть осознана. 2) Аналитику следует продемонстрировать, что она является помехой. 3) Аналитику следует попытаться проследить ее, происхождение на сеансе. Сначала Фрейд был «сильно раздосадован» за это увеличение работы, но вскоре он осознал его ценность (с. 304).

Случай Доры является поворотным пунктом в истории психоаналитической техники (Фрейд, 1905н). Здесь, очевидно, очень скромно и очень ясно Фрейд описывает, как он пришел к пониманию решающей важности переноса, потерпев неудачу в осознании поведения и в обращении с одной из своих пациенток. Это привело к прерыванию лечения и к терапевтической неудаче. В этой работе Фрейд описывает, как его пациентка переживала чувства по отношению к его личности в течение анализа, которые были новым изданием, факсимиле, перепечаткой, обработанными изданиями чувств, которые первоначально относились к значимым личностям в прошлом (с. 115). Кажется, что такие чувства вновь созданы, но в действительности они являются переживанием старых эмоциональных реакций. Фрейд назвал это явление переносом и подчеркнул, что он является необходимой частью психоаналитической терапии. Он создает величайшие препятствия, но при этом является наиболее важным союзником в лечении. Он слишком поздно осознал, что чувства переноса пациентки к нему изменены и что она обращается с ним как с фрагментом своего прошлого. Она дорвала с Фрейдом, так как не осмелилась сделать это со своим возлюбленным (с. 118—119). Фрейд потом осознал, что анализ враждебного переноса необходим для успеха лечения (с. 120).

Работа Ференци 1909 года «Интроекция и перенос» является следующим шагом вперед. Здесь Ференци за-

– 192 –

трагивает некоторые новые идеи о переносе, с некоторыми из которых мы все еще сражаемся сегодня. Он отметил, что реакции переноса имеют место не только в аналитической ситуации у невротиков, но и везде. Он считал реакции переноса специальной формой перемещения и заметил, что терапевты чрезвычайно часто становятся объектами реакций переноса, а не только аналитики. Однако он полагал, что такая расположенность существует у пациента, а аналитик является только катализатором. Обычно эти реакции проявляются в негативной и позитивной формах. Более того, Ференци полагал, что все невротики испытывают сильное желание переноса. Эти фрустрированные люди имеют склонность интроецировать и жаждать идентификации (с. 47—49). Они имеют тенденцию вводить личность аналитика в свой частный мир. Он показал это на контрасте с параноиками и другими психотиками, которые не интроецируют аналитика, но имеют тенденцию создавать дистанцию между собой и аналитиком. Более того, он развивал теорию, что происхождение реакций переноса восходит к определенным проекциям раннего детства. Личность аналитика скрыта, и поэтому он является экраном для важных объектов из инфантильного прошлого пациента (с. 62). Реакция переноса является попыткой к исцелению.

Ференци пошел дальше и обсудил, как при гипнозе и внушении мы также имеем дело с реакциями переноса, которые имеют сексуальную основу и происходят от фигур родителей. Готовность пациента «переносить» на гипнотизера является дериватом либо родительской любви, либо родительского страха (с. 62—63, 67). Пациенты затем становятся слепо верящими и покорными. Похожие реакции имеют место в психоаналитической терапии без гипноза. Можно различить разницу между переносом отца и матери в гипнозе и можно видеть изменения, то есть колебания пациента между реакциями любви, которые являются материнскими реакциями и реакциями страха, которые являются реакциями на отца.

Работа Фрейда «Динамика переноса» (1912а) добавляет некоторые ценные моменты в понимание переноса. Готовность пациента к реакциям переноса идет от его неудовлетворенности (с. 100). Они особенно сильны

– 193 –

у невротического пациента из-за его невроза и не увеличиваются от аналитической процедуры (с. 101). Реакции переноса являются показателями регрессии либидо. Как перенос, так и сопротивление являются компромиссными образованиями (с. 102—103). Каждый конфликт пациента должен быть доведен до конца в ситуации переноса (с. 104). Это очень важно для анализа, поскольку пациент может бороться со своими нерешенными конфликтами, касающимися важных объектных отношений в прошлом. Невозможно убить врага **заочно**, как невозможно убить его портрет (с. 108). Эти проблемы можно разработать в действующей ситуации переноса, имеющей место во время анализа.

В этой работе Фрейд обсуждает некоторые взаимоотношения между переносом и сопротивлением, в частности, различия между позитивным (т. е. сексуальным и эротическим) переносом и негативным переносом и то, как они влияют на формирование сопротивления (с. 105—106). Он различает сексуальный, эротический перенос и негативный перенос — с одной стороны, и, с другой — «согласие», которое является несексуальной, позитивной реакцией переноса. По мнению Фрейда, все реакции переноса, в сущности, амбивалентны (с. 106). Интересно, говорит Фрейд, что пациенты имеют реакции переноса не только к аналитику и к терапевтам, но и к институтам (с. 106).

Работа «Рекомендации терапевтам, практикующим психоанализ» (1912б) заслуживает упоминания, потому что в ней Фрейд впервые описывает контрперенос и необходимость для аналитика «психоаналитического очищения». Здесь впервые Фрейд приводит знаменитое сравнение с «зеркалом». Для того чтобы разрешить перенос, аналитику необходимо соблюдать свою анонимность. «Доктору следует быть непроницаемым для своих пациентов, и, как зеркало, он не должен показывать им ничего кроме того, что показывают ему» (с. 118).

В эссе «В начале лечения» (1913б) содержатся рекомендации Фрейда о том, что тему переноса не следует затрагивать до тех пор, пока не будет ощутимых признаков сопротивления. Он также считает, что не нужно делать интерпретации пациенту, пока между аналитиком и пациентом не разовьется согласие. Согла-

– 194 –

сие придет, если мы выкажем серьезный интерес к пациенту, поработаем над его сопротивлением и проявим сочувствие, понимание (с. 139—140). Мне бы хотелось сказать, что это первое Описание рабочего альянса.

В работе «Воспоминание, повторение и тщательная проработка» (1914с) Фрейд довольно детально обсуждает тенденцию отыгрывания у пациента в ситуации переноса. Он также ввел новую гипотезу для объяснения реакций переноса, а именно, концепцию навязчивого повторения, но это еще не связано с инстинктом смерти. Более того, в этой работе есть первое замечание о концепции невроза переноса (с. 154). Невроз переноса является артефактом лечения, на него перемещают обычный невроз пациента. Невроз переноса излечим путем аналитической работы.

«Наблюдения над любовью переноса» (1915а) заслуживает упоминания по двум важным причинам. Фрейд впервые упоминает здесь «правило умеренности». Это фундаментальный принцип, говорит Фрейд, он заключается в том, что следует позволять продолжать существовать нуждам и страстным желаниям пациента для того, чтобы они могли побуждать пациента проводить аналитическую работу (с. 165). Это выдающаяся работа еще и потому, что в ней Фрейдом дан чувственный, личностный и литературный показ проблемы должного обращения с романтической любовью пациента к аналитику.

Части «Перенос» и «Аналитическая терапия» в «Лекциях по введению» (1916—17), в сущности, до настоящего времени являются наиболее систематическим и тщательным образом основных идей Фрейда о переносе. Более того, здесь дано обсуждение термина «невроз переноса» как категории невроза, противостоящей нарцисстическому неврозу, а также краткое обсуждение проблем переноса в психозах (сс. 445, 423—430).

Главное изменение в теоретических идеях Фрейда о природе явлений переноса было дано в работе «По ту сторону принципа удовольствия» (1920). Некоторые детские реакции повторяются в переносе не потому, что есть надежда на удовольствие, а потому, что существует принуждение к повторению, которое более примитивно, чем принцип удовольствия, и перевешива-

– 195 –

ет его (с. 20—23). Навязчивое повторение является манифестацией инстинкта смерти (с. 36). В первый раз реакции переноса рассматривались как манифестации либидозного инстинкта и инстинкта смерти.

После этих работ не было новых серьезных работ, развивающих эту тему до публикации серии статей Гловера по технике в 1928 г. Они были первым систематическим и клиническим описанием некоторых типичных проблем в развитии и разрешении неврозов переноса и сопротивлений переноса, Гловер выделяет различные фазы развития переноса, типичные проблемы в обращении с ними.

Технические работы Эллы Фримен Шарп (1930) показывают важность анализа фантазий пациента по отношению к аналитику. В его грамотном и тонком показе она придает особое значение тому, какую роль играют представления Суперэго, Эго, Ид в фантазиях, связанных с аналитиком. Реакции переноса являются не только перемещенными, но также могут быть и проективными. В соответствии с точкой зрения Клейн Элла Шарп придерживается мнения, что анализирование переноса не является отдельной задачей, но задачей с начала и до конца анализа является то, что ситуацию переноса следует постоянно разыскивать. Клинически чрезвычайно важным является ее описание некоторых проблем неявных сопротивлений переноса, которые обнаруживаются у податливых, покорных пациентов.

Работа Фрейда «Анализ конечный и бесконечный» (1937а) заслуживает упоминания, потому что в ней Фрейд продолжает обсуждение гипотезы о переносе и сопротивлениях переноса. Он продолжает обсуждать проблему затяжного переноса и отыгрывания, которые он относит к навязчивому повторению, манифестации инстинкта смерти. Он уделяет внимание физиологическим и биологическим факторам (с. 224—243). В этой работе он затрагивает вопрос о том, правильно или нет аналитику возбуждать латентные проблемы пациента. Фрейд был непреклонен в том, что аналитику не следует манипулировать с переносом; его задачей является анализировать, не манипулировать (с. 232—234).

Две работы Ричарда Стербы (1939, 1934) по переносу вносят важный вклад в наше понимание терапев-

– 196 –

тического процесса. Он описывает раскол Эго пациента, который происходит, когда он в состоянии идентифицироваться частично с наблюдающей функцией аналитика. Таким образом, пациент способен стать активным участником анализа. Он не только продуцирует материал, но может, на основе идентификации, работать с ним аналитически. Эта мысль является нейтральным элементом в том, что позднее стало известно как «терапевтический», или «рабочий альянс».

Небольшой том по технике Феничела (1941) является сконденсированным, систематическим, тщательным образом теоретического базиса психоаналитической техники. Он также предлагает вниманию схему технических шагов, рассматриваемых в подходе к типичным проблемам техники.

Наиболее выдающимся вкладом Макальпино в работе «Развитие переноса» (1950) является ее тщательный анализ того, как аналитическая ситуация превращает готовность пациента к переносу в реакцию переноса. Она выделяет около полутора десятков факторов, которые играют роль в индуцировании необходимой регрессии у пациента, проходящего психоанализ.

Филлис Гринакре в «Роли переноса» (1954) добавляет несколько важных инсайтов в отношении происхождения переноса. Она также объясняет важность «гарантирования» от переноса, избегания «контамина». Ее замечание о неровных отношениях в аналитической ситуации, о шероховатостях между пациентом и аналитиком является другой полезной мыслью (с. 674). Гринакре осознает, что отношения переноса чрезвычайно сложны, и полагает, что нам следует уделять больше внимания выявлению отношения переноса (Гринакре, 1959).

Дискуссия по проблемам переноса (проведенная на 19 Международном психоаналитическом конгрессе в 1955 г.) является блестящим обобщением современной психоаналитической точки зрения (Ваельдер et. al. 1956). Анализ Элизабет Зетцель (1956) важности «терапевтического альянса» также является выдающимся вкладом. В этой работе она подчеркивает, насколько по-разному он понимается классическими аналитиками и последователями Мелани Клейн. Это различие

– 197 –

является, по моему мнению, основой для некоторых важных различий в теории и технике. Работа Спитца (1956) углубляет наше понимание того, как аналитическое окружение воскрешает некоторые из наиболее ранних аспектов взаимоотношения мать — ребенок. В эссе Винникота (1956а) делается ударение на модификации техники, что необходимо для пациента, который не имеет опыта адекватного материнства в ранние месяцы жизни. По его мнению, **только** когда пациент способен развить невроты переноса, мы можем рассчитывать на интерпретативную работу.

Очень точное и проникательное исследование Лоевальда (1960) «Терапевтическое действие психоаналитика» заостряет внимание на некоторых невербальных элементах в отношении переноса. Он описывает тип взаимной зависимости материнского невербального и стимулирующего развитие взаимодействия с ребенком. Это частично зависит от материнских селективных и организующих функций, которые помогают ребенку в формировании структуры Эго. Материнское видение потенций ребенка становится частью представлений ребенка о самом себе. Похожие процессы независимо происходят в психоаналитической терапии.

Книга Лео Стоуна (1961) «Психоаналитическая ситуация» является, по моему мнению, важным шагом вперед в прояснении некоторых проблем явлений переноса. Концепция необходимости вознаграждений, терапевтической цели аналитика, его ударение на различные, сосуществующие взаимоотношения аналитика и пациента представляет собой значительное продвижение в нашей теории и технике. Я полагаю, что именно работа Зетцель по терапевтическому альянсу и книга Стоуна по психоаналитической ситуации привели меня к формулировке понятия рабочего альянса (Гринсон, 1965в). Отделение относительно невротических отношений к аналитику от более невротических реакций переноса имеет важные теоретические и практические подтексты. Пациент должен быть способен развивать оба типа отношений для того, чтобы быть анализируемым.

Нельзя завершить исторический обзор такой важной темы, не включив краткое описание некоторых спорных моментов. Я выбрал два, на мой взгляд, самых важных современных отклонения среди психоана-

– 198 –

Последователи школы Мелани Клейн считают, что интерпретация бессознательного смысла реакций переноса является затруднением терапевтического (переноса) процесса. Однако они полагают, что отношение пациента к его аналитику всегда является полностью бессознательной фантазией (Изаркс, 1948, с. 7). Явления переноса рассматриваются как проекции и интроекции большинства инфантильных хороших и плохих объектов. Хотя эти ранние интроекции возникают в превербальной фазе, клейнианцы ожидают от таких пациентов, что они будут постигать смысл этих примитивных поступков с самого начала анализа (Клейн, 1961; Зегаль, 1964). Они не анализируют сопротивление как таковое, но вместо этого интерпретируют комплексные, враждебные и идеализированные проекции и интроекции пациента по отношению к аналитику. Такое впечатление, как будто они надеются повлиять на внутренне хорошие и плохие объекты в Эго пациента путем интерпретирования того, что они ощущают при таком поведении. Они не общаются с интегрированным Эго, они не пытаются создать рабочий альянс, но, как кажется, налаживают прямой контакт с различными интроекциями (Хаймани, 1956).

Клейнианцы придерживаются того мнения, что только интерпретации переноса являются эффективными. Все остальные считаются не важными. Их подход, как они утверждают, в равной степени действителен при работе с детьми, психотиками и невротиками (Розенфельд, 1952, 1958). Невозможно оценить справедливость этих мнений по такому краткому описанию, для этого необходимо ознакомиться со всей школой в целом. Студентам следует прочесть книги, опубликованные Мелани Клейн и ее последователями (1952, 1955; Зегаль, 1964). В поисках явного и умеренного обсуждения этого предмета студенту следует обратиться к части о работе Мелани Клейн в книге Бриерлей (Бриерлей, 1951).

Хотя можно и не согласиться со многим в подходе клейнианцев, тем не менее, они используют психоаналитический подход, раз уж они интерпретируют перенос. Александер (1946) и его последователи подвергают сомнению это основное отношение анализирования и

– 199 –

интерпретирования переноса. Наоборот, они пропагандируют то, что перенос должен быть регулярным, контролируемым и манипулируемым. Ему не следует позволять расцвести в соответствии с невротическими нуждами пациента. Не следует позволять пациенту впасть в глубокие регрессии, поскольку эти регрессии приведут к зависимым реакциям переноса, которые, в сущности, являются сопротивлениями и непродуктивны. Лучше избегать недоверия и антипатии пациента; враждебность и агрессивный перенос не являются необходимым осложнением. Аналитик может воздерживаться от любого упоминания об инфантильных конфликтах и избежать, таким образом, зависимых реакций переноса. Невроз переноса умеренной интенсивности допустим, но интенсивных неврозов переноса следует избегать. Следует сфокусировать внимание больше на настоящем, нежели на прошлом.

Вот лишь небольшой образчик мнений, выраженных Александером и Френчем в их книге «Психоаналитическая терапия». Этот том произвел прямо-таки взрыв в психоаналитических кругах Америки (и, кажется, был проигнорирован в Европе), поскольку авторы — выдающиеся психоаналитики, и выраженные ими мнения противоречили многим основным принципам психоаналитической теории и техники. Результатом этой попытки изменить психоанализ была, по моему мнению, систематизация фиксированных стандартов в Американской Психоаналитической Ассоциации. Это предполагает, что кандидатам, обучающимся согласно методам, пропагандируемым Александером и его последователями, не следует испытывать глубокое психоаналитическое переживание.

Как я утверждал в начале этой части, каждая абберация в психоанализе может быть продемонстрирована при рассмотрении девиантного подхода к явлениям переноса.

3.4. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

3.41. Происхождение и природа реакций переноса

Перед тем, как мы приступим к исследованию некоторых теоретических вопросов, касающихся явлений переноса, необходимо уточнить значение термина. Су-

существует множество различных теорий о том, что собой представляют реакции переноса, и у меня такое впечатление, что некоторые из отклонений берут свое начало от неудачного, недостаточно точного определения терминов. Позвольте мне повторить здесь определение переноса, которое я дал в секции 3.1. Перенос является переживанием чувств, побуждений, отношений, фантазий и защит по отношению к личности в настоящем, которая не является подходящей для этого, но это есть повторение реакций, образованных по отношению к значимым фигурам раннего детства, бессознательно перемещенным на личности в настоящем.

Это определение основывается на четырех основных утверждениях: 1) Перенос является разновидностью объективных отношений. 2) Явления переноса повторяют прошлое отношение к объекту. 3) Механизм перемещения играет важную роль в реакциях переноса. 4) Перенос является регрессивным феноменом. Для того чтобы счесть некоторое психическое явление переносом, должны присутствовать все эти четыре элемента. Каждый из этих четырех компонентов имеет важные дополнительные теоретические и клинические значения.

Психоаналитическое лечение не создает реакции переноса; оно просто выносит их на свет, облегчая их развитие. Явления переноса у невротика являются специализированным классом отношений к другой личности. Они представляют собой область, промежуточную между болезнью и реальной жизнью (Фрейд, 1914с). Во время психоаналитического лечения встречаются и другие формы отношений к аналитику. Рабочий альянс и реальное отношение также играют важную роль в психоаналитической терапии невротических пациентов. Они отличаются от явлений переноса и будут рассматриваться отдельно.

Могут быть также и более примитивные способы отношения к аналитику. Имеют место также реакции психотического характера и галлюцинации, но неясно, правильно ли их называть реакциями переноса (Фрейд, 1916б). Для того чтобы избежать любой неопределенности, следует иметь в виду, что, если термин перенос или реакции переноса употребляются без дальнейших уточнений в данной работе, это следует рассматривать как невротические явления переноса. Среди многооб-

разия тяжелых регрессированных пациентов мы можем видеть временные психотические реакции по отношению к терапевту. Эти манифестации совершенно отличаются от невротических реакций переноса. Основные различия происходят из того факта, что психотик потерял свои объективные представления и, как следствие, не может более различать «Я — объектный мир (Фрейд, 1915а; М. Векслер, 1960; Якобсон, 1964). Не следует забывать, однако, что психотические пациенты могут иметь невротические и здоровые компоненты, и обратное также верно (М. Катан, 1954). Бывают пациенты, которые обнаруживают как невротические, так и психотические реакции переноса.

Множество способов отношения к аналитику в течение психоанализа следует отличать друг от друга, потому что они заключают в себе важные клинические, терапевтические и технические различия. Просто рассматривать их все как явления переноса было бы несправедливо по отношению к сложности, комплексности человеческих взаимоотношений и по отношению к сложности терапевтических процессов, затрагиваемых в психоаналитическом лечении.

3.411. Перенос и объективные отношения

Реакция переноса у невротиков представляет собой отношение, затрагивающее троих людей — субъект, объект из прошлого и объект из настоящего (Зеарлес, 1965). В аналитической ситуации это пациент, какая-то значимая личность из прошлого и аналитик. Пациент, который начинает бояться своего аналитика так же, как он боялся когда-то своего отца, будет неверно понимать настоящее до тех пор, пока он в тисках реакции переноса (Феничел, 1945а). Однако невротический пациент знает, что аналитик — это аналитик, а не отец. Другими словами, невротик может реагировать временно и частично так, как будто аналитик идентичен с его отцом, но мысленно он может ясно различать аналитика, отца и себя самого. Говоря клиническим языком, невротические пациенты способны

отщеплять свое экспериментирующее Эго от наблюдающего Эго. Он может делать это самопроизвольно или ему может быть необходима помощь интерпретаций аналитика.

– 202 –

Невротические явления переноса базируются на следующих двух моментах: 1) индивидуальной способности различать Я и объектный мир; 2) способности перемещать реакции с прошлого объекта на объект в настоящем (Якобсон, 1964; Хартманн, 1950). Это означает, что невротик имеет организованное, дифференцированное Я, отдельное и отличное от его окружения существо, которое имеет способность оставаться тем же самым в гуще происходящих изменений (Якобсон, 1964; Лихтенштейн, 1961; Маклер, 1957).

Очень маленькие дети еще не постигают своего отделения, своей индивидуальности от матери. Дети постарше жаждут новых объектов. В ситуации лечения они не просто повторяют прошлое, они испытывают новые способы отношений (А. Фрейд, 1965). Психотики теряют свои внутренние объектные представления и стремятся возместить чувство ужасной пустоты, создавая новые объекты (Фрейд, 19156). Они склонны объединять и смешивать остатки своего Я и объектных представлений. Более того, их мир полон частями объектов, которые они интроецируют и проецируют в своих попытках повторить или перестроить свои утерянные взаимоотношения (М. Векслер, 1960; Зеарлес, 1963).

Одна из моих шизофренических пациенток в течение многих лет была убеждена в том, что она сделана из мыла, и считала, что я виноват в этом. Эти идеи частично основывались на ее буквальном и конкретном принятии аксиом. «Молчание — золото» и «Чистоплотность сродни праведности». Она чувствовала, что мои попытки заставить ее говорить будут иметь результатом потерю ее «непорочного» молчания. Я использую «грязные слова», и именно это превращает ее в мыло (отметьте путаницу Я и аналитика). Основной проблемой, однако, было ее ощущение пустоты, ее осознание потери своего мира объектов. Чувство того, что она сделана из мыла, было как признанием этого, так и попыткой восстановления состояния.

Такой тип связанности с аналитиком очень сильно отличается от невротических реакций переноса. Читателю следует ознакомиться с работами Фрейда (19156, 1911а; Зеарлес, 1963; Литтле, 1958; Розенфельд, 1952, 1954) для дальнейшего ознакомления с клиническим и

– 203 –

теоретическим материалом по явлениям переноса у психотиков.

Следующее далее обсуждение лишь намекает на некоторые проблемы, которые лежат за различиями в терапевтическом подходе к детям, взрослым невротикам и к психотикам (А. Фрейд, 1965). Проведенное Фрейдом (1916—17) разделение невротозов переноса и нарцисстических невротозов базируется на сходной основе. В сущности, нарцисстические пациенты не будут способны устойчиво поддерживать анализируемые отношения переноса. Их отношения к терапевту будут изобиловать влияниями Я и объектных образов, примитивных предшественников идентификации (Якобсон, 1964). Существуют переходы между нарцисстическими отношениями к объективным отношениями, как продемонстрировал Винникот (1953) в концепции переходных объектов. Серьезному студенту посоветуем прочесть Якобсона (1964), Феничела (1954а), Спитца (1957, 1965) и Мехлера (1965) для более полного взгляда на начало представлений о Я и объекте. Я согласен с формулировкой Гринакре (1954), что основой отношений переноса является раннее объединение мать — ребенок. Человек не способен выносить одиночество в течение значительного периода времени. Аналитическая ситуация мобилизует две прямо противоположные группы реакций. Сенсорная изоляция пациента на кушетке вызывает чувство одиночества, фрустрации и жажды объектных отношений. С другой стороны, высокая частота визитов, большая длительность лечения и внимание к нуждам пациента вызывают у последнего воспоминания ранней близости между матерью и ребенком.

3.412. Перенос и функция Эго

Реакции переноса демонстрируют силы и слабости пациента в понятиях функций Эго. Как утверждалось ранее, невротические явления переноса показывают, что пациент имеет стабильные Я-

представления, которые четко отличаются от его объектных представлений. Это предполагает, что его раннее развитие Эго было успешным, он имел «достаточно хорошее» материнство, и он мог поддерживать отношения с людьми (Винникот, 1955, 1956). Когда он «неправильно понимает настоящее в

– 204 –

понятиях прошлого», неверное понимание является лишь частичным и временным. Регрессия в функции Эго ограничена и лимитирована определенными аспектами его отношения к фигуре переноса. Более того, верно и обратное.

Например, мой пациент корчится в муках интенсивной реакции враждебного переноса. Он провел большинство из сеансов, громко жалуясь, что я некомпетентный, нескрупулезный и черствый. Тем не менее, он пунктуально приходит на назначенные встречи, внимательно слушает мои замечания и адекватен в своей внешней жизни. И, хотя он порой подумывает «расквитаться» с анализом, тем не менее, он не обдумывает это решение серьезно.

Пациент в таком состоянии уходит в свои чувства и фантазии. Он позволяет себе регрессировать в понятия своих объектных отношений и функций Эго. Он отказывается от некоторых своих функций проверки реальности, но лишь частично и временно. Это отличается от наигранности и притворства. В случае, приведенном выше, реакция переноса мобилизовалась, когда я не ответил на один из его вопросов. Это мое действие моментально перевесило все мои качества, которые были в противоречии к его обвинению, что я некомпетентен, нескрупулезен и черств. «Функция проницательности» Эго была ослаблена у пациента во время этой фазы лечения. Я становился его строгим и требовательным отцом, когда молчал. Пациент был способен работать после того, как стал понимать эту реакцию, когда его наблюдающее Эго и рабочий альянс были восстановлены.

Существуют и другие механизмы, показывающие регрессию функций Эго в реакциях переноса, но они являются дополнением к механизму перемещения. Проекция и интроекция могут иметь место, но они не являются основными процессами в невротическом переносе. Они могут действовать как добавочные к перемещению. Я хочу подчеркнуть этот момент, потому что последователи Клейн интерпретируют все явления переноса на основе проекций и интроекций (Клейн, 1952; Ракер, 1954; Зегал, 1964). Они отрицают перемещение от прошлых объектных отношений и, следовательно, в какой-то степени игнорируют исторический опыт пациента.

– 205 –

Я полагаю, что отчасти это связано с их неудачной попыткой отличить проекцию от интроекции и перемещения, а отчасти — с неточным использованием терминов «проекция» и «интроекция».

Рискуя показаться педантичным, я кратко определяю эти термины так, как они используются в классической психоаналитической литературе. Понятие «перемещение» относится к смещению чувств, фантазий и т. д. от объекта или объектного образа в прошлом на объект или объектный образ в настоящем. Когда личность проецирует, она «извергает» из своего Я-образа нечто **в** или **на** другую личность. Интроекцией является включение чего-то из внешнего объекта в **Я-образ**. Проекция и интроекция могут иметь место во время анализа, но они являются дополнением к перемещению. Они являются повторениями проективных и интроективных механизмов, которые когда-то имели место по отношению к прошлым объектам исторической важности (Якобсон, 1964).

Позвольте мне привести пример проекции как невротической реакции переноса. Профессор Х. (см. также секции 2.64 и 2.652), который страдал от периодических страхов, часто жаловался во время анализа, что он чувствует — я насмехаюсь над ним, смеюсь над ним за его спиной, высмеиваю его, когда делаю интерпретации. Для такой реакции в истории пациента было много определяющих моментов. Было известно, что его отец любил подразнить, он находил садистическое удовольствие в смущении пациента, особенно перед компанией. Пациент развил очень требовательное Суперэго и строго бичевал себя за ту деятельность, которую считал смешной. В круге анализа его чувство стыда претерпело превращение, он стал считать, что я бы стал стыдиться его, если бы узнал, что он сделал. Пациент проецировал части своего Суперэго на меня. Его фантазии об унижении мной были не только болезненны, но содержали также и мазохистское, и эксгибиционистское удовольствие. Это было привнесено им из детства, из отношений с отцом, которые были насыщены сексуальными и

агрессивными фантазиями. Однако один важный аспект его фантазии унижения основывался на проекции.

На одном из сеансов он со стыдом рассказывал, что пил весь уик-энд и развлекал собравшихся друзей па-

– 206 –

родиями на тему: «Отвратительный Гринсон, великий психоаналитик». Его поразило, как долго он был способен заставлять свою аудиторию смеяться над его аналитиком. На сеансе он осознал, что, бывало, делал это и дома, имитируя некоторые мои выражения или жесты, когда там были люди, знавшие меня. Пациент испугался, когда говорил это; он чувствовал себя так, «будто обвалился потолок». Эта фраза привела его к пересказу ранее забытого воспоминания о том, как его поймал как-то отец, когда он пародировал его речи. Отец избил его немилосердно и затем довел до слез. Этот эпизод прекратил попытки пациента имитировать своего отца и, в конце концов, послужил причиной периодических страхов.

Мне казалось ясным, что частично пациент проецировал на меня свое стремление быть униженным. Это была защита против его враждебности, способ избежать тревоги. Но эта проекция была дополнением к основному, определяющему моменту его чувства унижения — истории с отцом, который унизил его и которого он стремился унижить в отместку.

Отыгрывание или появление реакций переноса является показателем других регрессивных черт в функциях Эго при переносе. Отношение переноса к памяти будет обсуждаться более детально в следующих секциях, посвященных повторению и регрессии.

3.413. Перенос и повторение

Одной из важных характеристик реакций переноса является их повторяемость, их сопротивление изменениям, их стойкость. Существует много факторов, которые играют роль в этом феномене и много различных теоретических объяснений. Здесь будут затронуты лишь некоторые из основных работ.

Перенос есть переживание заново репрессированного прошлого — чтобы быть более точным — отвращенного прошлого. Повторяемость и ригидность реакций переноса, как противоречащие более реалистичным объектным отношениям, исходят из того факта, что импульсы Ид, которые ищут разрядки в поведении переноса, находятся в оппозиции той или иной контрсиле бессознательного Эго. «Удовлетворения» переноса никогда пол-

– 207 –

ностью не удовлетворяют, потому что они являются только заменителями для реального удовлетворения, регрессивных дериватов и компромиссных образований (Феничел, 1941). Они являются продуктом постоянного контрактатексиса. Только если контрактатексис распался, может иметь место адекватная разрядка.

Инстинктивная фрустрация и поиски удовлетворения являются основными мотивами для явлений переноса. Удовлетворенные люди и люди в состоянии апатии: имеют чрезвычайно мало реакций переноса. Удовлетворенные люди могут изменить свое поведение в соответствии с возможностями и требованиями внешнего мира. Апатичные люди замкнуты, более нарциссически ориентированы. Невротики, которые страдают от различных неразрешенных невротических конфликтов, находятся в состоянии постоянной инстинктивной неудовлетворенности и, в результате, в постоянной готовности к переносу (Фрейд, 1912а). Человек в таких условиях будет встречать каждую новую личность сознательными и бессознательными упреждающими либидозно и/или агрессивными-напряженными идеями. Все это уже существует до того, как пациент встретит аналитика, и история невротика насыщена поведением переноса задолго до того, как он придет за лечением (Эфреш, 1959).

Отвращаемые импульсы, которые заблокированы от непосредственной разрядки, ищут агрессивные и извращенные пути в своих попытках добиться подступа к сознательному. Поведение переноса есть пример возвращения репрессированного. Личность аналитика становится основной мишенью для проклятых импульсов, потому что пациент использует это как возможность выразить обходные импульсы вместо того, чтобы встать перед лицом первоначальных объектов (Феничел, 1941).

Перенос является сопротивлением, в том смысле, что нужно сделать крюк на дороге, чтобы прийти к инсайту и воспоминанию. Непроницающее, неудовлетворяющее поведение аналитика делает реакции переноса пациента демонстрируемыми. Так называемые правила «зеркала» и отстраненности Фрейда (1915а) основаны на этом. Если аналитик не будет удовлетворять невротическим инстинктивным желаниям пациента, эти импульсы будут продемонстрированы как извращения переноса и станут средством достижения ценных инсай-

– 208 –

тов. Эти проблемы будут обсуждаться более тщательно в секциях 3.92, 4.213, 4.223.

Повторение психических событий может быть также способом запоздалого овладения им (Фрейд, 1920; Феничел, 1945а). Активное повторение травматического переживания является удачным примером этого. Инфантильное Эго учится преодолевать чувство беспомощности путем активного повторения ситуации, которая некогда включала исходное ощущение паники. Игры, сны, мысли, касающиеся болезненного события, делают возможным разрядку некоторого чрезмерного возбуждения, которое наводняет Эго. Эго, которое было пассивно в первоначальной травматической ситуации, активно воспроизводит события в выбранное для этого время, в подходящих условиях, и таким образом, медленно учится справляться с ним.

Повторение ситуации может вести совпадения и овладения ситуацией к удовольствию. Частично это может относиться к чувству триумфа над некогда вызывающим страх событием. Это обычно временное чувство, поскольку все еще работает контрфобический элемент (Феничел, 1939). Это означает, что событие повторяется потому, что оно страшит, повторение является попыткой отрицать, что тревожность сохраняется. Например, чрезмерная сексуальная активность может означать, что личность пытается отрицать свою тревожность по этому вопросу. Ее действие показывает, что она пытается убедить себя, что она больше не боится. Ее контрфобическая сексуальность является также попыткой получить доказательства, которые бы подтвердили это. Чрезмерная повторяемость показывает, что невротический конфликт не находит разрешения. Бессознательное Эго предотвращает полную инстинктивную разрядку, и эти действия должны быть проделаны снова и снова.

Реакция испуга, относящаяся к личности в прошлом, повторяется как попытка запоздалого овладения тревожностью, которая содержалась в первоначальном переживании. Например, женщина ищет жестокого, грубого мужчину как объект любви. При переносе она немедленно реагирует так, будто аналитик является жестоким и карающим. Кроме всех остальных значений, этот тип реакций может быть понят как запоздалая по-

– 209 –

пытка овладеть первоначальной тревожностью. Ребенком она была беспомощна перед своим грубым отцом. Став пациенткой, она бессознательно отбирает агрессивные компоненты в реагировании на нее психоаналитика, что является способом достижения контроля над тревожностью. Она разыгрывает болезненную ситуацию **вместо** воспоминания о первоначальном переживании. Повторение в действии является прелюдией, подготовкой для воспоминания (Фрейд, 1914с; Экстейн и Фридман, 1957).

Лагаше (1953) добавляет ценный момент для нашего повторенного действия вовне как явления переноса. Он показывает, что действие вовне (отыгрывание) может быть попыткой завершить невыполненные задачи. Это сходно с идеями Анны Фрейд (1965), касающимися проблем переноса у детей, связанных с их жадой новых переживаний. Некоторые из этих моментов будут разработаны в секции 3.84, посвященной действию вовне при реакциях переноса.

Обсуждение значения повторения при явлениях переноса приводит нас к концепции Фрейда (1920, 1923, 1937) о навязчивом повторении. Фрейд утверждает, что навязчивое повторение является, в конечном счете, дериватом примитивного инстинкта смерти. Он полагал, что это саморазрушающая тенденция живых существ, которая побуждает их вернуться в нирвану первоначального неодоушевленного состояния.

Эти теоретические изыскания горячо дебатировались в психоаналитических кругах и выходят за рамки данного тома. Читателю следует ознакомиться с работами Куби. (1939, 1941), Е. Бибринга (Е. Бибринг, 1943), Феничела (1945а), недавней блестящей работой Гиффорда (1964) и Шура (1966). Исходя из своего опыта, я могу сказать по этому поводу, что никогда не находил необходимым

понимать или интерпретировать навязчивое повторение как манифестацию инстинкта смерти. В клинике всегда кажется возможным объяснить повторяемость в рамках принципа удовольствия — не-удовольствия (Шур, 1960, 1966).

Другой теоретической проблемой, связанной с повторяемостью реакций переноса, является вопрос об инстинкте овладения (Хендрик, 1942; Штерн, 1957), Нет сомнений, что человеческие существа имеют

– 210 –

тенденцию следовать в этом направлении. Однако, казалось бы, побуждение к овладению является общей тенденцией, общим принципом и не ограничивается специфическим инстинктом (Феничел, 1945а). Концепции адаптации и фиксации также уместны здесь, но их обсуждение увело бы нас слишком далеко. Работы Хартмана (1939, 1951), Уалдера (1936, 1956) и Е. Бибринга (1937, 1943) частично затрагивают этот вопрос.

3. 414. Перенос и регрессия

Аналитическая ситуация дает пациенту возможность повторить путем регрессии все его прошлые стадии объектных отношений. Явления переноса также весьма ценны, потому что они выдвигают на первый план, в дополнение к объектным отношениям, различные фазы развития психических структур. В поведении переноса и фантазиях можно наблюдать ранние формы функционирования Эго, Ид, Суперэго. Следует иметь в виду два основных момента, касающихся регрессии при переносе. У невротического пациента в ситуации лечения мы видим как временные регрессии, так и временные прогрессы, причем поддающийся анализу пациент может регрессировать и отступать от регрессии. Регрессивные явления обычно ограничены и не генерализованы. Например, мы можем видеть регрессию в Ид, проявляющуюся в анально-садистических импульсах по отношению к фигуре авторитета. В то же самое время инстинктивные импульсы для объекта любви могут производиться на более высоком уровне и определенные функции Эго могут быть весьма продвинуты. Это ведет ко вторичной генерализации. Регрессивные явления весьма нечетки, поэтому каждый клинический фрагмент должен быть изучен с величайшей тщательностью. Анна Фрейд (1965), обсуждая вопросы регрессии, осветила и прояснила многие из этих проблем (см. также Меннингер, 1958; и стендовый доклад Альтманн, 1964).

В понятиях объектных отношений ситуация переноса дает пациенту возможность пережить все разновидности и смеси любви и ненависти, эдипова и предэдипова комплекса. Амбивалентные и предамбивалентные чувства к объекту выходят на поверхность. Мы можем видеть переходы между жалкой беспомощностью со

– 211 –

страстным стремлением к симбиотической близости и упрямым вызывающим поведением. Зависимость может быть альтернативой злобы и возмущения. То, что выглядит как самонадеянность, может превратиться в сопротивление против обнаружения нижележащей зависимости. Желание быть любимым может привести к внешнему терапевтическому успеху, но при этом может открывать глубоко скрытый страх потери объекта. В общем, регрессивная природа отношений переноса проявляется в виде неуверенности, противоречивости и относительного преобладания агрессивных устремлений.

Регрессия в функциях Эго, которая имеет место при реакциях переноса, может быть продемонстрирована различными способами. Само определение переноса показывает это. Перемещение из прошлого указывает на то, что объект в настоящем спутан, частично, с объектом из прошлого. Функции Эго, отвечающие за проверку реальности и способные различить эти объекты, временно утрачены. Примитивные ментальные механизмы, такие как проекция, интроекция, расщепление и отрицание, напротив, присутствуют. Потеря чувства времени, по отношению к объектным отношениям, также походит на те регрессивные черты, которые мы наблюдаем в сновидениях (Левин, 1955). Тенденция к действию вовне реакций переноса указывает на утрату баланса импульс-контроля. Возрастающая тенденция к соматизации реакций как манифестации переноса также говорит о регрессии

в функциях Эго (Шур, 1955). Экстернализация частей Я, т. е. Эго, Ид и Суперэго является другим признаком регрессии.

Ид также участвует в регрессии многими способами. Либидозные цели и зоны прошлого будут перепутываться с личностью психоаналитика и будут расцветивать картину переноса. Чем более регрессивным становится перенос, тем больше будет преобладание враждебных, агрессивных устремлений. Мелани Клейн (1952) была среди первых, кто отметил этот клинический момент, Эдит Якобсон (1964, с. 16) объясняет это на основании регрессии энергетике и рассуждает о промежуточной фазе с недифференцированной, «первобытной» энергией побуждений.

Регрессивные черты переноса также влияют на Суперэго. Чаще всего это проявляется в том, что возрас-

– 212 –

тает требовательность в реакциях Суперэго пациента, которые перемещены на аналитика. Вначале обычно преобладают реакции стыда. Мы также можем наблюдать регрессии тогда, когда функции Суперэго выносятся во внешний мир. Пациент больше не чувствует вины, вместо этого он только боится быть застигнутым. Чем больше пациент регрессирует, тем больше вероятность того, что аналитик будет ощущаться как обладающий враждебными, садистскими, критическими отношениями к пациенту. Это связано с перемещением с объектов прошлого, дополненным проекцией собственной враждебности пациента к аналитику.

Прежде чем закончить это краткое обсуждение регрессии, следует заметить еще раз, что аналитическое окружение и процедуры играют важную роль в максимизации проявления регрессивных черт переноса, но это будет обсуждаться более детально в части 4.

3. 415. Перенос и сопротивление

Перенос и сопротивление родственны друг другу во многих отношениях. Выражение «сопротивление переноса» обычно используется в психоаналитической литературе в качестве краткого выражения тесных, но вместе с тем и сложных взаимоотношений между явлениями переноса и функциями сопротивления. Однако сопротивление переноса может означать разные вещи, и я полагаю, что было бы благоразумно прояснить этот термин, прежде чем переходить к клиническому материалу.

Я уже обсуждал основную формулировку Фрейда (1905с, 1912а, 1914с) о том, что явления переноса являются как источником величайшего сопротивления, так и обладающим наибольшей силой инструментом для психоаналитической терапии. Реакции переноса являются повторением прошлого, переживанием без воспоминания. В этом смысле все явления переноса имеют ценность для сопротивления. С другой стороны, реакции на аналитика создают наиболее важные мосты к неприемлемому прошлому пациента. Перенос представляет собой окольный путь к воспоминанию и инсайту, но кроме этой тропинки вряд ли существует какая-либо другая. Перенос не только дает ключи

– 213 –

к тому, что отвергается, но может также и мотивировать и стимулировать работу в анализе. Это ненадежный союзник, потому что он непостоянен и также продуцирует внешние «улучшения переноса», которые вводят в заблуждение (Феничел, 1945а; Нунберк, 1951).

Определенные разновидности реакций переноса **вызывают** сопротивления потому, что они содержат болезненные и пугающие либидозные и агрессивные импульсы. Сексуальные и враждебные реакции переноса особенно склонны быть источником важных сопротивлений. Очень часто эротические и агрессивные компоненты появляются вместе. Например, пациентка развивает сексуальные чувства к своему аналитику и затем приходит в бешенство при отсутствии взаимности, которую она принимает как отказ. Или же пациент неспособен работать в аналитической ситуации из-за страха унижения и выявления инфантильных или примитивных фантазий.

Случается и так, что реакции переноса сами по себе делают пациента неспособным работать. Например, пациент может регрессировать на чрезвычайно пассивную, зависимую стадию объектных отношений. Пациент может не осознавать этого, но будет это проявляться в его поведении на аналитическом сеансе. Это может проявляться как псевдотупость или блаженная инерция. Пациент

может переживать вновь некоторые ранние аспекты отношений мать — ребенок. В таком состоянии пациент не может выполнять аналитическую работу до тех пор, пока аналитик не преуспее в восстановлении разумного Эго и рабочего альянса.

Ситуация становится более запутанной, когда определенные реакции переноса цепляются за упорство для того, чтобы скрыть другие типы чувств переноса. Существуют пациенты, которые упорно поддерживают фасад реалистичной кооперации с аналитиком в целях маскировки своих иррациональных фантазий. Иногда пациент будет определять некоторые чувства и перемещать их на других для того, чтобы остаться в неведении о своей противоречивости по отношению к аналитику. Часто случается так, что мои пациенты выражают сильную враждебность по отношению к другим психоаналитикам в то время, как они изображают сильный восторг по отношению ко мне.

– 214 –

Наиболее трудными для преодоления сопротивления являются так называемые реакции «переноса характера». В таких ситуациях главные черты характера и отношения, которые имеют защитную функцию, манифестируются по отношению к аналитику так же, как и по отношению к людям в повседневной жизни. Они столь глубоко вросли в структуру характера пациента и столь хорошо рационализированы, что их трудно сделать объектом для анализа. Эти проблемы будут описаны более детально в секциях 3.82 и 3.83.

Суммируя сказанное: перенос и сопротивление родственны друг другу во многих отношениях. Термин «сопротивление переноса» сжато выражает этот клинический факт. Явления переноса, в общем, являются сопротивлением воспоминанию и ведут окольным путем в направлении воспоминания. Реакции переноса могут быть причиной того, что пациент становится неспособным работать аналитически, из-за природы реакции. Некоторые реакции переноса могут быть использованы как сопротивление против обнаружения других реакций переноса. Анализ сопротивлений является «ежедневным куском хлеба», регулярной работой в психоаналитической терапии. На анализирование сопротивлений переноса тратится больше времени, чем на любой другой аспект терапевтической работы.

3.42. Невроз переноса

Фрейд использовал термин «невроз переноса» в двух различных смыслах. С одной стороны, для обозначения группы неврозов, характеризующихся способностью пациента формировать и поддерживать относительно сцепленную, многообразную и приемлемую, с точки зрения Эго, группу реакций переноса (Фрейд, 1916—17). Истерики, фобии, обсессивно-компульсивные пациенты, следовательно, отдифференцированы от нарцисстических неврозов и психозов. Пациенты последней группы были способны развивать реакции переноса только фрагментарно и спорадически и, следовательно, не поддавались лечению классическим психоанализом. Фрейд также использовал термин «невроз переноса» для описания регулярного явления реакций переноса паци-

– 215 –

ента, подвергающегося психоаналитическому лечению (Фрейд, 1905с, 1914с, 1916—17, ч. XXVIII).

Во время курса лечения можно наблюдать, как интересы пациента все больше фокусируются на личности аналитика. Фрейд (1914с, с. 154) отмечал, что навязчивое повторение невротического пациента представляет собой не только безобидное, но даже полезное явление «в переносе, как на арене, на которой ему позволяется действовать почти без ограничений, оно покажет нам патогенные инстинкты, скрывающиеся в уме пациента». Если с ситуацией переноса обращаются должным образом, то «мы преуспеем в получении нового значения всех симптомов болезни и в перемещении обычного невроза в «невроз переноса», с которым мы может работать терапевтическими методами». Невроз переноса берет на себя все черты болезни пациента, но это искусственная болезнь, и она податлива ко всем нашим вмешательствам. Это новое издание старой болезни.

На ранней стадии психоаналитического лечения мы обычно видим спорадические транзитные реакции, определенные Гловером (1955, с. 37) как «плавающие» реакции переноса. Если с этими ранними реакциями переноса обращаются должным образом, пациент разовьет более прочные реакции

переноса. В клинике развитие невроза переноса проявляется в виде возрастания интенсивности и длительности озабоченности пациента личностью аналитика и аналитическими процессами и процедурами. Аналитик и анализ становятся центральным делом жизни пациента. Не только симптомы пациента и его инстинктивные требования вращаются вокруг аналитика, но и все старые невротические конфликты мобилизуются и фрустрируются, фокусируются на аналитической ситуации. Пациент будет чувствовать этот интерес как некоторую разновидность и смесь любви и ненависти и как защиту от этих чувств. Если же преобладают защиты — значит, где-то ниже скрыта какая-то форма тревожности и вины. Эти реакции могут быть интенсивными, взрывными, неявными или хроническими. В любом случае, стоит неврозу переноса раз установиться, как такие чувства становятся вездесущими.

Путем должного обращения и интерпретации мы надеемся помочь пациенту пережить и, в сущности,

– 216 –

вспомнить или реконструировать свой инфантильный невроз. Концепция невроза переноса включает не только Инфантильный невроз, но и более поздние его издания и варианты. Позвольте мне попытаться проиллюстрировать это клиническим примером.

Я буду использовать случай миссис К. (см. с. 171. Случай миссис К. рассматривается также в секциях 1.24, 2.651, 2.71, 3.25). Эта молодая женщина обратилась по поводу психоаналитического лечения в связи с тем, что в последнее время ее изводили навязчивые побуждения и идеи сексуальной связи с негром. Это чередовалось с ощущением того, что она «зомби» или тем, что она чувствовала пустоту, скуку, никчемность и депрессию. Недавно она вышла замуж за выдающегося человека почти на двадцать лет старше ее, которого она любила до замужества, а теперь чувствовала обиду и страх. Выделите, что ее воспитывала добрая, сумасбродная мать-алкоголичка, которая то боготворила, обожала и баловала ее, а то, временами, забрасывала. Отец бросил ее, когда пациентке было полтора года, и три последующих замужества матери продолжались каждое около года. У нее были два брата, трем и двумя годами моложе, которых мать игнорировала и за которыми присматривала пациентка. Они находились на ее ответственности, были ее компаньонами и ее соперниками. Семья была очень бедна, множество раз меняла местожительство, и пациентка получила плохое образование. Когда девочке было 15 лет, ее мать настояла на том, чтобы она изменила свой образ жизни; и она, хоть и была застенчива, испугана и неумела, проделала успешную карьеру как манекенщица. В двадцать лет миссис К. встретила и полюбила своего будущего мужа, который научил ее утонченной жизни, и за которого она вышла замуж спустя пять лет. Она была замужем два года, когда пришла по поводу прохождения анализа. Теперь я попытаюсь кратко набросать основные этапы развития переноса при успешном анализе, продолжавшемся четыре с половиной года.

Ее ранние реакции переноса состояли в настойчивом желании быть моей пациенткой, она фантазировала обо мне, что я — «вершина» среди аналитиков, и, следовательно, это гарантирует успешность анализа. В то же

– 217 –

время она опасалась, что я найду ее скупой, несостоящей, непривлекательной или неподдающейся лечению. Она разрывалась между желанием, с одной стороны, быть хорошей пациенткой и обнаружить все свои слабости, а с другой стороны — желанием быть любимой мной, быть сексуальной и умственно привлекательной, а значит, скрыть свои дефекты. Я был для нее возмещением ее утраченного отца, если бы она стала моей фавориткой, то я бы делал для нее все то (что), чего не делал для всех остальных пациентов. Я был бы идеалом, неподкупным отцом, которым она могла бы гордиться, и также был бы преступным отцом, который удовлетворил бы ее инцестуозные желания. Очень рано эти неразборчивые побуждения сместились на меня, как на эдипову фигуру. Это чередовалось с представлением обо мне как о неумолимом, неодобряющем идеализированном отце-пуританине.

Во время анализа мы коснулись попыток понять сильный стыд пациентки по поводу мастурбации, которую она «открыла» только в 21 год и которая, как казалось, была без фантазий и с небольшим оргастическим удовлетворением. Анализ ее стыда привел нас к осознанию того, что я был не только отцом-пуританином, но также и фантастически чистоплотной ее матерью тех дней, когда ее обучали пользоваться туалетом. Чувства скуки и пустоты у миссис К. обнаруживали наличие защит против

сексуальных фантазий, и они стали сопротивлениями в анализе. Она боялась фантазировать, потому что фантазировать означает возбуждаться, а возбуждаться означает терять контроль и страдать недержанием. В анализе это проявилось в виде нежелания продолжать разговор, когда она становилась эмоциональной или возбужденной. Если бы я увидел ее плачущей или покрасневшей, я считал бы ее непривлекательной. Она каждый раз после сеанса убирала с подушки бумажную салфетку, чтобы я не видел ее «испачканной». Как я мог бы любить ее, если бы знал, что она грязная и отправляет туалетные функции. Я был или идеализированным, десексуализированным, детуалетизированным отцом, который бросил ее грязную мать, или же я был требующей чистоплотной матерью, которая ненавидела своих грязных детей. Затем она

– 218 –

пересказала множество воспоминаний о том, что она видела свою пьяную мать голой и как ей показались отвратительными ее безобразные гениталии. Теперь она боялась стать похожей на свою мать или иметь внутри себя свою грязную мать, и ее ужасала мысль о том, что я буду презирать ее, как ее отец, бросивший мать. Она предпочла бы быть пустой, чем наполненной своей грязной матерью. Но пустота означает молчание и сопротивление в анализе, что эквивалентно быть плохой пациенткой. Здесь рабочий альянс и желание быть любимой отцом-аналитиком победили, и она стала способна работать над тем, что скрывается за пустотой.

За пустотой пришло изобилие сексуальных фантазий, касающихся большого разнообразия оральных, сосательных, скопофилических действий, осуществляемых как активно, так и пассивно с запрещенным мужчиной. Мужчина был аналитиком или негром или арабом, который был как мазохистом, так и садистом. Она и ее партнер чередовались ролями. В это время я был не только ее сообщником в ее сексуальных приключениях, но я также позволял ей ненавидеть свою мать, что она и делала с удовольствием. В этот период анализа она с нетерпением ждала каждого аналитического сеанса, ненавидела уик-энды и даже окончание сеансов, в это время я стал основной темой ее фантазий, и освобождение от меня означало пустоту и скуку. Она чувствовала себя «подцепленной на крючок» мною и заражалась чувствами в моем присутствии и чувствовала себя бесцветной и унылой вне сеанса.

По мере того, как постепенно миссис К. осознавала, что мне определено анализировать ее, я не боюсь побуждений и не испытываю отвращения по отношению к ним, она стала разрешать появляться более регрессивным импульсам. Мне, как ее отцу-покровителю, она осмеливалась рассказать случайные сновидения и фантазии орального сосания и садистских импульсов по отношению к феминным мужчинам и, в конечном счете, — к женщинам. По мере того, как она больше доверяла мне, она также осмеливалась чувствовать ко мне более примитивную ненависть и гнев. Ранее она могла чувствовать слабую враждебность по отношению ко мне как к критикующему отцу или осуждающей матери. Позже она могла ненавидеть меня как грабителя ее

– 219 –

«капрала», ее секретов и того ценного света, который она чувствовала в себе, который и давал ей уверенность. Она также могла любить меня как свое хорошее помещение денег, свою уверенность в будущем, свою гарантию против пустоты, мужчину, который дает ей суть. В это время я был также ее защитой против зависти к пенису, будучи пенисом-мужчиной, которым она обладала.

На этой стадии анализа миссис К. была способна впервые испытать оргазм во время полового акта. Эта придало ей мужества осознать сильные гомосексуальные чувства по отношению к своей маленькой дочери. Эту ситуацию она смогла осознать как повторение (с полной переменой ролей) своих детских импульсов по отношению к своей матери. Тот факт, что эти гомосексуальные импульсы могли переживаться ею и не затрагивать ее способности испытывать гетеросексуальный оргазм, привел ее, в конце концов, к сильной зависти к пенису. Она могла бешено ненавидеть меня как обладателя пениса, который «только и хочет, что воткнуть в любую дыру свою отвратительную штуку», которому наплевать на женщин, он оплодотворяет и бросает их. Когда пациентка стала способна выразить эти свои чувства и обнаружила, что я не был ни уничтожен, ни сопротивлялся, она стала чувствовать, что я люблю ее и принимаю в любых условиях и состояниях — даже когда я не соглашаюсь с ней. Я стал ее внутренней арматурой, реальной и постоянной — любящим, родительским, внутренним объектом. Теперь она могла позволить себе стать оперившейся матерью и женой и могла работать над своей

ненавистью и любовью к матери без чувств того, что это может затопить ее. Случай миссис К. будет описан более детально во втором томе.

Этот краткий набросок, даже будучи таким сложным, как это может показаться при прочтении, вне всяких сомнений, не дает всех реакций переноса пациентки. Однако это показывает, как я надеюсь, что симптомы пациентки, ее конфликты, импульсы и защиты фокусируются на аналитика и на аналитической процедуре и в большей степени перемещают ее первоначальный невроз. Неврозы переноса дают мне возможность наблюдать и работать над конфликтами пациента при их непосредственном проявлении. Переживания переноса живы,

– 220 –

жизненно реальны и приносят ощущение убежденности в аналитической работе.

В своем описании невроза переноса Фрейд (1914с) показывает, что ординарный невроз пациента «перемещается» в невроз переноса. Анна Фрейд соглашается с ним (1928) и настаивает, что только структура такого рода заслуживает названия невроза переноса.

В клиническом материале, процитированном выше, можно наблюдать, как во время различных интервалов у миссис К. затруднения, связанные со мной, вытеснили первоначальный невроз. На некоторое время беспорядочные импульсы пациентки были сфокусированы на мне и отсутствовали где бы то ни было еще. Ее конфликты, связанные с потерей контроля, были очень интенсивны во время сеанса и касались ее страха «выплеснуть» наружу грязный материал, скрыть «запачканную» салфетку. Во время этого периода ее анальные тревожности по отношению к аналитику исчезли не совсем, они ушли вглубь. По моему опыту, тот частный аспект невроза пациента, который становится активным и живым в ситуации переноса, будет ослаблен во внешней жизни пациента. Однако часто он просто бледнеет и становится относительно незначимым по сравнению с неврозом переноса — только чтобы снова появиться во внешней жизни пациента, когда в картине переноса появится другая доминанта. Например, беспорядочные фантазии миссис К. сместились на меня только на некоторый период жизни. Однако, когда анализ сфокусировался на ее туалетных тревожностях и стыде, вернулись ее обсессивно-импульсивные идеи о темнокожем человеке.

Следует поднять другой вопрос, касающийся той степени, до которой невроз пациента может быть замещен неврозом переноса. По моему опыту, определенные аспекты невроза пациента перемещаются на некую фигуру из внешней жизни пациента, которая затем начинает функционировать как дополнительная фигура переноса. Например, многие из моих пациентов романтически влюблялись в женщин во время анализа. Это манифестация переноса, проявляющаяся во время анализа, но вне его. Это будет обсуждаться в секции 3.84.

Вопрос о перемещении ординарного невроза пациента в невроз переноса затрагивает проблему того, что

– 221 –

происходит в анализе детей. Анна Фрейд (1928), Фрайберг (1951), Кут (1953) утверждали, что маленькие дети манифестируют различные изолированные реакции переноса, но не развивают невроз переноса. Только после разрешения эдипова комплекса, в латенте, действительно очевидно развитие невроза переноса в аналитическом лечении детей. Анна Фрейд (1965) и Фрайберг (1966) недавно изменили свою точку зрения на этот вопрос. Более старшие дети действительно развивают интенсивные, продолжительные, искаженные реакции на аналитика, которые имеют сходство с неврозом переноса у взрослых. Эти реакции не перемещают старый невроз на том же самом уровне, как это происходит в анализе взрослых (см. Негера, 1966). Детские аналитики — последователи Клейн — не делают различия между реакциями переноса и неврозом переноса и утверждают, что явления переноса у маленьких детей идентичны таковым у взрослых (Изаркс, 1948).

Гловер (1955), Нахт (1957) и Хаак (1957) описали, как определенные формы невроза переноса могут становиться помехой при раскрытии инфантильного невроза и могут вести к тупику. Одной из наиболее частых причин этого является контрперенос аналитика, который невольно препятствует полному развитию реакций переноса пациента. Например, чрезмерная теплота со стороны аналитика может препятствовать полному развитию враждебных реакций переноса. Кроме того, неполная

интерпретация некоторых аспектов реакций переноса будет продуцировать затяжную тупиковую ситуацию. Этот вопрос будет обсуждаться более полно в последующих секциях.

Может встать вопрос: что делать для того, чтобы гарантировать невроз переноса? Ответом будет следующее: если аналитическая атмосфера является, по существу, сочувствующей и приемлемой и если аналитик постоянно находится в поисках инсайта и интерпретирует сопротивление пациента, невроз переноса будет развит. Это будет рассмотрено и продемонстрировано более полно в секциях 3.7 и 3.9.

Классическая психоаналитическая позиция по отношению к неврозу переноса состоит в том, чтобы способствовать его максимальному развитию. Признается, что невроз переноса предлагает пациенту наиболее важный

– 222 –

инструментарий для получения доступа к отвращению прошлых патогенных переживаний. Переживание репрессированного прошлого вместе с аналитиком и в аналитической ситуации является наиболее эффективной возможностью для преодоления невротических защит и сопротивлений. Следовательно, аналитик будет прилагать усилия для того, чтобы гарантировать ситуацию переноса и предотвратить любое загрязнение, которое может помешать его полному расцвету (Гринакре, 1954). Все включения личностных черт характера и достоинств аналитика будут расцениваться как факторы, которые могут лимитировать границы невроза переноса пациента. Интерпретация является всего лишь методом обращения с переносом, который позволяет ему идти своим собственным путем. В комбинации с эффективным рабочим альянсом это приведет в конечном счете к его разрешению (Гилл, 1954; Гринсон, 1965а).

У отклоняющихся школ психоанализа — другой подход к неврозу переноса. Александер, Френч и др. (1946) переоценивают опасность, которую несут регрессивные элементы, и предлагают различные манипуляции с ситуацией переноса для того, чтобы избежать или ослабить невроз переноса. Школа Клейн впадает в противоположную крайность и полагается почти полностью на интерпретации переноса, исключая что-либо еще (Клейн, 1932; Клейн et. al., 1952; Страки, 1934; Изаркс). Более того, они считают, что наиболее инфантильные и примитивные импульсы присутствуют в переносе с самого начала анализа и интерпретируют их немедленно (Клейн, 1961). В конце концов, оказывается, что личная история пациента совсем не важна, поскольку развития переноса похожи у всех пациентов.

Прежде чем закончить теоретическое обсуждение переноса, следует отметить, что аналитическая ситуация и личность аналитика вносят свой вклад в реакции переноса пациента. Это будет обсуждаться более детально в части 4.

3.5. Рабочий альянс

В этом месте нашего обсуждения явлений переноса необходимо сделать отступление. Мы отмечаем особую важность реакций переноса для психоаналитического

– 223 –

лечения невротического пациента. Я могу кратко изложить психоаналитическую точку зрения, заявив, что психоаналитик прилагает большие усилия для того, чтобы создать такую аналитическую ситуацию, которая бы максимально способствовала проявлению различных реакций переноса. Это наш основной метод для получения патогенного материала, который в противном случае остался бы неприемлемым. Однако «коллекционирование исторических дат» является только частью терапевтического процесса. Другим важным его компонентом является достижение инсайта путем интерпретации.

Как бы ни были важны эти два фактора, их недостаточно для того, чтобы обеспечить последующие изменения пациента. Для того чтобы пациент вошел и работал эффективно в аналитической ситуации, необходимо, чтобы он установил и поддерживал другой вид взаимоотношений с психоаналитиком, кроме своих реакций переноса. Я имею в виду здесь рабочий альянс. По моему мнению, рабочий альянс заслуживает рассмотрения как полноправный партнер невроза переноса в отношениях пациент — терапевт (Гринсон, 1965а).

Мой клинический опыт в отношении рабочего альянса обрел весомость и подтвержден работой Элизабет Зетцель «Современные концепции переноса» (1956). В этом эссе она вводит термин

«терапевтический альянс» и объясняет, насколько это важно. Она показывает, что можно провести разделение между классическими психоаналитиками и так называемой «Британской школой» по тому, используют ли они или игнорируют этот аспект переноса. Книга Лео Стоуна по «Психоаналитической ситуации» (1961) дала мне новый толчок к прояснению и формулировке проблемы рабочего альянса между пациентом и терапевтом.

Клинический материал, на который опирается данная секция, происходит от большого числа пациентов, у которых возникли неожиданные трудности в курсе их психоаналитической терапии. Некоторые из этих пациентов проходили один или более анализов у других аналитиков; другие же были моими пациентами, которые вернулись для дальнейшего анализа. В этой группе были пациенты, которые оказались не способны продвигаться дальше начальных фаз анализа. Даже после нескольких лет анализа они не были, в действительно-

– 224 –

сти, «в анализе». Другие анализы казались бесконечными, существовало явное противоречие между обильностью инсайтов и малым количеством изменений. Манифестируемые синдромы этих клинических случаев были гетерогенны с точки зрения диагностических категорий, функций Эго и данной динамики. Ключом к пониманию сущности патологии так же, как и к терапевтическому тупику, является неудача пациента при развитии реальных рабочих взаимоотношений с аналитиком. Я опишу в каждом случае, как пациент был неспособен установить или поддерживать продолжительный рабочий альянс с аналитиком, а аналитик отрицал этот факт, продолжая заниматься вместо этого анализом других явлений переноса. Я находил этот грех и у психоаналитиков с большим клиническим опытом и признавал его за собой, когда обдумывал анализ тех пациентов, которых я ранее лечил.

При работе с такими, казалось бы, неанализируемыми или бесконечными пациентами у меня создалось впечатление, что важно разделять реакции пациента на аналитика на две категории: невроз переноса и рабочий альянс. В действительности, эта классификация не полна и не четка, позже я попытаюсь прояснить ее. Однако эта дифференциация помогает уделять равное внимание двум, по существу, различным типам реакций на психоаналитика.

3.51. Рабочее определение

Понятие рабочего альянса давно известно как в психиатрической, так и психоаналитической литературе. Оно описывалось под разными названиями, но большинство авторов, за исключением Зетцель и Стоуна, считало, что это понятие имеет второстепенное значение, или же оно не отделялось от других реакций переноса.

Термину «рабочий альянс» будет отдаваться предпочтение по сравнению с другими терминами, которые используются для называния относительно невротической, рациональной связи пациента с аналитиком. Название рабочий альянс было выбрано потому, что оно подчеркивает его выдающуюся функцию: концентрируется на способности пациента работать в аналитической

– 225 –

ситуации. Такие термины, как «терапевтический альянс» Зетцель (1956), «рациональный перенос» Феничела (1941) или «зрелый обдуманый перенос» Стоуна (1961), относятся к сходным концепциям. Название «рабочий альянс», однако, имеет то преимущество, что подчеркивает жизненно важные элементы: способность пациента работать целеустремленно в ситуации лечения. Наиболее ясно это может быть прослежено в том случае, когда пациент, страдающий неврозом, поддерживает эффективные рабочие отношения с аналитиком.

Реальная основа рабочего альянса формируется мотивацией пациента преодолеть свою болезнь, свое ощущение беспомощности, его сознательной и рациональной готовностью к кооперации, и его способностью следовать инсайтам и инструкциям аналитика. Действительный альянс формируется, в сущности, между разумным Эго пациента и анализирующим Эго аналитика (Стерба, 1934). Условием, которое делает это возможным, является частичная идентификация пациента с аналитическим подходом аналитика, когда он пытается понять поведение пациента (Стерба, 1929).

Рабочий альянс выдвигается на передний план, как и разумное Эго пациента, наблюдающее, анализирующее его Эго в аналитической ситуации. Вмешательство аналитика отделяет рабочие отношения от невротических явлений переноса точно так же, как его вмешательство отделяет разумное Эго от рационального Эго пациента. Две эти группы явлений параллельны друг другу и выражают аналогичные психические события, но с различных сторон зрения. Пациенты, которые не могут отделить разумное, наблюдающее Эго, не будут способны поддерживать рабочие отношения, и наоборот.

Однако эта дифференциация между реакциями переноса и рабочим альянсом не абсолютна, поскольку рабочий альянс может содержать элементы инфантильного невроза, которые будут, в конечном счете, требовать анализа. Например, пациент может временно работать хорошо для того, чтобы заслужить любовь аналитика, и это, в конце концов, приведет к сильному сопротивлению; или переоценивание характера и возможностей аналитика могут также послужить хорошо рабочему альянсу в начале анализа, а позже стать источником сильного сопротивления. Не только невроз переноса

– 226 –

может вторгаться в рабочий альянс, но и рабочий альянс сам может быть использован в качестве защиты для отвращения более регрессивных явлений переноса.

Клинической иллюстрацией этого момента может послужить материал моей пациентки, которая продолжительное время сохраняла разумное отношение ко мне и к аналитической ситуации. Хотя она немного знала о психоанализе, она принимала фрустрации и ограничения, связанные с анализом, добродушно и без следа сознательного раздражения и гнева. Однако случайные сновидения, которые она могла вспомнить, были переполнены, и это не ошибка, очевидным бешенством и яростью. Когда я ответил это ей, пациентка реагировала так, как будто это «только» сновидение, а она не «отвечает» за свои сновидения. Даже когда она забыла про свой аналитический сеанс, она посчитала это «натуральной» ошибкой и приняла мою интерпретацию своего страха скрытой враждебности как причуды эксцентрика, которые она выносила с большим тактом. Только после того, как ее поверхностные ассоциации и рационализации иссякли и воцарилось молчание, ее более регрессивные враждебные и сексуальные импульсы стали ясны для нее. Тогда она осознала, что пряталась за рабочий альянс, как за защитный фасад.

Несмотря на частичное прекрывание понятий, разделение реакций пациента на две группировки: невротический перенос и рабочий альянс, имеет клиническую и техническую ценность. Прежде чем перейти к дополнительному материалу, я бы хотел сделать краткий обзор психоаналитической литературы по этому вопросу.

3.52. Обзор литературы

Фрейд (1912а, с. 105) говорил о дружеских и аффективных аспектах переноса, которые приемлемы для сознания и которые являются «проводником успеха в психоанализе...». Он писал об этом следующим образом: «Первоочередной задачей лечения остается расположить пациента к такому сотрудничеству и к личности врача. Для того чтобы обеспечить это, не нужно ничего делать, кроме как дать пациенту время. Если аналитик проявляет серьезный интерес к нему, тщательно прорабатывает сопротивления, которые возникают вначале, и избегает делать определенные ошибки, он распо-

– 227 –

ложит пациента к себе... Конечно, можно поплатиться за этот первый успех, если аналитик будет стоять на какой-то другой точке зрения, а не придерживаться сочувственного понимания» (Фрейд, 1913б, с. 139—140).

Стерба (1929) писал об идентификации пациента с аналитиком, которая ведет к заинтересованности пациента в работе, которую они ведут сообща (но он не дает этому аспекту переноса специального названия). Феничел (1914, с. 27) описывает «рациональный перенос» — позитивный перенос с подавленной целью, который необходим для анализа. То, что Элизабет Зетцель подчеркивает важность «терапевтического альянса», мы уже обсуждали ранее. Работа Лоевальда (1960) по терапевтическому действию психоанализа является проницательным и точным исследованием

различных видов отношений пациента к аналитику, развивающихся во время психоанализа. Некоторые из его мыслей непосредственно относятся к тому, что я называю рабочим альянсом. Книга Лео Стоуна посвящена запутанности взаимоотношений аналитика и пациента. В ней он ссылается на «зрелый обдуманый перенос», который он понимает: а) как оппозицию «первобытным реакциям переноса» и б) существенным для дальнейшего анализа, для его успеха (с. 106).

В материалах симпозиума по «Терапевтическим факторам психоанализа», состоявшегося перед 22 Конгрессом Международной психоаналитической ассоциации (см. Гительсон et. al., 1962), содержится много ссылок на особые реакции переноса, которые способствуют терапевтическому альянсу, а также обсуждается вклад аналитика в «хорошую» аналитическую ситуацию. Гительсон рассказывает о **связи**, от которой мы зависим в начале анализа и которая разрешается в переносе. Нахт, Сегал, Кинг и Лейманн спорят с ним по различным аспектам его подхода. Как кажется, в некоторых случаях несогласие является следствием невозможности провести ясное разграничение между рабочим альянсом и более регрессивными явлениями переноса.

Этот краткий и неполный обзор показывает, что многие аналитики, включая Фрейда, осознавали, что в психоаналитическом лечении, кроме регрессивных реакций переноса, присутствует и другой вид отношений к аналитику.

– 228 –

3.53. РАЗВИТИЕ РАБОЧЕГО АЛЛЯНСА

3. 531. Отклонения в рабочем альянсе

Я начну с описания нескольких клинических примеров, в которых направление развития рабочего альянса заметно отклоняется от того, что обычно имеет место у психоаналитического пациента. Причина, по которой я начинаю таким образом, кроется в том, что у классического аналитического пациента рабочий альянс развивается почти незаметно, выглядит это так, как будто он не зависит ни от какой особой деятельности с моей стороны. Случайные причины выдвигают на передний план различные процессы и процедуры, которые почти не видны у обычного аналитического пациента.

Несколько лет назад аналитик из другого города прислал ко мне интеллигентного мужчину средних лет, который уже проходил анализ в течение шести лет. У пациента появились определенные улучшения, но его первый аналитик чувствовал, что пациенту необходим дополнительный анализ, потому что он все еще не был способен жениться и был очень одинок. В самом начале анализа я был поражен тем фактом, что он был абсолютно пассивен в отношении осознания и работы со своими собственными сопротивлениями. Оказалось, что он ждал от меня, чтобы я отметил ему их, как делал его предыдущий аналитик в продолжении всего того анализа.

Затем на меня произвел впечатление тот факт, что в тот момент, когда я как-то вмешался, он немедленно давал ответ, хотя часто и непонятный. Я обнаружил, что он чувствовал, что это его долг — отвечать немедленно на каждое вмешательство, потому что в противном случае это было бы знаком сопротивления, что плохо помолчать минуту и поразмышлять над тем, что я сказал. По-видимому, его предыдущий аналитик не осознавал его страх как сопротивление. В свободных ассоциациях пациент активно искал, о чем рассказать, и, если ему приходило в голову несколько вещей, он выбирал то, чего, как ему казалось, я ищу, не обращал внимания на множественность выборов, которые он имел. Иногда, когда я, бывало, спрашивал у него что-то, он отвечал, свободно ассоциируя, так что ответ часто бывал странным.

– 229 –

Например, когда я спросил его, как его второе имя, он ответил: «Раскольников» — первое имя, которое пришло ему в голову. Когда ко мне вернулось самообладание и я спросил его об этом, он защитился, сказав, что он подумал, что ему предлагают свободно поассоциировать.

Вскоре у меня сложилось четкое впечатление, что у этого человека никогда не был установлен реальный рабочий альянс с его первым аналитиком. Он не знал, что он обязан делать в аналитической ситуации. Он годами лежал перед аналитиком, смиренно покоряясь тому, что, как он представлял себе,

требовал его предыдущий аналитик, а именно, постоянной и быстрой свободной ассоциации. Пациент и аналитик представляли собой карикатуру на психоанализ. Действительно, пациент развил некоторые регрессивные акции переноса, некоторые из которых были интерпретированы, но отсутствие постоянного рабочего альянса оставило процедуру в целом аморфной, беспорядочной и неэффективной.

Хотя я осознавал, что проблемы пациента не могут быть связаны только с техническими недостатками первого аналитика, я чувствовал, что пациенту следует дать возможность увидеть, может ли он работать в аналитической ситуации. Кроме того, это более рельефно обрисовало патологию пациента. Таким образом, в течение первых месяцев нашей работы я тщательно объяснял пациенту, когда это казалось уместным, различные задания, выполнения которых требует от пациента психоаналитическая терапия. Пациент реагировал на это так, как будто все это было ново для него, и он, казалось, стремится работать так, как я ему описываю. Однако вскоре стало ясно, что он не может просто сказать, что пришло ему в голову, он чувствует принуждение обнаружить то, (что) чего я ищу. Он не мог помолчать и поразмышлять над тем, что я сказал, он боялся пустых пространств, они означали какую-то ужасную опасность. Если бы он молчал, он бы мог подумать, а если бы он подумал, он мог бы не согласиться со мной, а не согласиться было равносильно убить меня. Его поразительная пассивность и уступчивость оказались формой заискивания, скрывающей внутреннюю пустоту, ненасытный инфантильный голод и ужасную ярость.

– 230 –

В течение полугода стало совершенно ясно, что этот мужчина с «как будто шизоидным характером» не в состоянии выносить лишения классического психоанализа (Н. Доечь, 1942; Вэйс, 1966). Поэтому я помог ему с получением поддерживающей терапии у женщины-терапевта.

Женщина, которую я анализировал почти четыре года, возобновила анализ со мной через шесть лет. Мы оба знали, что, когда она прервала анализ, он не был закончен, но мы согласились, что свободный от анализа период времени поможет прояснить необычные затруднения и неясности, на которые мы натолкнулись, пытаясь достичь разрешения ее противоречивого, недовольного, прилипчивого садомазохистского переноса ко мне. Я предложил ей пойти к другому аналитику, поскольку вообще я считаю, что смена аналитика более продуктивна, чем возвращение к первому аналитику. Это обычно дает новые инсайты в старые реакции переноса и добавляет новые возможности переноса. Однако, по внешним причинам, это было невыполнимо, и я согласился на возобновление анализа, хотя и с оговорками.

В ее самые первые часы на кушетке я был поражен тем странным способом, которым пациентка работала в анализе. Затем я быстро вспомнил, что это часто случалось в прошлом, только теперь это поразило меня гораздо сильнее, потому что я больше не мог привыкнуть к этому, это выглядело почти нелепо. В какой-то момент сеанса пациентка начинала говорить почти не переставая, здесь были несвязанные предложения и куски описания недавних событий, случайные неприличные фразы, на странность которых не обращалось внимания, или же это были навязчивые мысли, а затем снова изложение прошлого события. Пациентка, казалось, совершенно не обращает внимания на странный способ говорить и никогда ранее сама не замечала за собой этого. Когда я конфронтировал ее с этим вопросом, то в первый момент ей «показалось», что она ничего не знает об этом, а затем она почувствовала себя атакованной.

Я осознал, что в старом анализе было много таких сеансов или частей сеанса, когда пациентка была очень встревожена и пыталась отвлечь свое осознание тревожности, так же, как сам анализ. Я даже вспомнил,

– 231 –

что мы раскрыли некоторые значения и исторические детерминанты такого поведения. Например, ее мать была страшной болтушкой, — она рассказывала ребенку, как взрослому, многое из того, что та еще не могла понимать. Ее непонятные разговоры со мной были идентификацией с матерью и отыгрыванием в аналитической ситуации. Более того, мать использовала потоки болтовни для выражения тревожности и враждебности по отношению к своему мужу, который, по существу, был спокойным человеком. Пациентка переняла эту черту у своей матери и вновь разыгрывала это со мной

на аналитическом сеансе, когда была встревожена и враждебно настроена, когда она разрывалась между тем, чтобы сделать мне больно и держаться за меня.

В дополнение к этому мы пришли к пониманию того, что эта форма поведения также указывает на регрессию функций Эго от вторичного процесса по направлению к первоначальному процессу, в виде «разговора во сне» со мной, актуализация «сна с родителями». Такой странный способ рассказывать возникал много раз во время первого анализа, и, хотя тогда анализировались многие детерминанты, все это продолжалось в некоторой степени до момента прерывания анализа. Когда я попытался конфронтровать пациентку с неправильным использованием ею одной из процедур анализа, мы уходили куда-то в сторону, увлекаемые либо ее реакцией на мою конфронтацию, либо каким-то новым всплывшим материалом. Она могла вспомнить какие-то события из прошлого, которые, казалось, относились к делу, или на следующих сеансах появлялись какие-то сновидения или новые воспоминания, и реально мы никогда не возвращались к вопросу о том, что она была неспособна выполнять определенную часть психоаналитической работы.

Во втором ее анализе я не отвлекался. Когда появлялся легкий след той самой бессвязности рассказа, или когда это казалось уместным, я конфронтровал ее с ее специфической проблемой и удерживал ее у этого вопроса до тех пор, пока она, по меньшей мере, не признавала того, что обсуждается. Пациентка пыталась использовать все свои старые методы защит против моих конфронтации ее сопротивлений. Я выслушивал в течение короткого времени ее возражения и отговорки

– 232 –

и указывал еще и еще раз на их функции сопротивления. Я не начинал работу с новым материалом до тех пор, пока не убеждался, что пациентка в хорошем рабочем альянсе со мной.

Постепенно пациентка встала лицом к лицу с тем, что она неправильно использовала основное правило. Она сама стала осознавать, что она иногда сознательно, иногда предсознательно, а в остальное время бессознательно делала неясной истинную цель свободной ассоциации. Стало ясно, что, когда пациентка чувствовала тревожность в своем отношении ко мне, она ускользала в эту регрессивную, «как во сне», форму разговора. Это был вид «злорадного послушания». Оно было злорадным, поскольку она знала, что это увертка от истинной свободной ассоциации. Это было послушание, так как она подчинялась этому регрессивному, то есть невоздержанному способу рассказывать. Это возникало и тогда, когда она чувствовала некоторую враждебность ко мне. Она чувствовала это побуждение «полить меня отравой». Это приводило ее к чувству того, что тогда я буду уничтожен и потерян для нее, и она чувствовала одиночество и испуг. Затем она быстро погружалась в свой «разговор во сне», который как бы говорил мне: «Я маленький ребенок, который частично спит и не отвечает за то, что исходит от него. Не оставляйте меня; разрешите мне спать с вами; это просто безвредная моча, которая выходит из меня». (Другие детерминанты не будут обсуждаться, поскольку это увело бы нас слишком далеко в сторону.)

Это было зачаровывающее переживание — видеть, насколько отличается этот анализ от предыдущего. Я не хочу этим сказать, что эта тенденция пациентки неправильно использовать свою способность регрессировать в функционировании Эго исчезла. Однако мое энергичное стремление к анализу дефектного рабочего альянса, мое постоянное внимание к поддержанию хороших рабочих взаимоотношений, мое нежелание уходить в анализирование других аспектов ее невроза переноса имели свои эффекты. Второй анализ имел совершенно другой привкус и атмосферу. В первом анализе у меня была интересная и эксцентричная пациентка, которая была очень фрустрирована, потому что я так часто терялся из-за ее капризных бессвязных речей. Во втором

– 233 –

анализе у меня все еще была эксцентричная пациентка, но теперь у меня был и союзник, который не только помогал мне, когда я терялся, но и отмечал, что я сбился с пути до того, как я осознавал это.

В конце я хочу вернуться к тем пациентам, которые упорно цепляются за рабочий альянс, потому что их страшат регрессивные черты невроза переноса. Такие пациенты развивают разумные отношения с аналитиком и не позволяют себе чувствовать ничего иррационального, будь это что-то сексуальное или агрессивное, или и то, и другое. Продолжительная разумность в анализе является

псевдоразумностью, пациент бессознательно скрывает под разумностью разнообразные бессознательные невротические мотивы. Позвольте мне проиллюстрировать это.

В течение почти двух лет молодой мужчина, профессионал, у которого были интеллектуальные знания о психоанализе, поддерживал позитивное и разумное отношение ко мне, своему аналитику. Если его сновидения показывали враждебность или гомосексуальность, он признавал это, он утверждал, что он знает, что от него ожидают таких чувств по отношению к твоему аналитику, но «в действительности» он их не испытывает. Если он опаздывал или забывал оплатить свой счет, он снова признавал, что это может выглядеть, как если бы он не хотел приходить или оплачивать счет, но «на самом деле» это не так. У него были сильные реакции раздражения в отношении двух психиатров, которых он знал, но он настаивал на том, что они заслуживают этого, а я совсем другой. Пациент влюбился до безумия в другого мужчину-аналитика на какой-то период времени и «считал», что тот должен напоминать ему меня, но это было сказано играючи.

Все мои попытки подвести пациента к осознанию его упорной разумности, как способа избежать или преуменьшить его более глубокие чувства и импульсы, провалились. Даже мои попытки проследить историческое происхождение такой формы поведения были непродуктивными.

Он принял роль клоуна, безобидного нонконформиста в годы обучения в высшей школе и повторил ее в анализе. Поскольку я не мог подвести пациента к дальнейшей работе с этим материалом, я в конце концов

– 234 –

сказал ему, что мы стоим перед лицом того факта, что мы ничего не достигнем и нам следует рассмотреть какую-то другую альтернативу, кроме продолжения психоанализа со мной. Пациент помолчал несколько мгновений и сказал «искренно», что он огорчен. Он вздохнул и затем стал делать какие-то замечания, которые были похожи на свободную ассоциацию. Я прервал его и спросил, что это он такое делает. Он ответил, что он «полагает», я испытываю какое-то раздражение. Я заверил его, что это так. Тогда он медленно взглянул на меня и спросил, может ли он сесть. Я кивнул, и он сел. Он был совершенно потрясен, и совершенно очевидно страдал.

После нескольких минут молчания он сказал, что, может быть, он будет работать лучше, если он будет смотреть на меня. Он должен быть уверен, что я не смеюсь над ним или не сержусь и не прихожу в сексуальное возбуждение. Последний момент показался мне поразительным, и я спросил его о нем. Он сказал мне, что часто фантазирует, что, возможно, я сексуально возбуждаюсь его материалом и скрываю это от него. Этого материала он никогда ранее не привносил, это была мимолетная мысль. Но эта мимолетная мысль быстро привела ко многим воспоминаниям об отце, не раз, хотя и безуспешно, измерявшем его ректальную температуру. Это затем привело к множеству фантазий гомосексуальной и садомазохистской природы. Упорная разумность была, таким образом, защитой против них, а также игровой попыткой поддразнить меня и спровоцировать на отыгрывание. Мое поведение на сеансе, описанном выше, не очень хорошо контролировалось, но оно привело к осознанию того, что рабочий альянс пациентом использовался для того, чтобы отвратить невроз переноса.

Рабочий альянс стал фасадом для невроза переноса. Это была структура невротического характера, как скрывающая, так и, напротив, выражающая нижележащий невроз. Только когда было прервано действие во вне пациента и он осознал, что он на грани потери объекта переноса, тогда его ригидно разумное поведение стало чуждым Эго и приемлемым для терапии. Ему понадобилось несколько недель, чтобы смочь взглянуть на меня, чтобы определить, можно ли доверять моим

235

реакциям. Затем он стал способен различать искреннюю разумность и поддразнивающую язвительную разумность его характерного невроза, и анализ начал продвигаться.

3.532. Рабочий альянс у классического аналитического пациента

Термин классический в этой связи относится к гетерогенной группе пациентов, которых можно анализировать классической психоаналитической техникой без большой модификаций. Они страдают от какой-то формы невроза переноса актуального невроза или невроза характера, без заметных

дефектов функций Эго. У таких психоаналитических пациентов рабочий альянс развивается почти незаметно и не требует никаких особых действий или вмешательств со стороны аналитика. Обычно я могу видеть первые признаки рабочего альянса примерно на третьем-шестом месяце анализа. Наиболее часто первыми проявлениями этого является то, что пациент замолкает, а затем, вместо того, чтобы ждать моего вмешательства, он сам решается высказать то самое мнение, которого он отчего-то избегал. Или же он прерывает довольно несвязный ответ о каком-то событии и комментирует это так, что он, должно быть, бежит от чего-то. Если я продолжаю молчать, он будет потом самопроизвольно спрашивать самого себя, что это может быть такое, настолько уклончивое, и он позволит своим мыслям течь в виде свободных ассоциаций, которые будет воспроизводить вслух.

Очевидно, что пациент осуществляет частичную, временную идентификацию со мной и работает с собой таким способом, которым я работал день за днем над его сопротивлениями. Сделав обзор ситуации, я обычно могу найти не спорадичные сексуальные или враждебные реакции переноса, которые пациент испытывал до этого и которые временно вызвали сильное сопротивление. Терпеливо и тактично я демонстрирую это сопротивление, затем проясняю, как оно действует, что является его целью, и, в конце концов, интерпретирую и реконструирую его возможный исторический источник. Только после определенного анализа переноса сопротивления действительно можно ожидать, что пациент способен развить частичный рабочий альянс. Однако

– 236 –

необходимо вернуться в самое начало анализа, чтобы иметь более детальное мнение о его развитии.

Поведение пациентов на предварительных интервью весьма разнообразно. Частично это детерминировано прошлой историей пациента по отношению к психоаналитикам, терапевтам, авторитетным фигурам и посторонним, а также его реакциями на положение больного, нуждающегося, просящего о помощи и т. д.

Более того, его знание или отсутствие знания о процедурах психоанализа и репутации психоаналитика будет также влиять на его первоначальные ответы. Следовательно, пациент приходит на первоначальное интервью с уже сформированным отношением ко мне, частично это перенос, частично — реалистическое отношение, в зависимости от того, насколько он знает и приемлет свое прошлое.

Предварительные интервью сильно изменяют реакции пациента на аналитика. Это определяется главным образом чувствами пациента в связи с раскрытием себя, а также его реакциями на мой подход и мою личность. Я полагаю, что здесь мы также видим смесь реакций переноса и реалистических реакций. Раскрытие «Я» пациента вызывает эхо прошлых раздеваний перед родителями, врачами и т. д. и, таким образом, продуцирует реакции переноса. Моя техника ведения интервью будет оставаться той же самой, даже если она будет казаться странной, болезненной или несвязной для пациента. Только те методы, которые кажутся понятными пациенту, будут приводить к реалистическим реакциям. Моя «личность аналитика» так, как она заявлена на первых интервью, может также возбудить и реакции переноса, и реалистические реакции. Те же качества, которые покажутся пациенту странными или угрожающими или непрофессиональными, будут вызывать сильные реакции переноса, сопровождающиеся тревожностью. Те черты, в которых пациент видит терапевтическую цель, сочувствие и опытность аналитика, могут продуцировать реалистические ответы, так же как и позитивные реакции переноса. Клинический материал случая мистера З. показывает, как манера, отношение и техника аналитика в начале обоих анализов имели решающее значение для придания окраски всей аналитической ситуации.

К этому времени я решаю, насколько адекватен пси-

– 237 –

хоанализ для лечения данного пациента, у меня также складывается впечатление о возможности формирования рабочего альянса. В это время я обсуждаю с пациентом, почему я полагаю, что психоанализ — наилучшая терапия для него, объясняю необходимость такой частоты визитов, длительности, платы за лечение и т. д. Собственная оценка пациента своей способности принять эти требования будет представлять собой дополнительную ценность в обнаружении способности пациента к формированию рабочего альянса.

Первые несколько месяцев анализ пациента, лежащего на кушетке и пытающегося свободно ассоциировать, можно представить как смесь тестирования и исповедования. Лучше всего в это время пациент определяет свою способность свободно ассоциировать и представлять свои переживания, вызванные, как правило, виной и тревожностью, аналитику. Одновременно он как бы исследует реакции своего аналитика на эту продукцию (Фрейд, 1915а; Гительсон, 1962). Большую долю занимают рассказы об истории жизни и о ежедневных событиях. Мои вмешательства имеют целью отметить и выявить совершенно очевидные сопротивления и неприемлемые аффекты. Когда материал совершенно ясен, я пытаюсь провести связь между прошлым и настоящим и моментами поведения. Вследствие этого пациент обычно начинает чувствовать, что, возможно, я понимаю его. Тогда пациент решается регрессировать, позволить самому себе пережить какой-то аспект своего невроза в переносе, по отношению к моей личности. Когда я преуспею в анализировании этого, я буду иметь, по крайней мере, временный успех в укреплении разумного Эго и рабочего альянса наряду с экспериментирующим Эго и неврозом переноса. Однажды пережив в какой-то области этот период от рабочего альянса к неврозу, пациент становится более готовым, отваживается на будущие регрессии в той же самой области невроза переноса. Однако каждый аспект невроза переноса может приносить также и ухудшение или временную утрату рабочего альянса.

Простодушная домохозяйка средних лет вступила во второй год анализа. Во время первого года она испытывала большие затруднения в признании того, что временами она испытывала романтические и сексуаль-

– 238 –

ные чувства по отношению ко мне, хотя это было совершенно очевидно по ее поведению и ее незамаскированным снам. Она считала себя счастливой в браке и чувствовала, что эротические фантазии об аналитике показывали бы, что она не удовлетворена замужеством. Это пугало ее, потому что она была чрезвычайно зависима от своего мужа, бессознательно враждебна к нему, но ее ужасала потеря его. Мои попытки поставить эту пациентку лицом к лицу с ее сексуальным переносом и ее страхом этого превращали эту обычно добродушную, общительную женщину в упрямую, язвительную ворчунью. В таком состоянии она, бывало, отвечала на вмешательство так: «Разве все реагируют не таким образом? Это ли не естественно? Разве вы не реагировали бы таким же образом, если бы вы оказались на моем месте?»

По мере того, как мы работали над страхами, которые заставляли ее сопротивляться инсайтам и которые я пытался репрезентировать, пациентка постепенно становилась способной встать перед лицом своих позитивных чувств ко мне и перестала прибегать к помощи защиты «разве все» и «разве вы». В то же самое время пациентка стала способна допустить себе и мне, что в ее браке были недостатки, без провозглашения того, что это конец ее сотрудничества. Она также стала понимать и принимать мои интерпретации происхождения некоторых ее сексуальных чувств, которые она испытывала по отношению к своему аналитику. Пациентка сумела справиться с мыслью о том, что некоторые из ее чувств ко мне происходят от ее детской сексуальной любви к ее отцу и старшему брату. Пациентка развила довольно стабильный рабочий альянс со мной по отношению к своим гетеросексуальным проблемам.

Однако ситуация вернулась в прежнее состояние, характерное для ранних дней ее анализа, когда агрессия начала значимо вторгаться в аналитические сеансы. Например, пациентка становилась необычно молчаливой, когда я интерпретировал, что ее неприятие меня проявилось в том, что она забыла оплатить счет в конце месяца. У нее развились жестокие гастроэнтеральные колики с диареей и страх, что она смертельно, больна раком. Когда я отметил, что это было выражением ее репрессированной ярости ко мне, она сначала отрицала

– 239 –

это. Когда я сказал ей, что ее чувство зависимости от меня было поколеблено моими попытками интерпретировать вместо того, чтобы удовлетворить ее или утешить ее, она ответила: «Разве все реагируют не таким образом? Разве это не естественно? Разве вы не реагировали бы таким образом, если бы оказались на моем месте?». Затем она добавила: «Я думаю, мне лучше пойти в клинику Майо и обследоваться там». Рабочий альянс, который она установила по отношению к гетеросексуальным

проблемам, исчез, когда субъект враждебности вошел в клиническую картину, потребовались недели терпеливой, кропотливой интерпретации сопротивлений, чтобы восстановить рабочий альянс. Та же самая последовательность событий имела место, когда в аналитической ситуации появилась гомосексуальность.

3.54. ИСТОЧНИКИ РАБОЧЕГО АЛЬЯНСА

3.541. Вклад пациента

Для того чтобы рабочий альянс имел место, пациент должен обладать способностью формировать особую разновидность объектных отношений. Люди, по существу своему нарцисстические, не будут способны сделать этого.

Рабочий альянс является относительно рациональным, десекуализированным и деагрессифицированным феноменом переноса. Пациенты должны быть способны формировать такие сублимированные, задержанные в отношении цели отношения в своей внешней жизни. В курсе анализа ожидается, что пациент будет способен регрессировать к более примитивным и иррациональным реакциям переноса, которые находятся под влиянием первичного процесса. Для того, чтобы достичь рабочего альянса, пациент должен быть способен восстановить вторичный процесс и отделить относительно разумные объектные отношения к аналитику от более регрессивных реакций переноса. Люди, которые страдают от сильной недостаточности или разлада в функциях Эго, могут обладать способностью переживать регрессивные реакции переноса, но у них будут трудности в поддержании рабочего альянса. С другой стороны, и те,

– 240 –

кто не рискует оставить проверку реальностью даже временно и частично, и те, кто прочно привязан к фиксированной форме объектных отношений, также являются плохими субъектами для психоанализа. Это подтверждается клиническими данными о том, что психоз тики, пограничные случаи, одержимые с импульсивным характером и маленькие дети обычно требуют модификаций в психоаналитической технике (Гловер, 1955; Гилл, 1954; Гарма). Фрейд имел это в виду, когда проводил различие между невротизмом переноса, которые являются легко анализируемыми и нарцисстическими невротизмами, которые не являются таковыми.

Как говорилось выше, склонность пациента к реакциям переноса исходит из его состояния инстинктивной неудовлетворенности и, как результат этого, Потребности в возможностях для разрядки (Ференци, 1909). Осознание невротического страдания также заставляет пациента устанавливать отношения с аналитиком. На сознательном и рациональном уровне аналитик внушает реалистическую надежду на облегчение невротических страданий. Однако беспомощность пациента по отношению к его страданию мобилизует ранние стремления к всемогущему родителю. Все сказанное выше показывает, что поддающийся анализу пациент должен испытывать потребность в реакциях переноса, должен обладать способностью регрессировать и разрешать невротические реакции переноса, и, кроме того, иметь достаточно сильное Эго или обладать способностью быстро восстанавливать силу Эго, которая даст возможность ему прервать его регрессию для того, чтобы установить разумный и целенаправленный рабочий альянс (Лоевальд, 1960).

Функции Эго пациента играют важную роль в осуществлении рабочего альянса в дополнение к их роли в объектных отношениях. Для того чтобы выполнять аналитическую работу, пациент должен быть способен выражать свои чувства, мысли и т. д. в словах, стремясь, по возможности, сдерживать свои действия. Он должен быть способен выразить свои переживания словами понятно, по порядку и достаточно логично, а также быть способным частично регрессировать и работать методом свободной ассоциации. Он должен быть способен слушать аналитика, «схватывать», рефлексив-

– 241 –

ровать, размышлять и интроспектировать. До некоторой степени он также должен быть способен вспоминать, наблюдать за собой, фантазировать и связно рассказывать об этом. Это лишь частичный

перечень тех функций Эго, которые играют роль в способности пациента устанавливать и поддерживать рабочий альянс; мы также ожидаем, что пациент одновременно разовьет невроз переноса. Следовательно, вклад пациента в рабочий альянс зависит от двух прямо противоположных качеств: его способности поддерживать контакт с реальностью аналитической ситуации и его готовностью рискнуть регрессировать в свой мир фантазий. Это колебание между двумя позициями весьма важно для аналитической работы.

3.542. Вклад аналитической ситуации

Гринакре (1954), Махалпине (1950) и Шпиц (1956) отмечали, как различные аналитические процедуры и сама ситуация анализа способствуют развитию регрессии и невроза переноса. Они же помогают в формировании рабочего альянса. Высокая частота визитов и большая продолжительность лечения также поддерживают регрессию. Кушетка и молчание дают возможность для интроспекции и рефлексии, а кроме того способствуют фантазированию. Тот факт, что пациент вступает в новую для него область и в этом ему способствует относительно спокойный; опытный человек, вызывает у пациента желание подражать ему. Более того, то, что аналитик постоянно ставит ударение на достижении понимания всего, что происходит у пациента, тот факт, что нет ничего такого, что было бы слишком незначительным или слишком безобразным или прекрасным для того, чтобы избежать попыток понимания со стороны аналитика — все это стимулирует у пациента желание дальнейшей работы. Это не отрицает того, что аналитическое исследование вызывает сопротивление; это просто говорит о том, что оно также вызывает у пациента чувство любопытства и желание отыскать причины.

– 242 –

3.543. Вклад аналитика

Я уже говорил, что единство личностей и теоретической ориентации аналитика способствует рабочему альянсу. Причем некоторые аналитики занимают теоретические позиции, которые явно находятся в соответствии с их манифестируемой личностью, а другие — присоединяются к теориям, которые, как кажется, находятся в противоречии с чертами их характера. Некоторые используют технику для проецирования, другие — для защиты своей личности. Я видел ригидных аналитиков, которые отстаивали самую строгую приверженность «правилу абстиненции», и которые, в то же самое время, пытались практиковать наиболее грубый вид манипулятивной, в соответствии с «корректирующей эмоциональное переживание», психотерапией. Я видел множество явных беспечных, беззаботных аналитиков, при этом практикующих строго в соответствии с «правилом абстиненции», а также некоторых, с плохим характером, которые провоцировали своих пациентов действовать во вне или потворствовали своим пациентам при каком-то виде терапии к обоюдному удовлетворению. Некоторые аналитики практикуют анализ, который импонирует их личности; некоторые используют своих пациентов для того, чтобы разрядить свои репрессированные желания. Все эти соображения относятся к тем проблемам, которые присущи становлению рабочего альянса. В данном месте, правда, может быть предпринята только краткая попытка описания проблемы. Основной спор вращается вокруг вопроса: «Какая теоретическая ориентация аналитика и какие его личностные характеристики будут обеспечивать развитие рабочего альянса так же хорошо, как и развитие невроза переноса?» Я уже кратко показал, как некоторые аспекты аналитической ситуации способствуют образованию невроза переноса. Это можно свести к следующему: мы пробуждаем пациента регрессировать и развивать невроз переноса, обеспечивая ситуацию, которая складывается из постоянства условий, депривации и состояния, больше всего напоминающего сон. Я видел и наблюдал, как пациенты развивают невроз переноса при своей работе с различными аналитиками все время, пока аналитическая ситуация обеспечивает достаточное

– 243 –

количество депривации, величина которой определяется имеющейся необходимостью. Но для того, чтобы получить хороший терапевтический результат, необходимо установить хорошие рабочие взаимоотношения.

Теперь обратимся к вопросу: какие отношения аналитика являются наиболее подходящими для образования хорошего рабочего альянса? Случай мастера З. показывает, как пациент идентифицировался с предыдущим аналитиком на основе идентификации с агрессором, т. е. на основе враждебности (см. секцию 3.531). Эта идентификация не привела к образованию терапевтического альянса; она продуцировала комбинацию озлобленности и вызывающего поведения и решала аналитической работе. Причиной этого было то, что первый аналитик казался холодным и равнодушным, эти черты были присущи отцу пациента, и мистер З. был неспособен дифференцировать своего первого аналитика и свои регрессивные чувства переноса. И несколько иначе реагировал он на меня с самого начала. Он совершенно четко был способен различать меня и своего отца, и, следовательно, он был способен к временной и частичной идентификации со мной и, таким образом, выполнять аналитическую работу.

Наиболее важный вклад психоаналитика заключается в создании хороших рабочих отношений, которые базируются на его ежедневной работе с пациентом. Постоянные и неуклонные поиски инсайта аналитиком при работе как с поведением пациента, так и с тем материалом, который он предоставляет, являются решающим фактором. Регулярная и последовательная работа помогает пациенту приспособляться к некоторым странностям аналитических процедур и процессов (Гилл, 1954; Стоун, 1961). Это не означает того, что аналитику следует выполнять свои различные ежедневные аналитические задачи с вынужденной точностью или монотонным ритуалом. Такая ригидность ведет к предсказуемости, но не к чувству доверия по отношению к человеческому существу. Другие отклонения от привычной процедуры анализа могут причинить пациенту огорчение, но они не мешают существенно установлению рабочего альянса. Важность того, что аналитик дает на каждом сеансе, и редкие его отсутствия подчеркивают значимость каждого сеанса, каждого часа, следова-

– 244 –

тельно, способствуют тому, чтобы у пациента сложилось понимание необходимости серьезного сотрудничества. Готовность аналитика посвятить годы труда благоденствию пациента также способствуют этому. Все описанные выше рабочие характеристики являются наиболее важными. Я не считаю возможным выполнять аналитическую работу, если они отсутствуют. Но есть и дополнительные условия, которые необходимы для эффективного рабочего альянса.

Некоторые аналитики работают упорно и серьезно и все-таки испытывают затруднения в формировании рабочего альянса со своими пациентами. Их пациенты развивают отношения покорности и уступчивости вместо чувства альянса и соучастия. Атмосфера такого анализа пропитывается неявной, но постоянной скрытой тревожностью и благоговейным страхом по отношению к аналитику. Пациент может осознавать такое положение 'дел только мимолетно и спорадично, потому что оно выражается в смутных нюансах чаще, чем в очевидных, чуждых Эго фантазиях и действиях. Такое уступчивое отношение может быть эго-синтоничным по отношению к аналитику, который, таким образом, часто будет терпеть, неудачу при распознавании и выявлении его для внимательного аналитического рассмотрения.

Я часто имею возможность видеть такие случаи в клинике, когда являюсь вторым или третьим аналитиком данного пациента.

Например, пациент — мужчина средних лет — профессор в университете, который проходил предыдущий анализ в течение пяти лет, не осмеливался взглянуть на часы во время аналитического сеанса. В начале сеанса он сказал мне, что ему нужно было бы уйти на пять минут раньше, чем обычно. Во время сеанса я видел, как он пытается мельком, уголком глаза взглянуть на свои часы. Он даже потер свой лоб для того, чтобы исподтишка, украдкой взглянуть на часы. Когда я указал ему на эту явную уклончивость, пациент был сильно удивлен. С одной стороны, его испугала конфронтация. С другой стороны, его самого привела в уныние его робость. Тогда он осознал, что эта его тревожность осталась неопределенной и не анализировалась во время его предыдущего анализа.

Нет сомнений, что приведенная выше иллюстрация

– 245 –

показывает некоторые реакции контрпереноса на аналитика, но это может осложняться тем, что аналитик слишком буквально следует двум техническим предложениям, сделанным Фрейдом. Я имею здесь в виду концепцию «аналитик как зеркало» и так называемое «правило абстиненции», которое будет обсуждаться более полно в секциях 3.921 и 3.922 (Фрейд, 1912, 1915а). Эти два правила, выдвинутые Фрейдом, привели многих аналитиков к принятию строгого отчужденного и даже авторитарного отношения к своим пациентам. Я полагаю, что это является неправильным пониманием идеи Фрейда, в лучшем случае это отношение несовместимо с формированием эффективного рабочего альянса.

Сравнение с зеркалом и правило абстиненции были предложены для того, чтобы помочь аналитику предохранить перенос от чрезмерного загрязнения, момент, который был расширен Гринакре (1954). Понятие «зеркало» относится к тому, что аналитику следует быть «темным» для пациента, непроницаемым в отношении своих норм и ценностей, которые могли бы произвести сильное впечатление на пациента. Это не означает, что аналитику следует быть бездушным, холодным и ни на что не отвечать. Правило абстиненции говорит, что важно не удовлетворять инфантильные и невротические желания пациента. Это не значит, что все желания пациента фрустрируются. Иногда можно временно удовлетворить какое-нибудь невротическое желание пациента. Причем фрустрацию невротических желаний следует осуществлять таким образом, чтобы не унижить и не травмировать пациента.

Верно и то, что Фрейд подчеркивал депривационные аспекты аналитической ситуации в своих работах. Я полагаю, что он делал это потому, что в то время (1912— 1919) большой опасностью было то, что аналитики, бывало, позволяли себе чрезмерно реагировать и совершать действия вовне в отношении своих пациентов. Между прочим, когда читаешь описания Фрейдом случаев, не создается впечатление, что аналитическая атмосфера его анализа была холодной или строгой. В оригинальной записи случая человека-крысы, например, в дополнении к статье Фрейда (1909), есть замечание о пациенте, датированное 28-м декабря:

– 246 –

«Он был голоден и ел» — (с. 303). Затем, 2-е января: «Кроме этого, он, очевидно, имел только тривиальности для рассказа, и я мог многое сказать ему сегодня» (с. 308).

Я думаю, это очевидно, что, если мы хотим, чтобы пациент развивал относительно реалистичный и разумный рабочий альянс, мы должны работать реалистично и разумно, имея в виду тот факт, что процедуры и процессы психоанализа могут показаться странными и даже искусственными. Однако в аналитической ситуации нет места ни самодовольству, ни ритуальности, ни робости, ни авторитарности, ни строгости, ни всепрощенчеству.

На пациента будет оказывать влияние не только содержание нашей работы, но и то, как мы работаем. Отношение, манера, настроение, атмосфера, в которой мы работаем. Он будет разговаривать, реагировать и идентифицироваться с теми аспектами, которые не обязательно будут сознаваться нами. Фрейд (1938в) утверждал, что для того, чтобы между пациентом и аналитиком установилась надежная связь, необходимо время и отношение сочувствующего понимания. Стерб (1929) ставит акцент на процессах идентификации. Тот факт, что аналитик постоянно наблюдает и интерпретирует реальность пациенту, приводит к тому, что пациент частично идентифицируется с аналитиком в этом аспекте. С самого начала лечения аналитик комментирует работу, которую они с пациентом выполняют. Использование таких фраз, как «давайте посмотрим на это» или «мы можем видеть» и т. д., способствует этой тенденции.

Гловер (1955) делает ударение на необходимости для аналитика быть естественным и целеустремленным, порицая, например, претензию на то, что все договоренности о времени и оплате делаются исключительно для блага пациента. Феничел (1941) подчеркивает, что, помимо всего прочего, аналитику следует быть гуманным и что его потрясло, как много его пациентов были удивлены естественностью и свободой. Он полагал, что наличие аналитической атмосферы, которая является наиболее важным фактором в убеждении пациента, стимулирует рост и дальнейшее развитие. Стоун (1961) идет дальше, подчеркивая законность удовлетворений,

– 247 –

а также терапевтического отношения и намерения психоаналитика, которые необходимы для пациента.

Все аналитики осознают необходимость деприваций в процедуре психоанализа; и все соглашаются, в принципе, что аналитику нужно быть гуманным. Однако возникают проблемы при определении того, что означает термин «гуманность» в аналитической ситуации и как аналитик согласовывает его с принципом деприваций. Дальнейшее обсуждение данного вопроса см. в секциях 3.9, 3.10, 4.22 и 4.23. Здесь я лишь кратко очерчу то, что я считаю главным.

В сущности, гуманность аналитика выражается в его сочувствии, в его участии и терапевтическом намерении по отношению к пациенту. Для него имеет значение, как обстоят дела у пациента, он не является ни просто наблюдателем, ни рабочим-исследователем. Он целитель, лекарь, исцеляющий от нездоровья и страдания, и его цель — помочь пациенту выздороветь. Однако «лекарство», которое он прописывает, — это инсайт, его инсайт, его доза тщательно регулируется, имея в виду дальнюю цель, жертвуя ради нее временными и быстрыми результатами для более поздних и длительных изменений. Гуманность также выражается в том отношении, что пациент имеет права и является уважаемым как индивидуальность. Его лечат с обычной вежливостью, грубости нет места в психоаналитической терапии. Если мы хотим, чтобы пациент работал с нами как сотрудник над регрессивным материалом, который он продуцирует, мы должны позаботиться о том, чтобы постоянно воспитывалась зрелость пациента в ходе нашей аналитической работы.

Мы не должны также забывать того, что для пациента процедуры и процессы психоанализа являются странными, нерациональными и искусственными. Вне зависимости от того, сколько он может знать о нем интеллектуально, действительный опыт является странным и новым и будет вызывать тревожность. Пациент мотивирован своими невротическими затруднениями, он считает нас экспертами; поэтому он подчиняется и пытается исполнять инструкции и пожелания аналитика, по меньшей мере, сознательно.

А пациент, обратившийся за лечением, по меньшей мере, временно и частично сокрушен своей патологией,

– 248 –

и в этом состоянии относительной беспомощности он обычно расположен некритично принимать все, что обещает принести ему благо. Беспомощность толкает пациента на довольно неразборчивое получение помощи. Это отношение было описано Гринакре (1954) и Стоуном (1961) как «отношение стычки», или «неровность» в отношениях пациент — аналитик. Для того, чтобы противодействовать тенденции пациента избежать рассмотрения тревожности или мазохизма, необходимо, чтобы аналитик считался с тем, что пациенту необходимо чувство собственного достоинства, самоуважение в то время, когда его анализируют. Уступчивые пациенты будут часто прятать свое чувство унижения и раздражения из-за страха потерять любовь или навлечь на себя враждебность. Это аналитик не всегда способен предотвратить, но ему следует иметь в виду возможность этого.

Мы не можем неоднократно унижать пациента, навязывая ему правила и инструкции без объяснения, а после этого ожидать, что он, как взрослый, будет работать с нами. Если мы обращаемся с ним как с ребенком, властно и деспотично, он будет по-прежнему фиксирован на какой-то форме инфантильных невротических реакций переноса. Необходимым условием рабочего альянса является то, что аналитик постоянно, во время всего курса анализа оказывает внимание правам пациента. Это означает, что мы уделяем внимание не только тому невротическому страданию, которое пациент приносит на анализ, или страданию вне анализа, но и той боли, которую причиняет ему аналитическая ситуация. Строгость, авторитаризм, холодность, экстравагантность, самодовольство и ригидность не являются составной частью аналитической ситуации. Позвольте мне проиллюстрировать это типичными примерами.

Все новые или странные процедуры объясняются пациенту. Я всегда объясняю пациенту, почему мы просим его ассоциировать свободно и почему предпочитаем использовать кушетку. Я жду вопросов или ответов пациента до того, как предлагаю ему использовать кушетку. Все мои пояснения я делаю пациенту таким тоном, который показывает, что я осознаю и уважаю затруднения пациента. Я не говорю с пациентом свысока, но я уверен, что он понимает мои идеи и намерения.

– 249 –

Я использую обычный язык, избегая технических терминов и интеллектуализированных форм речи. Я обращаюсь с ним, как со взрослым, чье сотрудничество мне необходимо, и который скоро будет испытывать серьезные трудности при работе с психоаналитическим материалом.

Я объясняю пациенту, что я буду взимать с него плату за отмененные сеансы, которые я не могу использовать для других пациентов. Я рассказываю ему, что для того, чтобы не мешать его продукциям, я буду относительно молчалив. Когда он в первый раз начинает задавать вопросы, я объясняю ему, почему я не буду отвечать на них; в следующий раз я буду молчать. Если я не понимаю смысла сеанса, я точно говорю ему это; я не отпускаю пациента, не сказав ему ни слова. Если он испытывает сильное чувство смущения, рассказывая о какой-то определенной теме, первое время я признаю, что это для него болезненно, но необходимо для лечения; чтобы он попытался быть несколько открытым, насколько это возможно. Когда он бранит меня за то, что я не реагирую на какое-то его чувство, я могу сказать ему, что сделаю свою работу лучше, показывая ему, что я понимаю его, чем показывая ему свои эмоции.

Я отвечаю на его просьбы об утешении, говоря, что я знаю о том, что он чувствует себя несчастным, но что утешение является временной и обманчивой помощью. Если он и в следующий раз просит об этом, я буду сохранять еще более глубокое молчание. Я готов допустить возможность того, что я могу неверно интерпретировать что-то и буду модифицировать свою интерпретацию, если клинический материал покажет, что я должен сделать это. Я допускаю возможность того, что пациент может быть прав, если он думает, что мои слова окрашены раздражением или резкостью, но я настаиваю на том, чтобы мы работали аналитически над инцидентом и его реакцией на него.

Я не прекращаю сеанс, если пациент находится в середине рассказа или интенсивной эмоциональной реакции; я позволю сеансу превысить обычные 50 минут. Если я опаздываю, я стараюсь компенсировать упущенное время на этом же сеансе или на последующих. Я информирую пациента о своих планах на отпуск заранее и прошу его попытаться организовать свой отпуск в

– 250 –

соответствии с моим. Сходные проблемы будут обсуждаться более подробно во втором томе. Если пациент рассказывает какую-то шутку, я позволяю себе высказывать удовольствие и веселье, но я никогда не буду пытаться анализировать, почему он рассказал историю, и буду чувствовать себя свободным от анализа того, как он воспринял мой смех. Я буду делать то же самое, если я реагирую с печалью или раздражением на что-то, что он рассказал. Я не отвечаю на телефонные звонки во время сеанса. В случае же исключения я приношу свои извинения и осведомляюсь о его реакции. Время от времени я спрашиваю его, что он думает о работе со мной, и чувствует ли он, что работа продвигается. Я обычно рассказываю ему о своих общих впечатлениях после того, как он закончит, и затем анализирую его реакции на это.

Я полагаю, что это достаточно типичный образец того, как я гарантирую права пациента, фактор, который является основным элементом в рабочем альянсе. Я хочу подчеркнуть, что гарантирование прав означает отмену или сведение на нет необходимости деприваций. Хотя рабочий альянс является существенной частью процесса психоанализа, депривации должны иметь преимущество, если мы ожидаем, что пациент будет способен регрессировать в инфантильный невроз переноса.

Аналитик должен быть способен и налагать депривации и высказывать участие. Иногда он должен занимать компромиссную позицию между этими двумя, причиняя боль интерпретацией, но успокаивая при этом тоном голоса, что сделает боль терпимой. Колебание между депривационным инкогнито и признание прав пациента являются одними из нескольких диалектических требований, предъявляемых к психоаналитику.

Хотя я позволяю моим пациентам видеть, что меня трогает то, что происходит с ними, что я сочувствую им, мои реакции не должны быть интрузивными. Я стараюсь не вставать ни на одну из сторон в любом его конфликте, исключая те случаи, когда я работаю против его сопротивлений, против его наносящего вред невротического поведения и против его самоуничтожения. В основном, однако, я являюсь тем, кто несет понимание, инсайт в атмосфере серьезной работы, откровенности, прямоты и самообладания.

– 251 –

Все это является моей собственной точкой зрения на то, как я пытаюсь разрешить конфликт между сохранением дистанции и близостью, необходимой для аналитической работы. Я сознаю, что это в высшей степени личное дело каждого, и я отнюдь не предлагаю это как точный рецепт для всех аналитиков. Однако я действительно считаю, что эти два противоположных элемента должны быть в равной степени приняты в расчет и заслуживают адекватного обращения, если мы хотим добиться хороших аналитических результатов. Невроз переноса и рабочий альянс являются параллельными, но противоположно направленными силами в явлениях переноса. Каждый из этих элементов равно важен для оптимальной аналитической ситуации. Эта проблема будет затронута также в части 4.

3.6. РЕАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ И АНАЛИТИКОМ

Реакции переноса и рабочий альянс являются в клинике двумя наиболее важными разновидностями объектных отношений, которые имеют место в аналитической ситуации. Более архаичные типы человеческих взаимодействий также могут иметь место. Такого рода примитивные реакции обычно возникают в сильно регрессивных состояниях и требуют более «управляющей терапии, чем терапия посредством инсайта» (Винникот, 1955, 19566; Джеймс, 1964). Они, однако, не будут обсуждаться здесь. С другой стороны, «реальные отношения», также имеют место во время курса анализа. Перед тем, как вернуться к теме явлений переноса, необходимо обсудить и прояснить концепцию «реальных отношений» между пациентом и аналитиком. Это не так просто, как может показаться на первый взгляд, потому что термин «реальный» имеет два различных значения и использования, каждое из которых может иметь дополнительное, непохожее значение для пациента и психоаналитика. Эту тему затрагивали многие авторы, но их проницательные клинические находки страдали отсутствием четкого определения (Стоун, 19546, 1961; А. Фрейд, 1954а, 1965).

Термин «реальный» во фразе «реальные отношения» может означать реалистичный, ориентированный на

– 252 –

реальность или неискаженный по контрасту с термином «перенос», который подразумевает нереалистичный, искаженный и несоответствующий. Слово реальный момент также относится к подлинному, аутентичному и истинному по контрасту с искусственным, синтетическим или притворным. В этом значении я намереваюсь использовать термин «реальный» в отношении реалистичных и подлинных отношений между аналитиком и пациентом. Это разграничение важно, потому что дает нам возможность сравнивать, что реальность в отношении пациента, а что — в отношении аналитика. И у пациента, и у аналитика реакции переноса являются нереалистичными и неподходящими, но они подлинны, действительно испытываются. Рабочий альянс и реалистичен, и уместен, но это — артефакт ситуации лечения. Реальные отношения и подлинны, и реальны. Пациент использует рабочий альянс для того, чтобы постигнуть точку зрения аналитика; но его реакции переноса, если они вмешиваются, искажают ее. Для аналитика рабочий альянс имеет превосходство над всеми другими явными реакциями на пациента. Я постараюсь прояснить эти моменты клиническими иллюстрациями пациентов и аналитиков.

Молодой мужчина, на заключительной стадии своего пятилетнего анализа, находится в нерешительности после того, как я делаю интерпретацию, и затем говорит мне, что ему нужно оказать что-то, что очень трудно сказать. Он собирался пропустить это, когда осознал, что он делает так годами. Он глубоко вздохнул и сказал: «Вы говорите всегда мало, но слишком много. Вы склонны все излишне преувеличивать. Для меня было бы гораздо легче рассердиться на вас и сказать, что вы бестолковы или неправы или что это не относится к делу, или просто не отвечать. Очень трудно высказать все, что я думаю, потому что я знаю, что это причинит вам боль».

Я полагаю, что пациент верно осознавал некоторые мои черты, и для меня было бы несколько болезненно, если бы на них указали. Я сказал ему, что он прав, но я хотел бы знать, почему для него тяжелее сказать мне это просто и прямо, так как он только что сделал, чем прийти в ярость. Он ответил, что он знает из опыта, что я бы не расстроился из-за его вспыльчивости, по-

скольку она, очевидно, вызвана его неврозом, и не затрагивал бы это.

Я привел этот клинический пример как образец реалистической реакции на аналитика. Пациент высказал точное понимание ситуации и оказался способен предсказать без искажений мои реакции. В прошлом его понимание часто было правильным, но фантазии о моих реакциях были фантастичны, т. е. были искажены переносом так, что он чувствовал, что я применил бы репрессалии, и это могло бы убить его. В прошлом он развил хороший рабочий альянс по отношению к вспышкам раздражения на меня, но альянс не удержался так долго, как реалистичный критицизм по отношению ко мне. Это было достигнуто только на заключительной стадии. Таким образом, мы можем видеть ценность различения реализма по отношению к пониманиям и реакциям. То или другое, или же оба могут быть реалистичными или неуместными.

Как я утверждал в предыдущем подразделе, способность пациента к формированию рабочего альянса происходит от его реалистического мотива получить помощь путем взаимодействия с аналитиком, который является экспертом в данной области. Кроме того, пациент должен иметь, до некоторой степени, способность формировать реалистические и деинстинктуализированные объектные отношения в своей прошлой жизни. Увлеченность и мастерство психоаналитика реально способствуют формированию рабочего альянса. Постоянное отношение аналитика такое, как одобрение и терпимость, его постоянные поиски инсайта, его целеустремленность, терапевтическое намерение и самообладание служат как бы ядром, на которое пациент надстраивает реалистичные объектные отношения. Эти заслуживающие доверия черты аналитика побуждают пациента формировать различные идентификации, которые становятся сердцевинной частью рабочего альянса. Неприятные для пациента черты аналитика ведут к формированию как реалистичных реакций, так и реакций переноса. Во всяком случае, они мешают формированию рабочего альянса. Клинический пример, который я привел выше, демонстрирует, как моя болтливость и склонность к преувеличению привели к его реалистичной оценке, что я нарциссически горжусь своим мастерством интерпрета-

ции. Это также привело к явлениям переноса. После пяти лет анализа эти черты больше не продуцировали перенос у пациента, но были осознаны как недостатки, которые пациент был способен воспринимать реалистически. Он мог формировать рабочий альянс со мной, несмотря на слабость.

У взрослых все взаимоотношения с людьми состоят из смешения реальности и элементов переноса. Это и не просто реакция переноса, состоящая из фантазии без грана правды, и не реалистичные отношения без следа фантазии переноса. Все пациенты, проходящие психоаналитическое лечение, имеют реалистическое, объективное восприятие своего аналитика наряду с реакциями переноса и рабочим альянсом. Эти три формы отношения к аналитику взаимосвязаны. Они влияют друг на друга. Несмотря на перекрывание, для клиники и практики ценно разделять эти три реакции. Пациент может иметь реалистическое восприятие и адекватные реакции на аналитика с начала лечения, но обычно эти реакции не отражают негативные отношения. Они быстро становятся триггером для реакции переноса, но при этом сами не поддаются анализу до тех пор, пока не будет установлена некоторая степень рабочего альянса. Этого, впрочем, может и не случиться, если неприятные черты характера аналитика касаются той области, которая очень важна для пациента.

Молодой аналитик, которого я курирую, рассказал мне, что одна из его пациенток потратила большую часть своего сеанса, описывая свою ужасную тревогу в предыдущую ночь из-за внезапной болезни своего маленького сына. У малыша был сильный жар с судорогами, и мать совершенно обезумела, пока смогла вызвать педиатра. Пока она пересказывала события моему студенту, она несколько раз плакала. После того, как она закончила свой рассказ, аналитик продолжал молчать. Когда она замолчала, он сказал ей, после нескольких минут обоюдного молчания, что она, должно быть, сопротивляется. Пациентка ничего не сказала. Вскоре после этого сеанс закончился. Этим замечанием аналитик заключил свой рассказ о том сеансе.

Тогда я спросил его, удовлетворен ли он своей работой на том сеансе при ретроспективном взгляде; было

ли что-то еще, что он мог сделать. Он ответил, что: думал, что ее длительное молчание, возможно, означает, что она чувствует себя виноватой за свои репрессированные желания смерти по отношению к ее сыну, но он думал, что ему следовало бы подождать до тех пор, пока это станет известно. Я сказал ему, что, возможно, у пациентки и были глубоко скрытые желания смерти по отношению к мальчику, но я чувствую, что ее тревога и печаль были гораздо очевидны и заслуживали ответа от него во время сеанса. Студент чопорно напомнил мне, что Фрейд говорил о том, что в наши обязанности не входит удовлетворение инстинктивных и нарциссических желаний наших пациентов.

Я устранился от дальнейших комментариев по этому вопросу и спросил его, что произошло на следующем сеансе. Студент ответил, что пациентка пришла на сеанс, не сказав абсолютно ничего, и молча вытирала слезы, которые струились по ее лицу. Время от времени он спрашивал ее, о чем она думает. Сеанс окончился, но никаких других слов не было произнесено. Снова я спросил молодого аналитика, нет ли у него еще каких-либо мыслей о том, что он еще мог бы сделать. Он пожал плечами. Я спросил его, выяснил ли он, что случилось с малышом. Он сказал, что пациентка ничего не сказала, а он не спрашивал. Последний сеанс, о котором он рассказывал, был последним сеансом пациентки на этой неделе, он не увидит ее до конца своей учебной сессии.

Я покачал головой с недоверием. Я спросил студента, неужели его самого не трогает, ему самому не любопытно, как состояние здоровья малыша. Я добавил, что, возможно, молчаливые слезы молодой женщины говорили о том, что она ощущала аналитика холодным, враждебным и безучастным по отношению к ней. Студент ответил, что я, возможно, прав, но он чувствует, что я чересчур эмоционален. Я закончил сеанс с ним, сказав, что я чувствую, что его эмоциональная безответственность сделает невозможным формирование рабочего альянса. Хотя он и мог чувствовать некоторое сочувствие к пациентке и показать ей это, в определенных пределах, он не будет способен анализировать ее. Я предсказал ему, что, даже если она вернется, я опасюсь, что лечение не будет осуществлено. Когда па-

циент так страдает, не только естественно, но и необходимо проявить сострадание.

На следующей неделе молодой аналитик рассказал, что пациентка пришла в понедельник утром и объявила, что она прекращает анализ. Когда он спросил ее, почему, она ответила, что он болен больше, чем она. Она оплатила счет и ушла. После паузы я спросил его, что случилось с ее ребенком. Молодой человек покраснел и со стыдом произнес, что он «забыл» спросить ее. Я использовал его забывчивость и то, что он покраснел, как возможность для того, чтобы продемонстрировать ему, что у него должны быть какие-то проблемы в этой области. Затем я предложил, что он, возможно, извлечет пользу из дальнейшего анализа. Молодой человек согласился с этим.

Эти клинические данные демонстрируют тот факт, что неприятная черта у аналитика может продуцировать реалистические реакции на него у пациента, что помешает успешному психоаналитическому лечению (см. второй том, где дано более полное обсуждение этой и родственных проблем). По моему мнению, поведение молодой пациентки было реалистичным и уместным. Это не отрицает того, что поведение аналитика также вызвало реакции переноса, но в данной ситуации это было второстепенно. Поведение аналитика было вредно для формирования рабочего альянса, потому что пациентка ощущала, что это поведение вызвано враждебной отстраненностью или страхом затруднительного положения, связанного с контрпереносом. Я утверждаю, что аналитику можно высказать некоторое соучастие к страданию пациента без того, чтобы это стало удовлетворением переноса. Например, он мог бы просто спросить пациентку: «Как ваш малыш? Что говорит доктор?» Только после этого анализ реакций пациентки стал бы возможен, и то только определенными дозами, которые были бы совместимы со способностью пациентки переносить дополнительную боль от анализа. Многие аналитики подчеркивают опасность чрезмерных и излишних фрустраций и деприваций (Гловер, 1955; Г. Бибринг, 1935).

Другой иллюстрацией этой же проблемы является подход аналитика к своей погрешности в технике, которая была замечена пациентом. Я знаю аналитиков, ко-

торые полагают, что неверно сознаваться пациенту в том, что они совершили ошибку. Они скрывают это за «аналитическим молчанием». Я знаю и других, которые не только признают свои промахи, но и обременяют своих пациентов исповедью бессознательных мотивов своего греха. Мне кажется авторитарным, нечестным и унижающим скрывать содеянный грех от пациента, который это осознает. Такое поведение аналитика будет провоцировать справедливое недоверие, которое может не поддастся анализу и привести к неподатливой покорности или разрушению лечения. Излияние бессознательных мотиваций аналитика в связи с погрешностью является карикатурой на честность. Аналитик имеет то преимущество, что он может использовать затруднение пациента для своего личного инстинктивного удовлетворения или своей потребности в наказании. Насколько же отличается такая реакция от прямого и искреннего признания ошибки и следующей за этим просьбы к пациенту описать его чувства и ассоциации на вашу ошибку и на ваше признание ошибки. Аналитическая ситуация неравная, потому что одна сторона в ней является слабой и беспомощной, в отличие от другой. Но она равна в том смысле, что оба, и пациент, и аналитик, имеют права человека, которые должны быть гарантированы.

Если бы пациент спросил меня, почему я сделал ошибку, я бы сначала спросил о его фантазиях, возникших в связи с этим, а затем объяснил, что причины моей ошибки относятся не к его анализу, а к моему. Я отвечаю таким же образом на все вопросы о моей личной жизни. Я спрашиваю об ассоциациях, а затем привожу причины, по которым я не отвечаю на них.

Аналитику для эффективной и успешной работы важно, чтобы его аналитические и терапевтические отношения строились на основе его реального отношения к пациенту. Как я утверждал в секциях 1.33 и 3.5 и буду обсуждать в части 4, аналитик не может работать аналитически, если не может колебаться между относительно беспристрастной аналитической позицией и более сложной терапевтической. Аналитик должен быть личностью, которая может сопереживать и сочувствовать, искренне и просто, но не теряя самообладания. Временами необходимо причинять боль, заставляя

– 258 –

пациента терпеть страдание. Однако психоаналитическое лечение не может проводиться в атмосфере неослабленной жестокости, ледяной отчужденности или длительного веселья. Аналитик должен совмещать в себе две противоположные позиции «анализатора данных» и лекаря больного и страдающего и в процессе анализа колебаться между ними.

Искренние чувства аналитика к пациенту должны содействовать его рабочему альянсу. Задача аналитика — сдерживать те свои ответы, которые могли бы причинить вред терапевтическому процессу. Это не означает, однако, что аналитик сознательно берет на себя роль, которая чужда ему. Просто необходимо постоянно помнить о том, что пациент — это не просто человек, поставляющий материал для анализа, но и страдающий невротик, только тогда аналитик сможет воспринимать пациента и как интерпретатор и как терапевт и как смешение того и другого. Реакции контрпереноса необходимо выявлять и сдерживать. Реалистичные и сильные реакции также необходимо сдерживать, а их природа может показывать, что с данным пациентом данный аналитик не может работать. Искусственные реакции будут необходимы аналитику временно, только до тех пор, пока он не установит искренние аналитические и терапевтические отношения. Если это достигается, то пациент получает возможность переживать и достигать инсайта посредством уникального вида объектных отношений, в котором многие формы любви и ненависти становятся конструктивными инструментами, а не просто возможностями для испытания удовольствия и боли.

Хотя пациент и аналитик развивают реакции переноса, рабочий альянс и реальные отношения друг к другу, их пропорции и частота проявлений различны. У пациента реакции переноса преобладают во время длительной средней фазы анализа. Реальные отношения находятся на переднем плане на ранней стадии и выступают снова в заключительной стадии (А. Фрейд, 1954, 1965). Рабочий альянс развивается ближе к концу вводной фазы, но интенсивность его колеблется вплоть до заключительной фазы.

Со стороны психоаналитика рабочий альянс должен преобладать с начала до конца. Контрпереносу следует всегда быть на заднем плане. Реальным отношениям —

– 259 –

предоставлять больше свободы действия только в заключительной фазе. Бывают случаи, однако, когда аналитику следует позволить своим реальным чувствам выразиться раньше. Ситуация молодого аналитика, приведенная выше, была одной из тех, где я бы открыто показал свое беспокойство о ребенке пациентки. Я не понимаю, как кто-то может позволить аналитику глубоко анализировать себя, если последний будет сохранять ледяную отстраненность в такой ситуации. Такие человеческие реакции аналитика являются необходимой предпосылкой для формирования рабочего альянса у пациента. Некоторые пациенты, возможно, предпочли бы компьютероподобного аналитика, но, в действительности, они таким образом пытаются избежать искренних психоаналитических переживаний.

Существуют пациенты, которые пытаются изолировать аналитика от реальной жизни и представляют себе, что он только и существует, что в своем офисе, и его эмоциональные ответы всегда хорошо контролируются и строго ограничены во времени. В таких случаях я нахожу полезным позволить себе продемонстрировать пациенту время от времени мое разочарование по поводу того, что он не делает прогресса, или увидеть, что события, происходящие в мире, действительно затрагивают меня. Я стараюсь ограничивать интенсивность своих реакций, но я не открываю дверь каждый день с тем же самым выражением лица и не заканчиваю сеанс, одинаково. Я не планирую такие вариации. Я позволяю самому себе быть гибким в этих вопросах. Я придерживаюсь того мнения, что важно демонстрировать некоторыми действиями и поведением, что аналитик — человеческое существо. Это включает и то, что временами заметна и некоторая его человеческая хрупкость. Книга Стоуна (1961) содержит много интересных замечаний по этому и другим вопросам.

Существует еще одна область, которая включает в себя необычное число недоговоренностей со стороны аналитика. Я имею в виду ту ситуацию, которая возникает, когда аналитик обнаруживает, что он и его пациент испытывают разногласия по основным вопросам политического или социального вопроса, который важен для каждого из них. Например, я знаю по опыту, что я не могу эффективно работать с некоторыми пациента-

– 260 –

ми, которые являются очень реакционными в своих политических или социальных взглядах. В таких ситуациях я советую открыто рассказать о своих чувствах такому пациенту, и как можно раньше. Я предлагаю ему считать себя свободным, чтобы поискать другого аналитика, если он находит, что моя точка зрения слишком смущает его. Если же мои собственные чувства по поводу этого вопроса очень сильны, а другие качества пациента не позволяют надеяться, что он мне понравится, я говорю пациенту, что я не способен работать с ним, и настаиваю на том, чтобы он нашел другого аналитика. Я также допускаю, что это мой недостаток, чтобы не травмировать пациента.

Можно сказать многое о реальных взаимоотношениях между пациентом и аналитиком. В части 4 будут затронуты дополнительные проблемы, а также даны дополнительные иллюстрации в тексте книги.

3.7. КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕАКЦИЙ ПЕРЕНОСА

Не существует такого способа классификации явлений переноса, который охватывал бы все его различные разновидности. Все зависит от того, как аналитик пытается разделить различные клинические формы переноса, он кончает либо несистематичной классификацией, при которой упущены многие важные клинические типы, либо в нее входят клинически значимые разновидности, но при этом имеются большие перекрытия. Меньшим злом является удовлетворение систематичности в пользу полноты. Я попытаюсь описать наиболее важные формы реакций переноса и классифицировать их или «навесить на них ярлыки» так, как было бы более полезно для клинического подхода.

Следует иметь в виду, что один метод классификации не исключает другой. Например, кто-то может описывать ситуацию, представляя позитивный перенос, и, с равной обоснованностью, тот же самый феномен как материнский перенос, и т. д. Другой момент: эти реакции переноса не будут дифференцироваться с той точки зрения, являются ли они спорадическими, временами реакциями переноса или они являются проявлениями невроза переноса. Такая дифференцировка уже давалась в тео-

ретической секции, и все категории реакций переноса следует понимать как существующие в обеих формах. В конечном счете необходимо помнить, что одновременно имеют место множество различных реакций переноса, точно так же, как они имеют место в объективных отношениях вообще. Теоретически можно описать различные слои, или иерархии, эмоций и защит, сосуществующих в любом данном взаимоотношении между людьми. В последующем описании типов реакций переноса я ограничусь обсуждением того, что преобладает, что является наиболее значимым клинически в данный период времени анализа.

3.71. ПОЗИТИВНЫЙ И НЕГАТИВНЫЙ ПЕРЕНОС

Хотя Фрейд (1913, 1912) очень рано осознал, что явления переноса амбивалентны по своей природе, он сохранил прежнее деление переноса на позитивный и негативный. Несмотря на все неопределенности и недостатки, эта форма классификации закрепилась, и сейчас это наиболее часто используемое обозначение среди практикующих аналитиков.

3.711. Позитивный перенос

Термин «позитивный перенос» является коротким названием для описания реакций переноса, которые состоят преимущественно из любви в любой ее форме или из любых ее предвестников или дериватов. Мы считаем, что позитивный перенос существует, когда пациент испытывает по отношению к аналитику какое-либо из следующих чувств: любовь, нежность, доверие, влюбленность, симпатию, интерес, увлечение, восхищение, безрассудную страсть, сильное душевное волнение, сильное желание или почтение. Несексуальные, неромантические, мягкие формы любви способствуют формированию рабочего альянса. Я здесь имею в виду чувства, близкие симпатии, доверию, уважению в особенности.

Другая важная форма позитивного переноса имеет место, когда пациент влюбляется в аналитика. Это регулярно случается при работе с пациентами противоположного пола, но я никогда не видел, чтобы это случа-

– 262 –

лось с пациентами того же самого пола, за исключением тех пациентов, которые являются открыто гомосексуальными. Эта любовь, возникающая в ходе анализа, имеет удивительное сходство с любовью в реальной жизни. Это случается так регулярно в анализе потому, что наши пациенты имели болезненные переживания в этом отношении в своей прошлой жизни. Эти чувства были репрессированы и проявились вновь в виде любви переноса во время анализа, в некоторой степени она более иррациональна и инфантильна в своих манифестациях, чем реальная любовь. Фрейд (1915a) останавливался на этом, и его углубленное и проницательное исследование этого вопроса заслуживает почтения.

Пациентка, влюбленная в своего аналитика, представляет собой разнообразие проблемы для техники. Во-первых, главной целью пациентки становится удовлетворение своих желаний, и она противится аналитической работе над этими эмоциями. Во время наиболее интенсивных фаз ее любви очень трудно, если вообще возможно, получить доступ к ее разумному Эго и установить рабочий альянс. Аналитику следует потерпеть и подождать, пока сильные эмоции ослабеют. Во-вторых, горячая любовь женщины-пациентки может вызвать чувства контрпереноса у аналитика. Это в особенности применимо к молодым, неопытным аналитикам и к аналитикам, несчастным в своей личной жизни. Бессознательным может оставаться искушение как-нибудь ответить на любовь леди либо удовлетворить ее в той или иной форме, или же стать грубым и сердитым с нею из-за того соблазна, который представляет ее любовь. Фрейд дал безошибочный, ясный совет по поводу этой ситуации (1915a, с. 163—171). Здесь не может быть компромисса. Аналитик не может допустить даже самого невинного, частичного эротического удовлетворения. Любое такое удовлетворение делает любовь пациентки относительно неанализируемой. Это отнюдь не означает, что аналитики должен вести себя бесчувственно и бессердечно. Аналитик может быть тактичным и чутким по отношению к пациентке и

ее состоянию и при этом продолжать заниматься своей задачей — анализированием. Возможно, ни в какое другое время аналитическое отношение сострадания, самообладания, гуманности не

– 263 –

является настолько необходимым. Позвольте мне проиллюстрировать это.

Молодая женщина, робкая и застенчивая, во время третьего месяца анализа начала выказывать безошибочные признаки того, что она влюблена в меня. В конце концов после нескольких дней борьбы со своими чувствами она со слезами призналась в своей любви. Она умоляет меня не лечить это ее состояние тем же самым аналитическим, холодным способом, как я лечил ее другие эмоции. Она просит меня не оставаться молчаливым и отчужденным. Я бы доставил ей удовольствие, сказав хоть что-нибудь — это так унижительно для нее — быть в таком положении. Она рыдала, всхлипывала и, наконец, замолчала. Через некоторое время я сказал: «Я знаю, это очень трудно для вас, но для нас важно, чтобы вы попытались выразить точно, что вы чувствуете». Пациентка помолчала мгновение, а затем сердито сказала: «Это нечестно, вы можете спрятаться за аналитической кушеткой, а я должна выставлять все. Я знаю, вы не любите меня, но скажите мне, хотя бы, если я нравлюсь вам; позвольте себе проявить некоторый интерес, скажите мне, что я не просто номер для вас — одиннадцатичасовая пациентка». Она плакала и всхлипывала и снова замолчала. Я тоже немного помолчал и сказал: «Верно, это, нечестно, аналитическая ситуация не равная; это ваша задача позволить вашим чувствам выйти, а моя работа — понять вас и проанализировать, что проявилось в них. Да, это нечестно».

Казалось, это мое замечание помогло пациентке. Она смогла потом выразить более полно свой гнев и чувство оскорбления. Следующие сеансы были смесью ненависти и любви, но она стала способна работать над этими реакциями. Я думаю, она могла услышать в моем тоне и в моих словах, что я осознаю болезненность ее затруднительного положения, и, хотя я и сочувствую ей, но я обязан выполнять свою аналитическую работу. Однако ее первое разочарование и ощущение отстранения из-за моего неудовлетворяющего, рабочего отношения вошли в клиническую картину, и с ними следовало работать. Важным моментом является избежать двойной опасности: фальшиво ободрить пациентку или причинить ненужную боль, которая будет толкать ее

– 264 –

подавлять свои чувства и бежать прочь в какой-то форме.

Любовь переноса пациента всегда становится источником сопротивления. Она может противостоять работе анализа из-за настойчивых требований пациента и его стремлений к немедленному удовлетворению. В этом случае аналитические сеансы становятся для пациента средством удовлетворения желания близости, и пациент теряет интерес к инсайту и пониманию. Дальнейшим осложнением становится то, что пациент будет обычно реагировать на вмешательства аналитика (или отсутствие вмешательств), чувствуя боль и отрицание, и по этим причинам будет сознательно отказываться работать. Пациентка, о которой рассказывалось выше, — пример подобного развития. Техническая задача состоит в том, чтобы обеспечить наиболее полное выражение каждого этапа развития любви пациента и в нужный момент начать работу над сопротивлениями пациента.

Позвольте мне вернуться к пациентке, о которой рассказывалось выше. После того, как я признал, что аналитическая ситуация, а моя работа состоит в том, чтобы анализировать ее, она попыталась продолжить выражение своих чувств любви по отношению ко мне. Но теперь нота гнева звучала в ее печальном, просящем, умоляющем тоне; я мог уловить полутона горечи; «Я знаю, вы правы, мне следует идти дальше, все равно, что вы чувствуете по поводу этого. Это так тяжело даже просто сказать о своей любви, умолять о ней, а в ответ получить только молчание. Но, в конце концов, вы, должно быть, используете это, я полагаю, это случается со всеми вашими пациентами. Хотела бы я знать, как вы выдерживаете это... но, в конце концов, вам платят за то, чтобы вы слушали».

Пациентка замолчала на некоторое время. Теперь ее глаза были сухи, широко открыты, ее рот был сжат, руки плотно прижаты крест-накрест к телу. Через некоторое время я сказал: «Теперь вы обижаетесь на то, как я ответил вам — пожалуйста, опишите это словами». Она сделала же это; сначала это был поток гневных чувств; затем снова прилив любви, и это повторялось несколько раз. Через несколько сеансов интенсивность этих чувств постепенно снизилась, и она стала готова работать. Теперь я мог сказать ей: «Давайте по-

пытаемся вместе понять, что случилось, давайте попытаемся понять, почему вы любите и как вы любите. Что вы нашли достойного любви во мне». Задавая этот последний вопрос, я предлагал себя пациентке в качестве модели, на которую она могла бы направить свои чувства любви. Как оказалось, это помогло в тот момент, и разумное. Это пациентки стало более устойчиво и доступно. Затем мы сумели установить рабочий альянс и вместе исследовать то, что происходило на предыдущем сеансе. Детали процедуры следующих шагов будут описаны в секции 3.9.

Другую техническую проблему представляют собой пациентки, склонные к софистике, которые спрашивают, обычно в начале анализа: «Доктор, входит ли в мои обязанности влюбляться в вас?» Следует сначала выяснить источник этого вопроса, как в случае других вопросов в анализе, и не отвечать немедленно. Но, в конце концов, бывает и так, что стоит ответить на это вопрос, так как, по моему мнению, пациент заслуживает некоторых знаний о том, что он «обязан» чувствовать. Лучшим ответом на такой вопрос я нахожу следующий, что пациент «обязан» делать то, что следует из правил свободной ассоциации, т. е. позволять своим мыслям и чувствам перемещаться свободно без цензуры и докладывать их так аккуратно, как пациент может думать и чувствовать. Не существует единой модели того, что пациент чувствует, ввиду того, что каждая индивидуальность уникальна. Не существует способа узнать, какие чувства собирается пережить любящая данная пациентка в любой данный момент в своих реакциях по отношению к своему аналитику.

Я сказал ранее, что, по моему опыту, романтический, влюбленный перенос имеет место только в случае, когда пациент и аналитик противоположного пола (за исключением явных гомосексуалистов). Это утверждение следует, однако, модифицировать. Мои пациенты — мужчины — будут часто во время своего анализа влюбляться в женщин, которых их фантазия связывает со мной, — в мою жену, дочь, коллегу, пациентку и т. д. Часто их любовь будет показывать, что существует связь со мной, которая является для них важным аспектом. Мои пациенты-мужчины также переживают сексуальные чувства по отношению ко мне — но обычно без любви. Или

же они будут переживать какой-то аспект любви, но одновременно с сеансом. Единственное исключение представляют собой сны, где мои мужчины-пациенты могут переживать и чувства любви по отношению ко мне, особенно, если я переодет каким-то образом.

Идеализация — другая разновидность позитивного переноса, которая имеет место у пациентов обоих полов (Гринсон, 1966а). Иногда это превращается в возвращение поклонению герою их латентной фазы. Идеализация особенно часта у пациентов, которые потеряли родителей в результате развода или смерти. По моему опыту, идеализация является попыткой предохранить аналитика ко всем фиксированным и неизменяемым реакциям переноса; ригидность показывает, что эмоции и импульсы противоположной природы сдерживаются. Отношение поклонения скрывает репрессированное отвращение, которое прикрывает примитивную ненависть. Поверхностная зависть является ширмой для презрения, которое, в свою очередь, скрывает более регрессивную зависть.

Все явления переноса являются амбивалентными, потому что природа объектного отношения, которое переносится, является более или менее инфантильной, а все инфантильные объектные реакции являются амбивалентными. Однако с амбивалентностью в каждом конкретном случае следует обращаться по-разному, более того, у одного и того же пациента существуют различные виды амбивалентности. Например, можно наблюдать, что определенная пациентка манифестирует преобладание чувства любви и восхищения по отношению к своему аналитику, но при этом могут быть найдены отдельные моменты сарказма или раздражения, распыленные в ее позитивных рамках. Или же пациентка будет проходить через периодические колебания отношения к аналитику: так, в течение нескольких недель ее чувства будут почти исключительно теплыми и любовными, а затем, в последующий период, сменятся заметной враждебностью и раздраженностью.

Более трудной для распознавания является та ситуация, в которой пациент переносит один из аспектов амбивалентности на другой объект, часто на другого аналитика или терапевта (Гринарке, 1966). Тогда пациент обычно сохраняет позитивные чувства для своего соб-

ственного аналитика и перемещает негативные чувства на других аналитиков. Обратное также имеет место. Этот тип раскалывания переноса сильно превалирует у депрессивных невротиков и также среди кандидатов в психоаналитики. Аналитической задачей является в первую очередь осознать, что амбивалентность проявляется в виде раскалывания, и продемонстрировать это пациенту. Иногда этот инсайт достаточен для того, чтобы привести к изменению. Часто, однако, несмотря на осознание, это не влияет на ситуацию переноса. Это означает, что раскол служит важным защитным целям, и функции сопротивления раскола становятся объектом нашей аналитической работы.

Хороший пример такой ситуации представляет собой случай кандидата, которого я долгое время анализировал. В течение длительного периода времени он манифестировал устойчивый положительный перенос ко мне. Он утверждал, что уважал меня и восхищался мною и, несмотря на мои случайные ляпсусы, был всегда необычно понятлив и благожелателен по отношению ко мне. С другой стороны, он был чрезвычайно критичен по отношению к каждой оплошности, которую наблюдал или думал, что наблюдал у любого другого практикующего аналитика. Я указывал ему на это чрезвычайно пристрастное поведение, но пациент упорно отстаивал справедливость своих реакций. Однако я настаивал на интерпретации этой части поведения как сопротивления тому, чтобы открыто проявить свою враждебность по отношению ко мне, и в течение длительного периода времени не давал ему никакой другой интерпретации этого. В конце концов, кандидат не мог больше отвращать свои враждебные чувства. Он разразился гневом и обвинил меня в том, что я такой же, как все остальные практикующие аналитики, догматичный, подавляющий и безрассудный. Он был сильно удивлен своей собственной вспышкой и интенсивностью чувств, которые прорвались наружу. Только тогда он был способен осознать, что в течение ряда лет бессознательно защищал меня от своих агрессивных чувств и перемещал их на других практикующих аналитиков. Только тогда он стал способен осознать, что в его чувствах к отцу был сходный раскол; он поддерживал сознательную идеализацию отца и одновременно постоянно во-

инственно и даже драчливо относится ко всем авторитетным фигурам своего окружения.

Позитивный перенос может переживаться на всех или на каком-то одном уровне либидозного развития. Более детально это будет описано в секции 3.73. Здесь я хотел бы лишь обрисовать картину позитивных и негативных реакций переноса. Аналитик может «стать» нежной, любящей, дающей молоко матерью или жестокой, отталкивающей, дающей плохое молоко или вовсе не дающей молока матерью. Такие реакции присутствуют у пациентов обоих полов. Когда это происходит, на интерпретации реагируют как на хорошую или плохую пищу, а молчание ощущается как остановление или, напротив, как блаженное единение. Пациент может стать пассивным или зависимым, или капризно жалующимся на то, что не стоит внимания. В этот период также могут иметь место депрессивные, ипохондрические и напоминающие параноидные реакции.

Аналитик может стать добрым, всепоглощающим родителем анальной фазы, и обильные свободные ассоциации пациента становятся фекальными подношениями, которые щедро преподносятся в дар. Негативная сторона этой картины проявляется в том, что аналитик становится строгим, суровым потребителем содержаний пациента, тем, кто хочет отобрать ценную собственность пациента. В таких условиях пациент может стать упрямым, дерзким, утаивающим что-то. Или же это может проецироваться на аналитика, который может ощущаться как упрямый, полный ненависти и утаивающий что-то. Аналитик может стать эдиповой фигурой, ревниво и инцестуозно любимой, сопровождаемой виной и тревогой. Можно также наблюдать любовь — поклонение герою из латента и страстную влюбленность, как в отрочестве. В каждом случае аналитику следует иметь в виду тот факт, что эта любовь имеет потенциальный негативный аспект, который должен сосуществовать и который должен быть в конце концов вынесен на свет.

Сексуальные компоненты позитивного переноса заслуживают специального упоминания, потому что они часто являются источником наиболее интенсивных и упорных сопротивлений. Пациенты склонны признавать свои эмоциональные реакции к аналитику, но неохотно осознают чувственные аспекты своих ощущений. Более

того, весь позитивный перенос, за исключением сублимированных, десекуальных чувств, будет сопровождаться какими-то либидозными устремлениями, а это означает, что зоны тела, инстинктивные цели и ощущения тела переплетены. Задачей анализа и является прояснить эти различные элементы и выявить фантазии, перепутанные с этими ощущениями и действиями. Очень часто сновидение будет представлять собой наиболее короткую дорогу к скрытым сексуальным стремлениям.

Пациент-мужчина, мистер З.* во время своего второго года анализа борется со своими гомосексуальными желаниями и страхами и имеет следующее сновидение: «Я еду на грузовике вниз по гигантскому горному склону. Я сижу на заднем сиденье, а грузовиком управляет человек, который, кажется, является лидером каравана. Мы делаем остановку и, помогая мне спуститься, он втыкает свой язык в мое ухо»**. Ассоциация пациента к этому, после того, как он преодолел некоторые сопротивления, показала мне, что заднее сиденье грузовика и гигантский склон горы означает ягодицы и анус большого мужчины. Я отметил ему это, что привело к ассоциациям, касающимся того, как он видел своего отца обнаженным в ванной, будучи маленьким мальчиком. Язык в ухе напомнил ему сначала о щекотании, когда они играли с младшим братом. Затем, однако, он осознал, что несколькими днями раньше сердито обвинял меня в том, что я «запихиваю» ему в уши свои интерпретации. Медленно я стал способен показать пациенту, что у него были страхи, но и желания, что я бы запихнул его в его «Р-ие». Это было Производное пассивного и мазохистического анального удовольствия, которое он пережил от клизмы, которую ему ставил отец.

Следует помнить, что в переносе переживаются не только реальные события, но и фантазии прошлого. Очень часто сексуальные реакции переноса являются повторениями фантазий пациента, пережитых по отношению к родителям (Фрейд, 1914а, ст. 17-181). Последний клинический пример иллюстрирует повторение реального переживания. Позвольте мне привести пример фантазии, которая была вновь пережита тем же пациентом, мистером З.

* См. секции 2.52, 2.54, 2.71 и 3.531.

** Прим. перев. Игра слов «рис» — задний, зад «ие» — ухо.

Я отмечал в секции 2.52, что у этого пациента были навязчивые фантазии о повешении. Он мог представлять себе все это чрезвычайно живо, с деталями, вплоть до ощущения, что его шея сломалась, и по его телу распространились электрические ощущения, и окоченение поползло по нему. В один из моментов анализа я стал вешателем, он представлял, как я надеваю на его шею петлю, и он видел меня, выталкивающего люк у него из под ног, что вызвало его падение, его стряхнуло из-за того, что оборвалась веревка, обвитая вокруг его шеи. Я был именно тем, кто отвечал за все эти чувства и ощущения разрыва, разламывания, встряхивания, электрического покалывания и окоченения. Вешатель был одет в балахон с капюшоном и, на первый взгляд, выглядел, как я; когда же снял маску, он превратился в его отца. Навязчивая фантазия была возвращением фантазии его школьных лет, его мазохистской разработкой и разрядкой пассивных и назойливых желаний по отношению к отцу. Это было также проекцией садистских фантазий по отношению к отцу. В процессе повешения мною, т. е. его отцом, отразилась его частичная идентификация с отцом, в которой его отец делал с ним то, что он, будучи мальчиком, хотел сделать со своим отцом, а также то, что он хотел, чтобы его отец делал с ним (Фрейд, 1919б). Момент, на котором я хочу здесь сделать ударение, заключается в том, что пациент переживает вновь фантазии своей прошлой жизни в переносе.

У различных пациентов может отвращаться тот или другой аспект позитивных чувств переноса, потому что он ощущается как опасный. У мужчин такое отношение возникает обычно к гомосексуальным импульсам, что приводит к формированию сильных защит. Фрейд (1937а, с. 250) утверждал, что они относятся к наиболее упорным сопротивлениям, встречаемым в анализе. Но и другие чувства могут также ощущаться как опасные. Некоторые пациенты страшатся романтических эротических чувств и развивают защиты против них. Их анализ может характеризоваться упорностью, продолжительностью «разумного» переноса или они могут впадать в поверхностную, но хроническую

враждебность или сарказм как защиту и сопротивление. Длительное отсутствие позитивного переноса является обычно ре-

– 271 –

зультатом действия защиты и будет описано более полно под названием защитного переноса (секция 3.82).

Не следует забывать, что сама атмосфера анализа может также вызвать длительные негативные реакции, которые не являются просто реакциями переноса. Тогда мы сталкиваемся с двумя проблемами: контрпереносом аналитика и мазохистичностью пациента, который примирился со всем этим.

Позитивные реакции переноса будут продуцировать сильное сопротивление в анализе, когда они являются Эго-синтоничными. Первые шаги анализа после того, как реакции переноса осознаны пациентом, состоят в том, чтобы сделать их чуждыми Эго. Задача состоит в том, чтобы дать разумному Эго осознать, что его реакции переноса являются нереалистичными, основываются на фантазии и имеют какой-то скрытый мотив. Тогда пациент будет более охотно работать над своими чувствами, пытаться исследовать их с целью проследить их назад, в прошлое.

Эго-дистоничные позитивные реакции переноса, однако, могут также вызвать сопротивление. Пациенты могут чувствовать смущение или стыд за свои любовные или сексуальные чувства. Или они могут страшиться неприятия и унижения и могут, следовательно, скрывать свои эмоции. Во всех таких случаях сопротивления будут уходить на задний план, который нужно будет раскрыть в первую очередь и анализировать до того, как аналитик сможет анализировать либидозные реакции переноса. Следует сначала анализировать смущение пациента или его страх неприятия для того, чтобы затем можно было успешно анализировать другие аспекты переноса. Это будет рассматриваться в секции 3.82.

3.712. Негативный перенос

Термин «негативный перенос» используется для обозначения чувств переноса, которые основаны на ненависти в любой из ее многочисленных форм, ее предшественников и ее дериватов. Негативный перенос может быть выражен как ненависть, гнев, враждебность, недоверие, отвращение, антипатия, нелюбовь, негодование, горечь, зависть, неприязнь, презрение, раздражение и

– 272 –

т. д. Это всегда присутствует в анализе, хотя часто его гораздо труднее раскрыть, чем проявления позитивного переноса. Не только пациент защищает себя, от осознания негативного переноса, но и аналитик сам бессознательно «подыгрывает» этому сопротивлению. По моему опыту и опыту других аналитиков, неудовлетворительно проанализированный негативный перенос является наиболее частой причиной того, что анализ заходит в тупик (Фрейд, 1937а, pp. 241—247; Гловер, 1955; Х. Нахт, 1954; Хаак, 1957).

Многое из того, что было описано в дискуссии по позитивному переносу, имеет отношение и к негативному. Эти моменты не будут повторяться здесь. Наиболее важные различия сосредоточены в различных видах сопротивлений, вызываемых негативным переносом.

Если рабочий альянс, несексуальная симпатия, доверие и уважение к аналитику делают пациента способным более охотно отваживаться на новые инсайты, то негативный перенос вызывает хроническое, глубоко лежащее недоверие, которое может сделать всю аналитическую процедуру болезненной и в конце концов сделать из нее то, от чего нужно избавиться. Если пациент способен вынести этот вид негативного переноса, не поддаваясь импульсу прервать анализ, мы можем увидеть, как возникают хронические неявные, мазохистские реакции переноса. Пациент переносит суровости аналитической работы для того, чтобы, пройдя через них, покончить с ними. Обоюдный рабочий альянс не дает приятного чувства закономерности или удовлетворения. Пациент подчиняется анализу потому, что он не способен прервать лечение, но, приходя на сеансы, он избегает этого кризиса; это избегание является действием вопреки сопротивлению анализу путем посещения аналитических сеансов. Весь анализ может стать чем-то таким, что можно перенести, потому что это меньшее зло по сравнению с реальным невротическим страданием.

Такие пациенты могут работать хорошо и даже эффективно в течение длительного периода времени, но раньше или позже должно быть осознано, по отношению к чему этот вид переноса является сопротивлением. Это либо неявная, латентная, параноидноподобная защита, либо скрытое мазохистское наслаждение, либо защита против позитивного переноса, либо же это ком-

– 273 –

бинация всех этих трех компонентов. Это может также быть ответом на некоторые неосознанные негативные чувства аналитика, реалистические или связанные с контрпереносом. У анализируемых невротических пациентов мазохизм и защита против чувств любви являются преобладающими, хотя небольшие параноидные элементы также могут присутствовать.

Я однажды лечил такую пациентку, женщину 35 лет, коммунистку. Она работала упорно, с горечью в своем анализе под влиянием смиренного подозрительного рабочего альянса. На поверхности лежало то, что я не был коммунистом, а принадлежал к среднему классу. Тем не менее, я был для нее наилучшей возможностью избавиться от более непереносимого фобически-компульсивного невроза. На более глубоком уровне она наслаждалась тем мазохистским страданием, через которое, как она фантазировала, я ее провожу. Ниже лежал ее еще более сильный страх влюбиться в меня, т. е. отдаться мне на милость, что действительно сделало бы ее уязвимой. И на дне всего этого был страх своей примитивной ненависти и разрушительности; которые, она чувствовала, уничтожат нас обоих, если она полюбит и будет отвергнута. Этот, в сущности, негативный смиренный перенос был, тем не менее, относительно продуктивным в течение долгого времени, хотя и гораздо менее, чем был бы обычный рабочий альянс. Потребовалось два с половиной года, чтобы тщательно проработать ее мазохистский перенос, что, будучи однажды достигнуто, ускорило дальнейший анализ.

Затем возникли осложнения. Пациентка снова стала чрезвычайно сильно сопротивляться, и вернулось ее острое отношение недоверия. Это превращение было вызвано тем фактором, что она и ее коммунистическая группа обдумывала какую-то форму саботажа, а поскольку мы теперь были вовлечены во вторую мировую войну, она не могла рассказать мне этого. Она хотела знать, что бы я сделал, если бы она рассказала мне детали. Я сказал ей совершенно просто, что чувствую, что не могу анализировать ее в таких условиях, поскольку мне следует выполнить свой долг по отношению к ней как к своей пациентке и свою лояльность по отношению к своей стране и т. д. Она, казалось, была удивлена моим ответом, потому что сказала, что это

– 274 –

кажется совершенно честно, тогда как в случае любого другого ответа у нее были бы сомнения. Но у меня было такое впечатление, что ее старое недоверие никогда не оставляло ее, и наша работа снова замедлилась. Мой призыв на военную службу, последовавший вскоре, сделал для меня необходимым передать ее другому аналитику, что, возможно, было наилучшим решением для нас обоих.

Проявление временного негативного переноса в раннем анализе ставит больше проблем, чем ранняя временная любовь переноса. Враждебность и раздражительность в раннем анализе, до того как будет установлен реальный рабочий альянс, искушает пациента действовать вовне и порывать с анализом. Ранним негативным переносом, следовательно, следует энергично заниматься для того, чтобы предупредить такое развитие. Это при работе с позитивным переносом можно позволить себе быть более пассивным.

Однако, когда рабочий альянс уже установлен, проявление негативного переноса может быть важным признаком прогресса. Переживание вновь враждебности и ненависти к фигурам раннего детства в переносе является наиболее продуктивной фазой аналитической работы при условии, что существует хороший рабочий альянс. Я полагаю, что такое развитие является необходимой фазой каждого успеха анализа. Отсутствие негативного переноса или его проявление лишь во временных и спорадических реакциях является признаком несовершенного анализа. Наше более углубленное знание о раннем детстве показывает, что интенсивные и продолжительные реакции ненависти по отношению к аналитику должны появляться и анализироваться до того, как можно будет думать о завершении анализа.

Фрейд (1937а) в своей работе «Анализ конечный и бесконечный» поднимает вопрос о том, должен ли аналитик возбуждать скрытые незаметные конфликты пациента. Он чувствовал, что аналитик не

имеет права претендовать на такую глубоко проникающую роль, не имеет права манипулировать персоналом. Хотя я симпатизирую общему отношению Фрейда, я не согласен с его оценкой данного клинического материала. Мне кажется, что он не мог в то время достаточно осознать важность негативного переноса. Анализ ненависти в пе-

– 275 –

реносе настолько же важен, как и анализ любви в переносе. Я согласен, что в компетенцию аналитика не входит «внедрение» и манипулирование, но, благодаря открытию Фрейдом важности агрессивных инстинктов, многие аналитики пришли к заключению, что необходимо проанализировать этот аспект переноса, прежде чем прерывать анализ. Несмотря на мои оговорки в отношении работ Мелани Клейн и ее последователей, я должен сказать, что именно они сделали ударение на этом моменте. Бесконечные анализы, негативные терапевтические реакции являются, по моему опыту, неизменными примерами неудачи при анализе ненависти в переносе.

Негативный перенос также важен и в других отношениях. Он часто используется для целей защиты — как сопротивление против позитивного переноса. Многие пациенты, особенно пациенты того же пола, что и аналитик, упорствуют в своих враждебных чувствах, потому что они используют их как защиту против своей любви, т. е. своих гомосексуальных чувств. Многие мои пациенты — мужчины, бывало, возмущались и сердились на меня, потому что они чувствовали себя более комфортно при всем своем негодовании, чем при любви ко мне. Отвращение и омертвление в их реакциях ко мне являются защитами, реактивными формациями против оральных, им интроективных импульсов. Отсутствие явного негативного переноса следует расценивать как защиту и сопротивление. В гладко протекающем анализе негативный перенос, в сущности, должен играть заметную роль. Одним из осложняющих факторов является вероятность того, что контрперенос аналитика вовлечен в предотвращение развития или осознания некоторых форм ненависти. Либо аналитик ведет себя таким образом, что пациенту трудно выразить свою враждебность, либо же оба, и аналитик и пациент, как бы сговариваются смотреть на это сквозь пальцы. Иногда пациенты прикрывают свою враждебность юмором или поддразниванием, или сарказмом и так избегают того, чтобы ее заметили. Но более важным является раскалывание переноса. Пациенты будут находить какой-то заменитель аналитика — другого аналитика или терапевта, или фигуру родителя, по отношению к которому они будут выражать большую враждебность. Следует осознать,

– 276 –

что эта ненависть перемещена с личности аналитика с защитными целями.

Использование вспомогательных объектов переноса очень часто имеет место при наличии негативного переноса, гораздо чаще, чем в случае позитивного. Несмотря на то, что аналитик осознает защитно-сопротивленческую функцию этого маневра, может оказаться невозможным направить чувства переноса непосредственно на личность аналитика. Некоторые пациенты будут упорно поддерживать этот раскол переноса, как будто отказ от этого механизма представляет собой большую опасность. Мой собственный клинический опыт, как мне кажется, показывает, что такое положение дел, вероятнее всего, имеет место, когда пациент потерял одного из родителей в раннем детстве. При неврозе переноса также пациенты более склонны раскалывать свою ненависть и направлять ее на вспомогательные объекты переноса для того, чтобы предохранить аналитика от своей ненависти. Хотя я обычно и работаю очень энергично над преодолением этого сопротивления, временами я чувствую, что добился лишь частичного успеха. Одна из моих пациенток, женщина, отец которой бросил семью, когда ей было два года, переместила свою ненависть к мужчинам на нескольких родственников по отцовской линии, находящихся вне анализа, и только случайно почувствовала ненависть, направленную непосредственно на меня. То же верно и в отношении ее матери. У меня есть сходный опыт с другими пациентами с такого рода биографическими данными.

Упорный позитивный перенос всегда показывает, что негативный перенос скрыт, а не отсутствует. Аналитик должен раскрыть это и попытаться сделать возможным для пациента почувствовать его непосредственно по отношению к себе. Это означает, что в идеале в каждом анализе пациенту следует пережить различные разновидности ненависти со всех либидозных уровней по отношению к аналитику. Более того, ранняя примитивная ненависть к матери должна быть пережита при глубоком анализе.

Еще один аспект негативного переноса заслуживает внимания. Страх перед аналитиком проявляется в форме страха его критицизма или глубоко спрятанного недоверия, следует расценивать как производные его агрес-

– 277 –

сии и враждебности. Здесь снова последователи Клейн отметили, что реакции тревоги являются, в сущности, дериватом агрессивных импульсов, и, хотя я, как правило, не соглашаюсь с их фантастическими и сложными конструкциями, тем не менее, мой собственный клинический опыт подтверждает, что они правы в важной формулировке: страх аналитика является, в конце концов, производным проективной враждебности.

3.72. РЕАКЦИИ ПЕРЕНОСА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Другим методом классификации отдельных типов переноса является классификация их в соответствии с объектным отношением раннего детства, которым они обязаны своим происхождением. Следовательно, мы можем говорить об отцовском переносе, о материнском переносе, переносе, в основе которого лежала фиксация на брата и т. д. Такие названия переноса подчеркивают, что реакции переноса преимущественно детерминированы бессознательными чувствами по отношению к отцу, матери и т. д. Во время курса анализа объектные представления, определяющие реакцию переноса, будут подвергаться изменениям по мере прогресса аналитической работы. Например, пациент может начать анализ с преобладающим отцовским переносом, который может медленно измениться на материнский перенос.

Природа нижележащего объекта, выступающего в реакциях переноса, определена главным образом жизненным опытом пациента (Фрейд, 1912а, с. 100). Пациент будет осуществлять перенос в соответствии со своими ранними репрессивными влечениями по отношению к членам семьи. Однако по мере того, как репрессированное становится приемлемым для осознания, эти влечения меняются, природа реакций переноса будет меняться. Например, в начале анализа у пациента будет превалировать отцовский перенос, который может затем перейти в материнский перенос. При этом личность аналитика также влияет на природу фигуры переноса. Это особенно верно в отношении реакции переноса в раннем анализе (Фрейд, 1954а, с. 618). Большинство моих пациентов, как я обнаружил, реагируют на меня как на фигуру отца в своих ранних реакциях переноса и в первой

– 278 –

фазе их невроза переноса. Позже мой пол и личность становятся менее решающими. Однако личные качества аналитика действительно играют решающую роль для некоторых пациентов, которые испытывают затруднения в том, чтобы позволить себе полностью регрессировать в ситуации переноса. Они, как правило, находят дополнительные объекты переноса вне анализа для того, чтобы вновь пережить репрессированное далекое прошлое. В конечном счете, при успешном анализе аналитик должен стать обеими родительскими фигурами, и отцом и матерью одновременно.

Можно дополнить название отцовского и материнского переносов, указав являются они позитивными или негативными. Важно помнить, что различные реакции переноса сосуществуют бок о бок, частью более сознательно, частью — менее, сильнее или слабее. Вопрос состоит в том, что преобладает, что является побуждающим, ведущим к разрядке, и в знании того, что противоположное должно в какой-то степени присутствовать тоже, хотя оно может быть скрыто в данный момент.

Например, во время аналитического сеанса пациент выражает признательность за то, что имеет возможность прийти на сеанс, потому что уик-энд был ужасен. За выражением признательности я могу услышать нотку обиды. Пациент продолжает рассказывать, высказывая некоторые элементы враждебности и страха по отношению к своему начальству по работе. Они кажутся такими внушительными, а он чувствует себя таким незначительным. Молчание. Затем он описал свое разочарование младшим сыном, который кажется таким робким и заторможенным при играх с другими детьми. Он хотел бы знать, не будет ли ребенку лучше в другой школе. Молчание. Он восхищается той

работой, которую мы проделали над его сновидением на прошлом сеансе; это было интересно, хотя, кажется, никак не может помочь ему. Он слышал, что некоторые люди считают, что быть анализирующим значит подвергаться пытке, он, несомненно, не сказал бы этого в отношении себя. Ему посчастливилось иметь чудесного аналитика. Он стремится на аналитический сеанс... пауза... «большую часть времени... это так».

Я думаю, что, просмотрев аналитический материал этого фрагмента сеанса, можно уловить борьбу пациен-

– 279 –

та с негативным отцовским переносом. На поверхности видны позитивные чувства, его признательность за то, что он может прийти, его восхищение интерпретацией сновидения на прошлом сеансе, его утешение тем, что анализ вовсе не пытка, его везением и т. д. Но во всем этом можно увидеть безошибочные признаки его негативного отцовского переноса и его страха из-за него: его ужасный уик-энд и подразумевающийся в этом укор, его страх и трепет перед своим начальством, его разочарование своим сыном, возможность смены школы, отсутствие улучшения у него, его уклончивая манера разговора. Несмотря на присутствие определенных признаков позитивного отцовского переноса, нам следовало бы сказать, что этот аналитический фрагмент появления негативного отцовского переноса, и, особенно, страха пациента перед ним.

По моему клиническому опыту, мужчины-пациенты имеют особенно сильные сопротивления при переживании по отношению ко мне своей ранней орально-садистской ненависти к матери. С другой стороны, мои женщины-пациентки, казалось, имели необычные трудности при разрешении своих сопротивлений в связи с переживанием по отношению ко мне чувств к любимой, дающей молоко материнской фигуре. В своей работе «Анализ конечный и бесконечный» Фрейд утверждал, что наиболее трудным аспектом для анализа у мужчин является их страх пассивного гомосексуального отношения к мужчинам, а у женщин — их зависть к пенису. Мой собственный клинический опыт привел меня к другому заключению. Наиболее трудным у мужчин является примитивная ненависть к матери; а у женщин — примитивная любовь к матери.

Здесь мне следует остановиться на том факте, что рабочий альянс состоит из смеси бессознательных материнских и отцовских компонентов. Аналитик как лечащая фигура является, с одной стороны, няней, которая обслуживает примитивные и интимные нужды относительно беспомощного пациента, а, с другой стороны — отцом, который не боится встать лицом к лицу с опасностями, которые ужасают пациента и остальных людей из его окружения (Стоун, 1961, с. 118—120).

– 280 –

3.73. РЕАКЦИИ ПЕРЕНОСА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЛИБИДОЗНЫХ ФАЗ

Иногда полезно описывать реакции переноса по отношению к особой либидозной фазе, от которой она произошла (А. Фрейд, 1936, с. 18—19). Это означает, что мы можем распределить по категориям реакции пациента на его аналитика с точки зрения его инстинктивных целей, инстинктивных зон и тревог, отношений и ценностей в соответствии с этими инстинктивными компонентами.

Например, пациент, который реагирует на каждую фразу аналитика так, будто это его пища, а на молчание, как на то, что его бросили; который жадно впитывает каждое слово, который ненасытен и который страшится отделения, очевидно, реагирует на оральном, интроективном уровне. Чувство любви или ненависти пациента, доверия или недоверия будет определять то, как будет ощущаться этот оральный материнский перенос: как позитивный или как негативный.

Одна из моих пациенток, бывало, слушала мой рассказ с закрытыми глазами и восторженным выражением лица. Для меня стало ясно, что она слушает не мои слова, а звук моего голоса. Когда я стал исследовать этот момент, она, в конце концов, рассказала, что звук моего голоса напоминает ей запах кофе, который готовили по утрам на кухне, пока она, маленькая девочка, дремала в постели.

Аналогично, на анализ могут реагировать, как на туалетную ситуацию, тогда пациент будет чувствовать себя обязанным продуцировать или отвечать на вопросы; его ассоциации будут являться драгоценным материалом для того, чтобы им делиться или его запастись, или «вонючей продукцией»,

расплесканной в гневе или скрытой для предохранения. В этой фазе пациент может реагировать на интерпретацию аналитика как на клизму, болезненное внедрение, или как на доставляющее удовольствие побуждение. Ясно, что пациент переносит на аналитика и аналитическую ситуацию переживания анальной фазы. Можно ожидать увидеть, в дополнение к сказанному выше, элементы тревоги по поводу контроля и автономии, по поводу стыда, чувства злобы, упрямства, покорности, подчиненности, чисто-

– 281 –

плотности, скупости и т. д. Изоляция является возможным преобладающим механизмом защиты в это время.

Фаллоическая фаза, когда она вновь переживается по отношению к аналитику и аналитической ситуации, ведет к наиболее драматическим переживаниям переноса. Следует иметь в виду, что она может быть сильно защищена различными способами. Когда же будет преодолена защита, тогда инцестуозная любовь и кастрационный страх, ревнивое соперничество и желание смерти, страстное желание ребенка и пениса, возвращение эдиповых мастурбационных фантазий и ассоциированных чувств вины приведут к очень жизненным реакциям переноса.

Этот метод разделения на категории реакций переноса может быть применен для всех уровней либидозного развития. Для полноты картины читателю следует обратиться к основным работам по этому вопросу (Фрейд, 1005д; Абрахам, 1925, 1924; Феничел, 1945а; Эриксон, 1950; А. Фрейд, 1965).

3.74. РЕАКЦИИ ПЕРЕНОСА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СТРУКТУРЫ

Иногда можно лучше описать определенные реакции пациента на аналитика со структурной точки зрения — аналитик может стать образом Суперэго, Ид, Эго для пациента. В секции 3.411 уже ставился вопрос, являются ли такие реакции действительно реакциями переноса, согласно нашему определению. Но этот вопрос носит, скорее, академический характер, так как в клинике удобно считать их таковыми. В раннем анализе обычно можно наблюдать ситуацию, в которой аналитик представляет собой фигуру Суперэго для пациента. Эта ситуация может быть мимолетной или длительной, носить мягкий или интенсивный характер. Когда аналитик отождествляется с функциями Суперэго, он воспринимается, в первую очередь, как нечто критичное, враждебное, отрицающее и негативное. Это находится в согласии с нашими теоретическими воззрениями о катептировании Суперэго энергиями агрессивных тенденций (Хартманн, Крис и Лоевенштейн, 1946, с. 30—35). Школа Клейн считает, что интроекция и проекция аналитика в Суперэго пациента являются основными явлениями в

– 282 –

любом анализе. Центром Суперэго, по их мнению, является материнское кормление грудью, как плохое, так и хорошее (Клейн, 1952, с. 434).

Однако клинический материал, как кажется, позволяет использовать различные интерпретации, основанные на истории пациента и на том развивающемся уровне, который вновь переживается в данной аналитической ситуации. Когда аналитик становится образом Суперэго, он всегда насыщается враждебными импульсами, отношениями и фантазиями. В дополнение к тем нормативным фигурам, которые существовали в прошлом пациента, добавляется еще фигура аналитика, на которую направлена собственная враждебность пациента. Более того, враждебность пациента к аналитику может также проецироваться на этот образ Суперэго. Но все это меняется в курсе анализа, и следует быть внимательным, чтобы избежать стереотипных интерпретаций.

Позвольте мне привести клинический пример. Средних лет мужчина обратился ко мне по поводу компульсивно-обсессивных ригидных черт характера и нижележащей невротической депрессии. В ранней стадии анализа он постоянно осознавал, что я неодобрительно отношусь к его способу работы. Он обычно ассоциировал это со своим требовательным отцом, каковым тот был в период его школьного обучения. Постепенно стало ясно, что его отец вовсе не был таким неодобрительным и критичным, каким, по мнению пациента, являюсь я. Тогда я интерпретировал это как то, что его собственная враждебность к отцу была перенесена на меня. Я был наделен враждебностью из двух источников: из воспоминания пациента о своем неодобряющем отце, перемещенном на меня, и от раздражения

пациента на самого себя, которое он проецировал на меня. Еще позже мы определили третий источник враждебности.

Он чувствовал презрение ко мне; я был не истинным ученым, а материалистом и сексуалистом. Моя манера речи, манера одеваться, то, что он знал обо мне, привели его к убеждению, что я этакий «загребала», живущий в роскоши, «Том Джонс» психоанализа. Анализ этих чувств показал, во-первых, что за этим презрением скрывается зависть. Он завидовал мне и проецировал презрение на меня. Он полагал, что я презираю мораль его среднего класса. По мере того, как

– 283 –

происходили изменения у пациента, менялось и это отношение. Пациент позволил себе пережить фрустрацию в сексуальной жизни и вступил в любовные аферы — отыгрывание во сне. Сначала он чувствовал, что я не одобряю его поведение, но это его не волновало. Он устал быть ханжой. Он хотел получить свою законную долю удовольствий, а если это мне не нравится, то «черт с вами, доктор». «Я устал от этой своей безупречности, в самом деле, я ненавижу ее так, как, бывало, ненавидел вас, тех мужчин, которые наслаждаются жизнью! Как волокита я более приятен, чем как педант. Даже более приятен для моих жены и детей. Теперь я не боюсь, что вы отберете у меня это, я одержу победу над вами в этом. И предупреждаю вас, я в ужасном гневе, и нет такого чертова психоаналитика, который помешал бы мне в моих удовольствиях».

Я полагаю, что этот клинический пример иллюстрирует множество перемещений и изменений, которые имеют место у пациента, при рассмотрении того положения, которое занимает фигура аналитика в Суперэго, и на то, что перемещается и проецируется на него. Вначале я являюсь перемещением его антиинстинктуализированного отца. Затем я являюсь проекцией враждебности к себе самому. Затем я становлюсь презираемым инстинктуализированным отцом, «Томом Джонсоном» психоанализа, которому он, в действительности, завидует. В этот момент происходит изменение у пациента, и его Суперэго позволяет ему самому стать более инстинктуализированным. Его новое Суперэго ненавидит его старое «Я» (англ. — «селф» — примечание переводчика), но его старый антиинстинктуализированный компонент перемещается обратно на меня; он боится, что я буду мешать ему. Однако теперь он чувствует, что победит меня в данном вопросе.

Я считаю, что этот клинический пример показывает необходимость быть внимательным ко всем возможным изменениям, которые могут произойти во время аналитического процесса с точки зрения отношений между «Я» пациента, его Суперэго и аналитиком. Стереотипные интерпретации или ригидная, узкая точка зрения на эти вопросы будут ограничивать понимание аналитиком запутанных ситуаций.

Иногда в течение анализа можно наблюдать, как

– 284 –

пациент репроецирует свое Суперэго на аналитика и ведет себя так, будто у него оно отсутствует. Это может наблюдаться, когда пациент чувствует, что за ним плотно наблюдают, и утомляется во время рабочей недели, а затем слишком дает себе волю в различной инстинктивной деятельности во время уик-энда или других отлучек аналитика. Они регрессируют на тот уровень, где чувствуют страх по отношению к внешней фигуре вместо внутреннего чувства вины.

Другой аспект данной ситуации наблюдается, когда пациент регрессирует к ранним «пре-Суперэго» дням, когда большинство функций Суперэго выполнялись значимыми внешними родительскими фигурами. Когда это происходит, фигура «Суперэго» в переносе является всемогущей, суровой, агрессивной и деструктивной. Пациент перемещает и проецирует на аналитика враждебность, гнев и страх, которые он переживал по отношению к родительским фигурам: до того, как они были четко отделены от его «Я» (Якобсон, 1964).

Аналитик может также восприниматься как фигура Ид, а не как фигура Суперэго. Это происходит, когда пациент перемещает и проецирует на аналитика свои собственные устремления Ид. В такие моменты пациент может чувствовать, что аналитик хочет, чтобы он мастурбировал, был агрессивным, неразборчивым, выполнял извращенные сексуальные акты и так далее. Аналитик ощущается как совратитель, провокатор и искуситель. Это может привести к тому, что пациент будет действовать вонне так, как будто он просто выполняет волю аналитика. Или же это может привести к псевдо-

сексуальному и псевдоагрессивному поведению, второе в действительности является скрытой попыткой подчиниться и доставить удовольствие аналитику. Это может усложнить картину, поскольку поведение может быть и псевдосознательным, и, тем не менее, скрывать истинные инстинктивные импульсы.

Например, относительно заторможенный пациент проводит ночь в дикой любовной связи со странной женщиной, которая делает различные сексуальные действия, которых он обычно избегает. Вначале он утверждал, что был пьян, и это привело его в такую ситуацию. Несколько позже он осознал, что делал это, чтобы доставить мне удовольствие; в действительности

– 285 –

у него была мысль, что если он проделает все эти вещи, доктор перестанет испытывать его. Только много позже он осознал, что способность осуществить все эти действия показывала наличие некоего страстного латентного желания в нем самом.

Аналитик также может быть использован как внешняя часть Эго пациента. Он используется для реального тестирования по формулам: что бы мой аналитик сделал теперь? Как бы он реагировал в этой ситуации? Процесс использования аналитика в качестве дополнительного Эго чрезвычайно важен для тех пациентов, которые испытывают затруднения при текстировании реальности, в особенности в пограничных случаях. Это помогает всем пациентам в кризисных ситуациях. Здесь мы также имеем предвестника идентификации с аналитиком — формой имитации. Это ценный переходный период для развития рабочего альянса, в который пациент знакомится с аналитическим подходом к проблемам. Это также может неправильно использоваться и для патологических целей, и, в случае невыявления этого, пациент становится копией своего аналитика. Это будет обсуждаться более детально в следующих секциях.

3.75. ИДЕНТИФИКАЦИЯ КАК РЕАКЦИЯ ПЕРЕНОСА

Идентификации играют важную и сложную роль в формировании объективной формации. Ранние идентификации предшествуют объектным отношениям, существуют идентификации, которые перемещают отношения к объектам (Якобсон, 1964). Как кажется, существуют различные виды идентификаций: одни являются частичными, другие — общими; одни — временными, другие — постоянными; одни — приемлемы для сознания, другие — неприемлемы; одни — Эго-синтоничные, другие — Эго-дистоничные. Однако, поскольку все аспекты объектных отношений повторяются при переносе, то все виды идентификации также будут иметь место. Эта дискуссия будет ограничена наиболее важными формами идентификаций переноса. В поисках более полного обзора классической литературы читателю следует обратиться по этому вопросу к работам Фрейда (1921), Фе-

– 286 –

ничела (1945а), Хартмана, Криса и Лоевенштейна (1946), Якобсона (1964) и Хендрика (1951).

Одна из форм идентификации, абсолютно необходимая для того, чтобы анализ был эффективным, была описана, когда мы говорили о формировании рабочего альянса. Повторяю: когда аналитик дает пациенту интерпретацию или осуществляет другую конфронтацию, то он просит пациента временно отказаться от своего переживающего, свободно-ассоциирующего Эго и понаблюдать вместе с ним за тем, что пациент сейчас переживает. Другими словами, пациента просят временно или частично идентифицироваться с аналитиком (Стерба, 1929). Сначала он поступает так только тогда, когда аналитик просит его об этом, при этом он должен сознательно инициировать этот вопрос. Позже это действие становится автоматическим и предсознательным. Наиболее отчетливо это можно видеть при работе с сопротивлением. Вначале для аналитика необходимо отметить сопротивление и спросить, чему и почему пациент сопротивляется.

В дальнейшем пациент сам осознает, что он сопротивляется, и спрашивает себя, чего и почему он избегает. Это и есть показатель частичной и временной идентификации с аналитиком, которая способствует рабочему альянсу. Когда этот шаг сделан, мы говорим, что «пациент в анализе». Этот вид идентификации сохраняется даже после анализа. Люди, которые проходили анализ, при эмоциональных проблемах будут проводить самоанализ для их решения.

Во время курса анализа пациенты будут идентифицироваться с аналитиком, что является способом совладать с ним, как с продуцирующей тревогу фигурой. Я заметил, что такие пациенты подвержены внезапным и значительным изменениям в поведении дома и на работе.

Легко поддающийся переменам настроения, импульсивный пациент внезапно принял благодушную, разумную, задумчивую манеру поведения. Его семья и друзья заметили эту выдающуюся метаморфозу. Это было также заметно и в его манере работы во время аналитического сеанса. Казалось, его порывистость и внезапные смены настроения исчезли. Однако его ассоциации стали неестественными и непродуктивными. Так, когда он

– 287 –

описывал вспышку гнева одного из своих детей, я был поражен бесстрастной и неэмоциональной реакцией пациента на нее. Он просто спросил ребенка, что привело его в такой гнев. Это было совершенно нехарактерно для пациента. В конце концов, я осознал, что же происходит, когда он начал пользоваться определенными словами и фразами, которые имели знакомое звучание. Он перенял у меня словарь, который я привык использовать и который был чужд ему. Он идентифицировался со мной на основе идентификации с агрессором, этот механизм описала Анна Фрейд (1936) как способ попытки совладать с пугающим объектом.

Пациент попытался интерпретировать свой собственный материал для того, чтобы завладеть им раньше меня. Это было сопротивление, метод защиты. Он и раньше использовал его, пытаясь преодолеть свою тревогу из-за авторитетных фигур. Этот тип идентификации с аналитиком часто наблюдается в анализе; пациент берет на себя роль аналитика своей семьи и друзей и даже самого аналитика.

Но пациенты будут идентифицироваться с аналитиком и по другим причинам; например, это может быть способ выражения стремления к близости. Это сходство с тем видом сильного желания переноса, которое было описано Ференци (1909). Пациенты под влиянием позитивного переноса будут перенимать манеры, характерные черты и привычки аналитика, что является проявлением их любви и даже, что более важно, примитивным способом установления связи с объектом. Следует иметь в виду, что идентификация является наиболее ранней разновидностью объектных отношений и играет решающую роль в построении образа «Я» и структуры Эго. Не всегда можно отделить различные функции идентификации друг от друга (Феничел, 1945а п. 36—39). Я наблюдал, как пациенты-мужчины, которые обычно изящно и аккуратно одевались, становились беззаботными и беспорядочными в этом отношении, как я. Пациенты будут менять свой сорт сигарет на мой или начнут курить сигары, как я. Пациент внезапно начинает заниматься музыкой, и мне удастся проследить, что он слышал какую-то психоаналитическую сплетню о камерной музыке, исполняемой в моем доме. Эти идентификации исходят, в основном, от сильного ораль-

– 288 –

но-интроективного объективного желания, побуждения стать похожим на идеализированного аналитика, быть любимым им, стать с ним одним лицом. Может быть и другой мотив для этого вида идентификации. Пациенты будут слишком энергично и быстро идентифицироваться с аналитиком для того, чтобы сформировать новую идентичность и тем самым скрыть их реальную идентичность. Это может наблюдаться у так называемых «экран-идентичных» пациентов (Гринсон, 1958а) — «эз, инф» (характер «как, если»).

Существуют пациенты, которые дают обратную картину; они, кажется, способны развивать лишь самую ограниченную идентификацию со своим аналитиком. Они могут формировать частичную и временную идентификацию рабочего альянса, но не более того. У меня в анализе были пациенты, которые годами упорно работали над этим, но не развили никакой идентификации со мной, даже в тех областях, где это принесло бы заметную помощь. Пациенты, которые испытывают тревогу при вербальном выражении, не перенимают моих вербальных способностей. Пациенты, которые, в общем, застенчивы, не делают идентификации с моей открытостью. Они будут идентифицироваться со мной каким-то тривиальным способом; они могут купить такую же ручку, как моя, или начать носить рубашки с расстегнутой пуговицей, но не будут идентифицироваться со мной по любым другим более важным характеристикам. Эти пациенты страдают от страха идентифицирования и вовлечены в

постоянную борьбу против идентификации. Для них идентифицироваться означает быть сокрушенным, подчиненным, поглощенным, потерявшим свою собственную идентичность. Эти пациенты борются против идентифицирования с аналитиком так, как они боролись в подростковом возрасте против идентифицирования со своими родителями (Гринсон, 1954).

Наблюдается причудливая, временная и внезапная идентификация у выраженных пограничных больных и у психотических пациентов. Для них идентификация является отчаянным способом поддержания или установления какой-то формы связи с реальностью и объектами.

Несколько лет назад я интервьюировал замужнюю женщину, имеющую двоих маленьких детей, на предмет

– 289 –

возможности ее анализа. Ее поведение и ее история, казалось, не имеют ничего патологического, что было бы противопоказанием для использования психоанализа. Я предложил ей сигарету во время первого интервью, и она отказалась, сказав, что не курит. На следующем же сеансе я с удивлением увидел, как она достает из сумочки сигареты, того же сорта, что и мои, и курит их одну за другой. Это было первым признаком того, что я имею дело с психотическим случаем, который начинает проявлять себя.

3.8. СОПРОТИВЛЕНИЯ ПЕРЕНОСА

Возможно, сопротивления переноса, лучше было бы обсуждать как одну из категорий клинических реакций переноса. Однако эта группа явлений переноса чрезвычайно важна для клиники и заслуживает особого внимания и тщательного разъяснения. Как и говорил ранее, сопротивления переноса являются наиболее важными частыми причинами затруднений в аналитической работе (Фрейд, 1912а). На анализирование сопротивлений переноса тратится больше времени, чем на любой другой аспект аналитической работы. Неудача в анализе сопротивления переноса является наиболее важной причиной прерывания или тупикового состояния анализа. С другой стороны, эффективный анализ сопротивлений ведет к наиболее продуктивной аналитической работе.

Термин «сопротивление переноса» является как бы конденсатом и относится к множеству клинических моментов. В каждом случае это перенос, который вызывает сопротивление, но различными способами. Например, пациент может испытывать чувства переноса в отношении аналитика, которые он, однако, возбуждает для того, чтобы получить удовлетворение, а не для анализа. Или пациент может противостоять аналитической процедуре, потому что он боится развития определенных реакций переноса. Или же пациент может принимать и придерживаться определенных чувств переноса, потому что его ужасают другие формы реакций переноса, и для того, чтобы защитить себя, он противится свободной ассоциации.

И с клинической, и с технической точки зрения,

– 290 –

стоит распознавать различные типы сопротивлений переноса, потому что они сильно различаются по своей динамике и структурам, а также по трудности осуществления связанной с ними технической задачи. Форма и структура сопротивления переноса меняется у пациента во время курса психоанализа, и каждый пациент уникален в отношении частоты проявления различных типов сопротивлений. Имеются также значительные вариации в том, какие нормы сопротивления переноса преобладают у данного пациента. Следует и в дальнейшем иметь в виду, что разнообразные сопротивления переноса могут действовать одновременно, и одна из технических проблем состоит в том, чтобы выяснить, какой набор сопротивлений переноса мы выберем для нашей терапевтической работы в данное время. Я отобрал для специального рассмотрения те типы сопротивления переноса, которые встречаются наиболее часто и которые могут быть изолированы с наибольшей ясностью.

3.81. Поиск удовлетворения переноса

Самые простые и наиболее часто встречающиеся источники сопротивления переноса имеют место, когда пациент развивает сильные эмоциональные и инстинктивные побуждения по отношению к аналитику и стремится к их удовлетворению больше, чем к выполнению аналитической работы. Это может происходить от либидозных и агрессивных инстинктивных побуждений или от эмоций любви или ненависти. Более того, любые фазы развития инстинкта и эмоций могут переплетаться. Например, пациент может иметь сексуальное желание по отношению к аналитику на фаллическом уровне и одновременно иметь инцестуозные желания и кастрационный страх. Или пациент может испытывать пассивно-анальные импульсы по отношению к аналитику и оральные желания быть накормленным и ощущать заботу о себе и т. д. Любой из этих либидозных элементов может побуждать пациента пытаться получить удовлетворение в какой-то форме и отказаться от аналитической работы.

В качестве иллюстрации позвольте мне привести случай пациентки, которая в разные периоды своего

– 291 –

анализа испытывала сильное воздействие со стороны различных либидозных компонентов. В начале своего анализа (она была депрессивной пациенткой с проблемой переедания) она часто печально молчала, потому что ей хотелось, чтобы я рассказывал ей. В это время мой разговор означал для нее то, что я готов покормить ее. Если я разговаривал с ней, то это означало: я, действительно, беспокоюсь о ней, забочусь о ней, кормлю ее и не отвергаю ее. Тогда, если эти желания были удовлетворены, она бывала способна работать и продуцировать, в противном случае она чувствовала пустоту и заброшенность, была неспособна общаться. Позже в ходе анализа она чувствовала сильные сексуальные импульсы по отношению ко мне, явно инцестуозной природы. Она приходила на сеанс в флиртующем, фривольном настроении, явно для того, чтобы спровоцировать меня на какой-нибудь вид сексуальной игры, даже если она будет только вербальной. На некоторый период времени она отказалась работать с этим материалом; ей нужно было, чтобы я первым выказал некоторое ответное чувство. Еще позже в анализе она прошла через фазу, в которой отказалась продуцировать аналитический материал, хотя я побуждал ее к этому. Она настаивала на том, чтобы я сделал хотя бы маленький комментарий к ее молчанию, и тогда она была бы способна высвободить все свои запасенные коммуникации. Все эти различные побуждения были источником сопротивления до тех пор, пока она уступала своему желанию удовлетворения. Только после его преодоления она стала готова установить рабочий альянс и попытаться работать аналитически над своими инстинктивными импульсами по отношению ко мне.

Чрезвычайно часто источником сопротивления является желание или потребность пациента быть любимым, что также связано с приведенными выше примерами. Все пациенты, в большей или меньшей степени и различным образом, проходят через период, когда их желание быть любимым их аналитиком вытесняет и блокирует их желание присоединиться к аналитическим процедурам. Этот страх потери любви или уважения терапевта является всегда присутствующим и нижележащим источником сопротивления. Он может действовать один или может быть обнаружен на поверхности или лежащим

– 292 –

ниже других форм сопротивлений переноса. Семейная романтическая любовь может также повториться в переносе (Фрейд, 1905д; Фреш, 1959).

Позвольте мне проиллюстрировать эту проблему примером из анализа миссис К.*, в котором настораживала чудовищная потребность пациентки быть любимой. В прошлом она воспитывалась безответственной матерью и отцом, который оставил семью, когда ей было два года. Ее первое сновидение показало эту потребность. Я видел миссис К. во время предварительных интервью, и мы договорились, что начнем анализ примерно через два месяца, когда у меня будет открытие сезона. Она пришла на первый аналитический сеанс, и мы кратко поговорили о событиях, случившихся в этом промежутке времени и об использовании кушетки. Ей не терпелось начать. Как только она легла, она рассказала следующее сновидение: «Я прихожу на свой первый аналитический сеанс, но вы выглядите иначе, вы похожи на доктора М. Вы ведете меня в маленькую комнату и велите мне раздеваться, я удивляюсь и спрашиваю, полагается ли вам, классическому фрейдисту, это делать. Вы уверяете меня, что все в порядке. Я раздеваюсь, и вы целуете меня всю. Затем, в конце концов, вы «опускаетесь» на меня. Мне это приятно, но я не уверена, что это хорошо».

Пациентка призналась, что испытывает смущение из-за своего сна, и начала рассказывать, что доктор М. — это тот доктор, который направил ее ко мне, она увлекалась им одно время. Он казался ей очень компетентным, но затем она заметила, что у него есть недостатки. Он, казалось, наслаждается флиртом с ней, что утвердило ее в мысли о том, что в его домашней жизни что-то не в порядке. Она знает, что он женат, и это успокоило ее. Она так возбуждена из-за того, что лежит на кушетке во время психоанализа. Она так боялась, что я не возьму ее в качестве пациентки, она слышала, что у меня есть несколько частных пациентов. Может быть, я откажусь от нее, когда увижу, что она «ничто». Она чувствует, что в последнее время я стал более резким, не таким теплым, как во время первых встреч. Она решила пройти анализ только со мной. Она бы ждала столь-

* См. также секции 1.24, 2.651, 2.71, 2.25, 3.42.

– 293 –

ко, сколько было нужно. Она устала от отказов и чувства отверженности. «Я хочу лучшего (пауза). Я хочу лучшего, но могу ли настаивать на этом? Что заставляет меня думать, что я заслуживаю этого? (пауза). Все стоящее, что я когда-либо получала, я получала из-за своей привлекательности. Может быть, именно поэтому вы и сделали меня своей пациенткой. Но почему я должна видеть во сне, что вы «опускаетесь» на меня. Я даже не знаю, как это вежливо сказать. Может быть, вы будете меня учить, как нужно говорить по-английски. Или вы уже сыты моей глупой болтовней? (пауза). У меня есть сексуальные затруднения. Я получаю удовольствие от мыслей о сексе, но я не могу испытывать оргазм во время полового сношения. Единственный способ, когда я иногда могу испытать его, — это когда мой Муж пользуется для этого ртом. Я полагаю, это что-то означает — что-то плохое».

Это сновидение поставило несколько различных трудных проблем, потому что в нем была явная сексуальная активность, как и сопротивления, а это был первый аналитический сеанс пациентки. Данное сновидение, казалось, говорило, что я напоминаю ей кого-то, кому она вскружила голову, и что я, а не она хочу заниматься сексуальными играми посредством моего рта. Более того, она беспокоится о том, чтобы делать все корректно, и я в этой ситуации должен быть в первую очередь заинтересован в том, чтобы доставить ей сексуальное удовольствие. Можно видеть, как наши роли были изменены. Ее ассоциации вернулись назад, к тому вопросу, приму ли ее, оставлю ли ее своей пациенткой. Это также показывает ее чувство своей малоценности, пустоты, необразованности, тогда как я выгляжу как «самый лучший». Было также и утверждение о том, что она может испытать оргазм только при куннилинге.

Особой технической проблемой было, как обращаться с элементом явной сексуальной активности в сновидении на этом, первом, полном страхов аналитическом сексе? Я решил, что отмечу ее потребность быть любимой, ее страх быть отвергнутой мной и как-то свяжу это с сексуальным элементом. Игнорировать сексуальный элемент означало бы продемонстрировать ей, что он оказался «плохим», разговор же о нем, возможно, за-

– 294 –

темнил бы элементы сопротивления и погрузил бы нас слишком глубоко для этой ранней стадии анализа. Однако, поскольку пациентка была способна увидеть это во сне и запомнить это, я решил, что должен прокомментировать сексуальную активность. Я сказал ей приблизительное следующее: «Вы должны были очень переживать после последнего сеанса, когда я показался вам слишком бесцеремонным, и вы бы хотели знать, действительно ли я возьму вас как пациентку. Тогда вам и приснилось, что я использую мой рот в сексуальных целях в отношении вас как доказательство того, что я, действительно, приму вас. «Я сделал реконструкцию вверх так, как это описывали Берта Борштейн (1949) и Лоенвенштейн (1951, с. 10).

Пациентка внимательно выслушала меня и ответила: «Забавно, что вы осознали то, что я всегда чувствовала, что если мужчина любит, он должен быть способен использовать свой рот в сексуальных целях. Множество мужчин — великие мастера по части разговоров о любви, но они отступают, когда дело доходит до «Этого». Я всегда испытывала смущение, когда они делали это в первый раз, потому

что не знала, как они перенесут это, но я считаю, что это, действительно, доказывает, что этот человек любит тебя, по крайней мере, сексуально».

Потребность быть любимой и ужас быть отверженной были главными факторами в сопротивлении переноса миссис К. Она приравнивала «быть отринутой» и «быть брошенной». Зброшенность вызывала сильную ярость, которую она обращала внутрь, и, как результат этого, она чувствовала себя как «ничто». Частично это делалось для того, чтобы предохранить, сохранить идеализированного аналитика; потому что ее ужасало, что ее враждебность может уничтожить его, и тогда она, действительно, останется в одиночестве, т. е. превратится в ничто.

Я могу дать иллюстрацию и агрессивной стороны этого явления. Существуют пациенты, которых переполняют враждебность, разрушительные импульсы, которые бессознательно склонны, скорее, уничтожить своего аналитика и свой анализ, вместо того, чтобы анализировать эти свои импульсы.

Мой пациент, депрессивный невротик с язвенным колитом, поссорился со своей женой, которую он обви-

– 295 –

нил в том, что она не заботится о приготовлении диетической пищи для него. Он примчался из дома на аналитический сеанс. Мне было ясно, что он переместил свою враждебность к матери на свою жену. Когда он показался мне разумным, я указал ему на это. Все, что он услышал в этой интерпретации, было то, что я на стороне жены. В этот вечер, несмотря на то, что он строго соблюдал диету годами, он один пошел в ресторан и съел все запрещенные блюда, которые только мог проглотить. Он запил их большим количеством оранж и черного кофе. Ночью у него были приступы острой боли, сопровождавшиеся жестокой рвотой и диареей. Бешенство, которое он чувствовал к своей жене, матери и ко мне, он обратил на себя как способ отомстить, следуя формуле: «Я убью себя, и тогда вы все будете жалеть об этом». Кроме этого, это поведение было попыткой уничтожить анализ и причинить боль аналитику.

Пациенты, которые страдают от того, что называется «эротизированным» переносом, весьма склонны к разрушительному отыгрыванию вовне (Раппапорт, 1956). Это также наблюдается у скрыто-импульсивных пациентов, в перверсивных и пограничных случаях и т. д. Все пациенты имеют сопротивления переноса, которые происходят от нижележащих импульсов ненависти. Они заняты лишь поисками разрядки этих чувств и противостоят аналитической работе. Техническая задача заключается в том, чтобы найти момент, когда можно мобилизовать разумное Эго. Обычно по мере того, как интенсивность чувств уменьшается, интенсивные побуждения становятся менее сильными, а разумное Эго — более способным принять что-либо.

Менее интенсивные, неявные и хронические стремления к удовлетворению труднее распознать и продемонстрировать пациенту. Если же они становятся доступными для осознания пациентом, они становятся приемлемыми и для аналитической работы.

3.82. Защитные реакции переноса

Другая типичная форма сопротивления наблюдается, когда пациент повторяет и переживает вновь, по отношению к своему аналитику, свои защиты против за-

– 296 –

труднительных положений (А. Фрейд, 1936, с. 19—25). Это может стать основным качеством и функцией реакции сопротивления. Эта форма переноса может быть определена как защитные реакции переноса. Такие реакции всегда являются сопротивлениями переноса и служат целям отвращения других аспектов и форм явления переноса. Несколько типичных клинических разновидностей, которые встречаются с наибольшей частотой, и выделены для обсуждения (см. Феничел, 1941, с. 68—69).

Одной из наиболее часто наблюдающихся форм защитных реакций переноса является продолжительность разумного и рационального поведения по отношению к аналитику. Такое длительное отсутствие иррациональных реакций при поверхностном взгляде кажется отсутствием переноса, но, в действительности, это реакция переноса, точнее, защитная реакция переноса. Продолжительное разумное и рациональное поведение является защитной стороной группы реакций,

под которыми скрыты инстинктивные, эмоциональные и иррациональные реакции. Этот вид защитных реакций переноса часто наблюдается в начале анализа у тех пациентов, которые хотят быть «хорошими» пациентами (Гительсон, 1948, 1954).

Позвольте мне проиллюстрировать эту ситуацию кратким описанием моего пациента, мужчины, далеко за тридцать, а в связи с сексуальной импотенцией наблюдающийся в течение восьми лет. Импотенция ограничивалась его женой, он был потентен с другими женщинами, но он чувствовал себя виноватым, как за неверность, так и за импотенцию. Однако он был неспособен прервать свои внебрачные связи, несмотря на то, что любил свою жену.

Он был чрезвычайно импотентен и добивался большого успеха в своей профессиональной работе, в области конкуренции не на жизнь, а на смерть, где требовалась высокая степень агрессивности, и даже воинственность.

В анализе он был очень добросовестен и кооперативен. Он упорно старался свободно ассоциировать, он приносил свои сновидения, он старался следовать моим интерпретациям, он говорил с умеренным количеством чувств, он не был холоден или чересчур интеллектуален. Временами он молчал, как бы ждал, что я скажу

– 297 –

что-нибудь, но он знал, что аналитикам полагается молчать. Он часто чувствовал, что мало прогрессирует, но обвинял в этом самого себя, поскольку был убежден в том, что я компетентный аналитик. Когда у него был материал, который его смущал, он упрекал себя за такую детскость, поскольку знал, что я не буду критиковать его; аналитики приучены к такому материалу. Когда я делал интерпретации, он мог согласиться или последовать за ней, он полагал, что я должен быть прав, а он слишком толстокож или медленно соображает.

Тогда я начал отмечать продолжительную разумность его реакций на меня и думать о том, имеет ли он какие-нибудь другие чувства или фантазии обо мне. Он не знал ничего, но чувствовал, что я компетентный аналитик, который делает все возможное для него. Я отметил, что в некоторых его сновидениях были такие ситуации, когда я описывался мертвым или изуродованным, и такие картинки могли исходить из него самого. Он согласился, что это кажется правдоподобным, но он не может найти в себе таких чувств. Когда я попытался найти фигуру в прошлом, на которую у него были похожие реакции, оказалось, что это был его отец. Для пациента отец был приличным, добросовестным, упорно работающим человеком, по отношению к которому он имел постоянные разумные, рациональные и добрые чувства. Он всегда был терпим и добродушен по отношению к отцовским недостаткам. Это заметно контрастировало с его враждебным и драчливым поведением по отношению к другим авторитетным мужчинам или по отношению к его наставникам. Он, казалось, защищал меня и своего отца от своих бессознательных инстинктивных побуждений — но почему?

Сновидение предложило ключевой материал. Он на парусной шлюпке. Паруса подвешены на тотемном шесте, на котором три фигуры, двое мужчин и ребенок. Вершинная фигура похожа на меня, затем — ребенок, а на дне — отец. Его ассоциации привели к следующему. Когда ему было семь лет, у отца был сердечный приступ, и пациент полагал, что эта его эмоциональная вспышка почти убила отца. Этот материал не был новым, но он, казалось, стал вновь важен для пациента. Он колебался несколько мгновений, а затем спокойно

– 298 –

сказал мне, что он слышал, что у меня был как-то сердечный приступ. Он продолжил, сказав сердечно, что я должен заботиться о себе, ведь я сам терапевт. Я уловил натянутость в его попытке говорить утешительно. Я прервал его, и спросил: «Что-то беспокоит вас, о чем еще вы думаете?» Пациент вздохнул, попытался рассмеяться, а затем сказал, что он слышал, что мне за пятьдесят, и что это шокировало его. Он думал, что мне сорок. Я выгляжу молодым и действую, как молодой.

Я вмешался: «То, что мне больше пятидесяти, шокировало вас. Что у вас связано с этой мыслью — за пятьдесят? Пациент быстро сказал: «Мой отец умер в 53 года, я не могу вынести возможности того, что вы умрете. На моей совести достаточно всего. Я не думал, что скажу вам это все, но этот ребенок на тотемном шесте заставил меня вспомнить смерть нашего первого ребенка. Я рассказывал,

что у моей жены «пласента превла», но до сих пор я не осознавал, что чувствую вину за то, что это было вызвано половым сношением с ней незадолго до кровотечения».

Я интерпретировал это для него: «И вы стали импотентным со своей женой для того, чтобы быть уверенным, что никогда не повредите другому ребенку». Он ответил: «Да, я не достоин иметь половое сношение с хорошей женщиной. Только разрушительные вещи исходят от меня, когда я позволяю себе это. Вы должны быть признательны за то, что я так хорошо контролирую себя здесь». Пауза. Молчание.

Теперь стало ясно, что за постоянной разумностью пациента, за его защитным переносом лежат буйные чувства и побуждения. Его разумность со мной была способом защитить и предохранить меня от его разрушительной враждебности. Анализирование истории его защитной разумности сделало возможным для пациента пережить бурные влечения, которые лежат за этим защитным барьером.

Кажущееся отсутствие реакций переноса превращается в защитный перенос. Пациент повторяет со своим аналитиком группу защитных реакций, которые он считал необходимым использовать во взаимоотношениях с отцом, а затем с женой. Эти защитные реакции были сопротивлением и противодействовали раскрытию ин-

– 299 –

стинктивных и эффективных компонентов, которые лежали, скрытые, под ними.

В приведенном выше примере пациент перенес целую группу защит на аналитика, но бывают случаи, когда может переноситься только одно защитное отношение. Существуют пациенты, которые всегда реагируют на интерпретацию так, что кажется, что они приняли ее. Однако они, возможно, лишь повторяют при этом покорное отношение из своего прошлого для того, чтобы отвратить агрессивные чувства. Один из моих пациентов никогда не делал интерпретацию по собственной инициативе, даже когда материал был совершенно очевиден. Он всегда ждал, чтобы я сам дал ему интерпретацию. Это защитное поведение было производным того факта, что его старший брат неистово конкурировал с ним и, бывало, жестоко нападал на него, если пациент как-то угрожал его превосходству. Следовательно, пациент вел себя по отношению ко мне как наивный, ничего не знающий человек — играл ту же самую защитную роль, которую он принял по отношению к своему старшему брату.

Таким образом, примеры защитных реакций переноса описываются как такие, в которых определенные защиты находятся на переднем плане явлений переноса. Однако существуют и другие защитные реакции переноса, в которых определенные инстинктивные и эффективные реакции используются как защиты против других инстинктивных и аффективных явлений. Например, пациентка, которая сохраняла в течение длительного периода времени сильный сексуальный и эротический перенос, для того, чтобы отвратить более глубоко лежащий враждебный, агрессивный перенос. У пациентов того же пола, что и аналитик, продолжительный враждебный перенос может быть использован как защита против гомосексуальных чувств. Похожая ситуация существует и с отношениями. Продолжительная покорность может быть защитой против непослушания или непослушание может быть защитой против покорности, которая может означать пассивную гомосексуальность для пациента и т. д. Приведенные выше иллюстрации являются примерами реактивных формаций, проявившихся в переносе.

Защитные реакции переноса всегда показывают, что

– 300 –

есть страх какого-то нижележащего инстинктивного и аффективного компонента. Защитный перенос является обычно Эго-синтонным и, следовательно, представляет собой дополнительное техническое препятствие. Сначала необходимо сделать защитный перенос чужим для Эго, и только потом можно будет эффективно заниматься анализом. Защитные реакции переноса часто встречаются у псевдонормальных характеров, у кандидатов, проходящих тренировочный анализ, в клинических случаях, проводящихся бесплатно, а также при расстройствах невротического характера, когда сохраняется нормальный фасад. Дополнительная техническая проблема, которую представляют собой такие пациенты, состоит в необходимости показать защитный перенос как сопротивление, сделать его Эго-дистоничным, очевидным для пациента как симптом (Рейдер, 1950; Гительсон, 1954). Только после этого можно приступить к анализу нижележащих побуждений и аффектов.

3.83. Генерализованные реакции переноса

Таким образом, в нашей дискуссии по различным типам явлений переноса и сопротивления переносу мы описали реакции на аналитика, которые являются деривантами переживания, связанного с особенно значимыми людьми прошлого пациента. Пациент любит или ненавидит или его ужасает аналитик так, как его ужасал или как он любил своего отца или мать, или брата и т. д. Поведение переноса пациента по отношению к его аналитику обычно совершенно иное, оно сильно отличается от его поведения по отношению к большинству людей в его внешней жизни, за исключением тех, которые являются сходными фигурами переноса. Реакции переноса являются обычно специфичными и ограниченными.

Однако под заголовком «генерализованные реакции переноса» я хотел бы описать форму явлений переноса, которая явно отличается от всех других уже описанных форм своей неспецифичностью и неограниченностью. В данном случае пациент реагирует на аналитика так, как реагирует на многих или на большинство людей своей жизни. Такое поведение переноса не является чем-то отличительным, оно типично и привычно. Это поведе-

– 301 –

ние было названо Вильгельмом Рейхом (1928) «характерным переносом», но другие сочли это название вводящим в заблуждение и неопределенным (А. Фрейд, 1936, Стерба, 1951).

Эта форма переноса отличается от других реакций на аналитика тем, что это привычные, часто встречающиеся и типичные ответы пациента на людей вообще; этот перенос является характеристикой объективных отношений пациента вообще. Именно это качество неспецифичности, характерности и привело к использованию термина «характерный перенос». Однако термин «характерный» имеет другие значения, и я считаю термин «генерализованные реакции переноса» более точным.

Пациенты, которые реагируют на своего аналитика генерализованным переносом, будут иметь чувства, отношения, побуждения, ожидания, желания, страхи и защиты, которые сформированы по его характеру и которые стали их существующей поверхностью по отношению к большей части мира. Эти черты есть относительно фиксированные результаты, остаточные продукты, компромиссы различных конфликтов между инстинктами и защитами. Этот аспект личности содержит и защитные, и инстинктивные компоненты, часто в конденсированном виде. Во время курса психоаналитической терапии такие реакции переноса всегда служат функциями сопротивления. Студенту следует обратиться к основным работам по вопросу характерного переноса в поисках более тщательного описания его динамики (В. Рейх, 1928, 1929; Феничел, 1945а).

Позвольте мне привести типичный пример генерализованной реакции переноса. Мужчина лет пятидесяти обратился за анализом из-за нарушений сна и страха стать наркоманом, пристрастившись к таблеткам снотворного. Он достиг исключительного успеха в своей профессиональной деятельности, а также, очевидно, в своей семейной и социальной жизни. Жизненно важным фактором во всех этих разнообразных успехах был его энтузиазм. Он был приветлив, остроумен, сердечно весел, эмоционален, разговорчив, общителен и т. д. Короче говоря, он был восторженным, энергичным человеком.

Он начал свой анализ так, как он начинал любой свой проект, энергично, решительно и оптимистично

– 302 –

Он начинал каждый сеанс с приветствия, пересыпал свои ассоциации шутками; его жизненные переживания превращались в зачаровывающие истории; он находил мои интерпретации блестящими, выдающимися и яркими. Если мои замечания причиняли ему боль, он переполнялся благоговейным трепетом и стремился затвердить мои находки. Он восхищался мною, преувеличивал мои достоинства, обнаруживал мои добродетели, рекрутировал для меня новых пациентов. Хотя он знал стандартную процедуру психоанализа, он неоднократно приглашал меня на вечера, даже организовывал специально вечера, которые, как он считал, будут мне интересны, и, хотя я постоянно отказывался, он был уверен, что рано или поздно я приму приглашение. Он был убежден, что он мой любимый пациент, хотя знал, что я был обязан, по психоаналитической конвенции, скрывать эту информацию. Эта манера реагирования на меня была типичной и характерной для него, так он реагировал на большинство людей,

и весьма успешно. Он считался обаятельным и достойным любви людей различного общественного положения, его семьи, его служащих, его многочисленных возлюбленных, важных администраторов и известных художников.

С этими генерализованными реакциями переноса было трудно иметь дело. Прежде всего, мне нужно было сдерживать свои реальные ответы и ответы контрпереноса. Затем я постоянно должен был отмечать для него разбросанность его поведения, беспорядочность его любовных отношений, постоянную неугомонность, которая показывала существование скрытой неудовлетворенности. Постепенно я стал способен продемонстрировать, что этот хронический энтузиазм, это чувство того, что он любимец, было мифом, экраном, который он пытался увековечить. Это не удавалось ему только во время сна и в его сновидениях, когда он был вынужден отказаться от сознательного контроля. После многих месяцев работы его энтузиазм стал чуждым Эго, он больше не одобрял его, он осознал, что этот энтузиазм — мошенничество, он позволил себе почувствовать лежащую ниже депрессию. Затем его реакции переноса изменились, и я стал полной ненависти, лицемерной матерью, которая соблазняла его и отталкивала его сердитым отцом и т. д. Вне анализа его поведе-

– 303 –

ние также изменилось. Хотя он еще бывал обаятельным энтузиастом, это уже контролировалось. В конце концов, он сумел нажать себе врагов, заслуживающих этого, и даже по временам был скучным. Тогда он стал способен спать и видеть сны (Гринсон, 1962).

Технические проблемы при генерализованных реакциях переноса сходны с теми, что встают при защитном переносе, поскольку генерализованный перенос всегда служит важной защитной целью и является Эго-синтоничным. Первой задачей является превратить этот перенос в Эго-дистоничный, настолько болезненный, что пациент будет активно работать над переносом вместо того, чтобы пытаться увековечивать его. Характерные сопротивления должны быть изменены в сопротивления переноса (Феничел, 1941, с. 68). Тогда невроз переноса будет эволюировать, и аналитическая работа сможет стать плодотворной. Технические проблемы будут обсуждаться особо в секции 3.10.

Генерализованные реакции переноса имеют место у пациентов, которые страдают, главным образом, от расстройства характера. Каждый тип будет продуцировать характерный для него генерализованный перенос; например, навязчивый характер будет развивать генерализованный перенос к аналитику, что будет копией его изолированных, навязчивых объектных отношений вообще.

3.84. Отыгрывание вовне (действий вовне) реакций переноса

Начиная со случая Доры, которую Фрейд лечил в 1900 году, Фрейд осознает важность распознавания и анализа переноса, реакций переноса и, в особенности, отыгрывания вовне реакций переноса. Дора прервала лечение, потому что Фрейд не сумел распознать, что ее частные реакции переноса были деривантами от ее любовника, а не от ее отца. Более того, пациентка отыгрывала вовне этот аспект своего переноса. Она действовала по отношению к Фрейду так, как она хотела бы вести себя по отношению к своему любовнику, герру К.; она бросила его. Рассматривая историю и последствия этого случая, Фрейд (1905a) пришел к осознанию особой важности переноса и отыгрывания вовне

– 304 –

явлений переноса. Он возвращался к проблеме отыгрывания и позже, особенно при работе с навязчивым повторением (1914c, 1920, 1937). В последние годы несколько других авторов внесли заметный вклад в наше понимание отыгрывания реакций переноса (Феничел, 1945a, 1945b; Гринакре, 1950; Шпигель, 1954; Вира, 1957. См. также список литературы).

Отыгрывание вовне имеет место во многих случаях, а не только как реакции переноса. Тема отыгрывания вовне будет развита далее, во втором томе. В данной секции отыгрывание вовне будет обсуждаться как явление переноса, имеющее место во время курса анализа и как особая разновидность реакции переноса.

Отыгрывание вовне относится к хорошо организованной, связанной группе действий, которые обнаруживают определенную цель, сознательно осуществляются и являются Эго-синтоничными.

Отыгрывания вовне представляют собой актуализацию воспоминания прошлого. Эти действия являются слегка замаскированным повторением прошлого, но пациент при этом не способен пере-сказать прошлое воспоминание или воспоминания. Пациент, как кажется, поглощен действием, а не воспоминанием; это защита против воспоминания. Во время курса анализа пациенты будут отыгрывать вовне свои реакции переноса вместо того, чтобы передать их словами и чувствами. Это может быть отыгрыванием по отношению к самому аналитику или к кому-то другому вне анализа.

Некоторое количество отыгрывания вовне неизбежно при любом анализе. Частично это происходит из-за того, что аналитик атакует невротические защиты, и, следовательно, поощряет разрядку аффектов и побуждений пациента извращенным способом. Это способствует прорыву действий. Кроме того, сам перенос является переживанием вновь, повторением прошлого и, таким образом, мобилизует побуждения из прошлого, которые могут выразиться в поведении и действиях. Однако отыгрывание вовне будет также вызываться неправильным обращением с переносом, в особенности при неуспехе анализа негативного переноса. Огрехи в дозировке, выборе подходящего времени, также при интерпретации часто ведут к отыгрыванию вовне. Реакции переноса аналитика по отношению к пациенту также вызывают

– 305 –

отыгрывание вовне. Однако тенденция к актуализации вместо воспитания будет возникать тогда, когда невербальный или превербальный материал пытаются выразить во время анализа, или на подступах к травматическому материалу.

Отыгрывание вовне всегда является сопротивлением, хотя оно может служить временно и некоторым полезным функциям. Это защита против воспоминания, это защита против обдумывания, это противодействие интеграции обдумывания, воспоминания и поведения и, следовательно, противодействие структуральным изменениям Эго. Вместе с тем некоторые формы отыгрывания могут служить и конструктивным целям. Я имею здесь в виду временное, спорадичное отыгрывание вовне, которое может иметь место при разрушении ригидных, ингибированных защит. Этот тип отыгрывания следует отличать от привычного отыгрывания вовне, вновь и вновь вводящего в силу старое. Иногда также отыгрывание может быть формой пробного воспоминания, первой пробной попыткой вспомнить (Екстейн и Фридман, 1957). В этом смысле это окольный путь к воспоминанию. Мой клинический опыт показывает, что то воспоминание, которое вновь вводится в силу, является экраным воспоминанием (Гринсон, 1958а). Искажения, свойственные отыгрыванию, всегда происходят в направлении исполнения желания. Открыто действия проявляются в содержании сновидения, попытке исполнения желания (Левин, 1955). В конечном счете, отыгрывание является формой невербальной коммуникации; несмотря на эти функции сопротивления, это также движение в сторону достижения объекта (Вирд, 1957; Гринсон, 1959а). Это может быть и криком о помощи (Винникот, 1956а).

Отыгрывание является единственной специфической формой невротической актуализации, которая может иметь место и вне анализа. Его следует отличать от переживания вновь и симптоматического действия, хотя это и не всегда возможно клинически. При переживании вновь наблюдается простое повторение — дубликация прошлого события. Здесь нет искажения, поэтому переживание вновь легко приводит к воспоминанию. Обычно оно происходит в состояниях изменения Эго, под влиянием интенсивных эмоций или наркотиков и

– 306 –

т. д. Симптоматические действия не являются хорошо организованными и согласованными; они ощущаются как странные, чуждые Эго; они представляют собой провал функционирования Эго. События прошлого здесь сильно искажены, и возможно восстановление только какого-то фрагмента события при симптоматическом действии. Позвольте мне проиллюстрировать простыми примерами отыгрывание вовне, переживание вновь и симптоматическое действие.

Миссис К.* заканчивала каждый свой сеанс тем, что, встав, она снимала бумажную салфетку, которая была подложена под ее голову на подушке. Идя к двери, она комкала ее в руке, заботясь о том, чтобы я ее не увидел. Затем она бросала ее в мусорную корзину за моим столом, когда проходила мимо него или прятала ее в свою сумочку. Все это продолжалось так искусно, что у меня было впечатление, что пациентка надеется, что эти действия ускользнут от моего внимания. Когда я указал ей на это ее

поведение, миссис К. с готовностью признала его, но, казалось, была удивлена, что я спрашиваю об этом. Ее отношение было: разве все не делают так? Она чувствовала, что ее реакции были самоочевидны с точки зрения обычного этикета. Она продолжала делать так, несмотря на мои попытки понять нижележащий смысл этого.

На одном из сеансов я смог добиться некоторого успеха, когда попросил ассоциировать к «испачканной салфетке» (пеленка, подгузник), которую она старалась скрыть от меня. Это привело к болезненным воспоминаниям о стыде, связанном с мастурбацией. Поведение с салфетками продолжалось. В конце концов, мы начали анализировать ее ужасный стыд ануса, той части ее тела, которую она должна была скрывать всеми возможными способами. Она не могла очищать свой кишечник, когда кто-то посторонний был в доме из-за страха, что ее могут услышать, либо запах выдаст ее. После стула она проводила значительное время в ванной для того, чтобы сделать все, чтобы ничего не стало известным. Я отметил, что она действовала с бумажной салфеткой так, как будто она обнаруживала туалетную деятельность, которую она должна была скрывать.

* См. секции 1.24, 2.651, 2.71, 3.25, 2.42, 3.81.

– 307 –

Тогда она привела множество воспоминаний о фанатизме своей матери по поводу туалета и чистоты в ванной комнате. Только тогда она смогла оставить бумажную салфетку на подушке в конце сеанса.

Миссис К. отыгрывала вонюче в конце каждого сеанса: я чисто плотная девушка, которая поступает таким образом, что, наверняка, никто другой не видит ее туалетной деятельности. Никто не должен знать, что я занимаюсь этим. Неправда, что я делаю также грязные вещи, нет никаких улики. Это связанная, хорошо организованная, целенаправленная группа действий, осознанная и Эго-синтонная, служащая для отрицания ее прошлой приятной туалетной деятельности, которую она не может вспомнить. Короче говоря, это форма отыгрывания.

Во время второй мировой войны я назначил пулеметчику бомбардировщика В-17, только что вернувшемуся из боя, внутривенно инъекцию пентотала. Он страдал от бессонницы, ночных кошмаров, тремора, обильного потоотделения и явно выраженной реакции испуга. У него было 50 боевых вылетов, но он не осознавал каких-то проблем, связанных с тревогой, и неохотно рассказывал о бое. Он согласился принять пентотал, потому что сказал, что это все равно, что выпить, и, кроме того, это означает, что ему не нужно будет говорить более с другими офицерами. Как только он получил около 5 мл в вену, он прыгнул на кровать, вырвал иглу из руки и начал кричать на высокой ноте: «Они придут в четыре часа, они придут в четыре часа, взять их или они возьмут нас, тех сукиных сынов, взять их. О, бог, взять их, взять их. Они придут сюда снова в час, взять их, ублюдки, взять их, о бог, я ранен, я не могу двигаться, взять их, взять их, кто-нибудь, помогите мне, я ранен, я не могу двигаться, помогите мне, о вы, ублюдки, помогите мне, взять их, взять их».

Пациент кричал и визжал так в течение двадцати минут с глазами, полными ужаса, и пот струился по его лицу. Его левая рука сжала правую, которая повисла, как плеть. Он дрожал мелкой дрожью, был напряжен. В конце концов, я сказал: «Все, Джо, я взял их, я взял их». Он повалился на кровать и провалился в глубокий сон.

На следующее утро я увидел его и попросил его пе-

– 308 –

рассказать интервью с пентоталом. Он робко улыбнулся и сказал, что вспоминает пронзительные крики, но все очень смутно. Я рассказал ему, что он говорил о бое, когда его правая рука была повреждена и что он кричал: «взять их, взять их». Он прервал меня: «О, да, к вспомнил, как мы шли назад из Швейнфурта, и они напали на нас, они начали подходить в 4 часа, а затем в час, мы уничтожили их зенитками, и т. д.»

Пациент мог с легкостью вспоминать прошлое событие, которое он пережил вновь под действием пентотала. Воспоминание было неискаженным и приемлемым, что типично для переживания вновь.

Теперь я хотел бы процитировать следующий пример как пример симптоматического действия. Один из моих пациентов, мужчина средних лет, не мог сидеть в моей комнате ожидая. Он растерянно

стоял в углу до тех пор, пока я не открывал дверь, в свой кабинет, и тогда он немедленно шел ко мне. Это поведение причиняло ему страдание, он знал, что оно странно, кроме того, он был подавлен страхом, когда пытался присесть в комнате ожидания. Похожие реакции были у него и в других комнатах ожидания, и он их обычно маскировал, приходя позже либо уходя и входя вновь под тем или иным предлогом. Это стало более заметно, когда он начал регулярно приходить на сеансы, и я начал анализировать его тенденцию приходить позднее.

Примерно через год мы раскрыли следующие детерминанты его страха, связанного с сидением в комнате ожидания: быть найденным сидящим означало — быть «пойманным» сидящим, что означало обнаружить его мастурбирующим. Он мастурбировал, сидя в туалете, будучи мальчиком, и вскакивал сразу же, как только слышал, что кто-то приближается, из страха, что могут войти. На двери ванной комнаты у них дома не было задвижки. Сидеть, когда я стою, означает, что он маленький, а я — большой, при этом он чувствовал, что я могу угрожать ему физическим насилием. Более того, его отец настаивал на том, чтобы он вставал на ноги, когда взрослые входили в комнату, и теперь он запоздало подчинялся. Он взбунтовался против отца, уже будучи подростком, и чувствовал вину, когда отец умер от удара. Он обнаружил своего отца сидящим на стуле так, как будто он дремлет, и только потом, к своему

– 309 –

ужасу, обнаружил, что тот в коме. Следовательно, вставание означает, что он жив, а сидеть означает быть как отец — мертвым. Кроме того, сидеть означало принять феминную позицию во время урикации, и он должен стоять в моем присутствии для того, чтобы показать: видите, я — мужчина.

Здесь мы видим пример того, как чуждая Эго, странная деятельность осуществляется против воли пациента; то, что он вынужден делать это, является симптоматическим актом. Анализ исследует множество исторических событий, которые являются сконденсированными, искаженными и символизированными в этой деятельности. В ясных случаях отыгрывание вовне, переживание вновь и симптоматические действия являются легко отличными друг от друга. В клинической практике нечасто удастся увидеть чистые формы, здесь приходится иметь дело с некоторой смесью этих трех разновидностей невротической актуализации. Давайте теперь вернемся к нашему исследованию отреагирования реакций переноса.

3.841. Отыгрывание в аналитическом окружении

Самая простая форма отыгрывания реакций переноса имеет место, когда отыгрывание вовне направлено на что-то в аналитическом окружении. Фрейд приводил пример пациента, который вел себя вызывающе и критически по отношению к своему аналитику и не мог вспомнить такого типа поведения в своем прошлом. Он не только чувствовал такие эмоции по отношению к аналитику, но и действовал, основываясь на них, отказываясь говорить, забывая свои сновидения и т. д. Он действовал на основании своих эмоций, вместо того, чтобы рассказывать о них; он актуализировал часть прошлого вместо того, чтобы вспомнить ее (Фрейд, 1914, с. 150). Более того, пациент не осознает неуместность своих реакций, но обычно чувствует справедливость своего поведения. Отыгрывание вовне, как мы уже говорили, является Эго-синтоничным.

Позвольте мне проиллюстрировать это следующим примером. Сорокалетний музыкант пришел для прохождения анализа, потому что он страдал от хронической бессонницы, колита, заторможенности при работе. Когда

– 310 –

я смог дать ему первый сеанс утром, в восемь часов, он исполнил замечательный спектакль, посвященный началу сеанса. Прежде всего, я смог услышать, как он входит в холл, потому что он возвестил о своем прибытии, громко сморкаясь, как труба, каждую ноздрю отдельно и неоднократно. Когда он вошел в комнату для лечения, он весело и музыкально пожелал доброго утра. Затем энергично и спокойно он снял свой жакет и повесил его на стул. Он обошел кушетку, сел и, все еще спокойно жужжа, начал освобождать свои карманы. Сначала он вынул из задних карманов бумажник и носовой платок, которые были положены на стол сбоку; затем ключи и мелочь из других карманов и

кольцо с пальца. Затем, с громким вздохом, он согнулся и снял свои ботинки, аккуратно поставив их бок о бок. Затем он расстегнул верхнюю пуговицу своей рубашки, ослабил узел галстука и, с явным вздохом освобождения, лег на кушетку, повернулся на бок, положив сложенные ладони между щекой и подушкой, закрыл глаза и замолчал. Затем, через несколько мгновений, он начал очень тихо говорить.

Сначала я смотрел на это представление молча, казалось невероятным, что мой пациент проделывает все это всерьез. Затем, когда я осознал, что он не осознает неуместности своего поведения, я решил попытаться, понять так точно, как только возможно, что это означает, прежде чем я конфронтирую его. Было очевидно, что это отыгрывание вовне было каким-то образом связано со ссорами ко сну. Медленно я начал осознавать, что он вводит в силу ссоры ко сну своих отца и матери, в которых я был одним из родителей, а он был либо вторым родителем, либо самим собой, когда он был ребенком. Его прошлое было полно воспоминаний об ужасных битвах между отцом и матерью в спальне, которые будили и ужасали его. Эти битвы происходили примерно через четыре часа после того, как он, будучи ребенком, ложился спать, и его теперешняя бессонница характеризовалась просыпанием через четыре часа после засыпания. Он отыгрывал со мной вовне: а) как бы он хотел, чтобы его родители мирно спали вместе и б) как он фантазировал, будучи ребенком, как бы он спал с кем-нибудь из родителей.

Когда я попытался обрисовать ему его отношение к

– 311 –

столь странному способу начинать сеанс, он был возмущен. В этом нет ничего особенного или странного, или того, на что стоит обращать внимание. Он только попытался расслабиться и свободно ассоциировать; ведь я же говорил ему в начале анализа, что все, что ему следует делать, так это расслабиться и попытаться говорить все, что бы ни пришло ему в голову. Итак, теперь он расслаблен. Верно, что он чувствует что-то, похожее на сон, но только в отношении самой ранней части сна. Затем он неохотно признал, что, когда я заговорил с ним, уже ближе к концу сеанса, он действительно почувствовал эту дисгармонию и даже вторжение. Он также осознает, что в силу какой-то странной причины ему нравится этот ранний сеанс. Он едва ли сможет вспомнить то, что говорил он, и то, что говорил я. Тогда я сказал ему, что это связано с тем фактом, что он пришел на сеанс для того, чтобы продолжить спать со мной. Он разделся так, будто собирался лечь в постель, и лег на кушетку с закрытыми глазами и блаженным выражением, потому что чувствовал, что мы спим вместе, и это был тот самый мирный сон, которого он должен был желать для отца и матери или для него самого и кого-нибудь из родителей. До этого момента в анализе пациент мог вспомнить только свою ненависть по отношению к родителям за их постоянные баталии по ночам или свою завистливую ревность и сексуальные желания заменить отца или мать на их двуспальной кровати. Мои интерпретации о мирном сне были первым шагом в реконструкции президиповых желаний пациента по отношению к его отцу и матери» (Левин, 1955).

В процитированных случаях пациент имел чувства по отношению к аналитику, которые он не описал и о которых не рассказывал, но осуществлял в действии. Одна тайком убирала кусочек бумаги, другой вел себя дерзко, третий засыпал. Во всех трех случаях кусок прошлого вводился в силу, но пациент не мог вспомнить его и неохотно анализировал свою деятельность.

В конечном счете, оказывалось, что эта деятельность является искажением прошлого события, действие всегда есть попытка исполнения желания. Пациент отыгрывал вовне с аналитиком то, что он желал бы сделать в прошлом. По моему клиническому опыту, отыгрывание вовне всегда является актуализацией прошлого жела-

– 312 –

ния, которое первоначально не могло быть выполнено. Тогда отыгрывание вовне является запоздалой попыткой исполнения желания.

Отыгрывание вовне в рамках аналитического сеанса может не ограничиваться определенным эпизодом или единичным событием, но может проходить через длительные периоды анализа. Я наблюдал пациентов, в особенности кандидатов, которые отыгрывали роль «хороших» пациентов и которые пытались дать мне роль «совершенного» аналитика. Это может продолжаться месяцами и даже годами, пока аналитик не осознает определенной беспомощности и ограниченности анализа. Тогда

задача будет состоять в том, чтобы показать это поведение как сопротивление и защиту и раскрыть нижележащую враждебность. Я наблюдал аналогичную ситуацию у пациентов, которые поддерживали в себе уверенность, что они являются моими фаворитами. Мой восьмичасовой спящий пациент относился к их числу. Он сознательно полагал, что был моим фаворитом, и, когда я интерпретировал это как его желание и потребность, отвечал, что знает, что согласно моей фрейдистской клятве я обязан держать в секрете свои истинные чувства. Когда я делал интерпретацию, которую любой другой пациент воспринял бы болезненно, он, бывало, реагировал, восхищаясь моей пронизательностью и наслаждаясь, за другого, моим предполагаемым триумфом. Он любил анализ, и, более всего, ему нравилось быть анализируемым мною. Он чувствовал, что мы представляем собой превосходную комбинацию, он и я, — я, с моим мозгом, и он, с его воображением. Даже хотя его симптомы не изменились и он достиг необходимого инсайта, ему доставлял наслаждение анализ. Я энергично указывал ему, снова и снова, что он, как кажется, пришел не для того, чтобы пройти анализ, а для того, чтобы актуализировать доставляющее наслаждение чувство быть фаворитом. Медленно он начал вспоминать и рассказывать о том, как он был фаворитом матери и отца, а затем было обнаружено, что эти воспоминания были экраном против горького разочарования в обоих родителях.

– 313 –

3.842. Отыгрывание вовне вне анализа

Молодая замужняя женщина неожиданно вступила в сексуальную связь во время анализа. Я был убежден, исходя из клинических данных, что это было отыгрывание вовне чувства переноса: пациентка едва знала этого мужчину, он был совершенно другим, чем те мужчины, которые ее обычно привлекали. Он был артистичен, действовал, как римлянин времен античности, — эти качества привлекали ее. Связь имела место, когда я был вынужден пропустить несколько сеансов для того, чтобы посетить конференцию. Она начала свой анализ с позитивным переносом, который постепенно приобрел эротический и сексуальный оттенок. Это было интерпретировано, и вопрос, казалось, был временно решен. Я вспомнил, что во время ее сильной любви ко мне она описывала меня как профессора и артистическую натуру. Кроме того, однажды она видела сновидение, где я был в римской тоге, и в ассоциации к этому сновидению рассказала, что я причесываю свои волосы, как римлянин, и она слышала, что мое утешительное имя «Роми». Казалось, ясно, что молодая женщина отыгрывала вовне свои сексуальные и романтические чувства с молодым человеком. Она делала с ним то, что хотела и не могла сделать со мной. Эти желания были повторением глубоко репрессированных чувств, которые она испытывала по отношению к своему отчиму.

Пациент-мужчина в ходе анализа вдруг развил тесные отношения со своим терапевтом, мужчиной, которого он никогда не знал в социальной жизни. Теперь пациент часто приглашал его обедать и занимался интимными беседами со своим врачом. Очевидно, его желание интимности со мной было отыграно вне анализа. Когда это происходит, желание интимности со мной не выражается на аналитическом сеансе. Это была моя интерпретация этого отыгрывания вовне, которая вернула неосознанные желания в анализ (неосознанные постольку, поскольку они относились ко мне).

Когда чувства переноса отыгрываются вне анализа, характерно, что побуждения и аффекты, которые отыгрываются, не проявляются должным образом в аналитической ситуации. Студент в анализе со мной постоянно критиковал тупость своих учителей, их леность и

– 314 –

глупость. В то же время его чувства переноса ко мне были устойчиво позитивными. Какой-либо враждебный перенос ко мне отсутствовал, но устойчивая враждебность к учителям заставила меня осознать, что он отыгрывает вовне свой негативный перенос.

Частой формой отыгрывания вовне является раскалывание амбивалентного или преамбивалентного переноса, когда один аспект отыгрывания вне анализа. Она часто наблюдается у кандидатов. Обычно чуждый Эго перенос выражается каким-то образом вне анализа, и только Эго-синтоничные чувства выражаются по отношению к аналитику. Следовательно, враждебные и гомосексуальные чувства будут находить разрядку по отношению к другим аналитикам, тогда как менее беспокоящие эмоции и побуждения будут направляться на собственного аналитика. Или же раскол

будет иметь место на основании: «хороший» или «плохой» аналитик, с какими-то другими аналитиками, имеющими дополнительную роль.

Следует помнить, что отыгрывание вовне, которое происходит во время анализа, связано не только с ситуацией переноса. Очень часто будет обнаруживаться, что такое отыгрывание происходило и прежде, до начала анализа. Соактеры в таких ситуациях будут сами превращаться в фигуры переноса (Вирд, 1957). Это будет обсуждаться во втором томе.

Теперь я бы хотел привести пример, иллюстрирующий комбинацию отыгрывания вовне и симптоматического действия, сплетающихся с переносом. В течение нескольких сеансов пациент находил недостатки во всем, что бы я ни делал при анализе. Он находил мое молчание гнетущим, а мои вмешательства раздражающими и враждебными. На самом деле, он допускал, что ему нравятся аналитические сеансы, однако не тогда, когда я начинаю говорить или не тогда, когда он ожидает, что я научусь говорить. Он мог сказать, когда я собираюсь вмешаться, потому что он мог услышать скрип моего стула или изменение в дыхании. Короткое сновидение и ассоциация к нему дали кое-какие важные ключи для понимания таких его реакций. В этом сновидении кто-то слушает радиокomentатора Габриэля Хетера, голос которого — голос судьбы. Пациент ассоциирует с тем фактом, что этот диктор был отцовским фаворитом и

– 315 –

все были вынуждены слушать этого человека, когда отец приходил домой обедать. Это привнесло воспоминание о том, как менялась атмосфера в доме, когда отец приходил домой; он заглушал все. Он портил все веселье в семье, по крайней мере, пациенту. Он всегда мог сказать, когда отец придет домой, потому что он всегда приходил домой без двадцати семь и всегда насвистывал, подходя к дому. Когда бы пациент ни замечал, что приближается семь часов, или ни слышал свист, он становился раздраженным и враждебно настроенным.

На меня произвело впечатление множество параллелей между тем, как пациент вел себя по отношению ко мне и как он реагировал на приход отца домой. Я интерпретировал это следующим образом: Пока я молчу во время сеанса и позволяю, тем самым, пациенту говорить; пока все это происходит в начале сеанса, пациент наслаждается аналитической ситуацией так, как он наслаждался пребыванием дома со своей сильно любящей матерью и своими сестрами, что было приятно и наполнено миром. Примерно за двадцать минут до конца сеанса пациент начинал с неприязнью относиться к прерыванию веселья в доме. Скрип моего стула или изменение ритма моего дыхания напоминали ему об отцовском свисте. Мои интерпретации были как «голос судьбы», возвращение отца домой, конец всем удовольствиям пациента, связанным с матерью и сестрами. Пациент согласился с этой формулировкой, добавив, что, «говоря по правде», он должен признать, что отцовское, возвращение домой причиняло боль только ему: мать и сестры ждали этого.

Этот пример иллюстрирует, как во время аналитического сеанса пациент вновь актуализирует со мной кусок своего прошлого, связанного с его семьей. В начале сеанса он был большим болтуном, а я представлял собой спокойных и восхищающихся мать и сестер. Ближе к концу сеанса, когда наступала моя очередь говорить, я становился подавляющим и мешающим отцом. Поскольку эта ситуация была Эго-дистоничной и весьма болезненной для пациента, он работал очень усердно, пытаюсь реконструировать и вспомнить события прошлого, которые лежат за невротической актуализацией.

Как говорилось ранее, все формы невротической актуализации могут присутствовать в чистом виде, но

– 316 –

обычно встречаются смеси переживания вновь, симптоматического действия и отыгрывания вовне. Трудность определяется тем, является ли невротическая актуализация Эго-синтоничной или чуждой Эго. Всегда, когда она Эго-синтонична, есть еще дополнительное сопротивление. Тогда значительно труднее привлечь на свою сторону разумное Эго-пациента, установить рабочий альянс и раскрыть или реконструировать нижележащие воспоминания.

3.9. ТЕХНИКА АНАЛИЗИРОВАНИЯ ПЕРЕНОСА

3.91. Общие замечания

Следует заметить, что заголовок этой секции «Техника анализирования переноса», а не «Интерпретация, или умение справляться с переносом». Причина состоит в том, что, хотя интерпретация является решающим инструментом для обращения с явлениями переноса в психоаналитической процедуре, другие технические инструменты также необходимы. Интерпретация реакций переноса является основным техническим шагом при работе с явлениями переноса; но для того, чтобы эффективно интерпретировать перенос, существуют разнообразные необходимые предварительные шаги. Эдвард Вибринг (1954) подчеркивал тот факт, что, с увеличением наших знаний о психологии Эго, психоаналитик лучше осознает необходимость тщательного прояснения частных психических явлений до того, как он попытается интерпретировать их. Феничел (1941) и Крис (1951) также делали ударение на важности ясного демонстрирования и освещения предмета в ходе рассмотрения, до того как аналитик попытается интерпретировать его неосознанное значение. Как я говорил ранее, демонстрация, прояснение, интерпретация и тщательная проработка психического события могут считаться «анализированием» данного явления.

Причина для вынесения на обсуждение концепции «управления» переносом состоит в том, что психоаналитик вынужден делать больше, чем просто «анализировать» для того, чтобы должным образом обращаться с переносом. Без всяких сомнений, это утверждение не затушевывает тот факт, что анализ переноса является

– 317 –

существенной характеристикой психоанализа. Однако для того, чтобы сделать психическое событие поддающимся анализу, может оказаться в определенные моменты необходимым предпринимать другие процедуры (Е. Вибринг, 1954; Ейслер, 1953; Меннингер, 1953; Глава VI, см. также секция 1.34 и том второй).

Например, поскольку психоаналитическая техника имеет целью содействовать максимальному развитию всех видов реакций переноса и поскольку явления переноса возникают у пациента спонтанно, наша техника должна включать в себя не мешающее, а терпеливое ожидание. Здоровое использование ожидания в форме молчания является одним из наиболее важных инструментов, способствующих развитию переноса. Тем не менее, строго говоря, это манипуляция. Молчание аналитика может помочь пациенту развить и почувствовать с большей интенсивностью реакции переноса. Возможное эмоциональное отреагирование может принести пациенту убеждение в реальности его чувства. Однако молчание аналитика и эмоциональное отреагирование пациента являются, строго говоря, неаналитическими мерами. Они могут также привести и к травмирующей ситуации и к стойким сопротивлениям, хотя аналитик и «анализирует» их должное время. Только путем анализирования можно решить реакцию переноса и, следовательно, проложить путь для других разновидностей и интенсивностей переноса.

Определенную роль в управлении переносом играет внушение или намек, который высказывает аналитик. Мы просим наших пациентов свободно ассоциировать и позволять своим чувствам развиваться спонтанно. Тем самым мы внушаем пациенту, что его чувства являются допустимыми и управляемыми. Наше молчание может также означать для него, что он вынесет определенные чувства, какими бы болезненными они ни были, и что все это приведет к успешному концу. Когда мы спрашиваем пациента, не перескажет ли он свое сновидение, тем самым мы внушаем ему, что он действительно видит сновидения и может запомнить их. Именно внушение, особенно в начале анализа, когда пациент знает совсем немного о нас и о психоаналитической процедуре, поможет пациенту рискнуть пойти с нами дальше. В конечном счете, и те чувства переноса, которые заставляют

– 318 –

пациента поддаваться внушению или манипуляциям, также должны быть проанализированы и разрешены. Для дальнейшего изучения этого вопроса см. работы Чарльза Фишера (1953).

Все это верно также и для других неаналитических вмешательств. Все неавтономные терапевтические влияния на пациента должны быть, в конце концов, выведены на сознательный уровень и тщательно проанализированы. Вместе с тем важно осознавать, что неаналитические меры

являются до некоторой степени необходимыми и в каждом анализе. Внушение и манипуляция попали в немилость в психоаналитических кругах из-за неправильного использования. Они не замещают анализ, они подготавливают к нему или являются дополнительными процедурами. Интерпретация сама по себе, «чистый» анализ, является не терапевтической процедурой, а инструментом для исследования. Хотя в этой секции фокусируется внимание на анализе явлений переноса, клинические примеры иллюстрируют и проясняют взаимоотношения между аналитической и неаналитической техниками. Должное сочетание этих техник и составляет искусство психотерапии.

Существует несколько других факторов, которые делают анализ персонала таким сложным и таким важным. Во-первых, у явлений переноса есть два прямо противоположных свойства; во-вторых, сам перенос может стать источником сильного сопротивления аналитической работе. И, в-третьих, патологические защиты также переносятся, и мы тогда имеем комбинацию продукций переноса и сопротивлений переноса одновременно.

Одним из всегда стоящих технических вопросов является определение, когда данный перенос находится в курсе анализа, а когда — в оппозиции; каждая из этих ситуаций требует различных вмешательств. По моему клиническому опыту и, я полагаю, по опыту других аналитиков, наиболее частой причиной того, что пациент преждевременно прерывает психоаналитическую терапию, является неправильное обращение с ситуацией переноса (Фрейд, 1905а). Дальше встает еще одна проблема. Для того чтобы продуцировать материал, пациенту необходимо развить невроз переноса. Для того чтобы работать аналитически над этим материалом, вос-

– 319 –

принимать его, пациент также должен развить рабочий альянс. Два эти требования находятся в оппозиции друг к Другу. Как мы выполняем и то и другое? (См. секцию 3.5.)

Как следует из обсуждения, техника анализирования явлений переноса затрагивает следующие вопросы: 1) Как мы гарантируем естественную эволюцию переноса пациента? 2) Когда мы позволяем переносу развиваться спонтанно и при каких условиях необходимо вмешаться? 3) Когда становится необходимым вмешательство, какие технические меры требуются для анализа реакций переноса? 4) Как мы содействуем развитию рабочего альянса?

3.92. Гарантирование переноса

Концепция гарантирования переноса относится к принципу проектирования отношения пациента к аналитику так, чтобы он мог развить наибольшее разнообразие и интенсивность реакций переноса в соответствии с его собственной индивидуальной историей, его собственными потребностями. В работах Фрейда по технике можно найти различные ссылки и рекомендации о том, как это может быть выполнено (Фрейд, 19126, 1915а, 1919а). Гринакре прояснила и добавила много других моментов в важной работе, вышедшей в 1954 году. В то время ее эссе было особенно значимо, потому что тогда среди американских психоаналитиков было значительное различие во мнениях, касающихся необходимости соблюдать классические процедуры в психоаналитической технике.

3.921. Психоаналитик как зеркало

Фрейд (19126) дал рекомендацию, состоящую в том, что психоаналитику следует быть как бы зеркалом для пациента. Это было неправильно понято и неправильно истолковано в том смысле, что аналитику следует быть холодным и не реагирующим по отношению к своему пациенту.

– 320 –

На самом деле, я полагаю, Фрейд имел в виду нечто совершенно другое. Его сравнение с зеркалом означает, что поведение аналитика, его отношение к невротическому конфликту пациента должно быть «непрозрачным», так чтобы обратно к пациенту не могло вернуться ничего из того, что он манифестировал. Личные действия и предпочтения аналитика не должны проникать в анализ. В таких ситуациях аналитик устойчиво нейтрален, что дает возможность пациенту продемонстрировать свои

искаженные и нереалистические реакции, как таковые. Более того, аналитику следует стараться приглушать свои собственные ответы так, чтобы он был относительным анонимом для пациента (Фрейд, 19126, с. 117—118). Только таким способом можно будет четко увидеть реакции переноса пациента так, чтобы их можно было видеть и отделить от более реалистичных реакций. Более того, для того, чтобы анализировать явления переноса, важно сохранять область взаимодействия между пациентом и аналитиком относительно свободной от контаминации и артефактов. Любая другая форма поведения или отношения со стороны аналитика, чем постоянное гуманное вмешательство, будет затемнять и искажать развитие и осознание явлений переноса. Позвольте мне привести несколько примеров контаминации.

Несколько лет назад мой пациент, который страдал от язвы желудка и депрессией, вошел в длительный период непродуктивной работы в анализе в тот момент, когда его симптомы обострились. Мы оба осознавали, что действует сопротивление, но были не в состоянии достичь сколько-нибудь значительного прогресса в борьбе против усиления симптомов или упорства сопротивления. После нескольких месяцев работы я начал медленно осознавать, что пациент изменился в каком-то отношении ко мне. Прежде он был расположен шутить или поддразнивать, или позлить меня каким-нибудь невинным способом. Теперь он больше жаловался, не шутил, был угрюм. Раньше его озлобленность была явной и спорадичной. Теперь же он был поверхностно кооперативен, но, а на самом деле, упрям. Однажды он сказал мне, что видел сновидение об осле, а затем впал в угрюмое молчание. После периода молчания с моей стороны я спросил его, что произошло. Он ответил со вздохом,

– 321 –

что подумал, быть может, мы оба ослы. После паузы он добавил: «Я не двигаюсь с места и вы тоже. Вы не меняетесь, и я не меняюсь (молчание). Я пытался измениться, но это сделало меня больным». Я был озадачен, я не мог понять, к чему это относится. Тогда я спросил его, как он пытался измениться. Пациент ответил, что он пытался изменить свои политические взгляды в соответствии с моими. Всю жизнь он был республиканцем (что я знал), и он попытался, в последние месяцы, принять более либеральную точку зрения, потому что знал, что я склонен к этому. Я спросил его, как он узнал, что я либерал или антиреспубликанец. Тогда он рассказал, что, когда он говорил что-нибудь похвальное о политиках-республиканцах, я всегда спрашивал его об ассоциациях. С другой стороны, когда он говорил что-то враждебное о республиканцах, я продолжал молчать, как бы соглашаясь. Когда он говорил добрые слова о Рузвельте, я не ответил ничего. Когда же он нападал на Рузвельта, я, бывало, спрашивал, кого ему напоминает Рузвельт, так, будто следует подтвердить то, что ненависть Рузвельта — инфантильная черта.

Я был захвачен врасплох, потому что совершенно не осознавал этого. Тем не менее, когда пациент отметил этот момент, я был вынужден согласиться, что я делал именно это, хотя и не зная того. Затем мы приступили к работе над тем, почему он чувствовал необходимость попытаться принять мои политические взгляды. Это оказалось его способом снискать мое расположение, что было неприемлемо, а также унижало его чувство собственного достоинства и привело к обострению язвенных симптомов и депрессивности. (Сновидение об осле выражало в очень конденсированной форме его враждебность к демократической партии, которая использует осла в качестве символа, и его раздражение по поводу отсутствия у меня проницательности в отношении его затруднений, — осел известен своей глупостью и упрямством. Это было также изображением и его собственного образа.)

Несколько лет назад я лечил пациентку, которая прервала лечение с другим аналитиком после длительного тупикового периода. Непосредственной причиной ее неразрешенного сопротивления было то, что она узнала, что ее предыдущий аналитик — искренне религиозный

– 322 –

человек, регулярно посещающий синагогу. Ее друг рассказал ей об этом, и позже пациентка убедилась в этом сама. Пациентка конфронтировала аналитика, но тот отказался принять или отрицать этот факт. Он сказал, что, по его мнению, им следовало бы продолжить совместную работу. Но, к несчастью, пациентка стала все более раздражаться из-за его вмешательств и интерпретаций, которые он делал и ранее и которые теперь казались ей продиктованными его верой в бога. Это предыдущий аналитик

отрицал, но пациентка сохраняла свой скептицизм. В конце концов, она пришла к заключению, что более не способна эффективно работать с этим аналитиком.

Эта самая пациентка спросила меня, религиозен ли я, я оказал ей, что не буду отвечать на ее вопрос, потому что любой ответ испортит наши отношения. Она приняла эту точку зрения. Позже, в ее анализе со мной, стало ясно, что она чувствовала, что не может уважать аналитика, который искренне религиозен, и проходить анализ у него. Более того, уклончивость предыдущего аналитика, после того, как она обнаружила этот факт, сделала его фигурой, не заслуживающей доверия.

В обоих случаях контаминация переноса помешала полному развитию невроза переноса и стала источником длительного сопротивления. В обоих случаях черта, обнаруженная пациентом, была чрезвычайно болезненной и вызвала тревогу. Я полагаю, что очень важно то, как данная ситуация прорабатывается. Наиболее серьезные последствия возникают, когда такие контаминации не распознаются аналитиком. Равно деструктивно и то, что аналитик отказывается признать то, что стало известно. Только честность со стороны аналитика и тщательный анализ реакций пациента могут исправить такие нарушения инкогнито аналитика.

Нет сомнений, что чем меньше пациент реально знает о психоанализе, тем легче он сможет заполнить чистые места с помощью своей фантазии. Более того, чем меньше пациент в действительности знает об аналитике, тем легче аналитику убедить пациента в том, что его реакции являются перемещениями и проекциями. Однако следует иметь в виду, что сохранение инкогнито аналитика — вопрос относительный, поскольку все и в аналитическом офисе и в его обычной работе рассказывают

– 323 –

что-то о нем. Даже решимость аналитика оставаться анонимом — становится открытой. Более того, безжизненное или чрезвычайно пассивное поведение аналитика мешает развитию рабочего альянса. Как может пациент позволить своим наиболее интимным фантазиям проявиться по отношению к аналитику, если тот показывает только фиксированную эмоциональную неизменяемость или ритуальное следование правилам и установкам. Верно, что знание об аналитике может затруднить развитие фантазий переноса, но строгая отчужденность и пассивность делают развитие рабочего альянса почти невозможным. Они продуцируют невроз переноса, который может быть интенсивным, но трудным и неподатливым.

Гринакре зашла так далеко, что предложила аналитикам скрываться от глаз публики, чтобы не ассоциироваться с социальными, политическими или научными моментами (1954, с. 681—683, 1966). Однако, живя длительное время в обществе, не всегда можно оставаться неузнанным и не поддающимся идентификации. Та же проблема всегда имеет место, когда практикующий аналитик пытается анализировать кандидатов в их же собственном институте, это всегда имеет сложные последствия. Тем не менее, это не всегда создает непреодолимое для анализа препятствие. Психоаналитик, известный в данном обществе, также имеет контаминированный перенос, с которым нужно бороться. Их пациенты часто приходят на первые интервью с уже установившимися реакциями переноса, основанными на репутации аналитика и фантазиях пациента. Аналитики, которые становятся предметом публичного обсуждения, не только противоречат представлению об аналитике, как зеркале, но и предлагают тем самым различные способы удовлетворения переноса для пациента. Тем не менее, анализ в таких случаях возможен, если аналитик имеет в виду эту проблему. Контаминированный материал переноса должен быть привнесен в анализ рано и на продолжительное время, и реакции пациента на такую информацию должны быть тщательно проанализированы. (Проблема обучающих аналитиков гораздо сложнее; в данном случае аналитик имеет реальную власть над дальнейшей профессиональной карьерой кандидата.)

– 324 –

Однако следует отметить, что многие пациенты обладают чрезвычайно развитой интуицией и получают значительные знания просто из ежедневной работы с аналитиками. Кто-то раньше, кто-то позже, но, в конечном счете, все пациенты получают довольно большие знания о своем аналитике. Вне зависимости от источника, все знания об аналитике должны стать предметом анализа, как только они становятся проводниками для неосознанных фантазий (см. секцию 3.6).

«Правило зеркала», однако, представляет собой опасность для установления рабочего альянса, если оно доводится до крайности. Сам Фрейд говорил, что первой целью анализа является установление связи с пациентом, а это может быть сделано только в случае принятия «сочувствующего понимания» (1913б, с. 139—140). Дальнейшее обсуждение данного вопроса см. в секции 3.543.

3.922. Правило абстиненции

Фрейд (1915а) дал важную рекомендацию о том, что лечение следует проводить, насколько это возможно, с пациентом в состоянии абстиненции. Он говорит очень ясно: «Аналитическое лечение следует проводить, насколько это возможно, в состоянии абстиненции» (Фрейд, 1919а, с. 162). «Хотя это может показаться жестоким, — добавляет он, — но мы должны следить за тем, чтобы страдание пациента дошло до такой степени, чтобы оно стало эффективно при работе тем или иным способом, а не подходило к концу преждевременно» (с. 163). Симптомы пациента, которые побуждают его к лечению, состоят частично из отвращаемых инстинктивных импульсов, ищущих разрядки. Эти инстинктивные импульсы будут обращаться на аналитика и аналитическую ситуацию так долго, пока аналитик избегает предоставления пациенту замещающих удовлетворений. Длительная фрустрация будет индуцировать пациента регрессировать так, что весь его невроз будет пережит вновь в переносе, в неврозе переноса. Однако получение удовлетворений любой значимости, замещающих симптомы, лишит пациента его невротического страдания и мотиваций продолжать лечение (Гловер, 1955, с. 167; Феничел, 1941, с. 29—30).

– 325 –

Правило абстиненции было неправильно понято и истолковано в том смысле, что пациенту запрещается получение наслаждений от любых инстинктивных удовлетворений во время анализа. В действительности, Фрейд пытался предохранить пациента от преждевременного «полета в здоровье» и эффекта так называемого «излечения переноса».

Для того чтобы обеспечить сохранение адекватной мотивации, психоаналитику необходимо: а) постоянно указывать пациенту на инфантильные и нереалистические черты инстинктивного удовлетворения, которое пациент пытается получить; б) быть уверенным, что аналитик никоим образом, сознательно или бессознательно, не удовлетворяет инфантильные невротические инстинктивные потребности пациента.

Любые удовлетворения переноса, которые не были определены и должным образом проанализированы, помешают оптимальной эволюции невроза переноса пациента. Одним из наиболее частых последствий является фиксирование реакций переноса пациентом. Например, аналитики, которые ведут себя по отношению к пациентам с постоянной теплотой и эмоциональной чуткостью, будут обнаруживать, что их пациенты имеют тенденцию реагировать длительным позитивным и покорным переносом. Пациенты таких аналитиков будут испытывать затруднения при развитии негативного, враждебного переноса. Такие пациенты могут быстро формировать рабочий альянс, но он будет очень узок, ограничен, а затем они будут испытывать тревогу по поводу позволения своим реакциям переноса углубиться и расшириться за пределы ранней позитивной и покорной фазы.

Удовлетворения переноса, которые они получают от добросердечного аналитика, удлиняют их зависимость от таких способов получения удовлетворения и заставляют их отвращать негативный перенос. С другой стороны, аналитики, которые имеют тенденцию быть отчужденными и жестокими, будут часто находить, что их пациенты быстро и устойчиво формируют негативные и враждебные реакции переноса. В таких случаях пациентам может быть трудно углубиться в другие реакции переноса. Их недоверие к аналитику не позволит неврозу переноса развиваться полно и широко. Если анализ длится

– 326 –

достаточно долго, эти пациенты могут затем развить садомазохистические отношения переноса; которые могут быть интенсивными, но при этом укрепляют и сопротивление самому анализу и изменениям.

Я недавно начал лечить пациентку, которая проходила анализ в течение более чем шести лет у аналитика в другом городе. Жалобы молодой женщины едва изменились, несмотря на проделанную

упорную работу со стороны аналитика и пациента. В отношении аналитик — пациент должно быть что-то такое, что мешало работе, я понял это, когда пациентка старалась процитировать дословно данные интерпретации своего предыдущего аналитика, которые он давал ей. Например, однажды я спросил ее, знает ли она, что заставляет ее быть такой уклончивой на данном сеансе. Она сразу ответила, что, возможно, это была попытка кастрировать меня за то, что я отказался удовлетворить ее потребность в зависимости на последнем сеансе. Я попробовал просить ее объяснить, что это в действительности означает, она пришла в волнение и, в конце концов, сказала, что не уверена, но это то самое, что ее предыдущий аналитик часто говорил ей. Она неохотно отвечала на просьбу о пояснении, потому что он поддразнивал ее и бывал саркастичен. Он, бывало, говорил что-нибудь вроде: «Жаль выбрасывать на ветер ваши деньги, если вы приходите и не слушаете» или «Возможно, вы вспомните, если я более не удовлетворю эту вашу потребность в зависимости».

Существуют и другие формы удовлетворения переноса и провокаций, которые могут возникать из неосознанного желания аналитика быть гидом, ментором или родителем пациента. Это обычно ведет к тому, что аналитик дает советы, проводит небольшие беседы, начинает чрезмерно успокаивать или чрезмерно заботиться о пациенте.

Более серьезное осложнение возникает, когда аналитик становится сознательным или бессознательным соблазнителем. Это не только вызывает инцестуозные желания пациента, но и приносит вместе с ними чувство сильной вины и длительную сверхидеализацию аналитика. Когда, наконец, это все ломается, остается сильный гнев и тревога (Гринакре, 1966б).

Я могу подвести итог этой части обсуждения, сказав,

– 327 –

что аналитику следует быть бдительным, чтобы не удовлетворять инфантильных инстинктивных желаний пациента, потому что это предотвратит полное развитие невроза переноса. Вследствие этого пациент либо прервет лечение, либо анализ окажется бесконечным, зайдет в тупик.

Однако правило «абстиненции», доведенное до крайности, оказывается в конфликте с установлением рабочего альянса. Хотя клинические данные подтверждают то, что необходимой предпосылкой для регрессивных реакций переноса является стойкая фрустрация инфантильных желаний пациента, чрезвычайная фрустрация пациента также приводит к бесконечному анализу либо к его прерыванию (см. Стоун, 1961, с. 53, Гловер, 1955, с. 88—107; Феничел, 1941, с. 74; Меннингер, 1950, с. 53—58).

Одной из наших фундаментальных технических задач, однако, является совмещение этих двух групп прямо противоположных требований (Гринсон, 1966). Это необходимо рассматривать более детально, потому что эти два противоположных требования предъявляют необычные требования к аналитику и пациенту.

Важно осознавать, что тот способ, с помощью которого классический психоаналитик регулирует взаимоотношения между пациентом и им самим, является одновременно уникальным и искусственным, сильно отличается от того, как обычно люди относятся друг к другу. Это неровные отношения, в которых от пациента ждут, что он позволит себе чувствовать и выражать все свои сокровенные эмоции, импульсы и фантазии, тогда как аналитик остается относительно анонимной фигурой (Гринакре, 1954, с. 674; Стоун, 1961, с. 80). На ранних стадиях анализа и затем, время от времени, пациент будет протестовать против неравенства ситуации. (Если он не жалуется на это, следует исследовать, почему.) Жалобы пациента должны быть прежде всего проанализированы, но при этом аналитику не следует отрицать искусственности отношений. По моему мнению, пациент имеет право на объяснение причин того, что аналитик поддерживает такие отношения. Я не думаю, чтобы это было необязательно, потому что у пациента есть потребность в том, чтобы его права были защищены. Аналитическая процедура неизбежно является бо-

– 328 –

лезненным односторонним, уникальным переживанием для пациента.

Если мы хотим, чтобы он проявил себя как независимое человеческое существо и работал с нами как сотрудник, мы не можем постоянно унижать его, не объясняя тот инструментарий, которым мы пользуемся. Мы не можем лечить его, как ребенка, и затем ожидать от него, что он станет зрелым

индивидуумом. Так же, как важно гарантировать ситуацию переноса, важно гарантировать права и чувство собственного достоинства. Я проиллюстрировал эти моменты на различных клинических примерах в секции 3.5.

Наиболее жизненный пример и, возможно, наиболее яркий — это случай мистера З*. Это молодой человек, несколько лет анализа которого у другого аналитика были относительно непродуктивны. Некоторые из его трудностей были дериватами той атмосферы, которую его первый аналитик создал своей манерой работы. Когда на одном из первых сеансов молодой человек на кушетке достал сигарету и зажег ее, я спросил его, как он чувствовал себя, когда решил зажечь сигарету. Он ответил, что знал, что ему не полагалось курить во время его предыдущего анализа, и он полагал, что я также буду запрещать это. Я сразу же сказал ему, что все, чего я хочу, — это знать, какие чувства, мысли и ощущения пришли к нему в тот момент, когда он решил зажечь сигарету.

На следующем сеансе пациент спросил меня, женат ли я. Я ответил на это, спросив, каковы его фантазии на этот счет. Я позже объяснил и продемонстрировал ему ценность того, что я не отвечал на его вопросы. Пациент потом рассказал, что его первый аналитик никогда не отвечал на множество вопросов, которые возникали у него в начале предыдущего анализа, но не потрудился объяснить, почему он молчит.

Он переживал молчание своего аналитика как разжалование и унижение, и теперь он осознал, что его собственное молчание часто было расплатой за воображаемую несправедливость. Несколько позже он увидел, что предполагаемым презрением идентифицировался со своим аналитиком. Он испытывал презрение к ханжеству своего аналитика, но в то же самое время был

^{x)} См. также секции 2.52, 2.54 и 2.71.

переполнен укорами самому себе за свою собственную сексуальную практику, которую он тогда проецировал на аналитика. Более полно вопрос о том, когда пациент имеет право на объяснение, будет обсуждаться во втором томе.

Для аналитика необходимо чувствовать определенную близость к пациенту, чтобы быть способным к эмпатии с наиболее интимными деталями его эмоциональной жизни; вместе с тем он должен уметь отстраниться для детального понимания материала пациента. Это одно из наиболее трудных требований психоаналитической работы — альтернатива между временной и частичной идентификацией эмпатии и возвращением на отдаленную позицию наблюдателя, оценителя и т. д. Для аналитика не должно существовать такой области жизни пациента, куда он может быть не допущен, но эта интимность не должна приводить к фамильярности. Отвечать эмоционально и спонтанно на интимные потребности другого человеческого существа — естественная тенденция, но эти ответы у аналитика должны служить главным образом его пониманию пациента. Им нельзя позволять внедряться в личность пациента. Симпатия аналитика или чрезмерное сочувствие, если они обнаруживаются по отношению к пациенту, могут быть восприняты либо как вознаграждение переноса, либо как наказание. Это исказит анонимную зеркальную поверхность, в которой нуждается аналитик для того, чтобы продемонстрировать пациенту, что реакция пациента на самом деле является реакцией переноса. Если при этом аналитик не сочувствует пациенту, как можно ожидать, что он обнаружит наиболее интимные, наиболее уязвимые аспекты его эмоциональной и интеллектуальной жизни?

Ответ на это сложное, с одной стороны, терапевтическое обязательство аналитика по отношению к пациенту должен лежать в основании всего того, что он делает. Это не должно быть вербализовано; разумное Эго пациента почувствует это.

Аналитик является лекарем невротической болезни, а не просто исследователем или сборщиком данных. Анализ — ситуация лечения, где анализируемым является пациент. Для того чтобы возникла эмпатия, мы должны до некоторой степени почувствовать те же

самые эмоции и побуждения, которые чувствует пациент. Вместе с тем демонстрация этого понимания не должна вызывать страха у пациента. Мы собираем данные, используя эмпатию, но наш ответ должен быть сдержанным. Наша задача состоит в колебании и смешении противоположных позиций: вовлеченного человека, испытывающего эмпатию, бесстрастного сортировщика и осмыслителя данных и сдержанного, но сочувствующего проводника инсайта и интерпретаций. Это и есть в сверхупрощенном и сжатом виде определение искусства и науки психоаналитической терапии.

Соблюдая правила сохранения инкогнито аналитика и воздерживания от удовлетворения переноса, аналитик сможет гарантировать эволюцию реакций переноса пациента. Однако компетентный психоаналитик является также и человеческим существом со своими недостатками. Я сомневаюсь, что какой-нибудь аналитик может сохранить постоянное сочувствие и заботу в комбинации со сдержанностью в течение многих лет без какого-нибудь случайного ляпсуса.

Но для психоаналитической практики существенно, чтобы аналитик сознавал свои недостатки. Он должен быть особенно бдителен в тех ситуациях, которые, он знает, потенциально трудны для него. Если же какая-то ошибка уже имеет место, то это должно быть осознано аналитиком, и в подходящее время следует признаться в этом пациенту. После этого должны быть тщательно проанализированы реакции пациента на отступление аналитика.

Одной из опасностей является тенденция благоприятно истолковывать воздействие этого греха на пациента и просто исповедоваться в том, что такой грех имеет место. Другой опасностью является переоценивание важности ошибки и попытка, из-за чувства вины, сделать какое-то возмещение пациенту, вместо того, чтобы просто тщательно проанализировать реакции пациента. Когда ошибка совершается повторно, это показывает, что: а) на этом основании аналитик нуждается в анализе и б) возможно, пациента следует передать другому аналитику (см. секцию 3.10.4).

Гарантирование переноса пациента при одновременном развитии рабочего альянса влечет за собой наиболее четкие требования при выполнении классического

– 331 –

психоанализа. Гринакре права, говоря о том, что психоанализ — это суровый надсмотрщик (1954, с. 684). Психоаналитик, кроме того, что он постоянно должен быть очень внимателен к тому, что происходит с его пациентом, должен иметь честность и скромность, тщательно исследовать свои собственные личностные реакции.

Суммируя: аналитик имеет две задачи одновременно, которые, в сущности, противоположны друг другу. Он должен гарантировать развитие как невроза переноса, так и рабочего альянса. Для того чтобы гарантировать перенос, он должен сохранять свою анонимность и депривационное отношение к невротическим желанием пациента. Для того чтобы гарантировать рабочий альянс, он должен сохранять права пациента, высказывать постоянно терапевтическое отношение и вести себя гуманно. Эти требования чрезвычайно необходимы. Случающиеся ошибки следует осознавать и следовательно, делать частью предмета анализа.

3. 93. Когда мы анализируем перенос?

3.931. Когда он является сопротивлением

Из нашего предыдущего обсуждения переноса и сопротивления стало ясно, насколько тесно могут быть переплетены эти два явления. Некоторые реакции переноса вызывают сопротивления, некоторые реакции переноса проявляются как сопротивления, некоторые служат сопротивлениями против других форм переноса и некоторые сопротивления служат для отвращения реакций переноса. Важный технический момент состоит в том, что, когда бы ни противодействовали любого рода реакции переноса аналитической работе, в случае, когда их преобладающей функцией является сопротивление, или когда они служат значительным, хотя и не преобладающим, препятствующим целям, тогда перенос должен быть проанализирован.

Это правило, однако, должно быть модифицировано в соответствии с нашими знаниями о рабочем альянсе. Мы анализируем сопротивление переноса, только когда присутствуют разумное Эго и рабочий альянс. Если сопротивление переноса значительно, но не поддается де-

монстрации, нашей первой задачей является сделать его поддающимся демонстрации. Другими словами, до того, как мы приступим к анализу, мы должны быть уверены, что присутствуют разумное Эго и рабочий альянс. Техника для выполнения этого та же самая, что была описана и в отношении двух сопротивлений.

Обычно молчания со стороны аналитика бывает достаточно, чтобы сопротивление переноса стало явным. Если же это не удалось, тогда часто конфронтация заставляет пациента осознать сопротивление переноса, то есть такие вмешательства, как: «Вы, кажется, избегаете своих чувств ко мне» или «Вы, кажется, боитесь рассказать мне открыто о том-то и том-то». Если оба эти метода не приносят результатов, аналитик может попытаться интенсифицировать сопротивление переноса, задавая вопросы, касающиеся той области, которой пациент стремится избежать.

Позвольте мне привести простой пример. После нескольких недель анализа молодая женщина начинает свой сеанс с того, что говорит мне, что я выгляжу иначе сегодня утром. «Я могу даже сказать, что вы выглядите привлекательным, что-то вроде этого». После паузы она говорит, что она «полагает», что испытывает «позитивные чувства» по отношению ко мне. Затем она начинает болтать о всяких тривиальностях. Я отмечаю это и предполагаю, что она бежит от чего-то. Она понятия не имеет, что бы это могло быть, и неохотно продолжает обсуждение этого вопроса. Через некоторое время я вернулся к тому моменту, когда началось избегание, и сказал, что у меня такое впечатление, что оно началось в тот момент, когда она сказала, что «полагает», что испытывает «позитивные чувства» по отношению ко мне. Я попросил ее прояснить это для меня; что в действительности она понимает под термином «позитивные чувства» ко мне. Теперь пациентка совершенно замолчала; она скорчилась на кушетке, она перекрестила ноги, перекрестила и плотно прижала руки к груди. Я мог заметить краску на ее лице. Затем, запинаясь, она начала говорить: «Вы знаете, что я имею в виду позитивные чувства, вы знаете, я не ненавижу вас, я полагаю, вы мне, скорее, нравитесь, что-то в этом роде... вы знаете...» Теперь сопротивление переноса поддавалось демонстрации. Я смог продол-

жать, задав вопрос: «Почему для вас так трудно сказать это?» Тогда ее страх быть осмеянной вышел наружу. Затем, успокоенная тем, что я не высмеял ее, она смогла описать свои чувства о привлекательности в более конкретных выражениях.

Вопрос о демонстрируемости не исчерпывается этим обсуждением. Существует еще элемент интенсивности, который необходимо рассматривать особо и который играет важную роль во всех вопросах «когда мы интерпретируем». Обычно легче продемонстрировать более сильное психическое событие, чем более слабое. Более того, чем больше интенсивность данного явления, тем больше затруднений будет испытывать пациент, когда он будет конфронтрован с этим. Следовательно, аналитик обычно ждет, пока сопротивление переноса не достигнет той интенсивности, которая не позволит отрицать Эго и которая также принесет чувство убежденности в этом. Проблема оптимального уровня интенсивности будет обсуждаться в секции 3.93.

Какие виды переноса наиболее вероятно продуцируют сопротивления? Ответ на это не прост, потому что все виды переноса смогут продуцировать важные сопротивления. Однако существует ряд общих правил, которые весьма ценны и полезны. Эго-синтоничные реакции переноса будут продуцировать сопротивление, потому что синтоничность Эго будет иметь тенденцию предохранить пациента от раскалывания наблюдающего Эго, когда аналитик пытается подвести пациента к работе над переносам. Коротко говоря, пациент не способен развить рабочий альянс в отношении определенных чувств ко мне. Это может привести к тому, что пациент будет защищаться, требовать справедливости или отрицать реакции переноса или материал для анализа. Это особенно верно для неявных реакций переноса. В качестве примера см. материал посвященный случаю миссис К. в секциях 1.24, 2.651, 2.71, 3.25, 3.42, 3.81, 3.83.

Миссис К. в течение нескольких лет сохраняла идеализированное представление обо мне, как о прекрасной человеческой личности. Всю боль и лишения психоаналитического лечения она относила за счет психоанализа как науки. Она чувствовала, что я просто неохотно, помимо своей воли пользуюсь инструментами этой грубой и полной лишений терапии. Мои попытки иденти-

фицировать этот раскол переноса как сопротивление она выслушивала терпеливо, но не верила им. В действительности, она чувствовала, что это подтверждение моей скромности. Мои ляпсусы она хранила в памяти как доказательство того, как я честен и целеустремлен. Пациентка отказывалась осознавать эту длительно изменяющуюся группу чувств как сопротивление, несмотря на сновидения и обмолвки, с очевидностью показывающие латентную злобу и ненависть. Она признавала на словах это замечание и соглашалась, что, возможно, интеллектуально она могла бы следовать моим идеям, но не может почувствовать никакого признака враждебных чувств по отношению ко мне. Только много позже в ходе анализа, когда уменьшился ее страх гомосексуальности и она стала способна насладиться сексуальной жизнью со своим мужем, она смогла позволить себе почувствовать некоторую глубоко запрятанную ненависть ко мне. Только тогда она развила рабочий альянс в отношении своей враждебности ко мне.

Интенсивные эмоциональные реакции переноса могут также продуцировать сопротивления. Пациенты в муках сильной любви или ненависти могут просто хотеть дать выход этим эмоциям на аналитика, отказываться от анализа, от получения любого инсайта. Пока эти чувства переполняют пациента или являются Эго-синтоничными, пациент стремится к удовлетворению разрядки, к отреагированию. Поиски понимания выходят на передний план только тогда, когда интенсивность переноса уменьшается или он ощущается как Эго-дистоничный, чуждый Эго. Интенсивная любовь и ненависть могут быть продуктивными в качестве реакций переноса, только если рабочий альянс может быть при этом мобилизован и сохранен, несмотря на сильные чувства.

Все другие чувства в этом смысле равнозначны: враждебный, агрессивный, негативный перенос более вероятно будет продуцировать сопротивление и затруднения для рабочего альянса, чем чувства положительные, чувства любви. Сексуальные и романтические чувства более склонны вызывать сопротивление, чем дружба или другие десексуализированные разновидности любви. Прегенитальные импульсы будут вызывать бо-

лее сопротивление, чем импульсы более зрелые. Мазохизм является большим источником сопротивления, чем страх пассивных гомосексуальных устремлений и примитивной ненависти к матери у мужчин или зависть к пенису и примитивная любовь к матери у женщин.

Вернемся к техническому вопросу: когда мы вмешиваемся в ситуацию переноса? Первый наш ответ состоит в следующем: мы вмешиваемся, когда перенос продуцирует сопротивление; мы прежде всего стараемся убедиться в том, что разумное Эго и рабочий альянс присутствуют, и затем анализируем сопротивление. Не имеет значения, какой именно перенос имеет место: мы вмешиваемся, когда видим признаки значимого сопротивления, когда аналитическая работа непродуктивна, зашла в тупик или эмоционально насыщена. Но существуют и другие ситуации переноса, когда необходимо наше вмешательство.

3.932. Когда достигнут оптимальный уровень интенсивности

Другое полезное правило, касающееся вопроса о том, когда мы вмешиваемся в ситуацию переноса, состоит в следующем. Аналитик будет позволять развиваться реакции переноса до тех пор, пока она не достигнет оптимального уровня интенсивности. Теперь наша задача состоит в определении того, что такое «оптимальный уровень интенсивности». Это не относится к фиксированному качеству, но зависит от состояния Эго пациента и того, чего аналитик пытается достичь в данный момент. В сущности, мы хотим, чтобы переживание переноса было эмоционально значимо для пациента, но мы не хотим, чтобы он был подавлен им. Мы хотим, чтобы это был импульс, но не травма.

Обычно аналитик предпочитает, чтобы чувства переноса пациента развивались спонтанно и их сила увеличивалась, несмотря на то, что какое-то сопротивление мешает аналитической работе или дальнейшему развитию этих чувств. Если же сопротивления нет, аналитик будет ждать до того момента, когда интенсивность чувств переноса достигнет того уровня, который сделает реакцию переноса неподдельной, живой для пациента, и тогда вмешивается. Мы знаем, что такое пе-

реживание приносит ощущение убежденности в том, что процесс анализирования не равноправен. Меньшие интенсивности реакций переноса могут привести к отрицанию, изоляции, интеллектуализации и другим защитным сопротивлениям. Большие интенсивности могут привести к травматическим состояниям, паническим реакциям, последующим регрессиям и избеганиям. Оптимальная интенсивность приводит пациента к осознанию того, что его реакции переноса реальны и значимы. Когда это имеет место, пациент готов работать аналитически с реакцией переноса, как с переживанием.

Примером такой ситуации может служить следующее. На очень ранней стадии своего анализа молодая женщина, играя, поставила вопрос: «Когда мне полагается влюбиться в вас?» Сам факт, что она задала такой вопрос, говорит о том, что слабый позитивный перенос уже присутствует, но в тот момент он еще не стал животрепещущей реальностью для пациентки. Если бы я указал ей на то, что сам вопрос показывает, что такие чувства присутствуют, эта пациентка, весьма вероятно, отрицала бы это или наполовину всерьез признала и затем, играя, перешла бы к ассоциированию. Именно это происходит обычно с кандидатами, когда они преждевременно анализируют позитивный перенос. В этом случае, как я описывал, я не делал такой интерпретации. Я только спросил, откуда у нее возникла такая мысль. После того, как она рассказала, что слышала о том, что это случается, от своей подруги, проходившей анализ, я сказал пациентке, что не существует группового правила ни для какого специфического чувства, развивающегося по отношению к аналитику: все, что ей следует делать, — это позволить своим чувствам приходить так, как они это делают, и мы тогда попытаемся понять ее уникальные и индивидуальные чувства. Вскоре после этого сеанса я смог заметить, что пациентка переживает возрастание позитивных чувств по отношению ко мне. Она стала больше заботиться о своей внешности. Входя и уходя, она бросала на меня кокетливый взгляд, в некоторых ее замечаниях был легкий оттенок флирта. Поскольку пациентка работала аналитически продуктивно и поскольку я был уверен, что интенсивность этих чувств увеличится, я не пред-

принимал попытки анализировать данный перенос в тот момент.

Через несколько дней пациентка заметила, что работа, дом и муж стали меньше интересовать ее. Казалось, что она думает о своем «аналитике» почти все время, даже во время полового акта она, бывало, думала о своем «анализе». В этот момент я почувствовал, что интенсивность чувств переноса пациентки была такая, что они стали реальными и жизненно важными, и что работа над ними теперь была бы значительным переживанием и продвинула бы анализ. Таким образом, в тот момент я вмешался и сказал пациентке, что мне кажется, что ее чувства ко мне входят в ее жизнь; я доминирую и в остальной жизни ее, даже в сексуальной жизни, и поощрил ее рассказывать мне об этом, потому что это важно. Теперь пациентка начала работать серьезно, удивляясь тому, как сильны стали ее чувства любви ко мне. Влюбленность была встречной игрой. Теперь она была готова работать всерьез.

Важно осознавать, что способность пациента выносить сильные эмоции переноса будет сильно изменяться во время курса анализа в соответствии с качеством эмоций переноса по данному вопросу и в соответствии с силой рабочего альянса. На очень ранних стадиях анализа пациент может вынести меньшую интенсивность, чем на более поздних. В общем, в первое время, когда появляются в переносе специфические эмоции, пациент будет способен вынести относительно небольшое количество эмоций до того, как разовьется сопротивление, или он регрессирует. На ранних стадиях анализа необходимо тщательно оценивать, какое количество эмоций пациент может почувствовать для того, чтобы это было для него значимым переживанием. Преждевременное вмешательство может лишить пациента эмоционального воздействия, в этом случае перенос только бы помог пациенту интеллектуально обыграть вмешательство. С другой стороны, отсроченное вмешательство может привести к тому, что пациент почувствует эмоцию такой интенсивности, что будет подавлен или регрессирует. Аналитик должен сопереживать пациенту в отношении оценки силы Эго в данный момент и знать, когда вмешиваться. В первое время, когда возникают реакции переноса во время анализа, мы вмешиваемся

раньше; чем чаще специфические эмоции будут иметь место при переносе, тем с большей вероятностью мы будем позволять интенсивности увеличиваться. Конечно, появление сопротивления будет показывать, что необходимо вмешаться. Вместе с тем следует учитывать эти общие замечания, если сопротивление не появляется.

Качество реакции переноса также может быть показателем той интенсивности чувств, которую может вынести пациент. Вообще говоря, если реакция переноса инфантильна, следует вмешаться раньше. Некоторые реакции переноса, как-то: ненависти и гомосексуальные, могут потребовать более раннего вмешательства, чем остальные.

Состояние функций Эго пациента и, в особенности, состояние защит будет также играть роль в определении того, какую интенсивность реакций переноса может вынести пациент. Внезапное появление новых чувств переноса, которые приводят пациента в недоумение и вызывают тревогу и стыд, будет требовать более раннего вмешательства, чем тех чувств переноса, которые переживались ранее. Пациент будет более склонен быть подавленным интенсивными чувствами переноса, когда Эго истощено каким-то внешним событием. Болезнь ребенка, которая вызывает вину и неосознанную враждебность, является именно таким событием.

Другое соображение, касающееся оптимальной интенсивности реакций переноса, состоит в следующем: как долго предстоит пациенту бороться с этими чувствами переноса до следующего сеанса? Другими словами, оптимальная интенсивность будет также зависеть от частоты визитов и того, насколько близок будет следующий визит пациента. Перед каникулами или уик-эндами аналитику следует вмешиваться раньше и предупреждать слишком интенсивные реакции переноса, по сравнению с тем, как он поступил бы, если пациент пришел на аналитический сеанс на следующий день. Это важный довод в пользу пяти психоаналитических сеансов в неделю. Если мы видим нашего пациента ежедневно, мы можем позволить интенсивным реакциям переноса иметь место, что приведет нас в прошлое, к наиболее важным событиям инфантильного невроза. Если же пациент наблюдается с та-

– 339 –

кой частотой, что за каждым сеансом следует интервал, скажем, три раза в неделю, тогда такие пациенты испытывают горькое сожаление, что интенсивные реакции переноса могут быть травматическими и они не будут позволять себе развивать такие интенсивные чувства. Как следствие, их невроз переноса никогда не достигнет желаемой интенсивности и некоторые аспекты инфантильного невроза никогда не будут разрешены.

3.933. Некоторые модификации и разработки

Иногда для пациента может быть достаточно того, что ему просто указали на чувство переноса. Это может быть в случае, когда наряду с умеренно сильной реакцией переноса аналитик может обнаружить намек на другую реакцию переноса, противоположной окраски. Например, пациент обнаруживает довольно интенсивный позитивный интерес, и при этом аналитик может слышать полутона враждебности. Если перенос любви используется как сопротивление против осознания нижележащей враждебности, аналитик может интерпретировать функцию сопротивления позитивного переноса. Однако это может быть не сопротивление, а самое первое проявление признаков некоторой, ранее не высказанной амбивалентности. В таких ситуациях правильно было бы указать пациенту на эту враждебность. Это зависит от состояния рабочего альянса, от желания пациента осознавать наибольшее количество чувства переноса и его готовности исследовать его. Если условия рабочего альянса таковы, что конфронтация приведет только к отрицанию и отказу, то было бы лучше подождать большей интенсивности реакции переноса или того момента, когда сопротивление будет поддаваться демонстрации.

Бывают случаи, когда аналитик указывает пациенту на длительное отсутствие специфичной реакции переноса. Это также может быть эмоционально значимым переживанием, если отсутствие чувства бросается в глаза и является заметным и вызывающим для пациента. Тогда ясно, что сопротивление переноса работает, а это затрудняет анализ, как описывалось выше. Важно отказаться от интервенций на довольно длительный период, так чтобы конфронтация оказала воздействие и

– 340 –

была убедительной для пациента. Преждевременная интерпретация всегда ведет к увеличению сопротивления и тенденции превратить аналитическую работу в интеллектуальную игру.

Иногда оптимальной интенсивностью является не умеренная сила чувства переноса, а чрезвычайно высокий ее уровень. Это случается, вероятнее всего, к концу анализа, когда пациент уже неоднократно переживал реакции переноса умеренной интенсивности, но еще не переживал экстремальной интенсивности, которая происходит с вершин инфантильного невроза. Аналитик должен уловить момент, когда необходимо позволить умеренным реакциям переноса очень сильно увеличить интенсивность для того, чтобы позволить пациенту почувствовать большую силу инфантильных переживаний. Пациента следует ободрить на принятие такого решения, чтобы эти ранние инфантильные эмоции могли выйти на арену анализа. Способность к регрессии является необходимой, так как ее проявление является последствием подавления эмоций. Но у пациентов, имеющих хороший рабочий альянс, это будет только временная регрессия и ценное терапевтическое переживание.

Позвольте проиллюстрировать это. Женщина, на пятом году анализа, начала свой сеанс с описания того, как она была ажитирована, когда почувствовала, уходя с предыдущего сеанса, который закончился моей интерпретацией, что она борется для того, чтобы скрыть свою зависть к пенису и ее ужасает сам факт признания мне в том, что этот вопрос беспокоит ее. Она почувствовала одновременно злобу и возбуждение, когда пришла домой. Она провела беспокойную ночь и пришла на сеанс со своеобразной смесью боязни и страстного желания. Она действительно боялась свободно ассоциировать на том сеансе; она чувствовала себя так, будто теряет контроль над собой. Она боялась, что может завизжать или, возможно, вскочить с кушетки и сделать что-нибудь со мной.

Мое молчание, которое обычно успокаивающе действовало на нее, не успокаивало ее. По мере того, как ее ажитация возрастала, я решил, что необходимо сказать ей, что она может позволить себе продолжить. Я не позволю, чтобы с ней случилось что-нибудь ужас-

– 341 –

ное. Пациентка корчилась, ломала руки и покрывалась испариной. Она начала кричать на меня: «Я ненавижу вас, я ненавижу вас. Это все ваша вина. Я хочу ваш пенис, для себя, он мой». Она остановилась, положила свои руки на область лобка и сказала: «У меня ужасное желание помочиться, намочить все вокруг, просто чтобы показать вам, что я могу сделать это... Просто чтобы показать, как я ненавижу вас и презираю вас... это все ваша вина... Я хочу ваш пенис, он действительно принадлежит мне, он мой, я собираюсь взять его, отобрать его... пожалуйста, дайте его мне, пожалуйста, пожалуйста, я умоляю вас...» Потом она истерически разрыдалась. Через несколько минут, когда она успокоилась, я смог интерпретировать для нее, как она пережила вновь со мной до сих пор репрессированный фрагмент своего инфантильного невроза, глубоко скрытый компонент ее инфантильной зависти к пенису.

3.934. Когда ваше вмешательство будет добавлять новый инсайт

До сих пор мы рассматривали два показателя, определяющих, когда мы вмешиваемся в ситуацию переноса: 1) когда работает сопротивление переноса; 2) когда достигнут оптимальный уровень чувств переноса. Два эти показателя могут перекрываться во времени, а могут появиться и поодиночке. То же самое верно и в отношении следующего: 3) мы вмешиваемся для того, чтобы дать пациенту новый инсайт о ситуации переноса. Может новый инсайт выйти на свет в то время, как мы пытаемся анализировать сопротивление переноса или после того, как достигнута оптимальная интенсивность. Однако существуют такие ситуации переноса, которые требуют вмешательства, когда вопросы о сопротивлении или об интенсивности реакции переноса не имеют решающего значения. Я отношу сюда в особенности те ситуации переноса, которые, будучи ясны для аналитика, в то же время для пациента скрыты, но значение которых становится приемлемым для пациента, если ему будет представлен новый инсайт.

Проблемы прояснения и интерпретирования явлений переноса, в сущности, не отличаются от прояснения и интерпретирования любой другой продукции па-

– 342 –

циента. Это будет более полно обсуждаться в секции 3.943 по интерпретации переноса. Для наших целей сейчас я ограничу это обсуждение вопросом: когда мы чувствуем, что должны добавить новый и значимый инсайт по отношению к ситуации переноса? Существуют два необходимых обстоятельства: состояние рабочего альянса пациента и ясность материала, из которого делаются интерпретация и прояснение. Состояние разумного Эго пациента будет определяться природой и количеством сопротивлений — эту проблему мы обсуждали. Ясность материала переноса, который анализируется, зависит от различных факторов. Одним из наиболее важных элементов будет интенсивность и комплексность аффектов и импульсов по отношению к аналитику. Это также обсуждалось.

Пациента, миссис К., которую я уже упоминал в различное время*, очень хорошо иллюстрирует эту проблему. Она имела разумное Эго и развила рабочий альянс на ранней стадии анализа. Она работала хорошо и эффективно над своими сексуальными и романтическими чувствами переноса ко мне. Она имела сильное сопротивление и не отыгрывала вовне некоторые из своих чувств, но никогда не доводила их до той степени, чтобы рисковать своей жизнью или анализом. Гораздо труднее было постичь примитивную враждебность ко мне, которая представляла значительную угрозу, большую для нее и для анализа. Одно время в ходе этой фазы она стала склонна к несчастным случаям, чуть было не попала в опасную автомобильную аварию. Раньше она никогда всерьез не рассматривала возможность прекращения анализа, до тех пор пока на пятом году анализа не начала проявляться орально-садистическая враждебность ко мне. Одним из факторов, который осложнял анализ и разрушал рабочий альянс в этой фазе, был тот факт, что в то самое время, когда ее глубоко сидящая враждебность ко мне и ко всем мужчинам появилась, она также все еще боролась с сильными орально-садистическими и гомосексуальными побуждениями по отношению к своей матери.

К счастью, наша прошлая работа сделала возможным для нее достигнуть и поддерживать устойчивые, удовлетворительные гетеросексуальные отношения. Бо-

* См. секции 1.24, 2.651, 2.71, 3.25, 3.42, 3.81, 3.84 и 3.931.

лее того, она имела доставляющие радость и вознаграждающие отношения со своей маленькой дочерью. Два эти достижения плюс память о нашем прошлом рабочем альянсе поддерживали ее колеблющиеся отношения ко мне и сделали ее способной работать над негативным переносом.

Сейчас я хотел бы кратко описать другие характеристики материала переноса пациента, которые служат индикаторами для привнесения новых инсайтов. Я отношу сюда определение других сильных аффектов, противоречий, повторений, сходств, символизмов и ключевых ассоциаций в продукции пациента, все это может дать важные ключи к новым значениям переноса. Следующие простые клинические примеры это проиллюстрируют.

3.9341. Сильные аффекты

Время для интерпретации переноса наступает тогда, когда реакции переноса сдерживают более сильные аффекты по сравнению с остальным материалом пациента. Когда мы слушаем продукцию пациента, мы должны решить, какой объект или ситуация владеют наибольшим количеством аффекта. Мы всегда будем интерпретировать аспект переноса, если нам кажется, что он несет достаточно большое количество аффекта. Аффекты на аналитическом сеансе являются более реальными показателями, чем аффекты в сновидениях. Отсутствие аффектов тогда, когда аналитик ожидает их, также показывает, что должна быть выполнена некоторая аналитическая работа. То же самое верно в отношении неуместных аффектов.

Например, пациент тратит большую часть сеанса, рассказывая о своей работе и о своем страхе потерять работу, хотя он работает хорошо. Он не знает причины этого, он делает все, что в его силах. Он даже печалится из-за своей женитьбы; хороший ли он муж, хороший ли отец, думает ли его жена о других мужчинах? Потом он продолжает, говоря какое это счастье, что он проходит курс психоаналитического лечения; он избавится от своей заторможенности и своих опасных положений, и он не будет излишне расстраиваться все время. Ближе к концу сеанса он заметил, что вчера, во время

ленча, случайно встретил своего старого друга. Они поговорили о множестве вещей. Он рассказал приятелю, что проходит анализ у Гринсона, и тот сказал, что слышал, будто Гринсон часто прекращает анализ, если пациенты не работают. Но он, пациент, знает, что это не может быть верно; ведь, если пациент не может упорно работать в анализе, это вызвано сопротивлением, которое должно быть проанализировано. Аналитик не наказывает пациента и не вышвыривает его. Молчание.

Я мог определить изменение тона пациента во время сеанса. Вначале голос его звучал как-то депрессивно, как хныканье, но только слегка. Когда он перешел к рассказу о своем друге и Гринсоне, его голос стал громче, почти шутливым, но сильным. Я мог видеть пот, выступивший на его лбу. Когда он замолчал, он вытер руки о брюки так, будто они были мокрые. Для меня было ясно, что в тот момент больше всего, больше, чем потерять свою работу или жену, он боялся потерять меня, своего аналитика, и я сказал ему это. Тогда он вспомнил, что был шокирован, услышав, что аналитик может вышвырнуть пациента. С ним такого никогда не случалось. Тогда он попытался выбросить это из головы как абсурд. Он остановился и спросил, полный опасений: «Это правда, что аналитики предлагают пациентам уйти?»

Я попросил его рассказать мне о том, что ему представилось в связи с этим. Он замолчал на некоторое время, а затем его ассоциации привели к пасторальной сцене бесконечных лугов, тишины и покоя, но в отдалении видны тучи, темные, клубящиеся облака. Это напоминало об английском художнике Тернере, чьи картины кажутся такими мирными на первый взгляд, но при внимательном изучении становятся зловещими. В этот момент я вмешался и сказал: «В первый момент кажется абсурдным, что Гринсон может «вышвырнуть пациента», но при рассмотрении эта мысль становится пугающей».

3.9342. Противоречия

Пациентка около года имела сильный позитивный отцовский перенос на меня с эдиповыми и фаллическими чертами. Во время этого периода была очевидна ее

сильная враждебность, ревность, отвращение к матери. В серии сеансов она начала сравнивать своего мужа и меня, причем сравнение было в мою пользу. Он казался грубым, бесчувственным, даже отвратительным. Я же стал для нее мягким, чувствительным, внимательным. Несмотря на это, она чувствовала, что я также силен, дерзок и одарен богатым воображением. Она хотела и стремилась к маскулинному мужчине, который был бы любящим и нежным. Любовь — больше, чем секс, жить — больше, чем иметь оргазмы. Она хотела быть любимой как целое, вся, в «целой обертке». Она хотела мужчину, который бы просто обнимал ее, рот в рот, дыхание в дыхание. Он бы сжимал ее в объятиях, поддерживал ее, и она бы впитывала его тепло. В этот момент я интерпретировал для пациентки, что, хотя и кажется, что она предпочитает мужественного мужчину, есть у нее и такие устремления (ко мне), которые являются женственными и теплыми. Это вмешательство было началом ее осознания прегенитальных устремлений ко мне как к ее матери.

3.9343. Повторения

На аналитическом сеансе пациент начинает рассказывать о том, что доктор семьи стал трудно достигаемым, он кажется таким занятым, у него нет прежнего интереса к пациенту. Затем он переходит к печальному состоянию образования в Соединенных Штатах: слишком мало людей хотят стать учителями, слишком многих интересует, как делать деньги и т. д. От этого пациент перешел к рассказу о своем отце, который, хотя и оставался женатым на матери, был, совершенно очевидно, неверен ей, но лицемерно вел себя как столп общества. Потом пациент замолчал. Я вмешался и спросил его: «И что вы боитесь узнать обо мне?» После слабых протестов пациент описал, как его ужасает возможность услышать мое имя вне сеанса из-за страха, что он может узнать что-то разочаровывающее.

3.9344. Сходства

Уступчивый и послушный пациент описывает на аналитическом сеансе, как у него испортилось настроение из-за приятеля. Они вместе ехали на машине почти час, и пациент старался вовлечь приятеля в беседу, но тот молчал, даже ворчал и отказывался реагировать. Какое сомнение, какая холодность, какое невнимание к другим! Он все больше и больше давал волю своей ярости. Когда он успокоился, я отметил, что я также провожу с ним весь сеанс, редко делая вклад в «беседу», за исключением случайных ворчаний. Пациент ответил коротким смехом и замолчал. После длительной паузы он улыбнулся и сказал, уступая: «Да, но я здесь». Он добавил со смехом: «Вместе в течение почти целого часа, без беседы, просто ворча, отказываясь разговаривать — да, вы, кажется, имеете право преимущества». Тогда я ответил: «Вы были способны выразить реальный гнев по отношению к своему другу, но, как кажется, вы неспособны сделать это по отношению ко мне». Пациент перестал улыбаться и начал работать.

3.9345. Символизм

Пациенту снится, что он в книжной лавке смотрит на какие-то старые книги. Он выбирает одну из них, в коричневом переплете из выделанной кожи, но не может сказать, где у нее начало, а где — конец. В конце концов, он открывает книгу, а из нее выпрыгивает зеленый жук. Он пытается убить его газетой, но тот улетает. Это испугало его, и он проснулся. Ассоциации пациента привели его к «Метаморфозам» Нафии, может быть, и он, пациент, превращается в отвратительное создание из-за анализа. До лечения жизнь казалась проще; он приобрел так много новых страхов. Когда он пришел на анализ, он осознавал только то, что не способен влюбиться в девушку. Сначала он обнаружил, что фиксирован на матери, а потом — и на отце. Недавно у него появилось небольшое сексуальное желание, является ли оно страхом привнесения секса на сеанс? Кожаный переплет той книги был похож на кожаный блокнот на моем столе, а цвет был точно такой же, как у моей книги предварительной записи. Так,

он не боится клопов, только ночью, когда не может видеть их, может только их чувствовать. Иногда, по вечерам, читая в постели, он чувствует порхание крыльев мотылька рядом со своим лицом. Это и возбуждающе и приятно. Это дает ему ощущение чего-то трепещущего, вдруг появившегося перед ним — удивительное чувство, напоминающее возбуждение. И, вместе с тем, пугающее, потому что он не знает, откуда оно идет. Трепетание напоминает момент эякуляции и оргазма. То, что он не знает, где начинается книга — спереди или сзади, напоминало, что иудеи читают книги с конца, сзади наперед, а также то, что я аналитик-еврей, тогда как его первый аналитик не был евреем.

Я полагаю, что этот фрагмент указывает через символы и ассоциации на борьбу стремлений к гомосексуальному переносу и против него. Во многих предыдущих снах «гриин» — зеленый превращался в Гринсона — «Гриинсон». Я указал ему на то, что он пытается убить свои «трепещущие» сексуальные чувства к Гринсону, потому что они являются пугающим элементом его жизни; они идут откуда-то сзади. Он ответил, что часто чувствует трепет волнения, когда я начинаю говорить позади кушетки.

3.9346. Ключевые ассоциации

Иногда наиболее важный ключ к тому, как нам следовало бы интерпретировать перенос и какой аспект его нам следовало бы исследовать, дается какой-то единственной ассоциацией. Некоторые ассоциации имеют преимущества перед другими, потому что они открывают новые области исследования. Такие ключевые ассоциации характеризуются тем, что кажутся более спонтанными, импровизированными, неожиданными, чем другие ассоциации. Иногда они совершенно поразительно

связываются с ассоциациями аналитика, присутствие которых показывает, что такая ассоциация является потенциально значимой.

Пациентка смогла пересказать только фрагмент сновидения, в котором речь шла об опухоли в ее груди. В своих ассоциациях она говорила о нескольких подругах, у которых есть опухоли, о своем ужасе перед раком и о чувстве, что она сама выращивает то семя,

– 348 –

которое разрушит ее и т. д. Это приводит к ассоциациям о дурном обращении матери и отца с нею; ненависть; страстное желание хороших родителей; страх ненадежных людей и т. д. Пока я слушал, мои мысли сконцентрировались на вопросе: «Что есть опухоль в ее груди — ненависть к матери, к отцу или ко мне? Тогда пациентка начала рассказывать о том, что во время менструации ее груди становятся больше и более чувствительными и болезненными. Мои ассоциации перепрыгнули к ее амбивалентной реакции на мысль о беременности. В этот момент пациентка вдруг начала говорить о том, что она голодна, что она испытывает сильное желание съесть что-нибудь сладкое. Смеясь, она сказала, что предполагает, что у меня может оказаться шоколадная конфетка.

Эти последние ассоциации внезапного голода и желания получить от меня что-нибудь сладкое связались в сновидении с опухолью в груди, а мои ассоциации по поводу беременности привели к тому, что я спросил ее: «Не думали ли вы недавно о том, что вы забеременели?» Она ответила, что ее трехлетняя дочь спрашивала ее, верно ли, что женщины носят своих младенцев около груди, и почему у нее нет другого малыша? Это повергло пациентку в депрессию, потому что ее замужество ухудшилось со временем, и она сомневается, что сможет когда-нибудь забеременеть снова. Это напомнило ей об аборте в самом начале замужества, что очень жаль, что это было, потому что в противном случае ее дочь не была бы единственным ребенком. Затем она сказала, наполовину в шутку: «У меня был бы другой ребенок, если бы я смогла иметь его с вами. Но я знаю, что все, что я получу от вас, — это слова и ежегодное рукопожатие, когда вы уезжаете в отпуск. Печально осознавать, что вы никогда не прикоснетесь ко мне. Это напомнило мне, что, когда я последний раз приходила к своему доктору для физического осмотра, он проверил мои груди на предмет опухоли, и, пока он это делал, я думала о вас».

Я ответил, что думаю, что шишка в ее груди есть ее неразрешенное и страстное желание, чувство обиды ко мне. Она засмеялась и сказала: «Я надеюсь, это поддается лечению. Вы, вероятно, правы. Я забыла упомянуть, что опухоль была в моей левой груди, как раз

– 349 –

у сердца». Ключевой ассоциацией было сильное желание чего-нибудь сладкого.

Этот клинический материал служит примером ситуаций, требующих вмешательств аналитика. Во всех описанных ситуациях переноса материал был относительно очевиден для аналитика, и разумное Эго пациента и рабочий альянс, казалось, были готовы состязаться с инсайтом. Когда два эти фактора благоприятны, аналитику необходимо вмешаться для того, чтобы добавить новый инсайт.

3.94. Этапы в технике анализирования переноса

При обсуждении техники работы с явлениями переноса мы рассмотрели два важных вопроса: почему и когда мы анализируем перенос. Теперь мы перейдем к центральной технической проблеме: как мы анализируем перенос. Эта секция будет посвящена различным формам и последовательностям процедур, которые требуются для анализа реакции переноса пациента. Все этапы, которые я опишу, являются одинаково необходимыми; но некоторые из них пациент выполнит спонтанно, и, следовательно, аналитику не нужно будет их повторять.

Я кратко и довольно схематично скажу о том, что, как я считаю, является идеальным и упрощенным порядком процедур. Каждый из этапов, однако, может вызывать новые сопротивления, которые будут требовать трактовки и, таким образом, прерывать идеальный ряд событий. Или же исследования, которые приводятся в движение некоторой новой технической процедурой, могут открыть так много новых областей и занять так много сеансов, что фактор переноса не будет больше являться преобладающим элементом при исследовании. Тем не менее, эта последовательность

технических этапов будет служить как бы моделью и ориентиром, пусть даже события в клинической практике никогда не будут встречаться в таком порядке и не будут так хорошо организованы.

Для того чтобы анализировать явления переноса, мы должны выполнить те же самые основные технические мероприятия, что и при анализировании любого психического феномена; материал должен быть про-

– 350 –

демонстрирован, прояснен, интерпретирован, и тщательно проработан. Кроме этих основных процедур требуются дополнительные шаги в отношении специфических особенностей явлений переноса. Далее будет предоставлено общее описание процедур при анализировании переноса.

3.941. Демонстрирование переноса

Перед тем, как приступить к исследованию чувств переноса, необходимо, чтобы пациент осознал, что предметом обсуждения является именно его реакция на аналитика. Это может быть очевидно для пациента; фактически, он сам может осознать, что это так, безо всякой помощи аналитика. С другой стороны, возникают и такие ситуации, когда пациенту очень трудно опознать свои чувства переноса. Необходимо, в качестве первого этапа при анализировании переноса, чтобы пациент был конфронтирован и стал осознавать свои реакции переноса. Если пациент почему-либо не знает о своих реакциях переноса, которые мы хотим исследовать, то они должны быть продемонстрированы ему. Эти несколько технических мероприятий могут быть полезны.

3.9411. Молчание и терпение

Очень часто пациент будет спонтанно осознавать реакцию переноса, если аналитик подождет, пока увеличится интенсивность чувства переноса. Такое увеличение будет часто результатом просто того, что пациенту позволяется «выдавать» свою продукцию, а аналитик при этом не вмешивается. В каждом анализе бывают такие ситуации, когда необходимо, чтобы сам пациент осознал свои реакции переноса, в этом случае неправильно было бы для аналитика демонстрировать их. Это в особенности верно, когда интенсивность чувств достаточна, когда пациент уже не новичок, и когда существует опасность, что пациент наслаждается, получает некоторое пассивное удовлетворение, воздерживаясь от самостоятельного выполнения какой-либо части аналитической работы. Более того, молчание и терпение аналитика могут также выдвинуть на первый план значимое сопротивление, которое осталось бы в тени при

– 351 –

слишком энергичных вмешательствах со стороны аналитика.

Аналитики сильно различаются по стилю проведения анализа. Это особенно заметно в том, как они используют молчание и как они используют некоторые другие более активные мероприятия. Существует простор для вариаций в рамках классического психоанализа. Однако каждый аналитик должен быть способен использовать и молчание, и активное вмешательство. Иногда будет правильной только одна из этих процедур. Необходимо знать, когда каждая из этих мер позволительна, а когда — обязательна. Аналитики, которые «перебарщивают» с молчанием, или те, кто могут осуществлять только активные мероприятия, не могут выполнять эффективно классический психоанализ, ибо он требует умелого использования обеих форм работы. Вопрос о дозировке, подходящем времени и также интерпретации будет обсуждаться во втором томе.

3.9412. Конфронтация

Если мы подождали достаточно, и реакция переноса стала приемлемой для пациента, т. е. она достаточно жизненная для него, и он, как кажется, не имеет ощутимого сопротивления к ней, тогда аналитику следует попытаться конфронтировать его с реакцией переноса, с помощью вопроса. Он

может сказать что-нибудь вроде: «Вы, кажется, чувствуете злобу или раздражение по отношению ко мне; чувствуете влюбленность или привязанность ко мне; испытываете сексуальные чувства ко мне» и т. д. Язык должен быть простым, прямым и открытым — это я уже несколько раз подчеркивал ранее.

Я предпочитаю использовать наиболее жизненные, обычные слова, избегая уклончивости и неопределенности. Я говорю о «злобе», «ненависти», «привязанности», «любви», «сексе» и при этом стараюсь быть точным, но без подробностей; в данный момент это только конфронтация. Я стараюсь быть прямым, но не грубым и резким. Обычно я предвещаю свою конфронтацию, говоря «кажется», потому что я не всегда уверен и хочу, чтобы у пациента была возможность бежать или противоречить мне. Я не хочу пугать его или быть догматиком. Позже я могу сказать: «Я совершенно уве-

– 352 –

рен, что вы чувствуете...» — но только если я действительно совершенно уверен и если пациент в это время должен быть поставлен лицом к лицу с моим определенным мнением.

Иногда простая конфронтация пациента с борьбой в выражении его чувств переноса может служить для преодоления сопротивления. Наше толерантное отношение и вербализация помогают пациенту почувствовать, что его борьба неуместна и не является необходимой. В других случаях конфронтация является только первым этапом в анализировании сопротивления. В этом случае мы должны будем пройти через фазы прояснения и интерпретации, описанные в секции 2.6 по технике анализирования сопротивлений. Вопросом, имеющим решающее значение, является вопрос о том, что в данном ряду событий показано — процедура преодоления или же анализирования сопротивления.

Если частная реакция переноса, которую я хочу продемонстрировать пациенту, является сопротивлением переноса, тогда я конфронтирую его с этим фактом. Я либо указываю ему на то, что он, кажется, избегает какого-то чувства или отношения ко мне, либо, если я знаю более точно, какого специфического чувства он стремится избежать, я отмечаю это. Другими словами, я буду конфронтировать пациента и с сопротивлением и с чувством, вызывающим сопротивление, всегда начиная с аспекта сопротивления. Таким образом, я могу сказать пациенту: «Вы, кажется, боретесь с чувством любви (или ненависти, или с сексуальным чувством) ко мне» или «Вы, кажется, испытываете затруднения в выражении своей любви (или ненависти, или сексуальных влечений) ко мне» и т. д.

Снова отмечу язык и тон. Более того, я всегда добавляю слова «ко мне» или «по отношению ко мне». Я делаю так, потому что не хочу, чтобы пациент избегал того факта, что чувства, о которых идет речь, испытываются по отношению ко мне, к личности, а не по отношению к «анализу» или какой-нибудь другой более отвлеченной концепции.

Если у меня нет определенного мнения о природе чувств переноса, но есть впечатление, что предметным материалом сеанса является сопротивление, и если нет показаний сохранять молчание, я могу конфронтиро-

– 353 –

вать пациента, просто спросив: «Мне хотелось бы знать, имеете ли вы какие-нибудь чувства или реакции по отношению ко мне, которые не раскрыты», или «У меня такое впечатление, что я запутался в ваших мыслях и чувствах», или просто «Что вы чувствуете ко мне?» или «Что в этот момент пришло вам в голову обо мне?».

3.913. Использование очевидности

Я показываю пациенту источник моей гипотезы только тогда, когда чувствую, что желательно задействовать его интеллект для убеждения его в том, что он сопротивляется. Затем я должен буду перейти к анализу сопротивления. Очевидные данные о том, что у пациента есть реакции переноса, используются только тогда, если в противном случае пациент может почувствовать, что аналитик обладает мистической властью. Я использую этот подход по большей части в начале анализа, как один из способов показать, как аналитик работает, чтобы преодолеть его магические представления относительно аналитика и помочь ему развить рабочий альянс. Следовательно, я могу сказать пациентке: «Отсутствие у вас сексуальных чувств по отношению к мужу и ваши романтические

сновидения и фантазии обо мне, как мне кажется, показывают, что вас затрагивают сексуальные и романтические чувства ко мне».

Использование очевидности апеллирует к интеллекту пациента. Это может быть ценно как этап в разработке рабочего альянса у пациента. Однако существует опасность, что это может привести пациента к переоценке интеллектуального и избеганию эмоционального знания о явлениях переноса. Аналитик должен быть внимателен и осознавать, как реагирует пациент на эту форму конфронтации.

На любой стадии анализа при попытке продемонстрировать пациенту, что он вовлечен в реакцию переноса, пациент может развить сопротивление или же ранее не появляющееся сопротивление может стать заметным. Если это произошло, анализ данного сопротивления должен предшествовать всему остальному. Это особенно часто случается на ранних стадиях ана-

– 354 –

лиза, когда аналитик указывает пациенту на его ненависть или гнев по отношению к аналитику. Пациент может начать сопротивляться и отказываться осознать эту реакцию переноса, вместо этого он будет чувствовать, что его критикуют. Тогда аналитику нужно исследовать это чувство переноса (критики), прежде чем вернуться к демонстрации негативного переноса. Позвольте проиллюстрировать это.

Молодой мужчина на первом году анализа начинает свой сеанс, рассказывая, с чувством сильной злобы, о профессоре одного из его аспирантских курсов. Его речь идет в следующем направлении: «Он просто говорит, не думая о том, могут ли слушатели следовать за ним. Он разглагольствует в воздух, а не для нас. Что за паршивый преподаватель. Мне бы ужасно не хотелось, чтобы он был у меня и в следующем семестре. Мне бы ужасно не хотелось, чтобы он обрабатывал (лечил) меня — я хочу сказать, учил меня». Пауза. «Я полагаю, вы сделаете что-нибудь из этого».

Затем пациент собирался продолжить, но я вернул его назад к ошибке и спросил: «Не бежите ли вы прочь от своей злобы ко мне?». Пациент минуту подумал и ответил: «Я полагаю, вы правы. Но я знаю, что вы делаете все, что в ваших силах, но тот профессор, он тупейший сукин сын. Не следовало бы позволять ему преподавать, я чувствую себя так, будто меня выставили посреди класса, но я чувствую и жалость к нему. Я слышал, что его жена покончила жизнь самоубийством. Возможно, у него ничего не осталось, кроме преподавания. Но почему я должен жалеть его? Он — большая шишка, профессор, и он не даст даже дерьма мне или любому из своих студентов». Далее пациент продолжал в том же духе.

Снова я вмешался и внес следующее: «Не сердитесь ли вы на меня из-за моего отпуска на следующей неделе?» Пациент сердито выпалил: «Нет, я не сержусь. Вы всегда обвиняете меня в том, что я сержусь. Вы уезжаете в отпуск. Вы много работаете, так почему бы вам и не уехать. Так почему я должен сердиться? Вы сказали это так, как будто вычитали по книге. Если аналитик уезжает в отпуск, он говорит своему пациенту, что тот рассержен». Последнее было сказано саркастически. «Это выводит меня из себя». Пауза.

– 355 –

Молчание. Я ответил: «Вы сердитесь даже из-за того, что я указал вам на то, что вы сердитесь, но я чувствую, что в действительности вы сердитесь из-за того, что я уезжаю от вас».

Пациент ответил: «Может быть, и так. Я знаю, что думаю, вот вы уедете, я пойду в публичный ресторан и подцеплю девочку. И пошло к черту все, что связано с вами». Я ответил: «Да, пошлете к черту всех тех, кто бросает вас. Вы не нуждаетесь в нас, вы найдете кого-нибудь еще, с кем будете близки». Пациент помолчал мгновение, а затем ответил: «Да, я не нуждаюсь в вас. Уезжайте в свой чертов отпуск. Мне и так хорошо».

Это относительно простой пример того, как аналитик пытается продемонстрировать и прояснить реакцию переноса. Аналитик вынужден, однако, прервать ряд и исследовать появившееся сопротивление. Ошибка пациента была ясным индикатором его ярости, он отказывается принять это сознательно. Затем он переходит к чувству жалости к профессору. Затем снова возвращается назад к своей злобе из-за того, что от него отказались. Я пытаюсь связать это со своим отпуском, но он сердито отрицает это. Я указываю на эту форму сопротивления и на подтверждения своей гипотезы, и, в конце концов, он соглашается с этим своей фантазией о моем отпуске и своем раздражении из-за того, что его

бросают. Я полагаю, что необходимо исследовать сопротивления до того, как аналитик мобилизует разумное Эго пациента.

Важно дать пациенту время для реакции на вмешательство. Я всегда по возможности стараюсь увериться в том, что сеанс продолжался достаточно долго, и пациент отреагировал на мое вмешательство переноса. Это касается вмешательств любого рода, но более всего — интерпретаций или вмешательств по поводу переноса. Я не отвечаю немедленно на его первый ответ, поскольку очень часто пациенты будут импульсивно отвечать «да» или «нет», а потом медленно, по мере того, как аналитик слушает их, он сможет увидеть, что этот первый ответ не был продуманным и точным. Он обычно отражает либо подчиненность, либо неповиновение.

Множество раз пациенты будут противоречить сами себе в ответах на конфронтацию переноса. Все эти реакции также должны стать предметом анализа. Однако

– 356 –

важно дать пациенту время обдумать, что он сказал, а затем — отреагировать на это. Я хочу здесь подчеркнуть, что у пациента должно быть время и просто помолчать в ответ на конфронтацию аналитика. Аналитик должен обращать внимание не только на то, что он сказал, но также и на то, как он это сказал. Если моя интерпретация правильна, он будет соглашаться со мной и принимать это не только вербально, но и эмоционально, он будет добавлять некоторые детали или воспоминания или другие «украшения» к моим конфронтациям. Если моя конфронтация правильна и приемлема для пациента, я смогу затем перейти к следующей технической процедуре анализа данного переноса.

Множество раз, однако, пациенту нужно будет время для размышления, для исследования правильности своей конфронтации, ассоциирования к ней. Если мое вмешательство неверно, пациент будет показывать это не просто путем вербального отрицания, но и какой-то формой сопротивления и поведения избегания. Но может быть и так, что конфронтация была правильной по своему содержанию, но было неправильно выбрано время для нее. Тогда аналитик должен будет работать над сопротивлением. Кроме того, аналитику также необходимо иметь время для качественной оценки ответа пациента. Не всегда легко определить, показывает ответ пациента принятие или отрицание, осмысленность или эскапизм или же комбинацию всех этих элементов.

3.942. Прояснение переноса

3.9421. Поиски интимных деталей

Нашей конечной целью в анализировании реакции переноса пациента является способность интерпретировать историческое происхождение этой реакции. Одним из наиболее плодотворных направлений, которое может привести нас к бессознательному источнику переноса, является поиск интимных деталей реакций переноса. Детали ведут к аффектам, побуждениям и фантазиям пациента. Мы просим пациента приложить все свои способности для очищения и разработки его чувств по отношению к нам. Мы также просим его включать

– 357 –

те ассоциации, которые могут иметь место, когда он будет пытаться делать это. Позвольте проиллюстрировать это.

Моя пациентка, миссис К.*, во время третьего месяца своего анализа рассказала мне, после значительного колебания, что она обнаружила, что испытывает сексуальные чувства «о мне. Это приводит ее в замешательство; ведь, помимо всего прочего, она замужняя женщина. Она знает, что я тоже женат, а кроме этого, я не задумался бы о ней после всего того, что узнал о ней. Молчание. Она полагает, что все это — рационализация; она слишком смущается, для того чтобы говорить о своих сексуальных чувствах, это как-то унижительно. Пауза. Молчание. Вздох. Она вела машину, как вдруг, как вспышка, она увидела картину: я сжимаю ее в объятиях. Читая книгу или смотря кино, она видит меня как героя или любовника, и чувствует и видит себя моей возлюбленной. Ночью, в постели, она

думает обо мне и чувствует себя так, будто ее куда-то зовут. Пациентка продолжала говорить в том же духе, описывая различные места и случаи, когда у нее были сексуальные стремления ко мне, но я сознавал, что, несмотря на то, что картина расширяется, она не становится глубже или четче. Я также чувствовал, что рабочий альянс по-прежнему хороший, несмотря на ее смущение и нерасположение. Тогда я сказал ей: «Как мне кажется, вы полны сексуальными стремлениями ко мне, это проявляется снова и снова; но, кажется, вам трудно описать точно, что бы вы хотели сделать со мной в сексуальном плане; пожалуйста, попробуйте».

Пациентка ответила: «Я бы хотела, чтобы вы сжали меня в своих руках крепко-крепко так, чтобы я едва могла дышать, подняли меня и перенесли на кровать. Тогда мы могли бы заняться любовью». Длительная пауза. «Что вы имеете в виду, говоря «заниматься любовью?» «Я имею в виду, — отвечает пациентка, — «сдернуть с меня ночную сорочку, целовать так, чтобы рту стало больно, я едва смогла дышать. С силой раздвинуть мои ноги и вдвинуть ваш пенис в меня. Это будет грубо, это причинит мне боль, но мне это очень понравится. (Пауза). Забавная деталь пришла мне в го-

* См. секции 1.24, 2.651, 2.71, 3.25, 3.42, 3.81, 3.84, 9.931 и 3.934.

– 358 –

лову, когда я описывала все это. Ваше лицо было небрито, и ваша борода царапала мое лицо. Это странно, вы всегда выглядите чисто выбритым».

Размышляя над сексуальной фантазией, я заметил: в ней дважды отмечалось, что она едва способна дышать, затем быть оторванной от земли, перенесенной и, наконец, я груб. Я вспомнил, что она перенесла несколько приступов астмы примерно в возрасте шести лет, в это время ее мать была замужем за отчимом-садистом. Интерпретация фантазии переноса казалась ясной: я — ее отчим-садист, удовлетворяющий ее мазохистические, нагруженные виной, эдиповы устремления. Я мог дать интерпретацию эту и сам, но хотел бы, чтобы она сама обнаружила ее, поэтому спросил ее: «Кто, бывало, царапал вас бородой, когда вы были маленькой девочкой?» Пациентка почти закричала: «Мой отчим, мой отчим, он, бывало, любил мучить меня, тряс своим лицом об мое — и хватал меня, и сжимал, и подбрасывал в воздух — я едва могла дышать. Но я думала, что ненавижу все это».

Давайте вернемся к технике прояснения. Я чувствую, что пациентка ничего не добавляет в картину переноса, но чувствую, что она могла бы сделать это. Поэтому я конфронтирую ее. Я говорю ей, что для нее это тяжело, но все-таки пусть она постарается, я ее очень прошу, рассказать мне более точно, в чем состоят ее сексуальные фантазии. Я держусь прямо, открыто, я не требую, но я настойчив. Когда она говорит: «Мы занимаемся любовью» — я прошу ее опять же: «Пожалуйста, объясните мне, что вы понимаете под «заниматься любовью». Мои слова и тон не являются ни кричащими, ни робкими.

Пациентка говорит, что она думает, как бы «поцеловать мой «генитальный орган». В подходящий момент я прошу ее объяснить, что она имеет в виду, говоря, о целовании моего пениса, я нахожу ее слова неясными и несколько уклончивыми. Я показываю своим вопросом, что хотел бы знать интимные детали и что о них вполне возможно говорить реалистически. Я демонстрирую это тем, что говорю об этом. Я не вульгарен и не уклончив. Я помог ей, переведя ее «генитальный орган» к «пенис». «Поцелуй» она должна будет перевести сама.

– 359 –

Мужчина-пациент говорит, что у него была фантазия о «феллацио» со мной. Когда я почувствовал, что это уместно, я сказал ему, что не понимаю, что он имеет в виду под «феллацио», не мог бы он объяснить это мне. Когда он начал, запинаясь, бормотать что-то, я сказал, что он, кажется, испытывает затруднения при рассказе о сексуальном действии, совершаемом его ртом в отношении моего пениса. Говоря так, я не только указал ему на его сопротивление, но также показал, как бы я хотел, чтобы он был способен говорить о таких вопросах конкретным, обыденным, живым языком.

Этот же самый подход ценен и при работе с агрессивными стремлениями и чувствами. Пациент говорит мне, что чувствует враждебность ко мне. Мой ответ — я не понимаю слова «враждебность», оно стерильно, неопределенно и неясно. Что он в действительности имеет в виду? Если я ощущаю импульс или аффект, я использую более точные слова. Я говорю своим пациентам, что они, кажется,

ненавидят меня или чувствуют ко мне отвращение сегодня, и вежливо прошу их рассказать мне об этом и позволить чувствам выйти наружу по ходу описания. Я помогаю им провести различия между раздраженностью, яростью, ненавистью, негодованием и досадой, потому что каждое из этих чувств имеет различную историю и происходит из различных частей прошлого пациента. Я поддерживаю пациента, когда он описывает свои агрессивные фантазии, цели своих враждебных, деструктивных импульсов, потому что они также являются ключами к различным историческим периодам их жизни. Позвольте мне привести пример.

Молодой человек, мистер З.*, говорит, что он досадует на меня из-за того, что я взял с него плату за пропущенный сеанс. Я исследую эту «досаду», спрашивая его, что он в действительности имеет в виду, говоря о досаде. Он «полагает», что испытывает больше, чем досаду. Мое молчание побуждает его выражать весьма возбужденно то, как он думает, что я лицемер, притворяющийся ученым. На самом деле, я — такой же бизнесмен, как и его страдающий запорами старик. Он надеется, что однажды он наберется мужества ткнуть

* См. секции 2.52, 2.54, 2.71, 3.531, 3.7111 и 3.922.

меня носом в эти «психоаналитические деньги». Это была бы славная месть, он бы сделал со мной то самое, что я делаю с ним. На мой вопрос: «А что я делаю с вами?» — он ответил: «Вы заставляете меня ползти сквозь все это дерьмо, вы никогда не работаете меньше, а все больше, больше, больше. Вы никогда не удовлетворены, вам все мало». Можно видеть за невинной досадой, которую, он «полагает», имеет, анально-садистическую ярость и унижение детства.

Тот же самый пациент, позже, начинает свой сеанс с утверждения, что он ненавидит приходить, ненавидит анализ и меня вместе с ним. Когда я спросил его: «А как вы ненавидите меня сегодня», он ответил, что сегодня он ненавидит меня страстно, с холодной яростью. Он не хочет убить меня, нет, это не цивилизованно. Он хотел бы избить меня, превратить в мякоть, буквально растереть и сделать из меня желе, как массу кровавого, вязкого «слизняка». Потом бы он съел меня одним большим глотком, как чертову овсянку, которую мать заставляла его есть в детстве. Тогда он смог бы меня извергнуть как вонючее отвратительное дерьмо. А когда я спросил его: «И что бы вы сделали с этим вонючим дерьмом?» «Я бы превратил его в прах, так что вы смогли бы присоединиться к моей дорогой мертвой мамочке».

Я думаю, теперь ясно, как поиски исследования интимных деталей агрессивных деструктивных импульсов приводят к тому, что интерпретация становится возможной. Когда возникают импульсы переноса при анализе, нашей задачей будет помочь пациенту прояснить то, что они явно имеют природу инстинктивных импульсов, их цель, источник и объект.

Сходным образом мы работаем и с другими аффектами, такими, как тревога, депрессия, отвращение, зависть. Мы исследуем точную природу чувств, пытаюсь уточнить, углубить и осветить, какие особые качества и количественные характеристики эмоций затронуты. Поиск ясности все тот же: что точно пациент чувствует, что он фантазирует. Наше отношение — прямое, открытое, без боязни, неустрашимое, не вульгарное и не робкое. Мы являемся исследователями, но мы должны охранять, а не разрушать то, что мы исследуем. Мы должны служить как бы моделью для пациента, так

чтобы однажды он смог задать самому себе те же самые вопросы.

Необходимо повторить, что сопротивления могут возникнуть в любой фазе нашей попытки прояснения. Если сопротивление значительно и может стать камнем преткновения, оно должно быть проанализировано. Вне зависимости от того, насколько соблазнительно содержание материала, значительные сопротивления должны быть проанализированы в первую очередь. В противном случае инсайты не будут иметь значения для пациента, а именно; они являются нашей первоочередной задачей, заботой. Нашей главной, основной задачей является осуществление эффективной терапии, а не сбор интересных данных.

3.9422. Поиски переключателя переноса

Другой ценный метод прояснения данного переноса состоит в раскрытии того, какая характерная черта или часть поведения аналитика служит как бы переключающим стимулом. Очень часто пациент будет спонтанно осознавать, что определенная черта или деятельность аналитика вызвала особую реакцию. В других случаях этот переключатель переноса не только не будет осознаваться пациентом, но тот будет иметь сильные сопротивления осознанию. Иногда какое-то поведение аналитика будет вызывать такую реакцию у пациента, которая не является явлением переноса, поскольку это может быть вполне соответствующий ответ. И, вообще, следует осознавать, что иногда мы сами, аналитики, бываем просто не в состоянии исследовать вместе с пациентом, какая из наших личных идиосинкразии послужила стимулом переноса.

Я слышал об аналитиках, которые настаивают на том, что каждую реакцию переноса нужно проследить назад, соотнося с какой-нибудь чертой поведения аналитика. Это отдает нарцисстическими потребностями аналитика или переоценкой технической процедуры. Наша цель — прояснить для того, чтобы интерпретировать неосознанный исторический источник из прошлого пациента. Переключатель переноса может быть ценным вспомогательным средством, но это всего лишь способ. Во многих клинических ситуациях поиски переключателя переноса излишни, неуместны или не особенно продуктивны.

– 362 –

Несколько клинических примеров проиллюстрируют основные моменты, отмеченные выше.

Пациентка начинает свой сеанс, лежа на кушетке, она молчит, спокойна, ее глаза закрыты, она кажется умиротворенной и удовлетворенной. После нескольких минут молчания я говорю: «Да?» Она мягко улыбается, вздыхает, но продолжает молчать. Проходят минуты, и на меня производит все большее впечатление та картина спокойствия и блаженства, которую она собой представляет. Обычно она спокойна, разговорлива и продуктивна, но становится напряженной и беспокойной во время молчания. Я начал мысленно просматривать наши последние сеансы, в надежде, что смогу найти какое-нибудь объяснение этой необычной реакции. В этот день ее сеанс был сдвинут на вечер, из-за некоторых изменений в моем расписании. Обычно она приходила по утрам. Сейчас на улице уже было темно, в комнате для лечения горел свет.

Пациентка продолжала молчать, а я все больше и больше поражаюсь тому, что, продолжая молчать, она излучала сияние. Почти через двадцать минут я сказал ей: «Этот сеанс какой-то особенный. Чем вы так наслаждаетесь совершенно молча?» Она ответила, мягко и мечтательно: «Я лежу здесь, впитывая чувство покоя этого офиса. Это убежище. Я вдыхаю аромат вашей сигары, я представляю вас сидящим в вашем большом кресле, попыхивающим сигарой и погруженным в свои мысли. Ваш голос звучит, как кофе и дым хорошей сигары, тепло и чарующе, Я чувствую себя защищенной, в безопасности, так, будто обо мне заботятся. Как будто сейчас уже за полночь и все в доме спят, кроме моего отца и меня. Он работает в своей студии, и я чувствую запах его сигары и слышу, что он готовит кофе. Как мне, бывало, хотелось прокрасться в эту комнату и свернуться клубочком рядом с ним. Я, бывало, старалась и обещала быть тихой, как мышка, но он всегда отправлял меня обратно в постель».

Пациентка сама осознала, что этот поздний сеанс, свет в офисе, аромат моей сигары, мое молчание и мой голос вызвали воспоминание детства, стремление побыть одной со своим защищающим, любимым отцом.

– 363 –

Она позволила себе, лежа на кушетке, испытывать то удовольствие, которого она была лишена, но о котором фантазировала с детства.

Мой пациент, мистер З.*, входит в ту ситуацию анализа, когда ему очень трудно рассказывать мне о своих сексуальных фантазиях. Он проходил анализ уже в течение нескольких лет, и мы тщательно проработали множество различных аспектов его сопротивлений переноса. Это специфичное сопротивление ощущалось как-то иначе. Множество сеансов было потрачено на поверхностные разговоры, с отсутствием сновидений и молчанием. Единственный момент, заслуживающий внимания,

состоял в том, что он сделал замечание, что я последнее время отношусь к нему как-то по-другому. Я пытался давить на него, чтобы он попытался прояснить, в чем было это отличие. Он не знает: он не может описать это; он, запинаясь, выпалил, что я кажусь ему отталкивающим. Тогда я сказал ему прямо и открыто: «Хорошо, я омерзителен для вас. Теперь попытайтесь мысленно представить меня и опишите, что вас отталкивает». Пациент медленно начал говорить: «Я вижу ваш рот, ваши губы, они толстые и влажные. В углу рта — слюна. Мне очень хочется говорить это вам, мистер Гринсон, я не уверен, что это так». Я просто сказал: «Пожалуйста, продолжайте». «Ваш рот открыт, и я представляю его. Я могу видеть ваш язык, облизывающий губы. Когда последнее время я пытаюсь говорить с вами о сексе, я вижу все это, и это меня останавливает, сковывает. Теперь я боюсь вашей реакции (пауза). Мне кажется, что я вижу вас, как похотливого, сладострастного старика (пауза)».

Я оказал: «А теперь позвольте своим мыслям перемещаться вдоль картины со сладострастным, похотливым стариком, с толстыми, мокрыми губами». Пациент продолжал говорить и вдруг пересказал воспоминание из своего раннего подросткового возраста, когда он, возбужденный, шел по улице, высматривал проститутку, но испытывал страх и неловкость. В темной аллее кто-то подошел к нему, явно с сексуальными намерениями. Он понял, что этот человек хотел ласкать его пенис, а затем сосать его. Мальчик был бессилён совладать с этой ситуацией. Разрываемый возбуждением и страхом,

* См. секции 2.52, 2.54, 2.71, 3.531, 3.711, 3.922 и 3:942.

– 364 –

он остался пассивным и позволил совершить это сексуальное действие над собой. В первый момент он не знал, мужчина это или женщина, все произошло, так быстро, было так темно в аллее; он был переполнен различными эмоциями. Но он вспомнил рот этого человека, его губы были толстыми и влажными, а рот — открыт. Чем больше он говорил о событии, тем яснее ему становилось, что это был мужчина гомосексуал. (Годом раньше пациент рассказывал это как мимолетное воспоминание безо всяких деталей.)

Было ясно, что пациент переживал вновь в своем отношении переноса ко мне тот гомосексуальный опыт своего подросткового периода. Переключателем, который стимулировал возвращение этого события, было его видение моих толстых, влажных губ. Я помог ему, показав, что могу говорить о себе, как о сладострастном и похотливом старике с толстыми, влажными губами. Робость с моей стороны привела бы к увеличению его собственной тревоги. Раздражение или даже просто молчание было бы осознано как укор.

Аналитик работает с таким материалом, как с любым другим. Когда пациентка говорит мне, что я сексуально привлекателен, я спрашиваю ее о том, что во мне она находит сексуально привлекательным. Если пациентка говорит мне, что чувствует, что любит меня, я спрашиваю ее, что во мне она находит достойным любви. Если пациент говорит, что я вызываю отвращение, я спрашиваю, что во мне вызывает отвращение. Я внимательно слежу за тем, чтобы не быть слишком молчаливым или слишком активным, потому что любое изменение в технике будет показывать пациенту, что я испытываю какое-то беспокойство. Я терпелив, но и настойчив при поисках интимных деталей реакции пациента ко мне, точно так же, как и в любом другом случае. Я стараюсь одинаково обращаться с их любовными и сексуальными реакциями переноса, как и с их ненавистью и отвращением. Это не всегда легкая задача, и я не утверждаю, что всегда добиваюсь успеха.

Клинический материал, описанный выше, показывает, что личные качества и черты аналитика, а также определенные характеристики его офиса могут служить переключающими стимулами для реакций переноса. Следует добавить, что пациенты могут реагиро-

– 365 –

вать и просто на тон голоса и эмоциональное состояние, которое они почувствовали в высказываниях аналитика. У меня были такие пациенты, которые реагировали очень сильной злобной депрессивной реакцией, когда чувствовали, что я принижаю их своей манерой речи. Пациенты реагировали на меня так, будто я говорил укоризненно, саркастически, соблазнительно, садистически, грубо, дерзко и т. д. В каждом конкретном случае необходимо выделить и внести ясность в то, какая именно особенность

моей деятельности или специфическая черта ускорили эту реакцию. Если в обвинении, предъявляемом пациентом, есть доля правды, это должно быть признано; но в любом случае реакция пациента должна быть проанализирована, т. е. прояснена и интерпретирована.

В каком-то смысле аналитическая ситуация является переключателем для некоторого аспекта каждой реакции переноса. Аналитическая ситуация призвана облегчить регрессивную неправильную перцепцию и вызвать у пациента забытые воспоминания к объектам в прошлом. Бывают моменты, когда выделение и внесение ясности в то, что вызвало реакцию переноса, будет ненужно и бесплодно. Достаточно просто проанализировать данное явление переноса. В других случаях раскрытие и анализ характеристик аналитика, или аналитической ситуации, приводящих к переключению, могут быть ценны. Я подчеркивал важность этой линии подхода, потому что в своей преподавательской работе сталкивался с тем, что многие аналитики склонны пренебрегать этой технической процедурой.

3.943. Интерпретация переноса

Теперь мы переходим к той технической процедуре, которая отличает психоаналитический метод от всех других форм психотерапии. Интерпретация является единственным и имеющим решающее значение инструментом психоаналитической техники. Все остальные технические процедуры, используемые в психоанализе, являются основой для того, чтобы интерпретация стала возможной. Более того, каждый используемый технический прием должен, в конечном счете, стать предме-

– 366 –

том анализа, и его воздействие на пациента должно быть интерпретировано.

В рамках психоанализа интерпретировать означает делать неосознанный психический феномен осознанным. Единственная цель всех интерпретаций состоит в том, чтобы помочь пациенту понять значение данного психоаналитического явления. Мы интерпретируем перенос путем выяснения неосознанной истории, предшествующих событий, происхождения, целей и взаимосвязей данной реакции переноса. Это длительный процесс и он не ограничивается каким-то единичным этапом. При помощи демонстрации и прояснения мы пытаемся дать возможность Эго пациента наблюдать психологическую ситуацию, которая предсознательна и приемлема. Пациента просят расколоть свое Эго так, чтобы одна часть его Эго могла наблюдать то, что другая часть переживает. В интерпретации мы просим пациента пойти дальше того, что готово для наблюдения, и приписать значение и причинность рассматриваемому психологическому явлению (Е. Бибринг, 1954).

Демонстрация и прояснение подготавливают пациента для нашей интерпретации. Интерпретации, для того, чтобы быть эффективными, не должны переходить границы понимания пациента и его эмоционального переживания. Интерпретация — это гипотеза, которая требует ответов пациента для верификации (Ваельдер, 1960, с. 3—27). Прояснение ведет к интерпретациям, а интерпретации, в свою очередь, ведут к дальнейшим прояснениям. Правильность интерпретации часто будет подтверждаться тем, что пациент будет добавлять к ней какой-то новый материал. Позвольте мне проиллюстрировать это простым примером.

Пациентка во время третьего года своего анализа развивает сопротивление приходу на аналитический сеанс, потому что она чувствует, что во мне есть что-то зловещее, что пугает ее. Я убеждаю пациентку попытаться прояснить это угрожающее качество, которое она чувствует ко мне. Колеблясь, она начала описывать меня, как мужчину, который при поверхностном взгляде кажется любезным, но скрыто враждебен к женщинам. Она продолжает описывать мужчину, который кажется мужественным и активным, но на самом деле феминизирован и пассивен. Он настолько пассивен, что может

– 367 –

позволить женщине пациентке истекать кровью до смерти, не пошевелив и пальцем. В тот момент, когда пациентка говорила: «истекать кровью до смерти», она воскликнула: «О, мой бог! Я знаю, что это такое — это мой отец. Я перепутала вас со своим отцом». Пациентка сослалась на инцидент своего детства, когда в возрасте четырех лет она обнаружила, что из ее вагины идет кровь, и в панике

побежала к своему отцу. Он попытался успокоить ее, сказав: «Это ничего, это пройдет, забудь об этом». Из-за множества осложняющих причин это очень обеспокоило пациентку.

Во время ее анализа этот инцидент всплывал много раз, но никогда не связывался со злобными намерениями со стороны отца. Только когда она стала прояснять свои чувства по отношению ко мне, она прошла через чувство угрозы, которое привело ее к тому кровотечению, что и позволило ей спонтанно интерпретировать угрозу как исходящую от ее отца. Затем пациентка продолжала углублять свое осознание скрытых садистских качеств своего предполагаемого любезного, пассивного отца.

Если демонстрация и прояснение реакции переноса не ведут непосредственно к интерпретации, тогда аналитику необходимо предпринять определенные технические шаги. В большей или в меньшей степени эти шаги направлены на раскрытие истории этой специфической реакции переноса.

Исследование истории конкретной реакции переноса может быть облегчено прослеживанием различных составных частей, которые ведут к формированию данного специфического объективного отношения. Обычно мы будем выбирать для исследования тот аспект переноса, который кажется наиболее приемлемым для разумного и сознательного Эго пациента. Таким образом, мы обычно будем начинать с сопротивлений, если последние присутствуют (см. секцию 2.71 по анализируемому сопротивлению до анализа содержания). Если же нет никакого важного сопротивления, мы можем перейти к исследованию того аспекта переноса, который кажется наиболее назойливым и давящим на пациента.

Хотя возможно множество подходов, существуют три метода, которые наиболее полезны при попытках раскрыть историю реакции переноса: 1) прослежива-

– 368 –

ние сцепленных аффектов и импульсов; 2) отслеживание предшественников фигур переноса и 3) исследование фантазий переноса. Эти три техники часто переплетаются друг с другом. Для того чтобы это стало более ясно, я опишу каждую из них отдельно.

3.9431. Поиски аффектов, побуждений и отношений

В общем, наиболее стоящим в попытках раскрыть неосознанные источники реакции переноса оказывается исследование аффектов и побуждений, связанных с ними. Вопрос, который мы задаем нашим пациентам, может быть сформулирован так: «Когда и в связи с чем было у вас это чувство или побуждение раньше?» Сходный вопрос: «Что происходит с вами, когда вы позволяете своим мыслям следовать за этими чувствами или побуждениями?» Иногда мы не должны задавать пациенту именно такие вопросы; мы их задаем своим молчанием, спонтанные ассоциации пациента дают нам ответ. В начале анализа мы обычно задаем такие вопросы, позже пациент задает их себе сам, хотя бы и молча.

Я бы хотел проиллюстрировать эти положения несколькими простыми примерами. В начале своего анализа профессор Х.* признается, что он пропускает определенные ассоциации, потому что боится, что я буду критиковать его. На самом деле он мог даже представить, как я высмеиваю его. Он не мог вынести этой мысли; он страшно не хотел быть униженным. После того, как он некоторое время помолчал, я спросил его: «Когда это случилось с вами раньше?» Пациент ответил: «Когда я был ребенком, моя мать, бывало, прodelывала это. Она была ужасной дразнилой и наслаждалась моими мучениями, высмеивая мои недостатки». Он все продолжал и продолжал. В конце сеанса я сделал интерпретацию: «Итак, вы опускали некоторые мысли, которые приходили вам в голову здесь, со мной, потому что вы боялись, что я могу дразнить вас так же, как делала это ваша мать». После паузы пациент ответил: «Да, я полагаю, что это так, хотя теперь это кажется глупым». Тот же пациент, годом позже, имел сеанс, который

* См. секции 2.64, 2.652, 3.412.

– 369 –

можно кратко описать так: он опоздал на сеанс на несколько минут, и хотел бы знать, означает ли это что-нибудь. И, лежа на кушетке, он вздохнул и сказал, что анализ последнее время кажется ему

тяжелым бременем. Он послушно пришел сегодня, но без всякого чувства или ожидания удовольствия. Когда я был в отпуске, ему было хорошо; он, кажется, вел значительно более свободную сексуальную жизнь со своей женой. Но, поскольку я вернулся, вернулись и его анальные желания, а также побуждения к мастурбации. Его беспокоит состояние здоровья отца, который написал, что у него обостряется геморрой. Его отец всегда беспокоился по поводу его прямой кишки. Он всегда предпочитал измерять детям температуру ректально. Недавно пациент испытал искушение ввести свой палец в прямую кишку жены во время любовной игры. Он не сделал этого, потому что не хотел рассказывать мне об этом, а был бы вынужден, хотя и подозревает, что мне могло бы понравиться услышать такое. Возможно, что я бы отбросил такой материал, а может быть, он проецирует.

Я интерпретировал это для пациента таким образом, что он, кажется, чувствует, что я мог бы наслаждаться его анальной активностью, как делал его отец. Пациент ответил, что он часто думает обо мне, когда делает что-то, доставляющее ему анальное удовольствие. Он даже предполагает, что неохотно шел на сеанс потому, что, поскольку я вернулся, у него будет гораздо больше мыслей и побуждений, связанных с его анусом, и у него такое впечатление, что у него есть какие-то гомосексуальные стремления.

Следует заметить, что в первом примере я был вынужден проследить аффект, задавая пациенту прямой вопрос. Во втором примере пациент спонтанно ассоциировал возвращение своих анальных желаний и возвращение своего аналитика с анальными интересами своего отца. Это было так, как будто он молча задал себе те вопросы, которые я задавал ему раньше.

Раскрытие отношения переноса может быть прослежено аналогично тому, как я описывал это для аффектов и побуждений. Мы должны, следовательно, пытаться распутать скрытую историю того, когда и как такие отношения, как пассивность, покорность, презрение и

– 370 –

т. д., возникли в жизни пациента. Вообще, более трудно раскрывать материал по отношениям, потому что они слишком часто Эго-синтоничны. Прежде чем мы сможем ожидать от пациента продуцирования значимой информации в его ассоциациях, необходимо сделать данное отношение чуждым Эго.

3.9432. Прослеживание предшественников фигуры переноса

В равной степени важным источником информации об образовании данной реакции переноса может оказаться путь определения различных личностей, которые вызвали специфическую реакцию переноса. Другими словами, мы пытаемся ответить на вопрос: «По отношению к кому вы испытывали такое чувство в прошлом?» Здесь просто переставлено ударение на вопросе, который мы ставили ранее: «Когда вы чувствовали себя так в прошлом?» Очень часто два эти вопроса ведут друг к другу и сливаются. Тем не менее, эти вопросы могут вести и в различных направлениях, и каждый может быть по-своему важен в разное время. Если мы добиваемся успеха в интерпретации реакции переноса, мы, в конечном счете, надеемся установить, в отношении какого объекта из прошлого и при каких обстоятельствах данная реакция была адекватна.

Реакция переноса пациента в отношении аналитика является неадекватной, но она точно соответствует чему-то в прошлом. Далеко не всегда мы немедленно узнаем первоначальный объект, но мы вправе ожидать, что обнаруженный нами промежуточный объект приведет нас, в конечном счете, к источнику. Предки современной фигуры переноса появляются не в строго хронологическом порядке. Мои данные по этому вопросу согласуются с мнением Феничела (1941, с. 48), который говорил о «сдвигах», и противоречат В. Райху. (1928, 1929), который подчеркивал обратный хронологический порядок. Пациент может переходить от современности к перемещенному прошлому несколько раз во время сеанса. Или эмоции пациента могут оставаться фиксированными на каком-то промежуточном объекте в течение длительного периода времени, прежде чем они переместятся на какой-то другой объект. Данная реакция пере-

– 371 –

носа обычно имеет множество предшественников и всегда должна анализироваться для того, чтобы раскрыть полную интенсивность и комплексность реакции переноса. Одной из технических проблем при

анализировании реакций переноса является определение того момента, когда меняется их источник. Иногда только какие-то очень неясные изменения в некоторых деталях реакции переноса намекают на перемещение объекта, продуцирующего перенос.

Таким образом, в случае профессора Х.*, который пропускал определенные ассоциации, потому что боялся, что я высмеял бы его, — интерпретация моя в первую очередь выявила то, что он реагирует на меня, как на свою поддразнивающую мать. Это состояло главным образом из вербальной игры и смеха с ее стороны. Затем его страх стать объектом для поддразнивания затронул и его страх, что кто-то покажет на него пальцем с насмешкой, который он связал со своей старшей сестрой. В другое время его страх унижения содержал элемент физического страха. Это изменение показывает перемещение к его страху своего унижающего отца. В других ситуациях он имел реакции стыда по отношению ко мне, которые происходили от его школьных учителей, его дядюшек и тетушек, его школьных друзей.

Короче, анализ его страха быть униженным мною привел к обширной галерее унижавших его, тех, кто были предшественниками и творцами его аналитика как унижающего человека. Каждый из этих предков добавлял или делал ударение, или изменял какой-то аспект его фантазии унижения. Мы не только раскрыли те объекты, которые заставляли его испытывать унижение, но также проследили дериваты и предшественников каждого объекта. Мать, дразнящая его за то, что он намочил постель в три года, была одной фигурой, приуменьшающая его небольшой пенис в пять лет — другой фигурой, смеющаяся над его несколькими волосами на лобке в четырнадцать — еще одной. Его старшая сестра, присматривавшая за ним, когда мать уезжала, насмеялась над ним за его неадекватное сексуальное развитие до 17-летнего возраста. С другой стороны, отец заставлял его испытывать стыд, потому

* См. секции 2.64, 2.652, 3.412 и 3.9431.

что он проявлял слишком большое любопытство в отношении сексуальных вопросов в пять лет и затем в подростковом периоде.

Вопрос: «По отношению к кому вы испытывали подобные чувства в прошлом?» — является одним из наиболее часто встречающихся при анализе реакции переноса. Он может быть задан явно или же молча, аналитик может продолжать задавать этот вопрос, пока любая имеющая значение реакция переноса существует. Это не удивительно, поскольку все явления переноса являются производными переживаний, связанных со значимыми людьми раннего периода жизни, их двойниками и производными.

3.9433. Исследование фантазий переноса

Просмотрев примеры, иллюстрирующие возможные подходы к интерпретации переноса, можно увидеть, что мы анализируем фантазии пациента, касающиеся аналитика. Исследование это не всегда явное, даже наоборот, очень часто оно неявное. Например, аналитик спрашивает пациента, почему тот пропускает определенные ассоциации, и пациент отвечает, что боится, что я, аналитик, буду унижать его. На самом деле он говорит, что испытывает чувство стыда, которое происходит из фантазии унижения мною. Пациент спонтанно связывает эту фантазию с поддразниванием своей матери из-за мокрой постели, таким образом, раскрывает мне ее содержание без явного вопроса с моей стороны.

Иногда, однако, необходимо сосредоточить внимание пациента на его фантазиях, особенно когда аффекты, импульсы или объекты переноса кажутся неопределенными, неприемлемыми или непродуктивными.

Например, молодой человек, мистер З., который проходил анализ уже в течение трех лет, не был способен или не хотел использовать инсайт, который он получил по поводу своих тревог, связанных с посещением общественных мест. Стало ясно, что он и сознательно и бессознательно боится идентификации со мной. Он согласился с этой интерпретацией, но это не дало никаких изменений. Тогда я попросил его попытаться представить, что «он стал мной», и описать фантазию,

стимулированную этой идеей. Пациент ответил: «Я не хочу стать таким, как вы, стать склонным к психоанализированию, как вы это делаете, к интроспекции; я не хочу перенимать ваши черты. Это было бы как проглотить часть вас, всосать часть вас, дышать вашими словами или иметь часть вашего ума или тела во мне. В этом есть сексуальное чувство, как если бы я взял ваш пенис в свой рот и проглотил вашу сперму. Я не сделаю этого, я просто оставлю все вам». Все это говорилось в позе с плотно перекрещенными лодыжками, руками, прижатыми по бокам, сжатыми кулаками, а слова цедились сквозь зубы.

Описывая свою фантазию, пациент раскрыл мне гомосексуальную тревогу, которая лежала за его отказом идентифицироваться со мной. Я мог теперь приступить к работе с ним над тем, почему и как гомосексуальность переплелась у него с идентификацией. Открытие, которое привело к этому инсайту, пришло из рассказанной пациентом фантазии, касавшейся меня.

Очень часто, когда аналитик работает над определенным сопротивлением в течение некоторого периода времени, он может подойти к этому сопротивлению, задав вопрос: «Я опять напугал вас сегодня?», который в действительности означает: «Какие у вас есть сегодня фантазии обо мне?»

Я описал три важных метода исследования истории реакций переноса пациента: поиски аффектов, побуждения и отношений; прослеживание предшественников фигур переноса и исследование фантазий переноса. Есть и много других подходов для раскрытия истории реакции переноса, но, по моему опыту, эти три подхода показали себя наиболее продуктивно.

Клинические примеры, которые я использовал в анализировании явлений переноса, могут создать неверное впечатление, что каждое вмешательство приносит успех пациенту или аналитику в раскрытии специфических аффектов, побуждений или фантазий. Множество раз может аналитик говорить пациенту о том, что у него такое впечатление, что тот борется с определенными чувствами по отношению к аналитику. Он может соглашаться или нет и при этом ассоциативная продукция может и не приводить немедленно к тому, что неосознаваемый материал станет ясным. Может потребовать-

– 374 –

ся несколько сеансов для того, чтобы стало возможным интерпретировать определенный специфический аспект переноса.

3.944. Тщательная проработка интерпретаций переноса

Клинический опыт учит нас, что никакая отдельная интерпретация, пусть даже она будет абсолютно правильной, не остается эффективной в течение длительного периода времени. Для того чтобы быть эффективной, ее следует повторить много раз. Более того, никакая отдельная интерпретация не может полностью объяснить реакцию переноса пациента. В лучшем случае единичная интерпретация переноса является лишь частичным объяснением. Для того чтобы прийти к полному пониманию и устойчивым изменениям в поведении пациента, требуется тщательная проработка индивидуальных интерпретаций. Хотя более общо и более полно тщательная проработка будет обсуждаться во втором тоне, я хотел кратко описать здесь тщательную проработку интерпретаций переноса. Для более полного знакомства с данным вопросом: Фрейд, 194 с, 1916—1917, 19176, 1926а, 1937а; Феничел, 1941; Левин, 1950; Гринакрэ, 1956 и см. список литературы.

3.9441. Теоретические замечания

Процесс тщательной проработки, в основном, представляет собой повторение и разработку инсайтов, полученных посредством интерпретации. Повторение является особенно важным при попытках анализировать и преодолевать сопротивления переноса. Это относится к нежеланию Эго сиять старые защиты и рискнуть; Эго необходимо время для того, чтобы справиться со старыми тревогами и положиться на свои новые адаптивные возможности. Как правило, при первой интерпретации значения частного сопротивления переноса изменения либо нет, либо оно небольшое. Позже идентичная может вызвать явное изменение у пациента, но старое поведение сопротивления вернется, когда что-то «незаметное» из повседневной жизни изменит баланс сил в пользу Ид или Суперэго. Сопротивления упорны, для

того, чтобы Эго приняло новый опыт, приводящий к изменению, требуется время.

Для того чтобы добиться более глубокого понимания значения реакции переноса, необходимо раскрыть и проследить множество ее превращений и отвлечений. За это ответственны переопределение и множественность функций явлений переноса. Так, например, нам следует интерпретировать значение поведения пациента в данной, современной ситуации переноса, а затем отслеживать эту же реакцию по отношению к оригинальной и всем промежуточным фигурам переноса. Более того, нам следует также раскрыть, как данная часть поведения переноса может служить инстинктивной отдушиной в одном случае и сопротивлением и защитой в другом. Или же мы должны проследить определенное явление переноса через различные либидозные фазы, а также определить, как это понимается с точки зрения Эго, Ид и Суперэго. Вся та работа, которая следует за новым инсайтом и ведет к изменению в отношении или поведении, может рассматриваться в качестве процесса тщательной проработки (Гринсон, 1965).

3.9442. Клинический материал

Теперь я бы хотел представить некоторые клинические данные, которые проиллюстрируют интерпретацию и часть тщательной проработки реакции переноса. Этот материал собран из трехнедельного сеанса психоаналитической терапии.

Молодой человек, мистер З.*, третий год проходит курс анализа. До этого момента его реакции переноса можно было кратко передать так: я — его отец — пуританин и любезный отец, которому правится пациент, но который критично относится к сексуальным и агрессивным импульсам пациента. Пациент чувствует, что он занимает более низкое положение как моральное, так и сексуальное. Он маленький, неадекватный, а его сексуальность — грязна. Я же большой, потентный и чистый отец, которому он завидовал и одновременно восхищался и с которым он надеялся соперничать. На нескольких последних сеансах возникла группа упорных сопротивлений. Мистер З. либо забывал свои сновиде-

* См. секции 2.52, 2.54, 2.71, 3.531, 3.9421, 3.9422 и 3.9433.

ния, либо его ассоциации были скудны. Материал, о котором он говорил, был неинтересным, устаревшим, с небольшими фантазиями, в нем не было новых воспоминаний или инсайтов. Затем на одном из сеансов он рассказал следующее сновидение: он в большом доме, ходит из комнаты в комнату. Его сопровождает официант, постоянно предлагающий (ему) еду, которую пациент ест. В конце концов, он встречается с хозяйкой, которая говорит, что она рада, что он смог прийти, так как знает, что он занят хорошим, чистым бизнесом, где велик риск. Она спрашивает, как ему нравится обстановка ее дома. Пациент мямлит что-то в ответ, потому что ему не хочется высказывать негативное мнение.

Ассоциации к сновидению сводились к следующему: он терпеть не может больших вечеров, он чувствует себя слишком неловко. Его родители, бывало, давали большие вечера, а он старался избегать их. Его отец был гениальным хозяином, особенно по части угощения; в действительности, он заходил в этом слишком далеко; он, бывало, впахивал еду в людей, и это приводило пациента в замешательство. Официант в его сновидении был столь же упорен. Он преследовал пациента, а тот никак не мог отделаться от него. Странно, он ел во сне, на самом деле он очень мало ест на вечерах. Последнее время у него плохой аппетит, он связывает это со своими трудностями в анализе. Как ему кажется, последнее время он ничего не получает. В этот момент я сделал интерпретацию: «Те интерпретации, которые я предлагал вам последнее время, вы не усваивали. Я следую за вами повсюду, но вы не принимаете то, что я предлагаю вам».

Пациент согласился и сказал, что есть нечто, что он боится впустить внутрь. Ему кажется, что он застрял. Он разочаровался в себе, потому что, когда начал анализ со мной, он чувствовал, что здесь дела

пойдут лучше, чем с его предыдущим аналитиком, который был холоден и равнодушен. Я спросил его об обстановке, которую он видел в сновидении. Он ответил, что придает большое значение и очень чувствителен к обстановке. Он уделяет большое внимание внутреннему интерьеру. Длинная пауза. Он боится, что я подумаю, что это феминно, слишком по-женски. Он слышал, что

– 377 –

декораторы, занимающиеся внутренним интерьером, обычно гомосексуалисты. Пауза. Небольшой разговор. Я интерпретирую ему: «Вы, кажется, боитесь говорить со мной о своих гомосексуальных чувствах; вы как бы уклоняетесь все время. Почему вы не можете рискнуть, поговорить об этом со мной?»

Теперь ответы пациента привели его к боязни меня, потому что я был бы доброжелателен, а не равнодушен. Он чувствовал бы себя в большей безопасности, если я был холоден и держался отчужденно. В каком-то смысле я — его отец, я даю слишком много. Он не может вспомнить, как он выражал теплые чувства по отношению к своему отцу. Он ему нравился, но всегда с некоторого расстояния. Позже, уже будучи подростком, пациент, кажется, относился к отцу, как к грубому и вульгарному человеку. «Вы доброжелательны, но вы не грубы и не вульгарны». Моя интерпретация. «Но, возможно, вы боитесь, что, если вы позволите своим чувствам идти в направлении гомосексуальности, я могу измениться. Кроме того, в сновидении я был также хозяйкой».

Пациент ответил, что не позволяет своим приятелям-мужчинам становиться близкими ему, вне зависимости от того, насколько они ему нравятся; он никогда не становился слишком близким или общительным. Он не знает, чего именно боится.

На следующем сеансе пациент рассказал, что он проснулся в четыре часа утра и не мог спать. Он попытался мастурбировать, как обычно, фантазируя, что - большая женщина ласкает его пенис, но это не возбудило его. Затем вклинилась мысль о том, что он в постели одновременно с женщиной и мужчиной. Он нашел это отвратительным. Мысль о том, что рядом с ним в постели огромный, жирный, седоволосый, с огромным брюхом мужчина, была отталкивающей. Он чувствовал, что это я впикиваю в него такие мысли. Молчание. Я говорю: «И вы не могли проглотить его». Пациент сопротивлялся остальную часть сеанса.

На следующих сеансах он продолжал оказывать сопротивление. Наконец, на одном из сеансов, после длительного молчания, он сказал, что после прошлого сеанса у него было сильное желание помочиться, и он пошел в туалет, расположенный в здании моего

– 378 –

офиса. Он никак не мог начать мочиться. После паузы я сказал: «Может быть, вы боялись, что я сейчас войду?» В первый момент пациент пришел в бешенство от моего замечания; затем он успокоился и признался, что это верно; у него была такая мысль. Молчание. Затем я спросил его: «А как все это было в ванной комнате, когда вы были маленьким мальчиком?» Тогда пациент описал, как его отец расхаживал обнаженным перед ним в ванной, осуществляя все свои экскреторные функции без всякого стеснения. Однако он не мог припомнить, как он чувствовал себя при этом.

Несколько следующих сеансов были заняты тем, что он рассказывал о сексуальной связи со своей старой приятельницей, которая не принесла ему удовлетворения. Я отметил, что он, как я думаю, пустился в гетеросексуальную связь для того, чтобы избежать гомосексуальных чувств, которые начали проявляться в анализе. Пациент ответил, что он согласен со мной на вербальном уровне. Однако на следующих сеансах он оказывал сопротивление, но уже совершенно по-другому. В конце концов, он признал, что теперь я кажусь ему отвратительным и отталкивающим стариком, у нас был тот сеанс, который я описал ранее (секция 3.9422), который является примером того, как аналитик может служить «переключателем».

Это гомосексуальное воспоминание вызвало у него депрессию, но он преодолел некоторые из своих сопротивлений и стал более продуктивным.

Затем был сеанс, когда он рассказал фрагменты двух сновидений: (1) он ведет мотоцикл, (2) он находится в старинном здании. Он видит молодого человека, пытающегося вставить ключ в замочную скважину его комнаты. Пациент раздосадован, но зовет меня на помощь. Его ассоциации приводят его к старому отелю на Ямайке, куда его мать уехала одна в длительный отпуск, когда ему было пять лет.

Позже он снова был там, уже служа в военно-морских силах. Ему не нравится здание моего офиса, оно слишком современно. Последнее время я просто сижу позади него и, как кажется, ничего не делаю. Я что, жду, что всю работу сделает он? Он никогда не водил мотоцикл, но слышал, что мой сын умеет это делать. Каково психоаналитику быть отцом? Расхаживают ли аналитики голыми перед своими деть-

– 379 –

ми? Я восстановил это для него так, что, когда ему было пять лет, его мать оставила его одного с отцом, а сама уехала в отпуск. Возможно, именно в это время он видел своего отца обнаженным в ванной, что вызвало у него сексуальные чувства.

Пациент ответил, что он не может вспомнить. Но он пересказал, что был зачарован, увидев пенисы молодых ребят в летнем лагере. Он пересказал случай, когда ему было 9 или 10 лет, когда он ласкал пенис мальчика. Это был неожиданный и импульсивный акт. Он и тот мальчик были одни в лагерьном изоляторе, так как были больны, а все остальные ушли играть. Маленькому мальчику было одиноко, он плакал, и пациент забрался к нему в кровать успокоить его и вдруг испытал сильное желание поласкать его пенис. Он был сам шокирован этим, его ужасала мысль о том, что мальчик может рассказать об этом. Позже он вспомнил, что похожие импульсы были у него, когда они раздевались для плавания в школе, но всегда по отношению к маленьким мальчикам. Я интерпретировал это так, что мне кажется, он сделал с маленьким мальчиком то, что хотел, чтобы его отец сделал с ним.

Пациент был сильно удивлен. Он сказал: «Вы хотите сказать, что картина — мой отец, огромный, жирный, с большим животом, отталкивающий, мужчина был прикрытием?» «Да, это, кажется, так, — ответил я, — Вы использовали эту картину для того, чтобы скрыть более раннее и более привлекательное. Он стал отталкивающим и вульгарным для вас, и вы установили по отношению к нему определенную дистанцию, защитившись». Пациент немного подумал и сказал: «Может быть, именно поэтому я никогда не был в слишком дружеских отношениях с дружелюбными и сильными мужчинами, даже если они мне и нравились. Я должен был бояться слишком большой близости (пауза). Возможно, это и произошло между мной и вами в этом анализе».

3.9443. Технические процедуры: поиск и реконструкция

Я полагаю, что приведенный выше материал является типичным примером того, как аналитик может интерпретировать и (частично) тщательно проработать

– 380 –

реакцию переноса пациента. Повторяю, что эффективная и полная интерпретация не может быть осуществлена путем единичного вмешательства, но требует повторения и разработки, т. е. тщательной проработки. Материал, который я представил, относится к периоду анализа в три недели. Давайте посмотрим последовательность событий, заострив наше внимание на технических процедурах.

Моя первая интерпретация состояла в том, что пациент отказывается усваивать мои интерпретации, потому что боится гомосексуальных чувств. Пациент частично согласился с этим, признав, что никогда не позволял себе слишком сблизиться со своими приятелями, но продолжал при этом утверждать, что он не знает точно, чего именно он боится. На следующем сеансе он рассказывает мастурбационную фантазию, в которую вторгся жирный, седовласый, с огромным брюхом мужчина. Он нашел это отвратительным и чувствовал, что я «вталкиваю эти идеи в него». На следующих нескольких сеансах у него появилось сопротивление, на которое я ему указал, но ничего не изменилось.

Затем пациент привнес новый материал, когда описал, как он был вынужден помочиться в здании моего офиса. Я интерпретировал его трудность с началом урикации, связав последнюю с его фантазией о моем присутствии в туалете вместе с ним, и проследил это в детские переживания пациента, связанные с его отцом. И снова пациент принял эту мысль интеллектуально, но подтвердил эту мысль, вспомнив массу переживаний, связанных с отцом в туалете. Однако он оказывал сопротивление воспоминанию о любых чувствах и побуждениях. Он продолжал сопротивляться и попытался использовать гетеросексуальную связь для отвращения гомосексуальных побуждений. Я интерпретировал эту форму сопротивления для него в течение нескольких сеансов, до тех пор, пока не возникало новое сопротивление переноса.

Теперь пациент пережил вновь со мной то, что он был вместе с отталкивающим и вульгарным стариком, который имел в отношении него гомосексуальные побуждения. Пациент позволил себе пережить это и описал на аналитическом сеансе, который привел к раскрытию гомосексуального опыта с мужчиной-проститу-

– 381 –

том в подростковом возрасте. На следующем сеансе о» был в состоянии вспомнить свои сны, которые привел» через перенос к ассоциациям и воспоминаниям, касающимся наготы и отцов и сыновей.

Теперь я сделал реконструкцию и сказал ему, что по его поведению, сновидениям, ассоциациям и воспоминаниям кажется возможным реконструировать следующее: когда ему было пять лет и он был полон эдиповых сексуальных чувств, его мать оставила его одного с отцом, а сама уехала в длительный отпуск. В то же самое время отец расхаживал перед ним обнаженным в ванной, что стало для него сексуально стимулирующим и привлекательным. Пациент не был способен вспомнить какие-нибудь чувства к отцу, но подтвердил мою реконструкцию, вспомнив дериваты этого события, а именно свою зачарованность пенисами мальчиков в летнем лагере. Затем он вспомнил сексуальные действия и фантазии по отношению к маленькому мальчику, которые я интерпретировал как то действие, вонне с мальчиками, которое он хотел бы, чтобы его отец осуществил с ним. Пациент, казалось, подтвердил эту интерпретацию, что спонтанно осознал, что использовал образ своего отца как отвратительного мужчины для того, чтобы защитить самого себя от (гомосексуального) гомосексуальных чувств. Он затем осознал, что то же самое произошло и в отношении меня в ходе анализа.

В течение трех недель картина переноса на меня радикально изменилась. Длительное время я изображался и на меня реагировали как на пуританина-отца. Этот фасад превратился в реактивный экран, за которым оказался я в образе отталкивающего и вульгарного мужчины. Эта картина служила целям упорного сопротивления и до тех пор, пока не появился следующий защитный экран, который скрывал мой образ — образ гомосексуально привлекательного объекта.

В процессе тщательной проработки может быть использован любой вид технических мер, но существуют две основные технические процедуры, которые особенно важны. Это «поиск» интерпретации переноса и реконструкция. Под поиском переноса я подразумеваю тот клинический факт, что на сеансах, следующих за

– 382 –

новой интерпретацией переноса, аналитик должен наблюдать, как изменяется перенос под воздействием этой интерпретации. Новая интерпретация переноса должна иметь последствия, т. е. какие-то проявления на следующих сеансах. Интерпретация может быть правильной или нет, не иметь успеха или иметь слишком большой успех; в любом случае какие-то дериваты будут на следующем сеансе. Единственное исключение может быть в том случае, когда происходит какое-то важное, непредвиденное событие в повседневной жизни пациента, оно происходит вне анализа и временно узурпирует господство аналитической ситуации. В других случаях новая интерпретация переноса будет вызывать какие-то изменения в воспоминаниях, сновидениях, ассоциациях, фантазиях или сопротивлениях пациента. Клинический материал, приведенный выше, иллюстрирует это.

Аналитик должен быть особенно внимателен к тому, что происходит в ситуации переноса после того, как он сделал новую интерпретацию. Это не означает, что аналитик будет сохранять свою интерпретацию для пациента. Он может делать так, если пациент, как кажется, продуктивно работает с данной интерпретацией. Аналитик может предложить новый вариант, если ему кажется, что материал пациента указывает в этом направлении. Он может спросить пациента, как тот себя чувствует после интерпретации, если аналитик не видит никакой явной связи с интерпретацией или ее дериватов в материале пациента. Или же он может молча и терпеливо ждать, когда пациент начнет работать с новой интерпретацией, используя свойственный ему способ и скорость. В любом случае аналитик должен быть особенно внимателен ко всем изменениям, так же как и к отсутствию изменений, которые имеют место после любой новой или обновленной интерпретации переноса.

Реконструкция является другой технической мерой чрезвычайной важности при тщательной проработке материала переноса (Фрейд, 1937в; Крис, 1856; 1956в). Существует очень тесная взаимосвязь между интерпретацией и реконструкцией, и очень часто их нельзя отделить друг от друга.

вопроса. Сейчас я хотел бы подчеркнуть только особую связь реконструкции с реакциями переноса. Явления переноса всегда являются повторениями прошлого; пациент повторяет со своим аналитиком то, что он не может и не будет вспоминать. Следовательно, его поведение переноса чрезвычайно подходит для осуществления реконструкции прошлого, и, таким образом, эта Характеристика придает ему особую важность (Фрейд, 1914с, 1937в).

В процессе тщательной проработки отдельные интерпретации разрабатываются, углубляются, и устанавливаются связи между ними для того, чтобы сделать какой-то аспект поведения пациента более понятным. При попытках выявить значение фрагмента поведения пациента часто необходимо реконструировать (на основании реакций переноса пациента, его сновидений, ассоциаций и т. д.) некоторый кусок прошлой, забытой жизни. Реконструкция является предварительной работой и, если она правильна, — приводит к новым воспоминаниям, новому поведению и к изменениям в «Я». Она часто служит стартовым моментом для «круговых процессов», когда воспоминание ведет к инсайту — к изменениям, изменения — к новым воспоминаниям и т. д. (Крис, 1956а, 1956в).

Вернувшись к клиническому материалу, который я представил после тщательной проработки, можно увидеть, что я сделал две реконструкции. Первая реконструкция: когда пациенту было пять лет, он был полон сексуальными чувствами к своей матери. В это время она оставила его одного с отцом и уехала в отпуск. В результате этого отказа его сексуальные импульсы были направлены на отца, который расхаживал обнаженным перед мальчиком в ванной комнате. Реконструкция казалась правильной, потому что стимулировала пациента вспомнить гомосексуальные побуждения по отношению к мальчикам. В конце концов, он вспомнил то, как он ласкал пенис маленького мальчика и много похожих побуждений и фантазий, которые имели место позже. Тогда я сделал вторую реконструкцию: пациент проделывал по отношению к маленьким мальчикам то, что он хотел бы, чтобы его отец проделывал по отношению к нему. Позже он отвернулся от отца, считал его отталкивающим и вульгарным, а еще позже считал его пуританином и равнодушным.

Пациент подтвердил эти реконструкции, осознав, что он избегал близости со своим приятелем и что он также бежал от того же самого в отношениях со мной. Это привело его к большому осознанию своих чувств любви и эмоциональной привязанности ко мне, так же как и потребности во мне. В этот момент его очень сильная примитивная враждебность к матери начала проявляться в анализе, что, как казалось, подтверждает правильность обеих реконструкций.

Цель интерпретации состоит в том, чтобы сделать какое-то неосознанное психическое событие осознанным, так чтобы мы смогли лучше понять значение данной части поведения. Интерпретации обычно ограничиваются отдельным элементом, отдельным аспектом. Тщательно проработав данную интерпретацию данного элемента, попытавшись воссоздать историю и последовательность событий, в которую выходит данный элемент, мы должны сделать нечто большее, чем интерпретация. Мы должны реконструировать ту часть жизни пациента, которая шла своим чередом, окружая пациента, которая предопределила появление этого элемента (Фрейд, 1937). Нам даже следует попытаться реконструировать поступки, например, матери и отца, если это может объяснить, что произошло с определенным элементом у пациента в то время.

Правильная реконструкция является ценным подспорьем для достижения прогресса тщательной проработки. Корректная реконструкция ведет к новым воспоминаниям или новому материалу в форме сновидений, ассоциаций, защитных экранов или новых форм сопротивления, а также в виде изменения «Я» (Рейдер, 19536). Реконструкции следует делать тактично. Они не должны быть слишком ригидны или яркие, а также они могут оказаться неспособными войти в известные области забытой истории пациента. С другой стороны, они не должны быть слишком бесформенными, потому что тогда не смогут служить тем прочным мостом, по которому нужно будет идти пациенту над неизвестными пустыми пространствами. В конечном счете, аналитик должен быть всегда готов внести поправки, мо-

3.945. Дополнения

Прежде чем закончить описание обычной техники анализирования реакций переноса, я бы хотел добавить несколько небольших замечаний. С того момента, как пациент встречается с аналитиком, аналитик становится для него важной персоной, точнее говоря, с того самого момента, когда пациент серьезно решает встретиться с аналитиком, даже до их действительной встречи, аналитик становится важной персоной в жизни пациента. Поэтому каждый аналитический сеанс в целом приносит какие-то новые открытия в данной области. Я подразумеваю под этим, что каждый сеанс мы посвящаем поискам точного материала об аналитике. Я имею в виду, что путем анализирования всего клинического материала аналитик может вникнуть в то, что пациент чувствует в отношении аналитика, даже если нет буквальной или символической манифестации содержания этого отношения. Я не хочу сказать этим, что интерпретации, собранные таким путем, всегда используются аналитиком. Они могут быть просто тем намеком, который пригодится в будущем. Иногда такой подход прояснит тот сеанс, который в противном случае остался бы неясным.

Например, на одном из сеансов пациентка весело болтала о самых различных предметах, бессвязно перескакивая с одного на другой, не задерживаясь долго на отдельных вопросах, шла из прошлого в настоящее и возвращалась назад. Я не мог найти общего знаменателя или какого-нибудь выдающегося аффекта во всем этом материале. Тогда я представил все содержание в целом как нечто, намекающее на меня, и взглянул на всю ее продукцию как на что-то счастливо витающее вокруг. Поскольку я чувствовал, что пациентка вполне может принять это, я предложил ей эту интерпретацию. Она рассмеялась и ответила: «Весь этот сеанс у меня было такое ощущение, будто солнце ярко освещает какую-то минную загородную сцену. И, однако же, все это было на заднем плане, я сейчас расскажу вам, что было на переднем плане. Когда я пришла сегодня утром, вы выглядели так полетному, и, я думаю, это меня подтолкнуло. Когда я была маленькой девочкой, моя мать, бывало, устраивала для меня сюрприз, вдруг затеяв пик-

ник в парке для нас двоих. Это было такое счастливое время, мы вдвоем, одни, на теплом солнышке».

Я полагаю, что это хороший пример того, как общее содержание сеанса может быть исследовано с позиции: «Что все это говорит обо мне?»

Другим техническим моментом является концепция Феничела (1941) о реверсионной интерпретации переноса. Обычно, когда пациент говорит об аналитике, мы стараемся выяснить, о ком из своего прошлого на самом деле он говорит. Иногда, когда пациент рассказывает о фигурах из прошлого, это является сопротивлением, так как он делает это для того, чтобы не говорить об аналитике, это будет способ установить дистанцию между ним и аналитиком. Это более позднее сопротивление должно быть проанализировано в первую очередь, и только после этого аналитик сможет перейти к прослеживанию этого сопротивления в прошлое.

И, в заключение, об идее Бернштейна (1919) и Лоевенштейна (1951) относительно «реконструкции, направленной вверх» как о полезном техническом приеме. Когда кажется, что продукция или сновидения пациента относятся к очень ранним и примитивным побуждениям, и есть разумные сомнения в том, что пациент сможет справиться с этим материалом, тогда аналитик реконструирует материал в направлении вверх. Это означает, что он, используя материал пациента (аналитику не следует совершенно игнорировать материал пациента, потому что это может вызвать тревогу), интерпретирует его в наименее примитивном направлении. Миссис К., которая начала свой первый сеанс с рассказа о сновидении, в котором аналитик осуществлял куннилингус с ней, является иллюстрацией этого. Читатель, может, вспомнил, что я интерпретировал это как способ удостовериться в том, что я действительно принимаю ее (секция 3.81).

3.10. Специальные проблемы при анализировании реакций переноса

До сих пор я описывал технические процедуры, которые следует осуществлять при анализировании повседневных разновидностей реакций переноса. Однако у пациента любой диагностической категории могут воз-

– 387 –

никнуть такие ситуации переноса, которые потребуют специальной трактовки. Например, жестокая эмоциональная вспышка может привести к тому, что пациент станет осуществлять какое-то опасное действие, отреагируя свои чувства переноса. В такой ситуации временное отсутствие у пациента разумного Эго потребует применения некоторой техники, отличной от техники остального анализа. Однако, как кажется, количество таких специальных проблем сейчас в целом возрастает.

Прежде всего, необходимо отметить, что произошли изменения в типе пациента, обращающегося за психоаналитической терапией в период после Второй мировой войны. Отчасти это может быть связано с возросшей популярностью психоанализа. С другой стороны, теперь мы пытаемся лечить психоаналитически таких пациентов, которые не считались в прошлом поддающимися такому лечению (Стоун, 1954б; А. Фрейд, 1954а). Это расширение границ психоаналитической терапии может рассматриваться как экспериментальная попытка применить терапевтически наши возросшие знания и опыт в отношении психологии Эго и раннего развития в детстве. Вместе с тем некоторые из специальных проблем, с которыми мы сталкиваемся, относятся к неосознанным отклонениям в технике и ошибках в оценке пациента.

Данная дискуссия по специальным проблемам в анализировании переноса будет ограничена теми пациентами, которые, как кажется, с самого начала подходят для лечения классическим психоанализом. Прежде чем пуститься в детальное обсуждение проблемы, поддается ли данный пациент анализу, я бы хотел вернуться к некоторым, ранним и основополагающим идеям Фрейда по этому вопросу. Я буду использовать их как путеводную нить до тех пор, пока мы не перейдем к более полной разработке этих идей во втором томе.

Когда Фрейд (1916—1917) дифференцировал невроз переноса от нарциссического невроза, он подчеркивал тот клинический факт, что пациенты, которые развивали невроз переноса, были способны формировать и поддерживать группу связанных, множественных и поддающихся влиянию реакций переноса. Эти пациенты, как он полагал, подходили для аналитической терапии. Хотя имеются некоторые изменения в представлениях о том, как формируется перенос у пограничных и психотичес-

– 388 –

ких больных, я думаю, что клинические данные говорят о том, что с явлениями переноса у таких больных адекватно работать, применяя в основном аналитические методы, нельзя (Феничел, 1945а; Каут, XVIII; Гловер, 1955; Глава XIII, XIV; Зетцель, 1956; Гринакре, 1959).

Я исключаю из этого перечня проблем лечения те, что возникают у очевидно пограничных и психотических больных, а также те случаи, которые лечатся методами, сильно отклоняющимися от классического психоаналитического метода. Такие проблемы выходят за рамки этого тома (А. Штерн, 1948; Найт, 1953б, Быковский, 1952; Якобсон, 1954; Опп, 1954).

3.10.1. Сильные эмоциональные волнения и опасные актуализации

Чувства переноса пациента могут достигнуть такой интенсивности, которая, на некоторый период времени, предохранит пациента от использования его способности разделить разумное и экспериментирующее Эго. Это часто имеет место при переживании вновь инфантильного невроза. Тогда наша терапевтическая задача будет состоять в том, чтобы помочь восстановить разумное Эго. Очень часто самой лучшей техникой будет просто ждать, давая тем самым состоять в том, чтобы помочь восстановить разумное Эго. Очень часто самой лучшей техникой будет просто ждать, давая тем самым пациенту возможность разрядить свои чувства как можно более полно. При этом Эго получает шанс вновь овладеть ситуацией. Иногда может быть даже необходимо или полезно позволить пациенту

превысить лимит времени сеанса. В другое же время, может быть, благоразумно предупредить пациента о том, что приближается конец сеанса, чтобы пациент мог подготовиться к тому, что ему нужно оставить сеанс. Хотя некоторая опасность в смысле удовлетворения переноса может быть в том, что пациент получает дополнительное время, гораздо большая опасность заключается в том, что пациент может уйти с сеанса потерявшим контроль, переполненным потоком интенсивных, эмоций. Аналитика следует использовать все свое клиническое умение при определении лучшего способа действия.

Эти советы направлены на увеличение адекватности

– 389 –

обращения с такими эмоциональными волнениями. Важно, чтобы отношение аналитика, его тон были терпеливыми, сочувствующими и решительными, не критичными, но и не слащавыми. В конце сеанса я обычно говорю пациенту, что мне очень жаль, но я вынужден прервать его, так как время кончилось. Я обычно добавляю что-нибудь в том смысле, что надеюсь, мы сможем поработать еще над этой проблемой на следующем сеансе.

Я не делаю попытки интерпретировать до тех пор, пока нет признаков присутствия или приемлемости разумного Эго. Только если я чувствую, что могу призвать разумное Эго, мобилизовать его на действие, и если я уверен в своем обосновании, я предпринимаю попытку интерпретации. Это может быть тогда, когда интенсивность эмоции пошла на убыль, но также и в тех случаях, когда разумное Эго не слишком глубоко вовлечено в бурные эмоции, и если интерпретация ясна. В таких случаях корректная интерпретация может служить призывом к разуму, моментом возвращения разумного Эго. Ключом к правильной интерпретации является осознание того, что сильные эмоциональные волнения являются актуализацией прошлой ситуации, это либо их точная копия, либо искажения исполнения желания. Позвольте проиллюстрировать это.

Пациентка в ходе аналитического сеанса отвечает на мою просьбу рассказать более подробно о недавнем сексуальном переживании, которое напугало ее. Сначала она могла рассказать о своем чувстве страха; она чувствовала, что прошу ее раздеться. Затем она сильно возбудилась, в нее вселился ужас. Она больше не рассказывала о своей панике, она переживала ее так, как будто все это сейчас происходило на сеансе. Она начала неистово кричать на меня: «Нет, я не буду, не буду. Оставьте меня одну или я завизжу. Уходите прочь, прочь. Боже, помоги мне, помоги. Стоп, стоп, стоп. Пожалуйста, прекратите, кто-нибудь, помогите мне...» Все это продолжалось много минут. Поскольку интенсивность, казалось, стала уменьшаться и поскольку сеанс подходил к концу, я просто сказал: «Миссис Смит, пауза, миссис Смит, это садовник напугал вас, миссис Смит, садовник, а теперь вы здесь со мной, доктором Гринсоном». Когда я назвал пациентку миссис Смит, она, казалось, не слышала меня, хотя я и повто-

– 390 –

рил это несколько раз. Когда я сказал «садовник», она, казалось, очнулась: она снова слышала меня, она, казалось, пыталась понять, сориентироваться. К тому моменту, когда я сказал: «А теперь вы здесь, со мной, доктором Гринсоном», — она смогла немного улыбнуться, так будто теперь поняла, что произошло. Потребовалось еще несколько минут, чтобы она пришла в себя, к ней вернулось самообладание. Теперь она могла уйти с сеанса, контролируя свои эмоции и размышляя о возвращении травматического детского переживания,

Я добился успеха в том, что указал на значение переживания переноса потому, что я мог ощущать, что ее работающее Эго примет это, и я знал, из предыдущего материала, что это переживание пришло из детского соблазна садовником. Я знал, что могу достучаться до нее словами «садовник» и могу вернуть ее обратно в настоящее, напомнив, где она и с кем.

Пациент много лет боролся со своим страхом выразить свою злобу и ненависть прямо ко мне. Ближе к концу одного из сеансов он начал описывать, чтобы он сказал мне, если бы был пьян. Он все сильнее бранился, начал стучать по стене кулаком, пинать кушетку ногами и, в конце концов, соскочил с нее. Он подошел к моему креслу, встал надо мной, погрозил мне пальцем и сказал: «Какого черта вы думаете, что вы везде?» Я ничего не говорил, но, поскольку он уже собрался уходить из офиса, я выкрикнул ему вслед: «Каково это — сказать папе, что он вовсе не такой уж большой?» Пациент остановился, как вкопанный, при слове «папа». Он обернулся и посмотрел на меня. Его искаженные

злостью черты медленно релаксировались; он потряс головой, медленно вернулся к кушетке и сел. Потом медленно сказал: «Да, в конце концов, я сделал это, в конце концов, после всех этих лет; я высказал вам все, вам и моему старшему брату, всем вам. Я, в конце концов, почувствовал, что я седой старик, а не маленький мальчик, притворяющийся мужчиной». Слезы потекли по его щекам.

Параллельно с таким сильным эмоциональным волнением, а часто даже в виде компонента этого волнения, пациент будет переживать определенные ситуации из прошлого не только на словах или в чувствах, но и в действиях. Я имею здесь в виду те действия, которые

– 391 –

могут стать опасными, если останутся необузданными. Это поведение может быть простым переживанием, слегка искаженным, но приемлемым для Эго отыгрыванием или же сильно искаженным, чуждым Эго симптоматическим действием. Первый процитированный пример о женщине и своднике является иллюстрацией простого переживания вновь в переносе. Случай рассерженного мужчины представляет собой комбинацию симптоматического действия и отыгрывания. Техническая проблема в любом случае остается той же самой: мы должны помочь пациенту установить разумное Эго или рабочий альянс, до того, как он уйдет с сеанса, если это вообще возможно.

Процедура сходна с той, которую я описывал для эмоциональных волнений, — ждать до тех пор, пока активность, разойдясь, утихнет. Если мы понимаем значение деятельности и может быть мобилизовано разумное Эго, тогда мы делаем интерпретацию так ясно и компактно, как это возможно. Если же оба метода терпят провал или неприменимы в данном случае, тогда нам следует прервать это поведение, конфронтировав пациента с реальностью и опасностями, которые несет это поведение.

Например, в случае рассерженного мужчины, приведенном выше, что случилось бы, если бы он не остановился, когда я сказал: «Каково это — сказать папе, что он вовсе не такой уж большой?» В таком случае я бы высказал ему что-нибудь вроде: «Мистер Джонс, пожалуйста, подождите минутку, Вы можете уйти отсюда, когда захотите, но я не думаю, что сейчас стоит делать это. Вы слишком рассержены и расстроены из-за меня, и нам следовало бы поработать над этим немного. Не совсем безопасно позволять вам уйти отсюда в таком состоянии».

В похожих ситуациях я обычно говорю что-нибудь вроде: «Мне очень жаль, что вы чувствуете себя так плохо, мне хотелось бы помочь, но я не совсем понимаю, что происходит. Давайте поработаем над этим немного, прежде чем вы уйдете».

Одна из моих пациенток, пограничная психотичка, встала с кушетки, обвила меня руками, сказав: «Давайте прекратим терять время и займемся сексом». Я решительно снял ее руки, твердо посмотрел на нее и ска-

– 392 –

зал: «Миссис Джонс, я хочу помочь вам и сделать это путем работы. Так что давайте работать вместе и прекратим терять время».

Все такие ситуации потенциально опасны для пациента, и с ними нужно как-то совладать на сеансе. Наименее удовлетворительный метод — пресечь определенные действия пациента, тем не менее иногда это единственный способ предотвратить что-нибудь еще более худшее. Тогда твердый, но сочувствующий тон, призыв «давайте работать», в то время как пациентка обвивает руками, остается последним средством. Короче, аналитик ведет себя как сильный и обеспокоенный родитель с ребенком, потерявшим над собой контроль. Родственные проблемы, связанные с отыгрыванием, будут рассматриваться во втором томе.

3.10.2. Сеанс в понедельник

Правильнее эту секцию следовало бы назвать «Сеанс в пятницу и в понедельник», или, лучше всего, «Реакции пациента на отделение, из-за уик-энда, от аналитика». Для краткости, а также потому, что Фрейд еще в 1913 г. говорил об «осадке понедельника», я и назвал этот раздел «Сеанс в понедельник». Мы знаем, что наши пациенты будут эмоционально реагировать на все отделения от аналитика. Некоторые реагируют так, как будто уик-энд — праздник, карнавал, другие — так, будто это отказ или оставление. Ференци (1919с) описал «невроз воскресенья», который имел место, когда его

пациенты утрачивали то отвлечение внимания и развлечение, которое несла им повседневная работа. Фрейд в «Тотеме и табу» (1913а) и позже в «Печали и меланхолии» (1917) описал некоторые из динамики и структурных изменений, которые имеют место во время праздников. Он разрабатывал некоторые из этих дней и дальше, в различных работах. Хороший обзор, посвященный этому вопросу, был опубликован в 1955 г. Гриншейтеном. Однако никто из авторов не подчеркивал центральной роли ситуации переноса как детерминанты для реакции пациента на уик-энд. Я намереваюсь исследовать некоторые типичные способы, которыми пациенты реагируют во время анализа на прерывание аналитической работы, вызванное уик-эндом.

– 393 –

3.10.21. Уик-энд как праздник

Для некоторых пациентов отделение, вызванное уик-эндом, является поводом для празднества, это перерыв, передышка, отдых; оно означает возможность восстановления сил от лишений и требований психоаналитического лечения. Очевидно, что, когда это имеет место, это является знаком того, что ежедневная психоаналитическая работа выполняется при постоянном сопротивлении. Удивительно, как часто может случаться, что пациент открыто не показывает присутствия сопротивления до сеанса в пятницу или до сеанса перед отпуском, когда вдруг, к удивлению аналитика, пациент реагирует на этот перерыв в работе как на приближение празднества или веселья; в таком случае аналитик должен сделать вывод о присутствии латентного раздражения по отношению к психоаналитическому лечению, которое не проявлялось в рабочий период времени. Это показывает, что аналитик, должно быть, является чем-то вроде критического Суперэго для пациента. Пациент работает в анализе под давлением обязательств, по принуждению, покоряется ситуации без отчетливого проявления этой покорности. Пациент может осознавать, а может и не осознавать этого, но его реакции на приближение праздника четко покажут это. Пациенты, которые так чувствуют себя в пятницу, перед уик-эндами, и пациенты, которые имеют чувство облегчения и удовольствия в конце каждого психоаналитического сеанса, относятся к этой категории.

Когда аналитик является критической фигурой Суперэго для пациента, поведение пациента во время уик-энда будет состоять из смеси различного рода инстинктивных свобод. Здесь будет и изобилие либидозных и агрессивных устремлений, обычно с регрессивным, инфантильным оттенком. Поразительно, когда пациенты будут сдерживать свою сексуальную жизнь, а затем, во время уик-эндов, будут разрешать себе разнообразную прегенитальную активность. Во время уик-эндов часто наблюдается резкое увеличение половой активности, мастурбации и неразборчивых связей. Параллельно увеличивается число агрессивных акций. Некоторые пациенты отыгрывают вовне то, к чему их приводили свободные ассоциации в течение недели. Эти

– 394 –

пациенты ведут себя так, будто аналитик является носителем их Суперэго. Тогда сеанс в понедельник становится сеансом для исповеди и искупления вины. Для них сеанс в понедельник становится воскресной исповедью. В понедельник они очень часто начинают сеанс с подробного перечисления всех своих грехов, с чувством вины и стыда, страха наказания и сильным самоуничижением. Поразительно, что когда такие пациенты случайно встречают своих аналитиков во время уик-энда, они бывают шокированы, потому что фантазируют, что аналитик не существует во внешнем мире. Или же они могут фантазировать, что аналитик локализован в офисе, у него нет жизни вне офиса. Некоторые пациенты бывают шокированы, встретив своего аналитика на концерте или в театре. Некоторые не будут узнавать его, становясь истерически слепыми, и развивают скотому в отношении него. Важно осознавать эту проекцию Ид и Супэрэго, а также неявные сопротивления, которые молчат во время работы в течение недели.

3.10.22. Уик-энд является оставлением

Для многих пациентов уик-энды, или интервалы между аналитическими сеансами, означают потерю объекта любви. Для них перерыв означает отделение, расторжение, разобщение и конец. В той или другой форме пациенты ведут себя так, будто они чувствуют, что потеряли объект любви. Они часто реагируют на уик-энды так, будто последние означают отказ аналитика. Сеанс в пятницу обычно тратится на непродуктивную злость из-за того, что уик-энды означают праздник для аналитика, и он покидает, оставляет пациента. Для такого пациента сеанс в понедельник означает конфронтацию между ним, отвергнутым и обиженным, и отвергнувшим его агрессивным аналитиком. Для невротически депрессивного пациента сеанс в понедельник может также быть воссоединением с утраченным объектом любви и будет восприниматься как счастье. Некоторые пациенты чувствуют облегчение, обнаружив, что аналитик пережил их желания смерти. Важно осознавать, на каком уровне это переживается или хотя бы то, на каком уровне преобладают реакции имеют место. Более того, что мы видим на переднем плане: какие стремления и защиты.

– 395 –

Видим мы агрессивное поведение или компенсаторное или попытки реституции?

Для многих пациентов уик-энды оживляют эдипову ситуацию. Для таких пациентов уик-энд является главной сценой, из которой он исключен. Он борется с инцестуозными чувствами или развивает вину, тревогу или депрессию или, возможно, он отыгрывает в какой-то форме или же развивает другой аспект эдиповой ситуации. Некоторые пациенты борются с неосознанными желаниями смерти и бывают тревожными и подавленными виной каждый понедельник при встрече со своим аналитиком. Некоторые чувствуют печаль и депрессию из-за того отторжения. Другие чувствуют враждебность с жестокой завистью. Некоторые пациенты чувствуют все это и приходят на сеанс с депрессивными или с враждебными чувствами. Другие отрицают такие чувства своим поведением или показывают: «Я могу не беспокоиться» или «Кто нуждается в вас?». Некоторые пациенты очень упорно работают на сеансе в понедельник, искупая свои желания вины или поведение, ведущее к чувству вины, пытаясь таким образом добиться воссоединения с аналитиком. Некоторые на сеансе в понедельник молчат из-за враждебности и раздражения оттого, что их отвергли. Некоторые пациенты развивают соматические реакции во время уик-эндов в попытке разрядить эти приемлемые эмоции или побуждения. Для пациентов типично приходит слишком рано или опаздывать в понедельник. У меня был пациент, который пел в комнате ожидания каждый понедельник и весело насвистывал, что было его попыткой отрицать враждебность и вину, которые он чувствовал, попав снова в аналитическую ситуацию.

Утрата объекта любви на время уик-энда может переживаться как на оральном, так и на анальном уровне. Я наблюдал пациентов, которые чувствовали, что ничего не продуцируют в понедельник, тогда как другие приходили с большим материалом, который они записали и сохранили, чтобы вывалить эту гигантскую массу передо мной и получить мое одобрение. Для некоторых пациентов уик-энд был оральная депривацией, и они возвращались в понедельник, испытывая жгучее желание быть «накормленными» мною, «напоенными» моим голосом, а не для того, чтобы услышать, что я им ска-

– 396 –

жу. Одна такая пациентка, миссис К., часто проводила целые уик-энды загорая, в попытке переместить тепло, любящего солнце-отца, как это описывал Ференци (1914д).

С технической точки зрения, задача состоит в том, чтобы осознать, как реакция на уик-энд соотносится с ситуацией переноса, и сделать так, чтобы пациент осознал это. Поразительно, как сопротивляются подчас пациенты принятию значения переноса своего поведения в уик-энд. Сеансы в пятницу и в понедельник наиболее важны для раскрытия и демонстрирования важных реакций переноса. Моя депрессивная пациентка страдала запорами каждую пятницу, сохраняя свои фекальные массы в себе как заместитель меня, и могла освободиться от них только в понедельник, при возобновлении анализа. Это было первым крупным достижением в нашем понимании ее орально-анального отношения ко мне.

3.10.23. Уик-энд и функции Эго

Для некоторых пациентов, которые находятся в относительно сильном регрессивном состоянии, отсутствие аналитика может восприниматься как потеря функций Эго. Это относится к пациентам, испытывающим сильные муки интенсивного инфантильного невроза переноса, а кроме того, в любое время — у пограничных пациентов. Тогда аналитик будет функционировать как дополнительное Эго, и отделение от него может привести к потере оценки реальности, дезориентации, деперсонализации, утрате идентичности и т. д. Может быть, необходимо наблюдать таких пациентов в течение уик-энда или иметь с ними телефонный контакт. Иногда просто знание местонахождения аналитика делает ненужным создание каких-то заменителей его.

Существуют и другие способы, которые пациенты могут использовать в качестве функции Эго в переносе, что может проясниться во время отделения. Аналитик может использоваться пациентом для того, чтобы смягчить критические требования Суперэго. Тогда во время уик-энда такие пациенты могут вернуться к своему гиперкритичному анти-инстинктивному состоянию. Такие пациенты не могут попусту тратить время во время уик-эндов или праздников, они должны заниматься какой-

– 397 –

нибудь стоящей задачей или культурными занятиями или укреплением здоровья. У некоторых таких пациентов искушения во время уик-эндов могут вызвать огромную вину и реакции стыда. Для них сеанс в пятницу является началом опасного путешествия, а сеанс в понедельник — возвращением к безопасности.

3.10.24. Другие клинические данные

Существуют пациенты, которые будут прекращать работать в пятницу, руководствуясь правилом: «Я покину вас прежде, чем вы меня». Этот вопрос о том, кто кого покидает, может быть очень важным техническим моментом при работе с очень слабыми пациентами. Для того, чтобы избавить таких пациентов от жестокого чувства заброшенности, я часто считаю, что им можно разрешить уехать ненадолго, на день или несколько дней раньше, чем уезжаю я сам. Такие пациенты нередко сводят на нет последний перед отпуском сеанс. У меня были такие пациенты, которые молчали или были непродуктивными по пятницам для того, чтобы продемонстрировать отношение: «Кто в вас нуждается?» Они тратят последний сеанс на то, чтобы показать свое презрение к аналитической работе.

Когда аналитик ощущается, главным образом, как фигура ненавидимая, сеанс в пятницу может означать путь к свободе из страдания, и аналитик может вызвать определенную эйфорию у пациента. Однако при таких условиях, пациент может впасть в депрессию во время уик-энда, из-за того, что эта враждебность будет направлена внутрь, или может возникнуть тревога из-за бессознательного ожидания какого-нибудь несчастья с аналитиком.

Реакции на сеанс в понедельник будут зависеть от того, что происходит во время уик-энда и, помимо всего прочего, от того, какое значение переноса имеет аналитик в данное время, является ли аналитик критическим Суперэго, утраченным объектом любви, отвергающим объектом любви, нуждающимся Эго или соблазняющим Ид. Является фигура аналитика любящей или ненавидящей, благожелательной или суровой, поддерживающей или критикующей?

Вне зависимости от того, что кроме этого происхо-

– 398 –

дит в анализе, сеанс в пятницу предвещает уик-энд и приближающееся отделение от аналитика, и это следует принимать в расчет. Чтобы ни происходило во время уик-энда, тот факт, что событие случилось во время отделения от аналитика, будет влиять на все другие данные. Нередко пациенты реагируют на сеанс в понедельник с чувством: «Я плохой, и это ваша вина, потому что вы бросили меня на уик-энд».

Реакция пациентов на сеансы в пятницу и в понедельник будут изменяться во время курса анализа.

Мой пациент, мистер З., который ненавидел сеансы в понедельник, потому что не мог позволить себе скучать по мне, поскольку это бы имело оттенок гомосексуальности, бывал ужасно непродуктивен по понедельникам. Когда же, в конце концов, он смог выразить свое горе при приближении сеанса в пятницу, он стал упорно работать и по понедельникам.

Депрессивная пациентка миссис К. чувствовала, что она перестает жить, когда наступает пятница, и становится «зомби» во время уик-эндов, потому что она чувствует, что более не имеет отношения ко мне. Когда она смогла влюбиться вне анализа, она нетерпеливо ждала сеанса в пятницу и своих собственных каникул во время уик-энда.

Не следует забывать, что уик-энд представляет собой миниатюрную копию того, что аналитик может ожидать от конца анализа.

3.10.25. Технические проблемы

Одной из технических проблем является восстановление рабочего альянса, такого, чтобы аналитик мог анализировать реакцию пациента на отделение. Я полагаю, что, когда Фрейд говорил об осадке понедельника, он имел в виду дневной остаток, переживаемые события отделения плюс сопротивления, вызванные отделением, которые мешают возобновлению рабочего альянса. Когда эти остатки и сопротивления выражены и прояснены, аналитик может приступить к аналитической работе снова.

Другая техническая проблема состоит в выборе подходящего времени и дозирования интерпретации. Аналитик должен также принимать во внимание то, что ин-

– 399 –

терпретация, даваемая в пятницу или перед отпуском, будет обдумываться самим пациентом какой-то период времени. Следовательно, дозировка новых и болезненных инсайтов должна быть меньше, чем если бы та же самая интерпретация давалась при регулярной работе. Аналитик должен оценить: сможет ли пациент вынести данные инсайты в одиночку в течение такого периода времени. Я вспоминаю свою ошибку в отношении этого, которую я допустил, будучи еще совсем молодым аналитиком.

Молодая женщина-пациентка в пятницу рассказала сновидение, в котором впервые был ясный гомосексуальный образ. Ее ассоциации также затрагивали эту тему. Я сделал то, как я думал, что было точной интерпретацией ее гомосексуальных чувств по отношению к ее подруге, школьной учительнице. Ответ пациентки на сеансе казался вполне соответствующим. Когда она вернулась в понедельник, она была совершенно молчаливой, и это продолжалось две недели. Позже я обнаружил, что она стала деперсонализированной во время уик-энда, когда обдумывала мою интерпретацию. Вопрос о дозе будет обсуждаться более детально во втором томе.

Другой проблемой техники является осложняющее обстоятельство, заключающееся в том, что означает уик-энд для аналитика. Хотя это, главным образом, проблема контрпереноса и будет обсуждаться во втором томе, она заслуживает упоминания и сейчас. Некоторые аналитики будут реагировать на сеанс в пятницу так, будто они покидают своих детей, с тяжелым сердцем, чувством беспокойства, сожаления, а для других это будет переживание облегчения и радости. Для некоторых аналитиков сеанс в понедельник является возвращением с чувством облегчения к тем, о которых они беспокоились. Другие аналитики встречают понедельник с усталой покорностью как ежедневную работу. Существуют аналитики, которые не могут дождаться сеансов в пятницу и такие, которые не могут дождаться сеансов в понедельник. Они готовы работать и по воскресеньям, а другие уже ко вторнику кажутся изнуренными и исчерпанными. Я должен сказать, что, хотя анализ — это работа, он должен быть работой, приносящей радость, а не мучительной или изнуряющей. Поразительно, как

– 400 –

часто аналитики жалуются на свое утомление. Однако я уверен, что иногда эти жалобы не совсем точны; бывает, это становится манерой речи; стало принятым говорить об изнурении аналитиков. Все это выглядит так, будто некоторые аналитики стесняются позволить себе получать удовольствие от своей работы, так, будто удовольствие может подразумевать отсутствие серьезности (Сцац, 1957).

Правда, я хотел бы сказать, что многие психоаналитики действительно страдают от перерабатывания, вероятно, это связано с характером работы. У некоторых значительно больше сеансов, чем они смогут вести эффективно. Меня поражает, как много аналитиков участвует в напряженной деятельности, выходящей за рамки обычной, а именно, в собраниях комитетов, научных собраниях, лекциях, семинарах и т. д. после полного рабочего дня с пациентами. У них остается совсем мало времени и энергии для собственных семей, они слишком истощены, когда начинают работу со

своими пациентами на следующий день. Психоаналитическая терапия является профессией, предъявляющей повышенные требования, и перерабатывание делает их выполнение совершенно невозможным (Гринсон, 1966).

Суммируя сказанное: существуют специальные клинические и технические проблемы, связанные с сеансом в понедельник. Пациент реагирует бесчисленным количеством способов на отделение от своего аналитика: это зависит от того, какую фигуру из детства аналитик представляет. Пациент реагирует, и эта реакция: должна быть определена и интерпретирована. Необходимо восстановить рабочий альянс, который был нарушен отделением и накопленными внешними переживаниями. Все это осложняется контрпереносом из-за отделения на время уик-энда.

3.10.3. Реакция переноса, вызывающая затруднения

Я уже говорил о том, что наиболее частой причиной неудачного анализа являются «неподатливые» реакции переноса. Под этим названием я подразумеваю особую разновидность сопротивления переносу, которое характеризуется тем, что остается фиксированным, упорным, не поддается влиянию, несмотря на то, что с ним, вроде

– 401 –

бы, правильно работают. Достаточно странно, что пациенты с такой проблемой, как кажется, охотно и даже страстно стремятся продолжать свой непродуктивный анализ годами. Как кажется, они находят неявную комбинацию удовлетворения и безопасности в аналитической ситуации, что заставляет их цепляться за лечение и не искать других способов решения своих проблем. Хотя трудные реакции переноса могут иметь место в сильно различающихся диагностических группах пациентов, в целях большей концентрации внимания на технических проблемах я подразделяю их на две категории. Можно выделить большую группу пациентов, клинические данные которых и поведение, при первом взгляде, делают их вполне подходящими для классического анализа, и то, что они не подходят, может выясниться только после некоторого этапа работы. Другая группа трудных случаев является таковой потому, что в технике были допущены неявные, но серьезные ошибки. Большинство случаев и неудач являются смесью того и другого.

3.10.31. Ошибки в оценке способности к переносу

Обычно мы ожидаем, что пациенты, которые страдают от психоневротических симптомов и не имеют очевидных признаков психоза или любого заметного обеднения объектных отношений и, как кажется, имеют хорошо функционирующее разумное Эго, будут способны эффективно работать в аналитической ситуации. Тем не менее, опыт показывает, что существует значительное число пациентов, которые при предварительном интервью, кажется, удовлетворяют всем этим требованиям, а позже оказывается, что они не подходят для психоанализа, даже когда количество этих интервью было достаточным, и выполнены они были тщательно. Эта особая патология, которая ускользает от преаналитического исследования, четко проявляется только в процессе анализа, главным образом, при развитии переноса. Только тогда аналитик может понять, что патология пациента, в отношении его способности устанавливать объектные отношения, дефектна и мешает проведению классического психоанализа. Природа этого дефекта обнаруживается при неспособности пациента

– 402 –

сформировать рабочий альянс, так же как и невроз переноса. Этот недостаток перечеркивает все достигнутое, включая и диагностическую категорию. Я наблюдал шизофренических пациентов, которые поддавались анализу, и психоневротиков, которые ему не поддавались. Пациент, для того, чтобы поддаваться анализу, должен обладать способностью формировать оба эти типа отношений с аналитиком одновременно (см. секцию 3.5).

Следовательно, только испытательный период сможет точно показать, подходит или нет данный пациент для психоаналитической терапии (Фрейд, 1913; Экстейн, 1950). Иногда может быть трудным,

если не невозможным, убедить пациента прервать терапию. Для некоторых пациентов может оказаться необходимым сохранить то, что выглядит как психоаналитическая ситуация, потому что они нуждаются в этом для поддержания своего хрупкого равновесия. Для них терапевтическим будет только фасад психоанализа, а не сущность процедур. Такие пациенты будут часто оставаться на стабильном и искусственном непсихотическом уровне с помощью такой терапии (Феничел, 1945а, р. 551). Для других пациентов потребуется длительный период подготовительной терапии, прежде чем они будут должным образом подготовлены для психоанализа. Попытаюсь проиллюстрировать это описанием нескольких случаев, когда пациенты были неправильно направлены для прохождения психоанализа из-за ошибок в оценке того, поддаются они анализу или нет.

3.10.311. Эротизированный перенос

Под таким заголовком я хотел бы описать ту разновидность пациентов, которые, на первый взгляд, кажутся типичными психоневротиками, но развивают на ранних стадиях анализа трудно поддающийся обработке эротический перенос. Таких пациентов отличает не просто высокая интенсивность данного осложняющего фактора, но и некоторые качественные особенности. Фрейд (1915а) описал тип невротической пациентки, развившей сильный эротический перенос, который не поддавался аналитической технике. Он приписал это вспыльчивости, неспособности выносить суррогаты и

– 403 –

труднообрабатываемым потребностям в любви. Затем Блитцштейн (в личном сообщении) и Раппопорт (1956) описали сходные проблемы переноса, основной чертой которых являются упорные эротические требования.

У меня было два таких случая, оба с женщинами. (Все случаи эротизированных переносов, о которых я знаю, имели место у женщин-пациенток в анализе с мужчинами.) В обоих случаях у меня было такое впечатление от предварительных интервью, будто я имею дело со смесью истерических и невротически-депрессивных элементов. Обе пациентки во время предварительных интервью, казалось, относились ко мне вполне соответствующим образом. Я не мог обнаружить никаких заметных дефектов в функционировании их Эго: у них, казалось, была склонность к психологии, хорошее воображение, хорошие собственные достижения, адекватная социальная жизнь и т. д. В обоих случаях были жалобы, включающие сексуальные затруднения и жалобы на неудовлетворяющую их любовную жизнь в замужестве, тенденция к навязчивым фантазиями ревности, неразборчивым связям, проблемам сна.

Обе пациентки развили сильный сексуальный перенос ко мне уже в первые часы пребывания на кушетке. Их чувства становились все интенсивнее и примитивнее. В обоих случаях я испытал сильные затруднения, пытаясь их направить на работу с этим материалом. Они осознавали свои чувства и могли описать свои импульсы и желания, которые были сильно отягощены орально. Они хотели и даже требовали физической близости, телесного контакта, который означал объединение, обладание и слияние с ними. Они были готовы к действиям и едва сдерживали себя от осуществления своих импульсов; они были фрустрированы и приходили в ярость от необходимости вербализации и размышления. Хотя они, казалось, и слушают мои вмешательства и интерпретации; это их не затрагивало, на них не оказывали влияния обычные аналитические меры. Если они соглашались с интерпретацией, это было просто движением губ и означало просьбу прекратить разговаривать. Они приходили на сеанс, полные страстного желания, но не по поводу инсайтов, а только в поисках физической близости. Мои вмешательства казались им не относящимися к делу.

– 404 –

Сначала у меня было такое впечатление, что эти пациентки развивали острый, интенсивный и очень регрессивный эротический невроз переноса. Но мне никак не удавалось установить с ними рабочий альянс. Их реакции переноса были совершенно Эго-синтоничны и не имели отношения к самонаблюдению. Я стал осознавать безумство их проявления любви ко мне. То, что, казалось, было разновидностью чувственной страсти, было более похоже на упорный, подтачивающий голод. Их чувства ко мне были не просто невротическим расстройством, а, скорее, напоминали манию. Такие

реакции были определены как психоз переноса (Литтле, 1958; Рейдер, 1957). (В секции 3.4 я обсуждал различия между невротическим и психотическими явлениями переноса.)

Причиной большой интенсивности реакций и препятствий при излечении является очень сильная тревога. В обоих случаях я установил, что пациентка была на грани падения в пучину гомосексуальной любви к матери. Их эротические реакции на меня представляли собой последнюю отчаянную попытку захватить свою собственную сексуальную идентичность. У одной из них был дополнительный элемент, на который, в конце концов, был пролит свет. Ее экстравагантные реакции были также отрицанием растущего осознания того, что она утрачивает контакт с людьми вообще. Это была утрата внутренних объектных образов.

За весьма короткое время я осознал, что первоначальная клиническая оценка этих пациентов была ошибочна. Утрата визуального контакта, сенсорная депривация, которая была вызвана лежанием на кушетке, мобилизовали интенсивный либидозный голод и защиту переноса. Эти пациентки не подходили для анализа, потому что не могли вынести тех деприваций, которые требуются при классическом психоанализе (М. Векслер, 1960). Их способность к формированию и поддержанию объектных отношений была слишком недостаточна для того, чтобы они оставались толерантными ко всем тем превратностям явлений переноса, которые имеют место в анализе. В случае обычного психоневроза, наряду с неврозом переноса, существует более реалистичное объектное отношение к аналитику, которое позволяет сформировать рабочий альянс

– 405 –

(А. Фрейд, 1954а). Это то относительно реалистичное объектное отношение, которое позволяет пациентке рисковать, развивая интенсивный невроз переноса. Пациентки, которых я описываю, утратили способность формировать и поддерживать такое отношение в комплексе с интимностью, интенсивностью и дистанцией аналитической ситуации. В диагностическом отношении я понял, что они, скорее всего, скрыто импульсивные, аддиктивные характеры с психотическими тенденциями.

Когда я осознал строгую ограниченность их способности формировать объектные отношения, готовность к взрывчатым отыгрываниям, близость к психозу, я понял, что этих пациенток не следует подвергать лишениям классического психоанализа. Они нуждались в такой психотерапии, которая бы не ставила под угрозу защитно-инстинктивный баланс (Найт, 1953б). Я попытался усилить те защиты, которые казались относительно здоровыми, и усилить другие функции их Эго, пробуя использовать себя как явное дополнительное Эго и Суперэго. Сеансы проводились в положении лицом к лицу, без упора на свободные ассоциации. Мое отношение было решительное, прямое, дружеское, но, прежде всего, чисто терапевтическое. Я демонстрировал им их ошибки в мышлении и умении разбираться и предлагал лучшие альтернативы. Я стал их ментором и гидом. Я старался никогда не быть соблазнительным или карающим. Постепенно посредством идентификации функционирование их Эго улучшилось и вместе с тем улучшилась их способность к более зрелым объектным отношениям. В конечном счете, одна из пациенток смогла начать более классический анализ с другим аналитиком после полутора лет психотерапии. Другая пациентка проходила психотерапию со мной в течение пяти лет, но эта терапия становилась все более аналитической по мере ее завершения. Причины для таких решений будут обсуждаться в секции 3.104 по «запросу о смене аналитиков».

3.10.312. Замаскированный искаженный психоз

Под таким заголовком я бы хотел остановиться на другой группе пациентов с трудными реакциями переноса, которые очень отличаются от случаев эротизиро-

– 406 –

ванного переноса, за одним исключением. Обе группы характеризуются своей сильной ограниченностью и истощенностью в отношении способности развивать реакции переноса. Но, тогда как эротизированные пациенты будут манифестировать свои сильные чувства переноса на ранних стадиях анализа, в данной группе пациентов проявления переноса являются неявными и хроническими. Часто требуется много месяцев и даже лет анализа для того, чтобы осознать, что сопротивление пациента, его ригидность, неизменяемость поведения переноса являются не просто отвращением детских

конфликтов, но они связаны также с невротическим фасадом нижележащего психоза или искажением его, или комбинацией того и другого (Пиуос, 1950).

Некоторое время назад меня попросил мой коллега о консультации в отношении пациента, которого он лечил психоаналитически в течение десяти лет. Пациент обратился за лечением из-за сексуальных затруднений в отношениях с женщинами, а также трудностей, связанных с работой. Анализ проводился, но никаких признаков желания со стороны пациента (и аналитика) прервать лечение не было. Ситуация переноса установилась, превратившись в постоянную серию, состоящую из жалоб и упреков пациента, которые высказывались хныкающим и стонущим тоном, перемежаясь со случайными вспышками гнева или слез. Аналитик терпеливо выслушивал и, в конце концов, интерпретировал его поведение, говоря, что это повторение некоторого события из детства. Это обычно успокаивало пациента, который, придя на следующий сеанс, повторял тот же самый кусок. Поведение пациента, состоящее из перемежающихся садистских упреков и мазохистской покорности своему состоянию, вызывающему страдание, разыгрывалось и в отношении других людей, во внешней жизни. После многих часов консультации мне стало ясно, что вся эмоциональная жизнь пациента была строго лимитирована такими поверхностными объектными отношениями садомазохистской природы. Это был не просто симптом, это был способ жизни, который скрывал сильное латентное гомосексуальное искажение и параноидные тенденции.

Тщательная реконструкция истории детства пациента показала, что, возможно, в раннем подростковом воз-

– 407 –

расте имел место острый психотический прорыв, который остался неизменным. Садомазохистский способ отношения к объектам являлся попыткой реституции; это был единственный способ поддерживать хоть какой-то контакт с реальными людьми. Аналитическая ситуация была для него убежищем, потому что она была достаточно отдаленной для того, чтобы быть безопасной и достаточно либеральной для того, чтобы позволить небольшое количество инстинктивной разрядки через вербализацию. Однако лечение было аналитическим только в своей поверхностной структуре. Пациент не был задействован в инсайт-терапии, в действительности, это была форма игровой терапии (Гловер, 1955; Глава XIV; Феничел, 1945а).

Пациенты типа описанного выше, очевидно, не подходят для психоаналитической терапии. Они, возможно, нуждаются в постоянной поддерживающей (терапии) психотерапии для того, чтобы их состояние стабилизировалось и не ухудшалось. В некоторых случаях, вероятно, можно добиться некоторого улучшения, применяя какую-то форму терапии отношений, а также лекарства.

Я бы хотел сказать еще о нескольких типах замаскированного искаженного психоза, в котором может быть ошибочно применен психоанализ. Я наблюдал пациентов, для которых терапия служила, главным образом, возможностью для отыгрывания скоптофилических и эксгибиционистских импульсов, были также случаи, в которых отношение к терапевту приобрело форму пагубной привычки. Все эти пациенты обладали, в сущности, нарцисстическими характерами, они упорно цеплялись за отношения к терапевту, потому что кроме этого имели всего лишь несколько значимых объектных отношений. Эти пациенты создавали тонкий фасад социального поведения, что и было причиной фальшивого впечатления во время предварительных интервью. Их объектные отношения настолько обеднены, что они неспособны позволить самим себе регрессировать. Сделать это означает впасть в состояние, где нет ничего, где нет объектов, т. е. впасть в кататонию. Их отношение к терапевту приносило удовлетворение и было Эго-синтоничным. У них не было мотивации изменить это состояние, напротив, все говорило в пользу того, чтобы сохранять

– 408 –

его, поскольку для них это было наиболее значимое отношение к жизни.

Ошибка заключалась в том факте, что их направили в такую форму терапии, которая по своей природе угрожала выбить их из колеи, нарушить порядок того, в чем они более всего нуждались, т. е. фиксированного и конкретного отношения к человеческому существу. В этом смысле пациенты были правы, когда сопротивлялись отмене психоанализа; они держались за своего аналитика, потому что для них это было действительно необходимо. Для аналитика было необходимо осознать, что его оценка была

ошибочной; эти пациенты нуждаются в значительно более ощутимой, видимой связи с отзывчивым и поддерживающим терапевтом. Такие пациенты часто декомпенсируются в острые психотические состояния, если подвергаются лишениям аналитической ситуации.

Я осознаю, что данная точка зрения спорна. Некоторые аналитики, не колеблясь, анализируют таких пациентов в психоаналитической манере (Розенфельд, 1952, 58). Другие, соглашаясь, что такие пациенты нуждаются в других терапевтических подходах, придерживаются мнения, что аналитику следует позволять им регрессировать, сопровождая пациента при этом, наблюдая и заботясь о нем во время его регрессии. После того, как они восстановят контроль над собой, они могут быть проанализованы. Я больше всего согласен с Винникотом (1955). В поисках других точек зрения и подходов см. М. Векслер (1960), Фриман (1959) и Силе (1965).

3.10.313. Другие этапы трудных реакций переноса

Пациенты, описанные выше, не подходили для психоанализа из-за склонности к реакциям переноса, трудным в обращении, их можно классифицировать как пограничные случаи, искаженные или латентные психозы. Эти пациенты обратились за психоаналитическим лечением, но их истинный диагноз нельзя было поставить, пока они не оказались вовлечены в аналитическую ситуацию. Однако встречаются пациенты, которые, в сущности, являются психоневротическими, и, тем не менее, они развивают трудноизлечимые реакции переноса. Эти

– 409 –

случаи не настолько фиксированы, как те неподдающиеся влиянию типы, что были описаны выше, они являются крайними случаями типов сопротивления, описанных выше (см. секцию 3.8).

Я имею здесь в виду те защитные сопротивления переноса, которые могут быть определены как упорные разумные реакции переноса. Одной из вариаций этого типа является идеализированная реакция переноса. Существуют пациенты, которые могут годами поддерживать упорный идеализированный перенос к своему аналитику. Эта реакция переноса является Эго-синтоничной и с большим трудом поддается анализу. Трудно демонстрировать нижележащую враждебность отчасти потому, что эти пациенты искусно находят дополнительные фигуры переноса, на которые они перемещают свою ненависть. Кроме того, эта идеализация является видом очищения и находит поддержку в их нарциссизме. Более того, это раскалывание фигуры переноса делает возможным для пациента предохранить само существование аналитика, укрывая его в этом идеализированном состоянии. Если аналитик настаивает на анализировании идеализированного переноса как сопротивления и не дает никакого невротического удовлетворения переноса, в конце концов, эта идеализация разрешается. Тогда выходит наружу чрезвычайно сильная ярость и ненависть пациента, а также параноидная подозрительность (Клейн, 1952). Все это прикрывала идеализация и именно это делало настолько трудным раскрытие истинного содержания.

Среди типов сопротивлений переноса, которые склонны оставаться непроницаемыми для аналитической интерпретации, находится высоко генерализованная Эго-синтоничная реакция переноса. Для таких пациентов характерно реагировать привычно на всех людей так, как они реагируют на своего аналитика; это становится чертой характера. Типичной разновидностью является навязчивый характер, который изолирует все свои эмоции от повседневной жизни и который живет только мыслями и идеями. Такие пациенты имеют настолько сильное сопротивление всем эмоциональным реакциям, что они склонны поддерживать связь с людьми только в интеллектуальном плане. Все спонтанные реакции ощущаются как нечто, с чем нужно бороться. Только кон-

– 410 –

троль и мышление являются реальными и добродетельными.

Иногда этот способ жить достигает такого уровня, что у аналитика возникает впечатление, что он имеет дело с думающей машиной, а не с человеческим существом. Феничел (1945а, часть XIV) описывает тип навязчивого характера, который настолько «заморожен», что могут потребоваться годы, чтобы он «оттаял», прежде чем пациент станет поддаваться психоанализу. По-видимому, ригидность и

фригидность навязчивых характеров прикрывают тревогу, столь сильную в качественном и количественном отношении, что они не поддаются влиянию психоанализа. Мой опыт говорит о том, что часто в таких случаях имеется параноидная сердцевина, которую контролируют ригидные навязчивости. Мне кажется, что таких пациентов не следует лечить психоанализом, а следует применять какую-нибудь другую форму психотерапии. Аналитик, который сидит за кушеткой и лишь изредка делает какие-то интерпретации, Просто «играет на руку» тенденциям пациента изолировать эмоции и неправильно использовать интеллект. Возможно, для таких пациентов была бы лучше более лимитированная, проводящаяся лицом к лицу терапия.

Хроническое отыгрывание пациента также может развить трудноизлечимые реакции переноса. Здесь мы также сталкиваемся с группой пациентов, которые являются скрыто-импульсивными, увлекающимися; эта группа близка к области искаженных психозов, описанной выше. Случаи эротизированного переноса также могут быть описаны как особая разновидность хронического отыгрывания. В секции, посвященной проблемам отыгрывания во втором томе, я попытаюсь рассмотреть эти категории более подробно.

Это не исчерпывает все типы пациентов с реакциями переноса, трудно поддающимися лечению, которые остаются незамеченными до тех пор, пока не будет начат анализ. Я рассказывал о пациенте, страх гомосексуальности которого был так велик, что он не мог позволить себе идентифицироваться со мной, поскольку чувствовал, что это было бы эквивалентно вовлечению в гомосексуальную связь. В течение нескольких лет его сопротивление переноса не поддавалось влиянию, пока я не понял и не дал понять ему его лежащую ниже тревогу.

– 411 –

Насколько примеров, процитированных выше, иллюстрируют клинические и технические проблемы, которым я придаю большое значение, а именно, случаи переноса, с трудом поддающегося воздействию, которые связаны, главным образом, с ошибкой аналитика при оценке возможностей пациента к переносу. Эти пациенты не могут одновременно развивать рабочий альянс и невроз переноса. В некоторых случаях развивается рабочий альянс, но им овладевает невроз переноса, так что он становится неэффективным. В других случаях то, что кажется рабочим альянсом, является хорошо замаскированным защитным неврозом переноса. Во всех этих случаях имеется дефект в способности формировать объектные отношения и в функциях Эго (см. секции 3.4 и 3.5).

3.10.32. Ошибки в технике

Вопрос об ошибках в технике — всегда очень деликатный вопрос. Всегда существует опасность, обсуждая ошибки других, выказать самонадеянность, или попасть в ловушку неуместности, или же начать неискренне описывать свои собственные ошибки. Тем не менее, необходимо говорить об ошибках в технике, потому что они не редки. Более того, по моему опыту из таких ошибок, в особенности своих собственных, можно узнать значительно больше, чем из какого-либо другого источника.

3.10.321. Случайные ошибки

Ошибки в технике, которые ответственны за появление трудно поддающихся воздействию реакций переноса, — это, как правило, неявные, длительные, повторяющиеся и неосознанные пороки в технике. Грубые ошибки в технике могут усложнить развитие переноса, но, поскольку они легко осознаются как пациентом, так и аналитиком, ущерб, который они наносят, является временным и вполне поправимым. В других случаях ошибки могут привести к решению о смене аналитика или типа лечения.

К последнему типу ошибок относится та, которую я

– 412 –

совершил в самом начале своей карьеры, потерпев неудачу в распознавании враждебных чувств переноса пациентки, которая изливала свое раздражение некомпетентным терапевтом, тогда как была переполнена сексуальным желанием ко мне. Я интерпретировал эту ситуацию как имеющую следующее значение: ее раздражала ее некомпетентная мать, тогда как она желала своего привлекательного отца. Пациентка, казалось, приняла эту интерпретацию, по меньшей мере, интеллектуально, но почти на всех сеансах следующей недели в ее ассоциациях были намеки на неспособного или путающего помощника, учителя, доктора и т. д. параллельно с сексуальными чувствами ко мне. В то время я еще не отдавал себе отчета в том, что если материал какого-то сеанса повторяется на последующих сеансах, то это говорит о том, что интерпретация была неудачной или неточной. В конце концов, пациентка стала непродуктивной, сновидений не было, присутствовала лишь не большая вербализация. Когда я пытался привлечь ее к работе над сопротивлением, она делала это неохотно, а когда я стал настаивать, она вдруг взорвалась, в бешенстве, насмешливо закричала на меня: «Вы пилите меня за то, что я плохо работаю, почему вы сами не выйдете из своей башни слоновой кости и не сделаете хоть самую маленькую часть работы сами, или вы думаете, что это может запачкать ваши лилейно-белые ручки?»

Тогда я понял, что совершенно не осознавал враждебности пациентки ко мне, которая присутствовала наряду с ее чувствами любви. В этот момент я также понял, что сама пациентка осознавала это, что и усилило ее гнев и принесло элемент насмешки. После небольшой паузы я сказал ей: «Я полагаю, что вы рассержены из-за этого неповоротливого доктора, неуклюжего, все путающего помощника, который (появляется) появлялся последнее время на каждом сеансе. До сих пор я не мог узнать его лица, но теперь вижу, что это я сам». Пациентка фыркнула и рассмеялась в ответ на мое вмешательство. Сначала она протестовала, утверждая, что ее злора и презрение не предназначались для меня, но затем она признала, что была очень обеспокоена из-за того, что чувствовала, что я избегаю ее. У нее было такое впечатление, что либо я боюсь ее, либо она оттал-

– 413 –

квивающе действует на меня и что я считаю ниже своего достоинства углубляться в ее проблемы.

По поводу последнего момента я сказал пациентке, что, даже если я не осознал, что она гневается на меня, я надеюсь, что она захотела бы исследовать свой гнев по отношению ко мне. Я подтолкнул ее к свободному ассоциированию, попросив рассказать, что происходит в ней, когда она думает о человеке с «лилейно-белыми» руками. Мои замечания и мое отношение, по-видимому, были эффективны, и пациентка смогла свободно ассоциировать. На этом сеансе и на последующих появился ранее скрытый материал об ее отце, аристократе, высокомерном отце, которым она восхищалась, которому завидовала и которого презирала. Мой довольно сильный недосмотр и непонимание этого материала вызвали небольшую задержку, но, кроме этого, я не заметил никаких других последствий моей ошибки.

Сейчас я бы хотел вставить несколько замечаний об основных принципах, связанных с попытками исправления технических ошибок. Прежде всего пациенту следует дать возможность отреагировать на ошибку. Еще большей ошибкой будет подавить реакцию пациента слишком быстро, принеся извинения или же промолчав, оставаться безответным так долго, что это травмирует пациента или заставляет почувствовать, что ему угрожают. Ошибка должна быть открыто признана, но это признание следует использовать для получения материала от пациента, а не для облегчения или нейтрализации реакции последнего. Я не приносил формальных извинений по поводу своей ошибки, описанной выше, потому что это не было нарушением этикета или норм поведения. Я совершил определенную техническую ошибку, но не преступление; мне было очень жаль, что я причинил боль, но это связано с лечением, с этим следует считаться.

Я не пытаюсь объяснить причины своей ошибки; это проблема моя, а не пациента. Я не вижу причин, по которым следует обременять пациента исповедями; пациент не должен быть моим терапевтом. Я стараюсь показать пациенту словами, тоном и отношением, что я хочу работать над его реакциями на мою ошибку точно так же, как я бы работал над чем-нибудь еще, происходящим в жизни пациента. Я точно также тщательна

– 414 –

исследую это, как и другие вопросы, но не довожу до крайности. Я полагаю, что краткое описание моих замечаний и поведения во время работы с пациенткой иллюстрируют те общие принципы, которые я наработал.

3.10.322. Ошибки, связанные с длительным вмешательством контрпереноса

Наиболее серьезными отклонениями при работе с реакциями переноса являются неявные, хронические, неосознанные аналитиком ошибки, которые могут иметь место годами. Они могут происходить из двух основных источников: а) реакции контрпереноса и б) неправильное понимание пациента (не на основе контрпереноса).

Ошибки, связанные с контрпереносом, возникают тогда, когда аналитик реагирует на своего пациента так, будто данный пациент был значимой личностью в ранней истории аналитика. Контрперенос является реакцией аналитика на пациента, это как бы параллель по отношению к переносу, нечто, хорошо дополняющее его — его двойник. Контр — в контрпереносе означает аналогичный, дубликат, а не противоположность как в контрдействии. Контрперенос может привести к устойчивому неуместному поведению аналитика по отношению к пациенту в форме стойкого непонимания, или к поведению вознаграждения, успокоивания и разрешения. И снова я должен сказать, что более детальная дискуссия по этому вопросу будет представлена во втором томе. Однако я бы хотел проиллюстрировать этот момент клиническим примером.

В течение многих лет я наблюдал за работой готовящегося к выпуску кандидата в практикующие аналитики. Он был человеком незаурядных способностей и таланта, психоаналитическое лечение заметно прогрессировало, и у меня было такое впечатление, что мы оба получаем удовольствие от наших сеансов. Вместе с тем пациент рассказывал мне о своих затруднениях с пациенткой, которую он лечил уже несколько лет. Она развила устойчивый, неподатливый враждебный перенос. Мы провели несколько сеансов, обсуждая лечение данной пациентки. Пациентка была молодой, привлекательной женщиной, выказывающей расстройство обсессивного характера с явной тенденцией и интеллектуа-

– 415 –

лизацией, множеством реактивных и аналных черт характера и компульсивно-импульсивной псевдосексуальной неразборчивостью. Мое общее первое впечатление было такое, что кандидат понимает пациентку и, по-видимому, адекватно передает основные технические проблемы случая.

Постепенно я стал осознавать то, насколько чаще при рассказе об этом случае он ссылается на свои заметки, особенно (при сравнении) по сравнению с другими случаями, за которыми я также наблюдал. Он признал, что испытывает значительные затруднения при запоминании материала, касающегося этой пациентки, чего не было в других случаях. Затем я заметил, что тактику, которую он использовал в данном случае, я ранее не видел у него. После того, как пациентка начинала говорить, нарушив молчание, он, бывало, прерывал ее и спрашивал: «Вы уверены, что рассказываете мне то, что действительно думаете?». Я ответил ему, что такое замечание подразумевает обвинение: казалось бы, он предполагал, что она может сознательно исказить материал. Кроме того, он постоянно прерывал ее и не позволял ей свободно перескакивать с одной мысли на другую. Возможно, если бы он подождал подольше, он мог бы лучше узнать, сознательно или нет она воздерживается от чего-либо. Студент реагировал на это, покраснев, а затем стал защищать себя, утверждая, что не знает, говорил ли именно это своей пациентке, либо же это искажения при пересказе. Я осознал, что мое наблюдение за этим случаем не приносит удовольствия, как это было в предыдущих случаях — ни для кого из нас.

По мере того, как пациент описывал мне детали своей работы с этой пациенткой, я определил, что у него есть тенденция реагировать контрмолчанием на ее молчание, тенденция быть очень кратким в своих вмешательствах, которые очень редки, тенденция быть без необходимости строгим, отмечая малейшее опоздание при оплате, кроме того, он никогда не отвечал на вопросы. Короче говоря, я почувствовал, что атмосфера этого анализа была строгой и суровой, возможно, даже жестокой и мрачной. Я почувствовал, что моя оценка была правильной, когда осознал, что враждебные, подозрительные и недоброжелательные реакции пациентки на

своего аналитика подходили и были как бы ответом на отношение к ней самого кандидата. Я спросил себя, поддавался, уступал бы я лечению, если бы меня лечил аналитик так, как кандидат лечил эту пациентку. Это не было ситуацией лечения, ситуацией, когда доктор пытается помочь пациенту; это была очень искусно замаскированная изнурительная борьба между двумя замкнутыми, сердящимися людьми, которые стараются сокрушить один другого.

Так тактично, как только мог, я рассказал кандидату, что, я чувствую, ему не нравится пациентка и что он, пожалуй, скорее сражается с ней, чем лечит ее. Я не ждал и не хотел, чтобы он объяснял свои реакции или свое поведение; я надеялся, что он принесет этот материал в анализ со своим собственным аналитиком. Но студент не мог сдержаться, он побледнел и, после минутной паузы, со слезами начал говорить, что последнее время он сам стал думать об этом. Он осознал, что если она аннулировала сеанс, он получал удовольствие, а также что имел тенденцию сокращать ее сеанс, давая ей меньше, чем 50 минут. Более того, у него часто бывали сновидения, в которых она была его старшей сестрой, делавшей в детстве его жизнь ужасной и т. д.

Важным моментом здесь является то, что этот чувствительный и талантливый человек, не зная того, неправильно лечил пациентку несколько лет, бессознательно мстя ей за то, что ему пришлось вынести в детстве. Его реакции переноса к этой пациентке превратили его из сочувствующего терапевта в требовательного и карающего оппонента. Вследствие этого она развила реакцию на него, которая была частично реакцией переноса, а частично — реалистической реакцией на потенциально вредную личность. Результатом стала трудно поддающаяся воздействию реакция переноса. Кандидат предпринял регулярные обзоры этого случая и после тщательной проработки своих проблем в своем анализе провел делающую ему честь работу с данным случаем. Мы рассматривали возможность смены аналитика для этой пациентки, но множество факторов исключило эту возможность. В секции 3.10.4 этот вопрос будет рассмотрен несколько глубже.

3.10.323. Другие затяжные ошибки в технике

Контрперенос является не единственным источником главных ошибок в технике, имеющей дело с реакциями переноса, хотя он обычно является наиболее частой и наиболее трудно определяемой причиной. Отсутствие клинических данных, неверные теоретические знания и культуральное незнание типа личности также могут быть источником ошибок. Много лет назад мне довелось выслушать коллегу, описывавшего свои длительные затруднения с пациенткой. Мне было ясно, что его интерпретации делались на эдиповом уровне, но он не осознавал и не замечал прегенитальных отношений к матери, несмотря на совершенно очевидный клинический материал. Когда я отметил это ему, он сказал, что ничего не читал об этих «новых идеях» и это никогда не возникало в его анализе. Несколько лет спустя он стыдливо рассказал мне, что провел анализ данного эпизода, а также широко ознакомился с литературой и теперь сознает, насколько слабо он был подготовлен для лечения той пациентки.

Я неоднократно выслушивал рассказы о случаях от людей, которые, по моему мнению, находились под влиянием какой-то ошибочной теоретической системы. Я знаю случай пациентки, на которую влиял ее аналитик, считавший, что ему следует удерживать ее от развития регрессивной зависимости от него. Он полагал, что это не только необходимо, но и сократит время лечения и приведет к достижению хороших, если не лучших, чем при «ортодоксальном» психоанализе, результатов. Он считал себя «прогрессивным» аналитиком, «нео-фрейдистом». Для данной пациентки его техника имела целью не допустить, чтобы длительное молчание имело место, пытаясь преодолеть ее сопротивление, он успокаивал и одобрял ее, поддерживал атмосферу на сеансе оживленной и веселой. Это было его сознательное намерение, и, казалось, он в этом преуспел, по крайней мере, в первые недели терапии. Однако когда пациентка начала развивать сексуальные чувства по отношению к нему, эта оживленная и успокаивающая манера оказалась провокационной и имеющей оттенок флирта.

Когда же пациентка оказалась вовлеченной в сексу-

альную связь с мужчиной много старше ее, что представлялось ужасным ее конвенциональным родителям, терапевт поздравил ее и не сделал никакой интерпретации инцестуозных и деструктивных аспектов ее поведения. Терапевт настойчиво утверждал, что она была вовлечена в корректирующее эмоциональное переживание, которое он рассматривал как значительное улучшение по сравнению с ее прежней сексуальной робостью. Он не видел своих собственных манипуляций как выражения своих собственных инстинктивных потребностей и враждебности по отношению к психоанализу. Он также не сумел распознать, что новая связь пациентки на самом деле была не независимостью, а формой подчинения ему, а также отыгрывания ее сексуального переноса. После того, как я высказал эти свои мнения, у меня не было больше возможности узнать что-либо об этой пациентке, до тех пор, пока я не прочитал об ее эскападах в газетах через несколько лет.

Я встречал и другие примеры, когда пациентов лечили так называемые «психоаналитики», которые практиковали согласно неким теоретическим и техническим системам, весьма далеким от того, что я пытаюсь описать здесь как клинический психоанализ. Иногда кажется, что такие пациенты проходят «лечение переносом» и остаются в относительно хорошем состоянии все то время, пока позитивный перенос поддерживается, но, лишь только он нарушается, а это обстоятельство происходит обязательно, наступает резкое ухудшение. В других случаях я наблюдал разновидность искусственного обсессивного невроза, описанного Гловером (1955, с. 353— 366), в части, посвященной неточным интерпретациям. Иногда такие пациенты становятся фанатичными приверженцами какой-то разновидности психотерапии и тратят свои жизни на обращение всех остальных в свою веру. Неадекватно анализируемые пациенты имеют тенденцию направлять вовне свой позитивный перенос к школе терапии своего аналитика, либо к той школе, из которой вышел их терапевт. Их любовь без взаимности к психоанализу проявляется в том, что они постоянно употребляют жаргон психоанализа, постоянно обмениваются вербальными интимностями, в отчаянных поисках новообращенных, которые будут действовать как доказательство того, что их ветвь веры является

– 419 –

единственно правильной. «Правоверные» в форме психотерапии являются зачастую жертвами какой-то неразрешенной реакции переноса, так же как и последователи «промывки мозгов». Независимость разума и духа может прийти только после тщательного анализа явления переноса.

В конце обсуждения случаев реакций переноса, с трудом поддающихся воздействию, связанных с ошибками, допущенными в технике, я бы хотел кратко остановиться на тех ситуациях, когда аналитик не понимает той специфической культуры, к которой принадлежит пациент. Я вспоминаю, что столкнулся со множеством проблем переноса, когда впервые попытался анализировать негра с Юга. Как можно догадаться, реакции переноса и контрпереноса складывались на весьма различных основаниях. Кроме чувств переноса, исходящих из фигур семьи пациента, присутствовали также интенсивные эмоции, происходящие из его чувств к белым людям вообще. Эта ситуация осложнялась также моими собственными реакциями к южанам и неграм. Решающей же помехой было мое незнание культуры южных негров. У меня были очень большие сложности при оценке приемлемости определенных реакций пациента, потому что я часто не представлял себе, что в данной ситуации было реальностью.

Например, у пациента была фантазия, содержащая недоверие и подозрительность по отношению ко мне. Долгое время не осознавал я того факта, что каждый раз, когда он подъезжал на своей машине к моему офису, он буквально вторгался на вражескую территорию. Водители других машин, полиция по соседству, даже просто другие люди в холлах и лифтах здания, воспринимались как потенциально опасные. Естественно, что это чувство вызывало фантазии. Это было не просто реакцией переноса ко мне или производных ранних чувств к родителям. Эти чувства достигали такой интенсивности из-за актуальных недавних переживаний, в связи с событиями, которые происходили с ним и его близкими. Первое время у меня были большие затруднения, так как я не чувствовал этой его реакции, потому что не обращал внимания на этот аспект его жизни.

Я часто делал ошибки при дозировании интерпретаций при работе с ним, потому что не осознавал особых

– 420 –

тревог и враждебностей, связанных с ними. Моей способности к эмпатии препятствовало то, что я игнорировал некоторые специфические опасности в истории жизни южного негра. Первое время я интерпретировал замаскированный сексуальный объект в его сновидениях как мою жену, я не осознавал той интенсивной тревоги, которую вызывал в нем. Это была не только табуированная фигура, потому что это была жена аналитика и фигура матери, но это была белая женщина, а я был не только фигурой отца, но и имеющим власть белым мужчиной.

Вследствие этих ошибок и многих других пациент поддерживал группу кротких, покорных реакций переноса ко мне, которая не менялась годами. Только после того, как я достаточно хорошо ознакомился с его культурой и улучшилась моя способность к эмпатии, он смог доверять мне настолько, чтобы позволить себе развить искренние и интенсивные чувства переноса.

Приведенная выше иллюстрация является крайним примером того, как непонимание культуры пациента может помешать работе над переносом. У меня были сходные проблемы, только менее острые, когда я пытался анализировать аристократа англичанина. Я наблюдал пациентов, которые не были затронуты анализом, хотя он и проводился годами, потому что их истоки, их американское происхождение было совершенно отличным от изначальных посылок европейских аналитиков. Я полагаю, что большинство аналитиков осознает эту возможность и, когда передают пациентов, стараются подыскать аналитика, который не был бы чужим для пациента. Иногда это невозможно, тогда аналитик должен быть особенно внимательным по отношению к осложнениям такого рода, должен уделить им особое внимание. Приносящий наибольший вред случай имеет место тогда, когда аналитик не обращает внимания на это несоответствие и считает не требующим доказательства тот факт, что он может эмпатировать наиболее чужим для него пациентам.

3.10.4. Вопрос о смене аналитика

Обсуждение таких проблем, как реакция переноса, вызывающая затруднения или ошибки в технике, видимо, должно вести к вопросу о том, когда показана смена

– 421 –

аналитика. Этот вопрос и сложен, и деликатен, он редко отмечается в литературе, но, тем не менее, часто обсуждается приватно среди аналитиков. Поскольку трудности в развитии и поддержании реакций переноса являются наиболее частой причиной для смены аналитика, по меньшей мере, короткий обзор этого вопроса будет уместен в данный момент. Более полное изучение мы отложим до того момента, как рассмотрим такие темы, как способность к анализу, выбор аналитика и проблемы контрпереноса.

Аналитики неохотно признают тот факт, что они могут оказаться не способными успешно анализировать всех пациентов, поддающихся анализу. Отчасти это, возможно, след фантазий всемогущества, это может быть и следствием того мнения, что пол и темперамент аналитика не оказывают влияния на реакции переноса пациента. Действительно, традиционное определение переноса подчеркивает тот факт, что явления переноса происходят в пациенте. Однако с увеличением знаний о психологии Эго стала более ясной важность аналитической ситуации в облегчении развития переноса. Личные качества и умение аналитика являются живыми, неотъемлемыми частями аналитической ситуации и оказывают влияние на течение реакций переноса. Иначе говоря: хотя и верно, что явления переноса являются, в сущности, перемещениями из прошлого пациента, тем не менее, аналитик при этом не является чистым бланком и совершенно пассивным участником терапевтического процесса. Личностные черты и способности аналитика будут влиять на порядок и интенсивность реакций переноса пациента, облегчая или затрудняя работу с ними.

Поразительно, что, хотя большинство аналитиков вроде бы и соглашаются, что им легче работать с одними случаями, чем с другими, они не соотносят это различие с вопросом о показаниях в смене аналитика. Анкета Гловера по этому вопросу показывает наличие значительных расхождений во мнениях по этому вопросу (1955, часть II). По отношению к кандидатам в практикующие аналитики ситуация иная. Согласно уставным нормам по тренингу кандидатов в Американской Психоаналитической Ассоциации каждому кандидату предоставляется возможность работать со вторым тренирующим аналитиком, если первый обсуждающий

аналитик не добивается успеха. Возможно, аналитики с большим опытом отдают себе более полный отчет в своих ограничениях.

Существует несколько показаний для рассмотрения вопроса о замене аналитика. Прежде всего, должно быть подтверждено, что пациента можно анализировать; в противном случае, может быть, лучше сменить терапию, а не терапевта. Если реакции переноса в течение значительного времени неадекватно отвечают на интерпретацию, т. е. если мы сталкиваемся с реакциями переноса, вызывающими затруднения при работе с ними, или если важным реакциям переноса не удается развиться, тогда нам следует рассматривать вопрос о замене аналитика. Нелегко определить, что считать «значительным» отрезком времени (см. анкету Гловера, с. 328—330). Чисто субъективно я стараюсь не проявлять нетерпения со своей стороны, но, вместе с тем, я не хотел бы без необходимости продолжать длительную непродуктивную борьбу из-за своего упрямства или гордости. Вообще я полагаю, что смена аналитика требуется, когда со стороны аналитика повторяются ошибки или когда какая-то единичная ошибка создает необратимую ситуацию. Эти различные показания часто неотделимы друг от друга, т. е. ошибки в технике вызывают реакции переноса, с трудом поддающиеся воздействию, или делают пациента не поддающимся анализу данным аналитиком и т. д.

Мой собственный клинический опыт научил меня следующим правилам, связанным с вопросом перемены аналитика. После четырех лет лечения я рассматриваю каждый мой случай с точки зрения целесообразности смены аналитика. В моем обычае рассматривать вопрос о смене аналитика, если к этому времени я не вижу признаков окончания анализа. Пациентам, которые возвращаются за повторным анализом, лучше идти к другому аналитику, если это возможно, то к аналитику, который отличается от их первого полом или личными качествами.

Для пациентов, которые потеряли родителя в раннем (возрасте) детстве, пол аналитика может быть решающим фактором. Такие пациенты нуждаются в работе с аналитиком того же пола, что и ушедший родитель, в противном случае пациенты будут вынуждены чрез-

вычайно широко использовать дополнительные фигуры, вне анализа, которые будут являться дополнительными фигурами переноса. Устойчивая интерпретация этого феномена может изменить направление этой реакции переноса в направлении аналитика. Но это не всегда так, особенно, когда существует значительное несоответствие между личностями аналитика и оригинальных объектов, которые являются источником чувств переноса. Например, многие из моих пациентов испытывают затруднения при реагировании на меня как на ненавистную фигуру матери, но большинство из них, в конечном счете, может сделать это. Те же пациенты, однако, которые потеряли отца, никогда не смогут реагировать на меня как на ненавистную мать, но смогут анализировать это с другими фигурами вне анализа. Обратной стороной медали является ситуация, которая возникает, когда существует слишком большое сходство между личностными чертами аналитика и оригинального источника переноса. Это приводит к трудно поддающемуся воздействию и неанализируемым реакциям переноса и также требует замены аналитика. Грета Бибринг (1935) и Гринакре (1959) останавливаются на этом вопросе.

3.10.5. Кандидаты и практикующие аналитики

Развитие переноса у кандидатов в практикующие психоаналитики заслуживает специального рассмотрения, поскольку оно осложняется несколькими факторами. Во-первых, обучающий аналитик является реально важной личностью и авторитетом для психоаналитического образования. Его решения, выраженные или нет словами, по вопросам, касающимся обучения студента, будут восприниматься либо как важное вознаграждение, либо как взыскание, которое окажет пагубное воздействие на ситуацию переноса. Более того, обучающий аналитик обычно является как бы инструктором, наставником или обучающим аналитиком и для других кандидатов, т. е. создается реальная сиблинг-ситуация. Помимо этого, в процессе обучения и чтения работ обучающий аналитик раскрывает свои личностные качества кандидату, следовательно, теряет свою относительную анонимность, которая облегчает развитие явлений переноса. Сам по

себе этот институт имеет дополнительное значение для переноса (Каирус, 1964).

В целом ситуация еще больше осложняется тем фактом, что главным осознанным мотивом для лечения является желание кандидата практиковать. Большинство кандидатов считают, что они не имеют необходимости в терапевтическом лечении либо не осознают этого. В любом случае они создают видимость нормальности и имеют тенденцию прочно держаться за этот фасад, используя его как защиту. В анализе отсутствие упорного страдания может блокировать развитие истинного невроза переноса на долгое время (Рейдер, 1950; Гительсон, 1954, 1948). Дополнительным сопротивлением является тенденция кандидата идентифицироваться со своим обучающим аналитиком, что является неосознанным способом снискать расположение его. Кроме того, негативные реакции переноса имеют тенденцию не проявляться или же выражаться в мягкой и неявной форме по отношению к дополнительным фигурам переноса. Поскольку все эти реакции склонны вызывать реакции переноса и у самого аналитика, то существует реальная опасность, что во время обучающего анализа такие явления переноса не разовьются в максимальной степени и их нельзя будет проработать так же хорошо, как в анализе вне процесса обучения. Это приводит к тому, что многие обучающие аналитики предлагают пройти повторный анализ после обучения с другим аналитиком (Фрейд, 1937а; А. Фрейд, 1950а; Виндхолц, 1955; Гринакре, 1966а и дополнительный список литературы).

Дополнительный список литературы

Историческое развитие концепции переноса

Хоффер (1956), Крапф (1956), Опп (1954), Сервадио (1956), Ваельдер (1956).

Природа и происхождение реакций переноса

Фаирбаирн (1958), Гринакре (1966), Гунтрип (1961, гл. 18), Хартманн, Крис и Лоевенштейн (1946), Клейн (1952), Нунберг (1932, 1951), Зегал (1964, гл. I).

Ранние объективные отношения

А. Фрейд (1965), Гринакре (1958, 1960), Хоффер (1952, 1949), Малер (1963), Спитц (1965), Винникот (1957).

Реальные отношения между пациентом и аналитиком

Александр (1957), Экетейн и Фридман (1957), Кайзер (1957), Рексфорд (1966), Зелинз (1957).

Тщательная проработка интерпретаций переноса

Гринсон (1965), Крис (1956а, б), Нови (1962), Стeward (1963).

Проблемы тренингового анализа

Балинт (1948, 1954), Бернфельд (1962), Г. Бибринг (1954), Экетейн (1955, 1960а, б), А. Фрейд (1950а), Гительсон (1954), Гловер (1955), Гринакре (1966а), Гротайн (1954), Займанн (1954), Каирус (1964), Лэмпл де Круут (1954), Нахт, Лебовики и Илаткайн (1961), Нилсон (1954), Вейгерт (1955).

ЧАСТЬ 4

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

После того, как был обсужден анализ сопротивления и переноса, следует остановиться на психоаналитической ситуации. Анализ психоаналитической ситуации дает нам возможность оценить многие из процедур и процессов, которые мы уже описывали, с другой, имеющей свои преимущества точки зрения. Сводя воедино взаимоотношения аналитика и окружающей обстановки, мы можем получить дополнительный взгляд на уникальную силу психоаналитической ситуации как терапевтического инструментария. Более того, это может предоставить нам еще один случай сделать более ясными сложные отношения трех основных элементов: пациент, аналитик и окружающая обстановка. Хотя их отношения являются взаимосвязанными и взаимозависимыми, стоит исследовать отдельно каждый из этих трех компонентов психоаналитической ситуации. Мы как бы спрашиваем себя: каков вклад каждого из них и как каж-

– 426 –

дый из них влияет на психоаналитическую ситуацию? (В книге Стоуна, 1961 содержится большое количество ссылок на литературные источники по этому вопросу.)

4.1. Чего психоанализ требует от пациента

4.11. Мотивация

Только тот пациент, который сильно мотивирован, будет способен работать искренне и настойчиво в психоаналитической ситуации. Невротические симптомы или противоречивые черты характера должны вызывать такое сильное страдание, что оно будет индуцировать пациента выносить лишения психоаналитического лечения. Любопытство и желание понять должны быть дополнены невротическим страданием, чтобы дело не ограничилось лишь поверхностным психоаналитическим опытом. Пациент должен захотеть выносить тяжесть раскрытия его интимных переживаний, с которыми связаны тревоги и чувства вины; он должен захотеть потратить значительное количество денег и времени, отказаться от тех вторичных выгод, которые дает его болезнь, а также от быстрых и временных результатов.

В последние годы, в поисках более быстрых результатов, многие пациенты добиваются краткой психотерапии, включая более краткие формы психоанализа. Эта тенденция укрепляется и тем, что растет число психоаналитиков, которые используют совместно психоанализ и психотерапию. Это развитие вызвало путаницу и множество конфликтов в психоаналитических и психиатрических кругах в период после Второй мировой войны, когда сильно возросло количество психиатров, проводящих психоаналитическое лечение, тогда как обучающих аналитиков было совсем мало. Такие книги, как «Психоаналитическая терапия» Франца Александера (1946) и его последователей и Фриды Фромм-Гойхманн (1950), представляли собой краткие манипулятивные терапевтические советы, но тем не менее претендовали на психоанализ. Критику этих попыток см. Эсслер (1950; 1956).

По моему мнению, все формы психотерапии могут быть полезными, если терапевт тщательно ознакомится с их преимуществами и ограничениями, с их терапевтическими эффектами. Во многих случаях модификации

– 427 –

и отклонения от психоанализа могут быть хороши, поскольку удовлетворяют нуждам пациента (Гилл, 1954). Фрейд (1919а) предсказывал, что когда-нибудь мы будем вынуждены осквернить «чистое золото» психоанализа примесями для того, чтобы лечить большее число пациентов (с. 168). Однако, когда психоанализ модифицируется для того, чтобы ослабить поддающееся анализу сопротивление

пациента или удовлетворить материалистические цели терапевта, тогда страдают оба: и пациент, и терапевт.

Совершенно другой случай, когда пациент нуждается в психоаналитической терапии, но еще не готов к ней психологически. Например, некоторые пациенты могут не осознавать того, насколько ограничена их жизнь из-за патологии. Тогда может оказаться необходимым проведение некоторой предварительной психотерапии для того, чтобы подвести пациента к осознанию того, что он нуждается в более радикальной терапии. Анна Фрейд (1928) описывает эту проблему в отношении к детям, я полагаю, что это вполне применимо и ко все возрастающему числу взрослых (Раппопорт, 1956).

Давайте вернемся к вопросу о том, на что подвигает пациента его мотивация. Его страдание должно быть достаточно сильным для того, чтобы побуждать его войти в психоаналитическую ситуацию в качестве пациента. Тех людей, которые добиваются психоанализа в целях исследования, для профессионального продвижения, для обучения или из любопытства, следует рассматривать как сопротивляющихся или нуждающихся в подготовительной психотерапии. Я считаю, что только тот, кто ощущает себя пациентом, может быть проанализирован глубоко, а не поверхностно. Только такой человек действительно будет стремиться в аналитическую ситуацию и работать в ней.

Остается открытым вопрос, будет ли стимул настолько сильным, чтобы пациент вынес все депривации и регрессивные состояния, которые возникают в курсе аналитического лечения. Достаточно ли мотивация у пациента, чтобы выдержать неравные отношения между пациентом и аналитиком, которые вызывает аналитическая ситуация? Следует иметь в виду, что, когда мы говорим о способности пациента выносить боль и фрустрации, являющиеся неотъемлемой чертой курса психоанализа,

– 428 –

это не означает, что мы ждем от него, что он будет реагировать сдержанно, проявляя самообладание, или весело в болезненных ситуациях, описанных выше. Совершенно наоборот, мы ждем, что на самом деле он будет реагировать интенсивно, с яростью, гневом, злобой и т. д., т. е. все эти чувства и защиты от них станут частью анализа.

Мы надеемся на то, что пациент сможет переживать такие реакции, не разрушая себя или аналитическую ситуацию. Оральные характеры, угнетенные этими импульсами, с их слабым контролем над побуждениями и потребностью в быстрых удовлетворениях находят, что аналитическую ситуацию чрезвычайно трудно поддерживать. Они склонны прерывать лечение путем какого-нибудь разрушающего отыгрывания. Столь же трудной, но менее обращающей на себя внимание будет патологическая покорность пациента с расстройством мазохистского характера, который будет молча наслаждаться болью аналитической ситуации. Такие пациенты могут годами проходить то, что кажется анализом, без изменений и без жалоб. Нарцисстические характеры не будут способны выносить относительного аскетизма отношений к терапевту, замкнутые могут не вынести ощущения дистанции между пациентом и аналитиком. Этот вопрос будет рассматриваться более тщательно во втором томе.

4.12. Способности

По сравнению со всеми современными психотерапиями психоанализ предъявляет значительно больше самых разных требований к пациенту. Это состоит не только в том, что психоанализ налагает на пациента тяжелые испытания, в виде депривации, фрустрации, тревоги и депрессии в аналитической ситуации. Необычное требование психоаналитической терапии состоит в том, что ее процессы и процедуры требуют от пациента выполнения более или менее устойчивых и повторяющихся пар взаимоисключающих функций Эго, приводят к колебанию между ними, а также к их сочетанию.

Пациента просят: а) регрессировать и прогрессировать; б) быть пассивным и быть активным; в) снимать контроль и поддерживать контроль; г) отказываться от проверки реальности и сохранять тестирование реально-

– 429 –

сти. Для того, чтобы выполнять все это, пациент должен иметь достаточно гибкие функции Эго. Может показаться, что это находится в противоречии с нашим более ранним описанием невроза как результата недостаточности функций Эго. Но для того, чтобы невротика можно было анализировать, его

дефектные функции Эго должны быть ограничены теми областями, которые более или менее непосредственно связаны с его симптомами и патологическими чертами характера. Несмотря на свой невроз, тот пациент, который поддается лечению, должен сохранить способность эффективно функционировать в сферах, относительно свободных от конфликтов (Хартманн, 1961).

Таким образом, пациент, поддающийся анализу, будет в состоянии исполнять противоположные функции Эго, описанные выше, все то время, пока они не будут покушаться слишком явно на его невротические конфликты. Однако, поскольку дериваты невротического конфликта всегда ищут разрядки, то, в конце концов, та или иная оппозиционная функция Эго будет вовлечена в невротический конфликт, будет ослаблена и проявится как сопротивление аналитическому процессу. В этом случае клинические данные покажут, что утрачена гибкость некоторых функций Эго, проявляется какая-то форма ригидности или же какая-то функция Эго будет временно утрачена.

Например, пациент может оказаться не в состоянии регрессировать в направлении основного процесса мышления в свободной ассоциации и будет оставаться логичным и соблюдающим порядок во всей своей продукции. Или же пациент окажется неспособным прекратить поток свободных ассоциаций, когда я спрошу его о конкретных исторических данных, и не будет осознавать своего неправильного понимания.

Психоаналитическая терапия требует, чтобы пациент имел достаточно пластичное Эго, такое, чтобы оно могло осуществлять противоположные функции Эго, могло сочетать их, принимая во внимание те ограничения, которые накладывает его невротический конфликт. По мере того, как лечение будет прогрессировать, аналитик вправе ожидать расширения тех областей, где Эго будет гибким. Давайте разграничим те процедуры, которые выполняет пациент, и те процессы, которые в нем проис-

– 430 –

ходят, для того, чтобы увидеть, каких именно специфических способностей требует от него аналитическая ситуация.

Для того, чтобы приблизиться к свободному ассоциированию, пациент должен быть способен частично и временно устранить свой контроль над реальностью. Вместе с тем он должен быть способен давать точную информацию, а также формулировать свои воспоминания так, чтобы это было понятно. Он должен быть способен переходить от вторичного к первичному процессу мышления и обратно. Мы ждем от него, что он позволит себе скользить по своим фантазиям и, наряду с этим, сообщать их как можно лучше словами и чувствами, которые будут понятны аналитику. Мы просим пациента быть способным выслушивать нас и стараться понимать наши вмешательства, а также свободно ассоциировать к тому, что мы сказали. Его Эго должно быть достаточно подвижным так, чтобы он имел возможность регрессировать, а затем выходить из регрессии (А. Фрейд, 1936; Зилбург, 19526; Лоевенштейн, 1956, 1963; Реллак, 1961; Канзер, 1961; Альтман, 1964). Он должен иметь некоторые способности работать с аналитиком, а также позволять себе регрессировать и развивать разные варианты с различной интенсивностью любви и ненависти к аналитику. Короче, он должен развить способность переходить от рабочего альянса к неврозу переноса. Это означает, что в сфере объектных отношений пациент также должен обладать достаточной гибкостью для того, чтобы быть способным переходить от регрессирования к прогрессу и обратно, а также составлять различные комбинации того и другого.

Пациент должен иметь некоторую способность выносить неопределенность, тревогу и депрессию, фрустрацию и унижения, которые возникают в курсе психоанализа, не прибегая к разрушительным действиям. Мы просим пациента позволить себе увлечься эмоциями во время аналитического сеанса так, чтобы он мог прочувствовать переживание как подлинное. Но мы не хотим, чтобы он стал деинтеллектуализированным и дезориентированным. Вместе с этим мы надеемся, что он спокойно доедет домой, никого не убив по дороге, вне зависимости от того, как сильно он регрессировал во время сеанса. Более того, надеемся, что пациент будет размышлять над

– 431 –

инсайтами, которые он получает во время сеансов и вне аналитического сеанса, и что он будет приносить новые имеющие значения инсайты, связи, воспоминания и сновидения. Но мы совсем не хотим, чтобы он жил так, будто вся его жизнь — это гигантский аналитический сеанс.

Мы просим пациента не делать радикального изменения в его реальной ситуации до тех пор, пока он не будет тщательно проанализирован. Для этого он должен быть терпеливым, быть способным откладывать действия и вместе с тем не впадать в ревиньяцию и безысходность. Это особенно важная проблема для кандидатов. Психоанализ требует, чтобы пациент относился, как это только возможно, искренне и спонтанно к окружающим его значимым людям, и вместе с тем мы надеемся, что он будет приносить свои переживания на аналитический сеанс. Снова и снова мы видим две противоположные группы функций Эго, которые требуются от пациента; он должен быть способен искренне переживать и при этом заниматься самонаблюдением, быть пассивным и активным, относительно неконтролируемым и полностью контролируемым.

Для того чтобы продуцировать аналитический материал, пациент должен быть способен регрессировать и прогрессировать. Он набирает материал на стадии регрессии и сообщает его на прогрессивной стадии. До того, как пациент сможет ассимилировать инсайты, данные ему аналитиком, он сначала определяет их обоснованность, интроспектирует, обдумывает их, размышляет над ними, а уже затем усваивает их. Его синтетические и интегративные функции Эго, совместно с его рабочим альянсом, осуществляют тщательную проработку возможностей. Спустя некоторое время новые инсайты приведут к переориентации и переприспособлениям (Е. Бибринг, 1954).

4.13. Черты личности и характера

Мотивации и способности пациента, которые подвигают его на работу в анализе, тесно связаны и зависят от черт его личности и характера. Определить, сможет ли пациент удовлетворить требования психоаналитической ситуации, гораздо проще негативно, чем позитивно.

– 432 –

Противопоказания для психоанализа гораздо более точны, чем показания (Фрейд, 1904; Феничел, 1954а; Найт, 1952) (см. список литературы).

Обзор работ показывает, что большинство авторов полагают, что за исключением длительного явного психоза, диагностическая категория не является реальным ориентиром. Оценка того, подходит ли пациент для анализа, включает оценку здоровых черт его личности и его характера, наряду с его патологией. Все, что касается вопроса анализируемости, будет обсуждаться подробно во втором томе. Более того, по моему мнению, те черты, которые требуются от пациента для прохождения анализа, качественно сходны с теми, что требуются от психоаналитика, и я бы предпочел обсуждать их с точки зрения аналитика.

4.2. Чего психоанализ требует от психоаналитика

Для того чтобы практиковать терапевтический психоанализ, психоаналитик должен быть способен выполнять определенные технические процедуры по отношению к пациенту и к себе самому. Для того чтобы выполнять эти процедуры должным образом, психоаналитику необходимо уметь использовать определенные психоаналитические процессы, которые происходят в нем самом. Наиболее ценным способом, дающим психоаналитику возможность передать инсайты разуму другого человеческого существа, является поведение его собственного разума. Как следствие этого, искусность психоаналитика неразрывно связана с его собственным бессознательным и той степенью, до которой оно может быть использовано его сознательным Эго.

Высокий интеллектуальный и культурный уровень действительно требуется от аналитика, но всесторонний, легко схватывающий разум даже важнее. То требование, что все психоаналитики, прежде чем приступить к психоаналитическому лечению пациента, должны сами пройти через психоаналитическую терапию, имеет своей целью не только убедить аналитика в валидности используемых процедур, но и повысить его восприимчивость в тех областях, где его собственные проблемы могут исказить мнение; анализ самого аналитика имеет конечной целью сделать доступными для

его сознательного Эго важные бессознательные побуждения, защиты, фантазии и конфликты его собственной инфантильной жизни и их позднейшие дериваты. Некоторые из этих конфликтов будут разрешены, некоторые будут модифицированы в более адаптивные формы, другие останутся неизменными, но доступными. Для практикующего аналитика решающим является то, что его неосознанные конфликты являются контролируемыми и пригодными для использования в его работе с пациентами.

Степень решенности, несомненно, будет влиять на искусность аналитика. Его способность получать инстинктивное удовлетворение без конфликта повысит способность Эго к нейтрализации определенных функций, повысит автономность функций Эго и их адаптивность. Это же верно в отношении межсистемных конфликтов (Хартманн, 1951, с. 145).

Искусность психоаналитика является дериватом его психологических процессов, которые формируют его личность и характер. Степень разрешения невротических конфликтов оказывает влияние даже на его знания и интеллект. Я бы пошел даже дальше и сказал, что те мотивации, которые привели его в область психоанализа, также играют роль в том, как он работает со своими пациентами. Умения, знания, характер и мотивации являются «предметами первой необходимости». Все они взаимосвязаны с сознательными и бессознательными эмоциями, побуждениями, фантазиями, отношениями и ценностями психоаналитика. Тем не менее, для того, чтобы было это более ясно, я искусственно разделю их на три группы — умения, черты и мотивации — в поисках ответа на вопрос: «Чего психоанализ требует от аналитика?» Читателю рекомендуется прочитать два прекрасных эссе Шарпе (1930, 1947) по этому вопросу, а также Стоуна (1961) и Гринсона (1966).

– 434 –

4.21. УМЕНИЯ, КОТОРЫЕ ТРЕБУЮТСЯ ОТ ПСИХОАНАЛИТИКА

4.211. Понимание бессознательного

Наиболее важным умением, которым аналитик должен обладать, является его способность соотносить сознательные мысли, чувства, фантазии, импульсы и поведение с их бессознательными предшественниками. Он должен быть способен чувствовать, что лежит за различными вопросами, о которых говорит его пациент вовремя аналитического сеанса. Он должен вслушиваться в очевидную мелодию, но также слышать скрытые (бессознательные) темы «левой руки», контрапункта. Он должен, посмотрев надфрагментарную картину, данную пациентом, перевести ее в прошлое, в ее первоначальную и бессознательную форму. Позвольте мне привести типичный и простой пример.

Молодой человек говорит о своей злости и отвращении, которые вызывают у него туалетные привычки его старшей сестры. Она оставляет дверь слегка приоткрытой, так что он случайно может увидеть ее безобразные обнаженные груди. Он может даже слышать различные шумы в туалете, и они отвратительны. Когда он после этого входит в ванную комнату, он старается не дышать, но он все же может услышать запахи ее тела и ее пудры. Ее волосы на ванной вызывают у него позывы к рвоте. Несмотря на громкую осознанную злость и отвращение, очень легко услышать отодвинутый на задний план сексуальный интерес молодого человека к телесным отправлениям сестры. Его бессознательные фантазии о том, что он берет различные части ее тела в рот, заставляют его почувствовать отвращение и тошноту. Он не злится на нее за то, что она уродлива, совершенно наоборот, он злится на нее за то, что она возбуждает его.

Как аналитик может прийти к такой интерпретации? Тот, кто преодолел амнезию, что связано с днями детства, может вспомнить или легко представить себе, что туалет был сценой для чувственных удовольствий в детстве и что подглядывание также приносило удовольствие. Сестры или матери были привлекательны, прежде чем был поставлен барьер отвращения в качестве за-

– 435 –

щиты. На самом деле он не случайно оказался за слегка приоткрытой дверью, он хотел, чтобы такой случай имел место. Запретное или недоступное может восприниматься как чрезвычайно

привлекательное или безобразное; эти противоположности крайне близки друг другу. Никто не будет стоять и слушать шумы, доносящиеся из туалета, если он не получает от этого удовольствия, что и делают дети сознательно, а взрослые — бессознательно. Волосы на ванне, возможно, вызывают фантазии о других частях тела, покрытых волосами, и позывы на рвоту могут появиться только тогда, когда кажется, что что-то отвратительное попало в рот.

Вообще говоря, отвращение является реакцией на чувство или представление о чем-то отвратительном, что пришло в контакт с телом. Дети и взрослые имеют сильные импульсы брать приятные или любимые, или возбуждающие объекты в рот. Все дети делают это открыто и сознательно, взрослые — более дискретно и неосознанно. Неуместное отвращение говорит о репрессивном желании коснуться или положить в рот что-то, что сознательно считается «грязным».

Если аналитик проработал такие проблемы в себе, то для него не будет трудно выслушать молодого человека, ассоциировать к его материалу и переместиться назад к родственным латентным воспоминаниям или фантазиям. В таком случае аналитику не придется проделывать большую интеллектуальную работу. Собственные ассоциации аналитика к сестрам, туалетным сценам и шумам, собственные реакции отвращения, имевшие место в прошлом в сходных ситуациях, приведут аналитика очень быстро к замаскированным импульсам и фантазиям. Для того, чтобы определить, соответствуют ли ассоциации аналитика ситуации пациента, аналитику следует перейти с позиции участника на позицию наблюдателя, от эмпатии к интроспекции, от обдумывания проблем к интуиции, от более вовлеченной к более обособленной позиции.

Для того чтобы облегчить такие переходы, аналитику следует слушать пациента с равномерно распределенным вниманием (1912). Поэтому аналитик пользуется как обособленной точкой зрения, так и вовлеченной, он готов перемещаться и назад, и вперед, в зависимости от того, чего требует ситуация. Эта способность коле-

– 436 –

баться между положением наблюдателя и участника описана Ференци (1928), Стербой (1929), Шарпе (1930), Рейхом (1948) и Флисс (1953).

В случае, материал которого приведен выше, я выслушиваю все то, что говорит пациент, и следую своим собственным ассоциациям до тех пор, пока не почувствую, что я достиг бессознательного значения этого материала для пациента. Теперь я хотел бы описать ситуацию, в которой должна быть использована более сложная группа психологических процессов.

Пациентка пересказывает на своем сеансе не принесшее удовлетворения сексуальное переживание со своим мужем прошлой ночью. У нее было сексуальное желание, но в ходе коитуса что-то блокировало ее способность пережить оргазм. Она не знает, что было этим помешавшим событием; в сексуальной игре не было ничего необычного и вместе с тем было что-то, что привело к появлению затруднения. Ее муж целовал ее влюбленно, касался ее кожи руками и ртом, ласкал ее груди и так далее, но ее возбуждение исчезло. Описывая свои затруднения, пациентка говорила раздраженно, но, вместе с тем, печально. Ее ассоциации привели к недавнему званому обеду, но печаль все возростала, ассоциации исчезли, и пациентка замолчала.

Я не понимал ее молчания и ее печали и поэтому попросил ее вернуться к сексуальному переживанию и позволить своим мыслям блуждать свободно. Она печально сказала, что в этом нет ничего нового, это не вина ее мужа, он был внимателен, страстен, нежен, всеми этими качествами она обычно наслаждалась. «Он был даже гладко выбрит», — сказала она с улыбкой, вздохнула, и слезы потекли по ее лицу. Я был поражен. Я быстро еще раз обдумал то, что она мне рассказала, но мои ассоциации не принесли мне решения. Я подумал о прошлом сеансе, но это также не помогло мне. Я думал, что был в хорошем контакте с ней на этом сеансе, но теперь чувствовал, что потерял ее.

Тогда я изменил способ, которым слушал ее. Я перешел с позиции внешнего слушателя на позицию сопереживания. Я должен представить, что какая-то часть меня стала пациенткой, и я должен пройти через ее переживание так, будто я — это она, и интроспектировать, что происходит во мне. То, что я сейчас пытаюсь опи-

– 437 –

сать, — это те процессы, которые происходят, когда аналитик эмпатизирует с пациентом (см. Флисс, 1953; Шафер, 1959; Гринсон, 1960). Я позволил себе пережить те события, которые описывала пациентка, я также позволил себе пережить этот аналитический сеанс, ее ассоциации и ее аффекты, так как она, вероятно, прошла через все это на сеансе. Я вернулся к словам пациентки и трансформировал ее слова в картины и чувства в соответствии с ее личностными чертами. Я позволил себе ассоциировать к ее картинам с ее жизненным опытом, ее воспоминаниями, ее фантазиями. Поскольку я работал с этой пациенткой несколько лет, я построил рабочую модель пациентки, состоящую из физической внешности, ее поведения, ее манеры двигаться, ее желаний, чувств, защит, ценностей, отношений и так далее. Именно эту рабочую модель пациентки я переместил на передний план, когда пытался уловить, что она переживает. Все остальное мое «Я» не подчеркивалось, оно было изолировано на время.

По мере того, как я просматривал те события, которые пациентка описала (на этот раз я — пациентка), несколько новых идей вышли на поверхность. Ее муж, сказала пациентка, «осыпал»* ее поцелуями. Мне, как наблюдателю, не принесло это никакого особенного образа. Однако, когда я стал пациенткой, на ум пришла сцена из детства — когда она принимала душ вместе с отцом. Это было одно из самых приятных воспоминаний об ее обычно сердитом отце. Один элемент воспоминания был очень заметен: ее отец был очень волосат. Это, по-видимому, делало его чувственным, но это и пугало. Когда он целовал ее, она вспоминала наиболее живо его усы. И последнее замечание пациентки вернуло меня назад: «Он был даже гладко выбрит». Сначала я подумал, что это относится к ее матери. Теперь я понял, что гладко выбритый, любящий и внимательный муж вызвал контрастную картину ее репрессированных сексуальных желаний к ее сердитому и садистскому отцу. Когда эти мысли пришли мне в голову, пациентка снова начала говорить о званом обеде, о том, как ее партнер по обеду пережевывал пищу с скрытым ртом — то, что вызывало у нее отвращение к отцу.

* осыпать «ту шоуер» — принимать душ.

Теперь я был убежден, что моя эмпатия помогла мне раскрыть неосознанную помеху в понимании сексуального переживания пациентки. Ее муж вызвал воспоминания о ее бессознательно любимом отце, поэтому она с такой печалью оплакивала его гладкое лицо.

Этот клинический пример иллюстрирует ценный метод для улавливания неясных и сложных скрытых эмоций другого человеческого существа. Эмпатия подразумевает разделение и переживание чувств другого человека. Аналитик разделяет эти чувства на качественном уровне, но не количественно. Его мотивом в психоанализе является поиск понимания, а не использование этого переживания для замещающего удовольствия. В сущности, это предсознательное явление; оно может быть сознательно инициировано или прервано; оно может происходить молча и автоматически, сочетаясь с другими формами отношения к людям. Основной механизм состоит в частичной и временной идентификации с пациентом на основе рабочей модели пациента, которую аналитик сформировал во время работы с пациентом.

Перемещая рабочую модель пациентки на передний план и отодвигая все, что есть во мне своеобразного, уникального, на задний, я позволил словам и чувствам пациентки войти в меня. Модель реагировала идеями, чувствами, воспоминаниями, фантазиями и т. д. В приведенном выше примере слово «осыпал» оказалось ключевым для ассоциации в модели — воспоминании о душе с отцом, которое привело к ассоциациям волосатости и бороде — к «ага»-переживанию. «Ага» показывает, что рабочая модель моего участвующего Эго привлекла внимание моего анализирующего Эго, наблюдателя. Теперь моему анализирующему Эго следовало определить, какое значение имеет данный неосознанный материал.

Это приводит нас к использованию интуиции, которая тесно связана с эмпатией. И эмпатия, и интуиция являются способами достижения быстрого и глубокого понимания. Эмпатия является методом установления тесного контакта в отношении эмоций и побуждений. Интуиция делает то же самое в отношении идей. Эмпатия ведет к чувствам и картинам. Интуиция ведет к «ага»-реакции, которая показывает, что вы попали в

цель, или к «ок»-реакции, которая говорит о том, что вы потерпели неудачу.

В последнем клиническом примере эмпатия заставила меня почувствовать потерю контакта, эмпатия привела от осыпания поцелуями к душе вместе с отцом. Интуиция подсказала мне, что я на верном пути, и быстро связала волосатость с усами, и гладко выбритое лицо, и ее последовавший за этим плач. Моя эмпатия к пациентке заставила эти чувства прийти ко мне.

Эмпатия является функцией переживающего Эго, тогда как интуиция, по-видимому, является функцией наблюдающего Эго. Два эти феномена могут вести друг к другу и переходить друг в друга в различных вариантах. Но эмпатия является более требовательной эмоционально, ее составляют эмоциональные затруднения, она требует способности к контролируемым и обратимым регрессиям не только в смысле функций Эго, но и для объектных отношений. Это сходство с творческим переживанием художника, которое описал Крис (1950). Интуиция менее требовательна эмоционально, в сущности, это процесс мышления, хотя и регрессивный. Эмпатия и интуиция являются фундаментом таланта для улавливания неосознанных значений, стоящих за осознанным материалом; лучшие терапевты используют и то, и другое. Способность к эмпатии является основным требованием: при ее отсутствии едва ли возможно проведение эффективной раскрывающей терапии. Способность к интуиции говорит о сноровке, но без эмпатии она может ввести в заблуждение, вообще не иметь ничего общего с реальностью.

До сих пор те стороны искусства психоаналитика, которые я описывал, относились к использованию бессознательных и предсознательных процессов. Вопрос, который теперь возникает, состоит в том, какую роль играет интеллектуальное знание психоаналитической теории и практики и какую роль оно играет в психоаналитической ситуации. Хотя знакомство с ней и ее приемлемость для бессознательного аналитика являются наиболее важными условиями для осуществления психоанализа, интеллектуальное знание психоанализа, конечно же, также является необходимым. Ставшее штампом утверждение, что никто не может быть полностью или совершенно проанализированным, означает, что у каж-

дого есть области, куда его сознательное Эго не может проникнуть. Более того, существуют еще и флуктуации, изменения в инстинктивно-защитном балансе, в функционировании Эго, в равновесии контрпереноса и рабочего альянса, все это может временно уменьшить доступность или проясненность бессознательного.

В таких случаях чрезвычайно важно иметь на вооружении теоретическое знание психоанализа. Даже при идеальных условиях знание клиники и теории должно использоваться для того, чтобы объяснить аналитику значение данных, которые были получены с помощью эмпатии. Например, давайте вернемся к последнему клиническому примеру женщины с сексуальной фрустрацией и слезами. Эмпатия и интуиция вызвали данные о том, что ее сексуальное возбуждение было заблокировано, потому что ее мысли об отце грозили стать осознанными. Это потребовало привлечения дополнительного знания клиники для того, чтобы понять, что инцестуозные побуждения обычно вызывают сильное чувство вины, которое мешает сексуальному возбуждению. Теоретическое понимание принципов формирования симптомов поможет аналитику понять, что слезы пациентки на сеансе, после того, как она сказала, что муж был чисто выбрит, показали ее печаль из-за потери старого объекта любви — усатого отца, ее отца.

В первом примере, касающемся молодого человека, у которого вызывали отвращение туалетные привычки его сестры, теория и клиническое понимание реактивных формаций скажут аналитику, что неуместная интенсивность аффектов вызвана тем, что истинный аффект репрессирован противоположным ему осознанным аффектом. Имея это в виду, аналитик сможет быть внимательным к любым подтверждающим это данным. Знание нормальной и невротической детской инстинктивной жизни подскажет аналитику, что то, что было так желанно в детстве, может в процессе развития превратиться в нечто, вызывающее отвращение для того, чтобы человек мог отвечать запросам внешнего мира и Супер-эго.

В этих примерах эмпатия и знание дополняют друг друга. Иногда они могут заменять друг друга. Самой хорошей ситуацией является та, когда имеется в распоряжении и то и другое, когда знание и эмпатия допол-

няют и подтверждают друг друга. Эмпатия и интуиция могут рассказать мне, что молодой человек репрессировал сексуальные желания по отношению к своей сестре. Клиническое и теоретическое знание подтверждают это, сравнив его продукцию с теорией реактивных формаций. Моя память может помочь в этом, когда я вспоминаю предшествующую информацию от пациента по этому вопросу, или когда я могу вспомнить этот материал при появлении родственных данных.

Знание теории невротизма имеет то же отношение к психоаналитической технике, что и знание патологии имеет к практике медицины, занимающейся изучением внутренних органов (Феничел, 1945а). Он представляет собой фундамент для практической работы, определяя обычные черты различных патологических синдромов. Доскональное знание типического есть лучшая подготовка для понимания уникального. Работа с пациентами, семинары, посвященные разбору клинических случаев, чтение литературы с описанием случаев поставляют тот необработанный материал, из которого строится теоретическая структура.

Это теоретическое знание является выжимкой тысяч клинических фактов и должно использоваться для клинической работы, если аналитик хочет избежать опасности проводить «дикий» психоанализ. Эмпатии и интуиции нельзя научить, но исследователь должен изучить то, чему можно научиться. Теоретическое знание не является барьером для интуитивной психотерапии; напротив, оно является необходимой предпосылкой (Шарп, 1930; Феничел, 1945а).

Я полагаю, что последовательность обучения в большинстве психоаналитических институтов отражает эту точку зрения. До того, как кандидат возьмет пациента для психоаналитического лечения, он должен пройти эффективный личностный анализ, а также семинары по ментальному развитию, структуре и значению сновидений, психоаналитической теории невротизма, базисной метапсихологии и основам психоаналитической техники. Только после того, как кандидат пройдет в течение нескольких лет личностный анализ и приобретет знания психоаналитической теории, он будет должным образом экипирован для того, чтобы начать применять психоаналитическую технику (Левин и Росс, 1960).

4.212. Сообщение пациенту

Давайте допустим, что аналитик понял значение материала пациента, используя эмпатию, интуицию и теоретическое знание. Следующей его задачей будет сообщить это пациенту, т. е. он должен решить, что расскажет пациенту, когда расскажет это и как он это сделает.

Давайте вернемся к тому моменту аналитического сеанса, когда аналитик чувствует, что он понял неосознаваемый смысл материала пациента. Он может понимать это только на уровне впечатления, смутно; это понимание следует сформулировать словами, прежде чем предпринимать какие-либо дальнейшие шаги. Бывают и такие ситуации в анализе, когда аналитик сообщает неопределенные замечания или предчувствия пациенту, но обычно это делается, только когда материал относительно безвреден.

Обычно необходимо сформулировать материал словами для того, чтобы он стал настолько ясен и настолько точен, насколько это возможно. Аналитик хочет добиться контакта и оказывать воздействие на пациента. Он, следовательно, хочет избежать неправильного понимания, в особенности потому, что сопротивления пациента всегда готовы использовать такую возможность. Слова, язык и тон голоса играют особую, основную роль в наведении мостов над пустым пространством между пациентом и аналитиком, так как это уже происходило однажды, между матерью и ребенком после того, как появилось телесное разделение (Шарп, 1940; Гринсон, 1950; Лоевентейн, 1956; Рукрофт, 1956; Стоун, 1961). Язык и речь являются относительно автономными функциями Эго, но они чувствительны в отношении регрессии, реинстинтуализации и реинвазии при невротических конфликтах. Это, в особенности, верно для тех пациентов, которые имеют трудности в поддержании своей идентичности, и для тех пациентов, которые поглощены глубоко регрессировавшим невротизмом переноса (Лоевальд, 1960).

Аналитик должен сформулировать словами, что он собирается рассказать пациенту. Он должен перевести свой собственный процесс мышления, т. е. первичный процесс, во вторичный процесс. Кроме того, он должен ре-

шить, можно ли рассказать это пациенту в данный момент. Здесь должны быть использованы как его умение разбираться в клинической ситуации, так и его эмпатии, потому что только используя эти способности, аналитик может определить, во-первых, является ли информация ценной и, во-вторых, может ли пациент вынести этот инсайт, не получив травмы. Интеллектуальное знание поможет ему, напомнив сходные прошлые интерпретации или отметив приближенно обособления, вызванные праздниками и т. д. Он должен решить, не будет ли лучше подождать дополнительных данных или, возможно, подождать, не придет ли пациент сам к этой интерпретации.

Если же аналитик решил сообщить эту интерпретацию, он должен решить, как он сформулирует эту информацию. Я должен здесь заметить, что детальное описание не претендует на то, что каждая из этих процедур будет иметь место так, как описано, — обособленно, медленно и в данной последовательности. Бывает и так, но обычно все это происходит быстро, автоматически и в большей степени одновременно. Методика передачи инсайта пациенту уже обсуждалась в секциях 2.6, 3.543 и 3.94. Сейчас будет полезно напомнить, что способность к эмпатии является наиболее ценным инструментом для оценки таких вопросов. Выбор, слов и тона поможет лучше всего предопределить, будет ли достигнут оптимальный контакт и понимание, либо же инсайт «сыграл на руку» сопротивлению, либо он оказался травмирующим.

Словарь аналитика должен быть ориентирован на разумное Эго пациента. Аналитик должен задать самому себе вопрос: насколько близок разумному Эго пациента тот инсайт, который я хочу ему передать. Чем более неприемлемым является этот материал, тем более внимательным я должен быть при выборе формулировок и слов. Более того, словарь аналитика не должен сильно отличаться от словаря пациента, потому что иначе это принесет некоторую долю нереальности в речь аналитика. Слова аналитика должны укреплять связь с пациентом, а не шокировать его, — а этого можно достигнуть только путем эмпатической идентификации аналитика с пациентом в данной конкретной ситуации. Часто более важной оказывается сила, с которой произносятся

слова, чем сам выбор слов. Тон и интонация выражают превербальные и невербальные чувства, часто бессознательные отношения аналитика. Более того, чувствительность к тону и интонациям является дериватом более ранних объектных отношений, когда тревога, вызванная отделением, была главным фактором. Тон голоса либо приводит к контакту, либо отдаляет от него, что очень важно для баланса доверие — недоверие во взаимоотношениях пациента и аналитика (Лоевальд, 1960; Гринсон, 1961).

В аналитической ситуации важным аспектом искусства общения является умение аналитика использовать молчание. Молчание аналитика имеет множество значений, это зависит от данной ситуации переноса пациента, а также от контрпереноса аналитика. Более того, молчание является одним из величайших стрессов, которые наши пациенты должны выносить в аналитической ситуации, поэтому оно должно быть точно дозировано количественно и качественно (Стоун, 1961, с. 45-Е-55). Молчание является и пассивным, и активным вмешательством со стороны аналитика. Пациент нуждается в нашем молчании, потому что ему, возможно, нужно время для своих мыслей, чувств и фантазий. Наше молчание также оказывает на него давление, чтобы он начал говорить и встал лицом к лицу перед высказываниями и эмоциями, ни на что не отвлекаясь. Он может чувствовать наше молчание как поддерживающее и теплое или же как критическое и холодное (Нахт, 1964). Это может быть связано с его проекциями переноса, но быть также дериватом его подсознательного «осознания» наших реакций контрпереноса (Гринсон, 1961).

Аналитик обращается с пациентом не только с помощью интерпретаций или молчания, но также и другими способами и для самых разных целей. Перед тем, как сделать интерпретацию для пациента, аналитику следует продемонстрировать и прояснить материал. Например, прежде чем я смогу раскрыть неосознанное значение сопротивления, я должен сначала продемонстрировать реальность данного сопротивления и прояснить это для пациента.

Позвольте мне проиллюстрировать это: молодой человек, аспирант, специализирующийся по социальным

наукам, начал свой сеанс, сказав, что разочарован: они надеялся, что увидит очень «глубокое» сновидение, которое откроет его переживания раннего детства, а вместо этого сновидение оказалось поверхностным. Все, что он запомнил из него, — это то, что он находился в комнате, полной книг, и чувствовал удовольствие, что все книги принадлежат ему. Одна книга стояла отдельно, она казалась мастерски выполненной. Потом пациент стал говорить о своем ужасе, когда он представлял себе, как должны себя чувствовать приговоренные к смерти. Затем он перешел к своим денежным проблемам, — ко все увеличивающимся расходам и уменьшающемуся счету в банке. От этого он перешел к вопросу о том, как долго еще будет продолжаться его анализ, выразил свое чувство фрустрации в связи с тем, что чего-то достиг, но сегодня все кажется таким трудным. Как он завидует тем лицам, у которых полно времени для чтения романов, тогда как он тратит любую свободную минуту на учебу. О, закончить и быть свободным!

Последнее было сказано печально, и я отметил застывшую позу пациента на кушетке, то, что его голова опиралась на кулак, лежащий на подушке. В этот момент я вмешался и спросил, как он себя чувствует физически в этот момент. Он ответил, что чувствует себя напряженным и усталым. Он чувствует напряжение в области прямой кишки, но не такое, какое бывает, когда она наполнена и требует освобождения. Я спросил, не такое ли это чувство, будто он удерживает что-то внутри себя, и он ответил — да. У него такое впечатление, что ему что-то нельзя делать, будто он чего-то боится. Он спрашивает себя, что он удерживает и почему, но не приходит ни к какому ответу.

Я отметил, что комната, полная книг, — это вполне может быть моя комната, та комната, в которой мы работаем. Как бы он отнесся к такой своей учебе. Сначала он с удовольствием реагировал на такую фантазию, но вскоре он стал говорить, что для него совершенно невозможно зарабатывать много денег. Еще одна мысль пришла к нему: когда он вчера возвращался домой, он подумал попросить меня, попросить пропустить день оплаты после праздника Благодарения. Он представил себе, как он просит меня и как я говорю

ему «нет», что он должен платить. Тогда он продолжал фантазировать. Когда он фантазировал, он говорил упрямо и вызывающе, что не будет платить.

Он прогнал от себя эти мысли вчера, подумав, может, и стоит быть столь непреклонным, и, вообще, он должен платить — это было только поводом и т. д. В этот момент во время сеанса он сделал паузу и задумчиво сказал: «Что произошло бы, если бы непреодолимая сила встретила бы неподвижное тело». Его отец часто говорил с ним о физике, когда он был мальчиком. «Вы — непреодолимая сила, а я — тело, не способное к движению», — сказал он. Молчание. Тогда я сказал: «И вы сохраняете это удерживающее напряжение, потому что боитесь, что если оно будет для нас с вами раскрыто — мы с вами будем уничтожены; если вы позволите этому выйти». Пациент вздохнул. «Я могу бороться со своей женой, и я могу бороться с моими профессорами, но вы — убийца». «Да, — добавил я, — я — палач».

Давайте вернемся к самому началу сеанса. Я ощущал сопротивление пациента, но из-за того, что я не был уверен в том, что оно будет убедительно продемонстрировано для него, я ждал, пока не подберется живой материал — в данном случае его поза. Я конфронтировал его, спросил просто и прямо, как он себя физически чувствует в данный момент. Это привело к осознанию им напряженности в области прямой кишки, которое я определил как удерживающее напряжение. Затем он подтвердил это напряжение в своих ассоциациях и тем, что не мог ни к чему прийти. Затем я выяснил деталь в его сновидении, которая показывала его одержимость тем, чем я владею, и я спросил его, что происходит в нем в связи с этой идеей. Его ассоциации привели к фантазиям, возникшим после прошлого сеанса, которые до того были неприемлемы для него. Битва между непреодолимой силой и не способным к передвижению объектом является битвой между нами. Именно поэтому он испытывал сдерживающее напряжение — он боялся своих агрессивных импульсов, которые могли разрушить нас обоих. Это была интерпретация, но ее нельзя было бы дать достаточно убедительно, если бы сначала не был осознан язык тела на том сеансе (Ф. Доетч, 1947, 1952).

Вмешательства, которые затем привели к прояснениям и разработкам, являются необходимой и важной процедурой психоаналитической техники. Таким способом мы помогаем пациенту продуцировать клинический материал, который нам требуется для интерпретации. Время для этих вмешательств следует выбирать очень корректно, так, чтобы не нарушилось течение имеющего значение материала. Это должно делаться просто, прямо и ясно, для того чтобы они могли привести к большей ясности и разработанности данного вопроса. Аналитика не следует выполнять свою работу самому или ожидать, что пациент сам все будет делать. Аналитик должен знать, как долго и как далеко он может вести за собой пациента, чтобы он не стал пассивным и зависимым. Бывают ситуации, когда лучше, чтобы пациент выполнял основную часть работы. Все эти возможности следует иметь в виду, рассматривая вопрос, когда и как делать сообщение пациенту.

4.213. Облегчение развития невроза переноса и рабочий альянс

Психоаналитическая ситуация требует от аналитика, чтобы он обладал способностью взаимодействовать с пациентом таким образом, чтобы тот развивал и невроз переноса и рабочий альянс. Это еще один случай, когда от аналитика требуется, чтобы он мог одновременно поддерживать две противоположные позиции в отношении тех техник, при которых дальнейшее развитие невроза переноса находится в оппозиции к развитию рабочего альянса (Стоун, 1961; Гринсон, 1965а). Этот вопрос обсуждался детально в секции 3.5; сейчас я хочу повторить лишь главные соображения.

Есть два основных требования, которые аналитик должен выполнять для того, чтобы облегчить развитие невроза переноса у пациента. Аналитик должен постоянно фрустрировать поиски пациентом невротического удовлетворения и утешения и должен оставаться относительно анонимным (см. секции 3.921 и 3.922). Однако если аналитик остается инкогнито, да еще постоянно фрустрирует пациента, как он собирается при этом побудить пациента кооперироваться с ним в рабочем альянсе? Часть ответа на этот вопрос можно найти в том

– 448 –

факте, что существует оптимальное количество депривации и инкогнито. Чересчур сильная фрустрация и анонимность приведут либо к бесконечному анализу, либо к тому, что анализ будет прерван. Это, по-видимому, подтверждается и данными других психоаналитиков, среди которых лучше всего высказался по этому поводу Лео Стоун (1961, с. 53). Ференци (1930), Гловер (1955), Феничел (1941), Грета Бибринг (1935) и Менингер (1958) также отмечали опасность излишних фрустраций и деприваций. Аналитик не должен позволять депривациям и фрустрациям аналитической ситуации превышать способность пациента противостоять такому стрессу. Если пациент будет травмирован аналитической депривацией и инкогнито, он может прервать анализ, может разрушительно действовать вовне или зафиксироваться на регрессивном сопротивлении переноса, которое трудно поддается какому-либо влиянию. Аналитик может неверно использовать правило аналитического инкогнито, если он имеет неосознанный страх перед раскрытием или затруднительным положением, который может скрываться за этим техническим психоаналитическим правилом. Сходным образом бессознательные садистические импульсы у аналитика могут невольно убедить его использовать излишние и грубые деприваций, при этом аналитик будет ошибочно полагать, что он следует «правилу абстиненции».

Такие ошибки в технике, исходящие из нераспознанного контрпереноса, приводят к ситуациям, не поддающимся анализу. Аналитик здесь ведет себя как родительская фигура, секретничая и налагая деприваций; он не может быть дифференцирован пациентом от аналогичной фигуры прошлого (Г. Бибринг, 1935). Для того чтобы облегчить развитие невроза переноса у пациента, аналитик должен оценить способность пациента внести специфический стресс инкогнито аналитика и его депривационных отношений. Аналитик должен иметь способность осознавать и контролировать свое аналитическое поведение с точки зрения фрустрации и тревоги, которую она вызывает у пациента. Напряжение может быть выносимым и невыносимым, это может зависеть от нюансов поведения аналитика (Стоун, 1961).

Давайте теперь вернемся к другому компоненту отношения психоаналитика к пациенту. Аналитик должен

не только способствовать развитию невроза переноса, но он должен также вести себя так, чтобы обеспечивалось существование рабочего альянса. Я уже описал вклад аналитика в рабочий альянс в секции 3.543. Здесь я только кратко выделю основные идеи.

1. В своей ежедневной работе с пациентом аналитик должен демонстрировать, что он считает заслуживающим серьезной работы каждое высказывание пациента, каждую манифестацию поведения — в целях получения инсайта и понимания. Нет ничего тривиального, «притянутого за уши» или отвратительного. Высокая частота визитов, длительность лечения, готовность стремиться к отдаленным целям, нежелание пропускать назначенные встречи — все это свидетельствует о том, что аналитик считает для себя очень важным достигнуть понимания пациента.

2. За поисками инсайта и тем, что сопровождает каждый шаг аналитика на этом пути, лежит терапевтическое обязательство аналитика перед пациентом. Терапевтическая преданность аналитика пациенту должна проявиться в его тщательной оценке того, сколь сильную боль может вынести пациент, в том такте, который он проявляет, когда необходимо передать причиняющий боль инсайт, и в той заботе, которую аналитик оказывает, стараясь не портить личные взаимоотношения без необходимости.

3. Аналитик должен также быть гидом, вводящим пациента в новый странный мир психоаналитического лечения. В подходящее время он должен объяснять странные и искусственные приемы и правила, необходимые для проведения психоанализа. Т. е. он должен учить пациента, как ему стать психоаналитическим пациентом. Все это происходит не одновременно, не сразу, но в течение довольно большого периода времени. Необходимость в этом сильно варьирует от пациента к пациенту, она обычно важнее для более регрессировавших пациентов. Следует позволять пациенту переживать вызывающие удивление странности, прежде чем аналитик будет объяснять цель данной специфической меры. Реакции пациента следует сначала тщательно исследовать, обучение должно следовать за спонтанными реакциями пациента и их анализом.

4. Аналитик должен гарантировать самоуважение

пациента и его чувство собственного достоинства. Он должен осознавать неравновесность взаимоотношений в определенных областях, и, хотя он и не может изменить этого, ему следует признать это перед пациентом. Аналитик не должен напускать на себя видимость превосходства, авторитаризма или мистерии. Метод психоанализа основывается на комплексном и уникальном межперсональном взаимоотношении, которое не является капризом, а подчиняется логичной, имеющей определенную цель группе правил. Лечение налагает на пациента определенные неудобства, которые должны приниматься в расчет аналитиком. Пациента следует лечить, соблюдая научный подход, но с уважением и с обычной вежливостью.

5. Аналитические отношения для обеих сторон затруднительны, они очень хрупки. Эксперт в данной ситуации не должен позволять своим ответом внедряться в пациента и, следовательно, затемнять индивидуальные и уникальные реакции пациента. Ответы аналитика должны быть сдержанными, приглушенными, должны служить терапевтическому обязательству, учитывая, что инсайт и понимание являются наиболее действенным инструментом, Каталитическим агентом в этой ситуации, агентом, который делает возможным успех для всех других элементов или же приводит к их провалу, является аналитическая атмосфера. Она должна быть приемлемой, толерантной и гуманной.

Я полагаю, что эти наброски показывают, как аналитик может решать конфликт между депривационными отношениями, отношениями инкогнито, требующимися для развития переноса, и гуманностью лекаря, лечащего больного, необходимой для рабочего альянса. Позвольте мне теперь обратиться к тем мыслям по данному вопросу, которые высказывают другие исследователи.

Лео Стоун (1961) наиболее определенно описывает то, что он называет разумными удовлетворениями пациента, и по сути дела я согласен с ним. Однако придерживаюсь того мнения, что то, что мы делаем большую часть времени, является защитой прав пациента, потому что я чувствую, что мы имеем дело с существенными нуждами, а не с желаниями, которым есть альтернатива. Терапевтические обязательства аналитика по отношению к

пациенту, по моему мнению, являются обязательным, а не факультативным требованием. То же верно и в отношении озабоченности затруднениями пациента. Участие, интерес, теплота, все в определенных пределах, жизненно важны для рабочего альянса.

Я полагаю, что многие, кто писал о психоаналитической технике, осознавали эти два противоположных отношения между аналитиком и пациентом, но не смогли концептуализировать рабочий альянс как дополнение к неврозу переноса. Например, Фрейд говорил о дружеских аспектах переноса, которые являются «проводником успеха в психоанализе...» (1912а, с. 105). В своей работе «Начало лечения» он утверждает: «Можно поплатиться первым успехом, если с момента начала аналитиком была принята какая-то другая отправная точка, а не полное сочувствие и понимание» (1913б, с. 140). Ференци обсуждает вопрос о такте, т. е. то, что аналитик высказывает свою «добрую волю» пациенту (1928б, с. 90). В своей работе «Принципы релаксации и неокатарсиса» Ференци (1930) описывает «принцип терпимости», на который необходимо опираться при работе с фрустрацией (с. 115). Опрос, проведенный Гловером (1955, с. 308) среди британских психоаналитиков, показал, что одна треть полагает, что высказывание позитивного, дружеского отношения к пациентам находится вне «профессионального интереса». Сходные идеи можно найти в работах других авторов, посвященных вопросам техники (Шарп, 1930; Феничел, 1941; Лоранд, 1946; А. Фрейд, 1954а, см. список литературы).

4.22. Черты личности и характера психоаналитика

То умение, которого требует от аналитика психоаналитическая ситуация, приобретает не только из курса подготовки и опыта, но оно во многом зависит и от его личности и характера, от его темперамента, чувствительности, отношений, привычек, ценностей и интеллекта. Никто не рождается психоаналитиком, и никто вдруг не становится психоаналитиком, как бы счастливо ни складывались обстоятельства. Личный опыт, полученный при прохождении терапевтического психоанализа (даже если он имеет и дидактические цели), является абсолютно необходимой предпосылкой. Природные ка-

чества и богатство личного опыта могут соединяться с особым талантом к профессии психоаналитика. Но как бы ценен он ни был, таланта самого по себе недостаточно. Аналитическая ситуация предъявляет такие серьезные эмоциональные требования к аналитику, что, если талант не будет поддерживаться анализирующей структурой характера, он может не выдержать испытания временем. Яркость и виртуозность не могут успешно светить на длинном пути психоаналитической терапии.

Взаимоотношения между аналитическими навыками и личностными чертами комплексны, а происхождение навыков и черт варьирует от индивидуума к индивидууму. В следующей секции я остановлюсь на мотивациях психоаналитика, которые сложным образом переплетаются с его навыками и чертами. Здесь я могу только лишь попытаться перечислить то, что я считаю основными способностями, и кратко отмечу наиболее типичные особенности прошлой жизни. Один и тот же источник может быть родоначальником многих черт и навыков, и, хотя они имеют одно и то же происхождение, эти черты и навыки могут быть неравны по силе. С другой стороны, отдельная черта или умение могут иметь множество дериватов. Читателю рекомендуется прочесть в качестве модели таких исследований часть работ Эрнста Джонса по «Характеру и личности» Фрейда (1955, с. 403—434).

4.221. Черты, связанные с пониманием бессознательного

Постоянно продолжающиеся поиски инсайта и понимания, которые являются центральными в психоаналитической терапии, являются дериватами нескольких различных граней личности аналитика. Прежде всего, он должен обладать жизненным интересом к людям, как способу жизни, эмоциям, фантазиям и мыслям. Ему следует иметь испытующий ум, ищущий знаний, причин и происхождений (Джонс, 1955, с. 426, 433). Энергия, побуждающая человека в этом направлении, исходит из его любопытства, которое должно быть богатым количественно и благожелательным качественно.

Слишком маленькое любопытство у аналитика делает его жертвой скуки, слишком сильное любопытство заставит пациента испытывать излишнюю боль. Аналитик зани-

– 453 –

мается поисками инсайта для того, чтобы дать понимание своим пациентам, а не для собственного скоптофилического и садистического удовольствия (Шарп, 1930, 1947). Это отношение возможно только тогда, когда любопытство не находится более под властью инстинктов.

Для того чтобы выслушивать то, как кто-то провел день, и не скучать при этом, слушание должно включать в себя и удовольствие от слушания (Шарп, 1948, с. 120). Особая чувствительность, которая помогает аналитику различать неявные комбинации эффектов в модуляции тона и ритма речи пациента, связана с его пониманием музыки. Как мне кажется, люди без слуха не могут быть хорошими терапевтами. Аналитик должен встречать незнакомое в пациенте, странное и эксцентричное, с открытым умом, а не с тревогой или отвращением.

Очень полезно быть свободным от ограничений, которые накладывает конвенциональное общество, и быть относительно индифферентным к поверхностным событиям повседневной жизни. Личная жизнь Фрейда демонстрирует эти качества в высшей степени четко (Джонс, 1955, 1957). Аналитик должен быть достаточно знаком со своими собственными бессознательными процессами для того, чтобы смиренно принять то замечание, что он также, возможно, обладает теми же самыми странностями, что и пациент, эти странности часто оказываются тем, что было когда-то близко, а потом — репрессировано.

Первоначальной реакцией аналитика на продукцию пациента должна быть восприимчивость, даже если это требует легковёрности. Только таким путем можно полностью получить материал пациента. Лучше обмануться, углубившись в продукцию пациента, чем поспешно отвергнуть ее как фальшивую. Способность откладывать приговор, даже если это будет выглядеть как легковёрие, делает возможным эмпатировать пациенту, что, в конце концов, может привести к пониманию нижележащих мотивов. В этой связи интересно отметить, что Фрейд был известен как бедный «Меншенкеннер»¹ (Джонс, 1955, с. 412, 420). Подозрительное, похожее на поведение детектива, отношение приводит к отчуждению от пациента, мешает эмпатии и рабочему альянсу (в этом

¹ знаток людей (нем.).

– 454 –

правиле, однако, есть и исключения. При работе с преступниками может быть полезно быстро показать, что аналитик осознает их поведение; см. Айчхори, 1925; Эсслер, 1950а; Редл и Винеман, 1951; Гелеорд, 1957). У аналитика должна быть и некоторая доля скептицизма, но он должен быть и дружеским. Он должен уметь проводить границу между вероятной и правдоподобной реальностью, между возможной, но фантастической реальностью, заблуждением и сознательным обманом, не упуская из виду бессознательных значений искажений.

Способность и желание заниматься поисками инсайта, даже когда это причиняет боль, любовь к правде берут начало в ранних оральных интроективных, а также фаллических устремлениях. Люди, которые обладают этим качеством, проявляют независимость ума и интеллектуальное мужество перед лицом нового, неконвенционального и неизвестного. У таких личностей желание понять стало уравновешенной, автономной функцией (Хартманн, 1951, 1955). Если у психоаналитика нет такой способности, у него будут наблюдаться тенденции либо в сторону ограничения инсайта, либо в сторону неправильного использования инсайта, в результате чего появятся ошибки при выборе подходящего времени, такта и дозировки интерпретаций, что вызовет излишнюю боль и унижение пациента.

Способность понимать бессознательное другой личности исходит из различных умений. Намного важнее, как я уже показывал, является способность к эмпатии, которая, в сущности, является предсознательным явлением. Некоторые из клинических, динамических и структуральных черт были описаны в секции 4.211 как часть искусства аналитика. Здесь я хотел бы порассуждать на тему личностных черт, которые вызывают эмпатию.

Эмпатия является формой понимания другого человеческого существа путем временной и частичной идентификации. Для того чтобы достичь этого, аналитик должен на время отказаться от

какой-то части своей идентичности, а для этого он должен иметь свободный или гибкий образ «Я». Это не следует смешивать с игранием ролей, которое является более сознательным явлением. Это больше похоже на процесс «серьезного воображения», которое переживается, когда человека трогает картина, спектакль или художественное произ-

– 455 –

ведение (Херес, 1960; Розен, 1960). Это интимная, невербальная форма установления контакта (Гринсон, 1960). Эмпатия является регрессивным явлением и проявляется в связи с более или менее контролируемыми регрессиями, наблюдающимися у творческих личностей (Крис, 1952). Для того чтобы проявлять эмпатию, аналитик должен быть способен с легкостью использовать эти регрессивные механизмы в целях приобретения вновь чувства эмоциональной близости к пациенту.

Для того чтобы эмпатия вознаграждалась, аналитику следует иметь богатый запас своих собственных личных переживаний, которые он смог бы использовать для того, чтобы облегчить себе понимание пациента. Это должно включать в себя знакомство с литературой, поэзией, театром, сказками, фольклором, играми (Шарп, 1947). Все эти составные части способствуют живости воображения и фантазийной жизни, которые бесценны при аналитической работе. Мир воображения человека, будь это театр, музыка, живопись, сказки или сны наяву, дает ощущение причастности к вселенским переживаниям и связывает человечество воедино. Мы ближе друг к другу в этом, чем в наших сознательных действиях или социальных институтах.

Этот вид эмоциональной близости, которой требует эмпатия и которую эмпатия дает, развивается у людей в первые месяцы жизни. Она вызывается невербальными действиями матери, ее интонациями, прикосновениями, любовью и заботой (Олден, 1953, 1958; Шафер, 1959). Поскольку эмпатия берет свое начало в самых ранних взаимоотношениях матери и ребенка, она, по-видимому, имеет феминный оттенок (Катан, цит. в Гринсон, 1960; Лоевальд, 1960). Для того чтобы у аналитика не было сложностей с эмпатией, он должен прийти к миру со своими материнскими компонентами. Джонс (1955) называет это ментальной бисексуальностью аналитика,

В этом смысле эмпатия является способом установления контакта с утраченным объектом любви с (непонятым) непонятым пациентом. Частично это может быть попыткой восстановления утраченного контакта. Как мне кажется по собственному опыту, более всего способны к эмпатии те аналитики, которые преодолели тенденции к депрессиям (в поисках других то-

– 456 –

чек зрения см. Шарпе, 1930, с. 17—18). Эмпатия предъявляет определенные эмоциональные требования к аналитику, а также требует постоянного самонаблюдения. Аналитик должен быть способен регрессировать, чтобы эмпатировать и затем возвращаться в обычное состояние для того, чтобы анализировать данные, полученные таким образом, и удостовериться в их валидности. Это изменение от интимности эмпатии к дистанции, к отдалению, требующемуся для оценки, характерно для большей части работы психоаналитика. Ригидные обсессивные характеры не позволяют себе эмпатировать, а характеры с подавленными побуждениями будут иметь тенденцию переходить от эмпатии к идентификации, что приведет к отыгрыванию в отношениях с пациентом. Как правило, такие люди не являются подходящими кандидатами для психоаналитического тренинга (Эйзендорфер, 1959; Гринакре, 1961; Лангер, 1962; Ван дер Дееув, 1962).

4.222. Черты, имеющие отношение к общению с пациентом

Когда аналитик добивается успеха в понимании пациента, он встает перед проблемой, как эффективно сообщить инсайт пациенту. Способность выбрать подходящее для интерпретации время, проявлять такт, оценивать дозу зависит от разнообразных навыков, некоторые из которых уже обсуждались. Эмпатия с пациентом, клинические данные, а также жизненный опыт вносят свой вклад, облегчая передачу понимания пациенту. В данный момент, однако, я бы хотел ограничить дискуссию теми особыми чертами, которые важны при общении и которые не были затронуты ранее.

Искусство беседы с пациентом значительно отличается от социальной беседы, перекрестного опроса или чтения лекций. Ораторское искусство, эрудиция и логика не имеют первостепенной

важности. Наиболее существенным элементом является нижележащее отношение терапевтического намерения. Это обязательство помогать пациенту может проявиться, а может и остаться в латенте, но оно присутствует во всех взаимодействиях с пациентом от первого интервью до последнего. Я осознаю, что это спорный момент, но хочу, чтобы

– 457 –

меня совершенно точно поняли, поняли мою позицию: я полагаю, что только большие люди, пациенты, которые испытывают невротические страдания, могут быть успешно излечены путем психоанализа. Кандидаты, исследователи, научные сотрудники не могут пройти через глубокое аналитическое переживание, несмотря на то, что они способны стать и охотно стали бы пациентами.

Параллельно этому утверждению, касающемуся пациентов, я полагаю, что глубокий психоанализ является первым и самым главным методом лечения и, следовательно, может выполняться только терапевтами, людьми, подготовленными и обученными облегчению или лечению невротического заболевания. Я не считаю, что медицинская степень автоматически делает человека терапевтом или отсутствие ее говорит о нетерапевтическом отношении. По моему убеждению, желание аналитика помочь пациенту, присутствующее или находящееся под контролем, является наиболее существенным элементом, который помогает аналитику развить эти неявные сложные навыки общения, необходимые для психоаналитической работы. Я отсылаю читателя к обсуждению этой проблемы Лео Стоуном (1951), а также к работе Гилла Неймана и Редлиха (1954), их мнения сходны с моим. В поисках других мнений можно обратиться к описанию Джоан Ривиера способа работы Фрейда, цитируемого Джонсом (1955), и к работе Эллы Шарпе (1930). Этот вопрос будет обсуждаться также в секции 4.23, посвященной мотивации аналитика. Искусство передачи инсайта пациенту основывается на способности аналитика переводить в слова те мысли, фантазии и чувства, которые пациент не полностью осознает, и представлять их в таком виде, чтобы пациент мог принять их как свои собственные. Аналитик также должен одновременно с этим осуществлять перевод своего собственного словаря на живой язык пациента. Или, более точно, аналитик должен использовать некоторый сегмент языка пациента, если он хочет, чтобы пациент эмоционально переживал момент интерпретации.

Например, я уже ранее ссылался на случай профессора Х., который страдал некоторой формой страха. Обычно его ежедневный словарь был высокообразован-

– 458 –

ным и культурным. На одном из сеансов его ассоциации, связанные со сновидениями, показали мне, что он борется с чувствами унижения, которые мучили его, когда он был маленьким мальчиком, в возрасте 4—7 лет. На аналитическом сеансе его чувства сконцентрировались, главным образом, вокруг его ощущения стыда и замешательства, когда он был приглашен на состоявшийся недавно вечер, где произнес короткую речь, и когда его жена взглянула на него так, будто он стоит голый в ванной. Я хотел, чтобы он осознал специфическое качество стыда, который владел им во всех ситуациях. Я сказал ему: «Когда вы были введены на вечер, когда вы говорили речь и когда вы стояли обнаженным перед вашей женой в ванной, вы более не были профессором Х., или даже Джоном Х., вместо этого вы стали «пиачар»*. Я использовал это слово потому, что его мать имела привычку так называть его, чтобы выразить свое презрение, когда его штанишки оказывались мокрыми.

Этот инсайт попал в цель, пациент сначала был захвачен врасплох, но затем живо вспомнил несколько инцидентов, когда он чувствовал себя как «пишер». Это не было ни интеллектуальным упражнением, ни поверхностной уступчивостью. Пациент пережил вновь тот ужасный стыд быть «пишер», а также свою злобу на мать, которая так унижала его. На этом сеансе он не чувствовал никакой враждебности ко мне, топ моего голоса, когда я давал интерпретацию, был особенно мягким. Это было так потому, что я чувствовал, что слово «пишер» было чрезвычайно болезненным для него. На следующих сеансах, когда он вспоминал мою интерпретацию, он вычеркивал из памяти мой осторожный топ и действительно злился на меня.

Если мы посмотрим события этого сеанса, то увидим, что у меня было несколько возможных путей для интерпретации. Я выбрал слово «пишер», потому что оно было в тот момент для него наиболее заряжено фантазиями, было наиболее ярким и он, казалось, был готов встать лицом к лицу с

ним. Это было его слово, унаследованное от его матери, теперь оно стало частью его личного языка; оно было живое и реальное (см. Ференци, 1911; Стоун, 1954а). Мой мягкий тон был по-

* «пишер» — пиписька (идиш). Англ. эквивалент слова «писслер».

– 459 –

пыткой смягчить ту боль, которую я мог причинить. Я был уверен, что это будет ударом, но я не хотел, чтобы он был чересчур болезненным.

Что может облегчить выбор правильного слова или языка? То же, что облегчает работу рассказчика, юмориста или сатирика. Я бы подчеркнул, что при этом важнее вербальные хорошие способности, а не литературные данные. Однако такая искусность должна служить намерению помочь, а не использоваться в аналитической ситуации для эксгибиционистского развлечения или замаскированного садизма. Мой собственный опыт говорит о том, что среди психоаналитиков лучшими терапевтами являются те, что обладают чувством юмора, готовы состричь и наслаждаться искусством рассказывания историй. Способность использовать разговорный язык живо и экономично является весьма ценным качеством, его можно сравнить с хорошо разработанными руками хирурга. Это не может заменить клинических данных и знания анатомии и патологии, но сделает возможным для умелого клинициста выполнить операцию искусно, а не топорно. Глубокий психоанализ всегда болезнен, но неумение вызывает излишнюю и длительную боль. Иногда это может означать различие между удачей и неудачей.

Искусность в вербальном общении психоаналитика также зависит от его компетенции при использовании молчания. Следовательно, необходимо, чтобы аналитик был способен быть терпеливым. Требуется время для того, чтобы попятить материал пациента; довольно часто важный смысл раскрывается только после того, как аналитик позволит пациенту нарисовать свою собственную словесную картину в течение довольно большого периода времени. То, что кажется реально значимым в первые пятнадцать минут, может оказаться отвлекающим маневром или вторичным элементом через тридцать минут.

Позвольте мне проиллюстрировать это. Профессора Х., которого я описывал выше, временами также мучила идея о вовлечении его в гомосексуальный акт. Частично это оказалось выражением его эксгибиционистских и скоптофилических побуждений. Кроме того, гомосексуальные стремления были следствием его чрезвычайно сильного страха перед женщинами и враждебности к ним. Во время одного из сеансов он снова заговорил о

– 460 –

своей фантазии, что он делает нечто гомосексуальное с мальчиком допубертатного возраста. В течение первых тридцати минут сеанса мне казалось ясным, что ему хотелось, чтобы с ним делал его отец (когда он сам был в этом возрасте). Казалось, это было связано с пассивными и активными анальными импульсами. Это возникло незадолго до обсуждения момента, но не было полностью тщательно проработано.

Я размышлял над этим материалом, обдумывая, как бы подойти к нему, когда заметил небольшое перемещение материала. Пациент теперь говорил об ужасном чувстве стыда, возникшего когда его приятели достигли пубертатного возраста, когда появились волосы на лобке, пенисы стали большими, а голоса низкими, а он, единственный, оставался безволосым, с небольшим пенисом и высоким звонким голосом. Тогда он стыдился раздеваться в одной комнате с ними, они высмеяли бы его как уродца. Теперь я понял, что одной из важнейших функций его гомосексуальных фантазий было уничтожить боль, вызванную тем, что он — маленький, взять реванш за прошлые унижения, а также доказать, что он не уродец. Именно над этими моментами пациент и работал весьма продуктивно на сеансах следующей недели. Вместе с тем это осознание появилось у меня только к концу того сеанса.

И снова следует подчеркнуть, что то, что может казаться хорошим качеством у аналитика, на деле может оказаться чем-то совершенно иным. Может обнаружиться, что терпение является скрытым пассивно-садистическим отношением к пациенту или ширмой для обсессивной нерешительности. Оно может также закрыть собою скуку и психическую инертность аналитика. Необходимо быть

терпеливым, когда ожидание может внести ясность в материал или когда аналитик преследует некоторую отдаленную цель. Но следует помнить, что наше молчание обычно является стрессующим элементом для пациента. Ведь это один из видов деятельности аналитика и поэтому имеет много различных значений для пациента, зависящих от аналитической ситуации и ситуации перенос — контрперенос (Левин, 1954, 55; Лоевнштейн, 1956; Стоун, 1961, с. 45, 95—105).

Пациент нуждается в нашем молчании для того, чтобы детализировать свои собственные мысли, фантазии

– 461 –

и чувства. Ему нужно время для того, чтобы забыть о нашем присутствии или, более точно, отодвинуть наше реальное присутствие на задний план, так, чтобы он мог позволить себе заняться фантазиями и чувствами переноса. Пациент может чувствовать наше молчание как враждебное или комфортное, требовательное или успокаивающее в зависимости от его реакций переноса. Более того, пациент также может замечать у нас следы чувств и отношений, которые мы не осознаем. Аналитик должен быть способен выносить молчание своих пациентов без враждебности и скуки. Я был чрезвычайно удивлен, когда пациент совершенно точно «угадывал», хотя я молчал и был невидим для него, что я нетерпелив. Я полагаю, что некоторые пациенты интуитивно определяют наше отношение по минутному изменению скорости дыхания, его интенсивности, по небольшим движениям тела.

Искусство вербального общения с пациентом требует также чувства подходящего времени для интерпретации. Это будет обсуждаться более детально во втором томе. Здесь я хотел бы лишь указать на то, что это связано с несколькими различными моментами. Прежде всего, встает вопрос, когда следует вмешаться. Решение зависит от нескольких вещей. Аналитик ждет, пока данное психотическое событие станет демонстрируемым для разумного Эго пациента. Или же аналитик ждет, пока аффект или импульс достигнут интенсивности, которая, по мнению аналитика, будет оптимальной в это время. Или же аналитик ждет, пока станет ясно, что происходит на сеансе, даже если то, чего ждал аналитик ранее, утрачено.

Выбор подходящего времени также относится к тому, когда и как аналитик вмешивается в различных фазах анализа. На ранних стадиях анализа, или в первое время, когда появляется болезненный материал, аналитик может вмешаться раньше, когда интенсивность аффекта невелика. На более поздних стадиях может быть лучше молчаливо разрешить чувствам пациента стать более интенсивными, так, чтобы он смог пережить реальную примитивную силу своих эмоций и побуждений. Выбор подходящего времени также предполагает, что аналитик имеет в виду различия в дозировке перед уик-эндами, каникулами, праздниками и т. д.

– 462 –

4.223. Черты, имеющие отношение к облегчению развития невроза переноса и рабочего альянса

Как я отмечал ранее, склад ума и черты характера, которые содействуют развитию невроза переноса, в основе своей являются противоположными тем чертам, которые содействуют рабочему альянсу (Стоун, 1961; с. 33, 106; Гринсон, 1965а). Для того чтобы облегчить развитие невроза переноса, аналитик должен постоянно фрустрировать стремление пациента к невротическому удовлетворению и утешению, а также он должен оставаться относительно анонимным. Обоснования для этого описаны в секции 4.213. Для того чтобы выполнять эти требования довольно постоянно, аналитик должен разрешить свои основные конфликты, связанные с причинением боли и сохранением дистанции в отношении страдающего пациента. Это означает, что аналитик должен обладать способностью сдерживать свои терапевтические намерения, должен контролировать свое стремление к близости, должен «заглушить» свою личность (Стоун, 1962, с. 20).

Фрейд пошел весьма далеко, предложив аналитику взять за образец хирурга, отбросив свою человеческую симпатию, приняв отношение эмоциональной холодности (19126, с. 115). В той же самой работе Фрейд высказывает мнение, что аналитику следует воздержаться от внедрения своей личности в лечение, он вводит сравнение с «зеркалом» (с. 118). Несколькими годами позже он высказывает

предложение, что лечение должно выполняться при соблюдении абстиненции, и говорит далее: «Под этим я понимаю не только физическую абстиненцию...» (1915а, с. 165).

Я умышленно выбрал именно эти цитаты для того, чтобы стало ясно, почему может сложиться такое впечатление, что Фрейд полагал полезной строгую и жестокую атмосферу для невроза переноса. Однако я не думаю, что из этих цитат складывается точная картина того, что Фрейд имел в виду. По моему мнению, он подчеркивал «неестественные» аспекты психоаналитической техники, потому что они были чуждыми, искусственными для обычных взаимоотношений доктор — пациент и обычной психотерапии его дней.

– 463 –

Например, в работе, написанной в том же году, что и цитированная выше, где он рекомендует эмоциональную холодность и отношение «зеркала», Фрейд утверждает: «Таким образом, решение загадки состоит в том, что перенос к аналитику вызывает сопротивление лечению только в случае негативного переноса или в случае позитивного переноса репрессированных эротических импульсов. Если мы «передвинем» перенос, сделав его сознательным, мы отделим от личности аналитика только эти два компонента эмоционального акта; другой компонент, который является допустимым для сознательного Эго и не вызывает возражений, сохраняется и является проводником успеха в психоанализе, а также в других методах лечения» (Фрейд, 1912а, с. 105).

В работе, посвященной технике, вышедшей годом позже, в качестве рекомендаций об «эмоциональной холодности» и «зеркале» Фрейд писал: «Первоочередной целью лечения остается расположить пациента к лечению и к личности доктора. Для того чтобы обеспечить это, не нужно ничего делать, нужно лишь дать пациенту время. Если доктор проявляет серьезный интерес к нему, внимательно работает над сопротивлениями, которые появляются в начале анализа, и избегает определенных ошибок, пациент сам сформирует такое расположение и свяжет доктора с одним из образцов тех людей, которые, как он привык, обращались с ним с любовью. Можно поплатиться первым успехом, если с момента начала лечения аналитиком был выбран какой-то другой отправной момент, а не полное сочувствия понимание, например, морализирование, или же если аналитик ведет себя как представитель или приверженец какой-то соперничающей партии — например, как другой член супружеской пары».

Возможно наиболее «разоблачающей» личностью Фрейда является его эссе «Наблюдения по переносу любви» (1915а). Я процитирую лишь избранные места, которые показывают его участие, заботу о пациенте. «Любой, кто принимает аналитическую технику, будет более не способен пользоваться ложью и притворством, что доктора обычно находят неизбежным, и, даже если с самыми лучшими намерениями он попытается сделать это, он, весьма вероятно, вскоре выдаст себя... Вместе с тем, эксперимент по развитию нежных чувств по от-

– 464 –

ношению к пациенту также небезопасен. Наш контроль над собою не настолько совершенен, чтобы мы могли быть уверены, что однажды эти чувства не зайдут дальше, чем мы рассчитывали» (с. 164). «Курс, которым должен следовать аналитик, не ограничивается перечисленным здесь, это нечто, для чего нет модели в реальной жизни. Он должен проявлять заботу, не уходя от переноса любви, не отвергая его, не деля его безвкусным для пациента; просто он должен твердо воздерживаться от любых ответов на него. Он должен понимать, что такое перенос любви, не обращаться с ним так, как будто это ситуация, которая должна пройти через лечение и вернуться назад, к своим неосознанным истокам» (с. 166).

«Опять же, когда женщина просит любви, отвергать и отказывать — это огорчительная роль для мужчины, и, несмотря на невроты и сопротивления, в женщине высоких принципов, которая признает свою страсть, есть какое-то особое очарование... Но это совершенно не означает, что аналитик должен уступить. Как бы высоко он ни ценил любовь, еще выше он должен ценить возможность помочь своей пациентке в решающий период ее жизни. Она должна научиться у него преодолевать принцип удовольствия, отвергать удовлетворение, которое «идет в руки», но социально не приемлемо, в пользу более отдаленного, которое может быть весьма неопределенным, но которое и психологически и социально безупречно» (с. 170).

Я полагаю, что эти цитаты из работ Фрейда четко показывают, что, хотя он и полагал, что депривации в инкогнито необходимы для роста и развития невроза переноса, он чувствовал, что аналитик должен быть способен поддерживать отношения совершенно иного свойства для того, чтобы психоаналитическая терапия была эффективной. При чтении работ психоаналитиков, посвятивших себя проблемам техники, складывается впечатление, что почти все они испытывают затруднения по этому вопросу. Депривация и инкогнито являются необходимыми, но не достаточными. По моему мнению, некоторые авторы, такие как Ференци (19286), де Форест (1954), Лоранд (1946) и Нахт (1962), заходят слишком далеко в противоположном направлении, преувеличивая важность удовлетворения, одновремен-

– 465 –

но недооценивая значение депривации. Фрейд (19136) говорит о необходимости гибко пользоваться всеми правилами; Феничел (1941) описывает «колебания» аналитика и необходимость аналитику быть свободным и естественным, с этим соглашаются и другие авторы — Стерба, (1934), Лоевельд (1960) и Меннингер (1958) и др. По моему мнению, в работах Элизабет Зетцель (1956) и Стоуна (1961) должным образом подчеркнуты и разделены депривационные аспекты техники и аспекты, дающие удовлетворение.

Для того, чтобы действительно понять пациента, требуется большее, чем интеллектуальные или теоретические соображения. Для получения инсайта, чего требует психоанализ, аналитик должен быть способен стать эмоционально связанным и принять определенное обязательство перед пациентом. Ему должен нравиться пациент; длительное неприятие или отсутствие интереса, точно так же, как и слишком сильная любовь, будут мешать лечению (Гринакре, 1959; Стоун, 1961, с. 29, 44, 61). Аналитик должен иметь желание помогать и лечить пациента, он должен беспокоиться о благоденствии пациента, не теряя при этом из виду своих отдаленных целей.

Определенная доля сочувствия, дружеского отношения, тепла и уважения к правам пациента является необходимым условием. Офис аналитика — место лечения, а не исследовательская лаборатория. Мы можем испытывать реальную любовь к нашим пациентам, потому что они в определенном смысле являются больными, беспомощными детьми, вне зависимости от того, что представляет собой их внешность. Они никогда не повзрослеют, если мы не разовьем их потенциальные возможности, не обеспечим их взаимоуважение и чувство собственного достоинства, поэтому не следует налагать излишних деприваций, подвергать их унижению.

Это приводит нас к самой сердцевине вопроса. Как может аналитик устойчиво поддерживать отношения деприваций и инкогнито и вместе с тем постоянно выказывать свое сочувствие и заботу? В предыдущей секции, посвященной общению с пациентом, я уже приводил примеры того, как это может быть достигнуто. Иллюстрации этого будут также даны во втором томе. Здесь позвольте мне подчеркнуть еще раз, что каждую

– 466 –

процедуру (анализа) психоанализа, которая является странной или искусственной для пациента, я тщательно объясняю ему в подходящее время. Например, когда пациент в начале анализа задает вопрос, я стараюсь дать ему возможность исследовать причины данного вопроса, а затем объясняю, что то, что я не отвечаю на вопрос, имеет определенную цель, а именно: позволяет пролить свет на истоки его любопытства, затем я добавляю, что в будущем я, как правило, не буду отвечать па вопросы. Вместе с тем иногда я отвечаю на вопрос, но только в том случае, если чувствую, что вопрос реалистичный и ответ на него избавит от множества не относящихся к делу объяснений.

Однажды пациент рассказал мне о чрезвычайно фрустрирующем сеансе с предыдущим аналитиком. У пациента было сновидение, что он играет защитником в футбольной команде: они разыгрывают Т-комбинацию, и, к его изумлению, центральный нападающий превращается в Адольфа Гитлера (в Т-комбинации защитник стоит прямо за центральным нападающим, который сгибается, удерживая футбольный мяч на земле между ногами. Задача центрального игрока состоит в том, чтобы послать мяч назад, между своими ногами, защитнику, который затем передает его другому игроку или пройдет с ним вперед и т. д.). Это стандартная футбольная комбинация, и любой, кто знает хоть что-нибудь об американском футболе, знает о ней очень хорошо.

Аналитик, о котором идет речь, был сорокалетним американцем, который знал бы все это, если бы в молодости был футбольным болельщиком, и не знал этого, если бы никогда не интересовался этим. Таким образом, неуверенность пациента была оправданна. Пациент хотел перейти к ассоциациям об Адольфе Гитлере и своей личной позиции по отношению к нему в сновидении. Но прежде всего он спросил, знает ли аналитик, что такое Т-комбинация, поскольку это казалось решающим моментом для понимания сновидения. Аналитик промолчал. Тогда пациент неохотно объяснил и описал, что такое Т-комбинация, кто такой защитник, кто такой центральный игрок и т. д. Большая часть сеанса была потрачена на это. Было жалко тратить время на такие тривиальности, ведь аналитик мог сказать в самом начале сеанса (как оказалось), что он знает все

– 467 –

это. Но даже более важно, что поведение аналитика показывает, что он следовал «правилу», истинной цели которого он не понимал, и из-за этого позволил себе и пациенту испытать ненужную фрустрацию и впустую потратил время.

Часто необходимо исследовать интимные детали сексуальной жизни пациента или его туалетных привычек, что очень смущает многих пациентов. Когда я считаю нужным задавать пациенту такие вопросы и ощущаю это унижение, я либо исследую вместе с ним его смущение, либо, по меньшей мере, показываю, что я понимаю, что раскрытие этих вопросов болезненно, но необходимо. Я обычно прямо отмечаю сексуальные или враждебные чувства пациента ко мне; если кажется, что он чрезмерно расстроен из-за моего вмешательства, тогда я показываю тоном или словами, что я осознаю его затруднения и сочувствую им. Я не обращаюсь с пациентом, как с маленьким ребенком, но стараюсь выяснить, сколь сильную боль он в состоянии вынести, продолжая продуктивно работать.

Я стараюсь защищать чувство самоуважения пациента, но, если я чувствую, что необходимо сказать нечто, что, как я знаю, будет восприниматься как унижение, я сознательно сделаю, это, хотя при этом могу выразить каким-то образом свое сожаление. Например, недавно я сказал пациенту в конце сеанса: «Я знаю, что это щекотливое положение для вас. Но в конце концов вы сможете рассказать мне то, что терзает вас, — что вы любите меня и хотели, чтобы и я любил вас, однако, все, что я могу вам на это сказать: да, хорошо, мы должны вместе исследовать это».

Если анализ смещается назад, в какие-то старые невротические паттерны поведения, я пытаюсь контролировать свои чувства печали и разочарования, точно так же, как я сдерживаю свое удовольствие и гордость, когда он делает огромный шаг вперед. Но при этом я позволяю некоторой части своих чувств проявиться, поскольку отсутствие эмоций кажется проявлением холодности и негуманности. Я стараюсь регулировать чувства пациента, вызванные неудачей или триумфом, напоминая ему (и себе) о наших целях.

Для того чтобы поддерживать эту способность переходить из одного положения в другое, противоположное,

– 468 –

т. е. вызывать фрустрацию и давать удовлетворение, соблюдать дистанцию и быть близким пациенту, использовать самые различные сочетания того и другого, нужно, чтобы аналитик обладал высоким уровнем эмоциональной мобильности и гибкости. Я не имею под этим в виду изменчивость и нестабильность. Аналитическая ситуация требует, чтобы аналитик был реальным человеком, заслуживающим доверия. Аналитик должен обладать способностью к эмоциональному сопереживанию со своими пациентами, но, точно так же он должен обладать и способностью сдерживать себя. Сопереживание обеспечивает возможность эмфатического понимания, отчуждение дает шанс обдумать, оценить, вспомнить и т. д. Сочувствие, забота и тепло всегда должны быть в распоряжении аналитика, но он также должен быть способен занять позицию бесстрастного, стороннего наблюдателя. Существуют и такие ситуации, когда требуется и то, и другое; болезненный инсайт должен даваться с точностью хирургического разреза, тон голоса в этом случае должен показывать заботу.

Когда я описываю сочувствие и заботу, проявляемые аналитиком, я не хочу этим сказать, что такие чувства следует проявлять открыто, заметно, при первом же признаке дискомфорта у пациента. Я полагаю, что наличие таких чувств должно быть видно из того, как аналитик работает; они должны ощущаться в атмосфере аналитической ситуации. Анализ не может выполняться успешно в здоровой и

крепкой манере, равно как в веселой и беспечной. Но он не будет плодотворным и тогда, когда проводится в мрачной, унылой тональности, тональности агонии. Искреннее приятие и толерантность аналитика ко всему материалу пациента, его внимательное отношение ко всем деталям, вне зависимости от того, насколько они безобразны или примитивны, его прямой, решительный подход даже к наиболее деликатным вопросам без признаков жестокости или фальшивого рыцарства — все эти элементы вносят вклад в аналитическую атмосферу.

Желание заботиться не следует смешивать с патологическим терапевтическим рвением. Оно должно проявляться в серьезности целей, которые ставятся аналитиком, его постоянных поисках инсайта, его уважении к различному инструментарию своей профессии без пре-

– 469 –

вращения его в культ или ритуал, оно должно проявляться в его желании и способности бороться годами за достижение целей. То, что аналитик дает болезненные инсайты, является таким же признаком его терапевтического намерения, как и его забота о чувстве собственного достоинства пациента. Равно важно выносить вспышки враждебности со стороны пациента, его попытки унижить без отщепенства и оставаться невозмутимым при его сексуальных провокациях. Это не означает, что аналитик не должен иметь чувств и фантазий по отношению к своим пациентам, это означает лишь, что они должны находиться в определенных пределах, так, чтобы аналитик был в состоянии контролировать свои ответы, которые становились бы открытыми настолько, насколько это требуется для пациента.

Аналитик должен позволять чувствам переноса пациента достигать оптимальной интенсивности. Это требует, чтобы аналитик обладал способностью выносить стресс, тревогу и депрессию спокойно и терпеливо. Все это возможно лишь в том случае, когда сам аналитик прошел через глубокое психоаналитическое переживание и продолжает заниматься самоанализом. Тем не менее, профессиональная вредность очень велика, и терапевтические результаты при лечении аналитика оставляют желать лучшего (Фрейд, 1937а, с. 248—250; Вилис, 1956; Гринсон, 1966). Сейчас я хотел бы непосредственно процитировать Фрейда.

«Давайте сделаем небольшую паузу для того, чтобы заверить аналитика в своем искреннем сочувствии, ведь ему приходится в своей деятельности выполнять самые строгие требования. Это выглядит так, как если бы анализ был третьей «невозможной» профессией, когда заранее уверен в том, что достигнешь только таких результатов, которые не принесут удовлетворения. Две другие профессии известны уже довольно давно — это образование и правительственная работа. Очевидно, что мы не можем требовать того, чтобы будущий аналитик стал совершенством, прежде чем займется анализом, ибо где и как бедняга приобретает те идеальные качества, которые ему потребуются в его профессии? Ответ — в, анализе себя, с которого начинается его подготовка к будущей деятельности. Из-за практических причин этот анализ может быть коротким и неполным...

– 470 –

Не следует удивляться, что эффектом поглощенности своим репрессированным материалом, который борется за свое освобождение в человеческом разуме, будет активизация всех тех инстинктивных влечений, которые обычно аналитик способен был сдерживать. Причем эти «опасности анализа», хотя они и угрожают нам, являются пассивными и активными партнерами в аналитической ситуации, и нам не следует отказываться от их помощи. Не может быть сомнений и в том, как их использовать. Однако каждый аналитик должен периодически — через пять лет или около того — сам проходить анализ, не стыдясь предпринимать такой шаг...

Нашей целью не является уничтожение любой своеобразности человеческого характера ради схематической «нормальности», также не требуется, чтобы личность, которая «тщательно проанализирована», не чувствовала никаких страстей и не имела внутренних конфликтов. Дело аналитика состоит в том, чтобы добиться наилучших из возможных условий для функционирования Эго; тогда его задача будет выполнена» (Фрейд, 1937а, с. 248—250).

Из этого видно, что скромность — еще одно важное требование, которое аналитическая ситуация предъявляет к психоаналитику (Шарпе, 1947, с. 110—112).

Аналитик передает инсайт, который обычно болезнен, сообщая его в атмосфере откровенности, сочувствия и сдержанности. То, что я описал, отражает то, как я пытаюсь разрешить конфликт между

созданием атмосферы депривации и заботой, сохранением близости к пациенту и, одновременно, сохранением дистанции. Я понимаю, что это глубоко личный вопрос и не предлагаю в качестве точного предписания для всех аналитиков. Однако я считаю, что, несмотря на индивидуальные различия среди психоаналитиков, две эти группы противоположных требований следует принимать во внимание. Аналитик должен обладать чертами, которые будут облегчать развитие невроза переноса и рабочего альянса, они равно важны для создания оптимальной аналитической ситуации (Гринсон, 1965а).

– 471 –

4.23. Мотивации психоаналитика, которых требует аналитическая ситуация

Из вышеизложенного должно стать ясно, что в действительности невозможно отделить умения аналитика от его черт, и то, и другое связано с его мотивациями. Фактически одним из наиболее важных открытий Фрейда было то, что поведение и мысли человека являются результатом инстинктивных побуждений, конституции и опыта. Я попытался изолировать умения, черты и мотивации друг от друга для того, чтобы сделать их более четкими, а также поставить ударение на определенных необходимых условиях для аналитической ситуации.

Я начал с умений и черт потому, что они более приемлемы для ежедневной клинической проверки. Мотивации более трудны для анализа, потому что они происходят из примитивных бессознательных, инстинктивных побуждений и ранних объектных отношений. Их очень трудно точно вербализовать и почти невозможно верифицировать. Более того, позднейшие процессы взросления Эго и Ид, равно как и факторы опыта, по-видимому, имеют первостепенную важность. Помимо этого, существует так много сложных иерархий инстинкта и защиты, которые дают сходную поверхностную картину, что только внимательнейшее изучение индивидуального может раскрыть специфические качества инстинкта и защиты, задействованные в данной мотивации. Тем не менее, есть некоторое количество общих соображений, которые стоит рассмотреть, даже если эти моменты могут показаться импрессионистскими или упрощенными.

Инстинктивные побуждения принуждают человека искать разрядки и удовлетворения. По мере того, как развивается Эго, поиск безопасности приобретает другую опасную цель. Все последующие мотивации можно отнести за счет поиска удовлетворения или безопасности или комбинации того и другого. Я ограничу это обсуждение мотивов тем, что я считаю тремя основными компонентами психоаналитической работы: 1) аналитик как сборщик и проводник инсайта и понимания; 2) аналитик как мишень невроза переноса; 3) аналитик как врачеватель больного и страдающего (Флейминг, 1961).

Одной из уникальных черт психоаналитического ле-

– 472 –

чения является то, что решающую роль в терапевтическом процессе имеют интерпретация, инсайт и понимание (Е. Бибринг, 1954; Гилл, 1954; Эйслер, 1956). Аналитик должен понимать своего пациента для того, чтобы получить инсайт в его поведении, фантазии и мысли. Затем его задачей будет передать скрытое значение, интерпретировать его для пациента. Желание понять другое человеческое существо столь интимным путем, желание добиться инсайта предполагает наличие склонности проникать во внутреннюю жизнь другой личности (Шарпе, 1930, с. 17). Это исходит и от либидозных, и от агрессивных побуждений. Можно проследить это в прошлое, к стремлениям к симбиотическому слиянию с матерью или к враждебным, разрушающим побуждениям по отношению к чреву матери.

Добывание инсайта может быть результатом стремлений к всемогуществу или способом преодолеть тревогу по отношению к незнакомым людям. Поздние либидозные и агрессивные компоненты также вносят вклад в побуждение добыть инсайт. Анальное сопутствующее значение таких понятий, как получение, добывание или собирание инсайта, совершенно явно. Сексуальное любопытство эдиповой фазы может добавлять свой импульс этой активности, так что такое получение инсайта может стать заменителем фрустрированного подглядывания детства, а также компенсацией за то, что ребенок оставался вне сексуальной жизни родителей (Шарпе, 1947, с. 121).

Я уже подчеркивал особую важность эмпатии как способа получения доступа к тонким и сложным моментам другой личности (см. секции 4.211 и 4.221). Получение инсайта путем эмпатии зависит от способности аналитика к идентификации и интроекции, от способности входить в интимный, высокочувствительный, превербальный контакт с данным пациентом, — все это развивается из материнской любви и заботы раннего детства.

Желание передать инсайт, быть проводником понимания может быть связано с либидозными или враждебными побуждениями, зависящими от того, как бессознательно ощущается акт интерпретации: как помощь или причинение боли, доставляющий удовольствие или боль. Передача понимания пациенту может быть бессознательной материнской деятельностью, формой

– 473 –

кормления, воспитания, защиты или обучения пациента-ребенка. Это может также символически являться актом оплодотворения. Из маленького семени инсайта могут развиваться большие изменения. Принесение инсайта может быть также использовано бессознательно, как способ восстановления контакта и связи с тем, что ранее понималось, т. е. с утерянным объектом любви. В этом смысле передача инсайта может служить попыткой преодолеть депрессивное состояние (Гринсон, 1960).

Побуждение передать инсайт другой личности может стать как бы заглаживанием чувства вины, связанного с фантазией о том, что был причинен вред кому-то маленькому, больному, т. е. сибсу, конкуренту и т. д. Аналогично поиски и передача инсайта могут являться контрфобической функцией или антидепрессантом. Аналитик может исследовать бессознательное пациента для того, чтобы преодолеть свои собственные тревоги, т. е. как бы продолжить свой собственный анализ (Фрейд, 1937а, с. 249).

Хотя приведенные значения далеко не полны, я полагаю, что они затрагивают некоторые наиболее важные бессознательные силы, которые являются важными составляющими мотивировки личности при выборе профессии, где одной из наиболее важных его функций будет собирание и передача понимания. По моему мнению, вопрос о происхождении данной мотивации не является решающим для определения его ценности или вреда. Имеет значение лишь степень деинстинктуализации и нейтрализации этих побуждений у аналитика (Хартманн, 1955, с. 239—240).

Степень нейтрализации будет определять то, до каких пределов функция носителя понимания может осуществляться относительно бесконфликтно, автономной, реалистичной функцией Эго. Например, я не считаю, что заслуживает специального внимания вопрос, является ли передача пациенту инсайта кормлением, воспитанием, защитой или обучением со стороны аналитика. Важно то, что кормление, воспитание, защита или обучение должны быть свободны от сексуальных или агрессивных подтекстов и не являются, следовательно, ни чрезмерно возбуждающими, ни вызывающими вину.

Сходным образом проникновение во внутреннюю жизнь пациента с целью получения инсайта, очевидно,

– 474 –

имеет либидозные и агрессивные предпосылки, но в реальной работе важно знать, насколько тесно эта деятельность связана с фантазиями, продуцирующими тревогу или вину. Следует также иметь в виду, что такое очищение, будучи достигнуто однажды, не останется навсегда, поскольку давление, исходящее от Ид, Суперэго и внешнего мира, приводит к регрессии или же к прогрессу. Следовательно, другим важным моментом является то, насколько приемлемым для сознательного, разумного Эго аналитика являются эти агрессивные и либидозные мотивы. Осознание контрпереноса является еще одним моментом в побуждении психоаналитика, так как контрперенос может обеспечить те функции, которые ранее не осуществлялись должным образом из-за нейтрализации (различные точки зрения по этому вопросу можно найти в работах Винникот, 1956; Спитц, 1956а; Балинт, 1950а; Кан, 1963, 1964).

Было бы несправедливостью предъявлять к профессии психоаналитика такое жестокое требование, как свободное от конфликта, вины и тревоги получение и передача инсайта, и только. Следовало бы, чтобы эта деятельность приносила удовольствие аналитику. Ежедневная психоаналитическая работа трудна и часто болезненна для аналитика. Ему нужно и некоторое количество позитивного удовольствия при выполнении своих обязанностей, которое бы поддержало его, помогло сохранить живой интерес и заботу о своих пациентах. Удовольствие, получаемое от

слушания, наблюдения, исследования, представления и сочувствия, не только возможно, но и необходимо для оптимальной работоспособности аналитика (Шарпе 1947, с. 120—212; Счасц, 1958, с. 204—210).

Другая характеристика психоанализа, которая отличает его от всех других психотерапий, — это особое ударение на структурирование взаимоотношений между пациентом и терапевтом таким образом, чтобы мог развиваться невроз переноса. Для того чтобы облегчить развитие невротических реакций переноса, необходимо, чтобы аналитик вел себя совершенно особым образом, отличным от всех других отношений пациент — терапевт. Я имею в виду то, что кратко можно назвать инкогнито депривационное поведение психоаналитика. Это приводит нас к вопросу: «Какие мотивации могут побудить

– 475 –

человека избрать карьеру в области, где одной из его главных задач будет вести себя как относительно безответный чистый экран по отношению к пациенту, так, чтобы пациент мог проецировать и перемещать на этот экран неразрешенные и отверженные образы прошлого?

Этот аспект техники не представляет труда для тех аналитиков, которые склонны к изоляции, уходу, отрешенности. Трудности возникают тогда, когда эти аналитики оказываются неспособными изменить свое отношение и технику, когда аналитическая ситуация требует этого. На меня произвело сильное впечатление то, что, оказывается, многие аналитики чувствуют робость и неуверенность во время первичных интервью, когда они сидят лицом к лицу с пациентом. Они стремятся сократить число предварительных интервью для того, чтобы как можно быстрее обрести безопасность и комфорт, которые дает их положение за кушеткой. Анализ кандидатов со сходными проблемами обнаруживает, что они страдают определенной формой страха, связанного с ситуацией, когда они на кого-то смотрят, или с ситуацией, когда на них смотрят. Этот страх скрывает репрессированные эксгибиционистские побуждения и генерализованную агрессивность и сексуальность этой ситуации. Положение за кушеткой предоставляет им возможность смотреть при том условии, что на них не смотрят.

На меня произвело большое впечатление то, что значительное число психоаналитиков страдает повышенным чувством страха. Это столь поразительно, что я был вынужден признать, что одним из мотивов, который делает психоанализ привлекательным как профессию, является скрытое положение терапевта. Важный инструмент, облегчающий невроз переноса, который состоит в сдерживании аналитиком своих эмоциональных ответов и сохранении относительной анонимности, вероятно, служит и этой патологической склонности. Сдержанность и стремление к уединенности являются аналогичными здоровыми чертами характера, которые также могут сделать этот аспект психоаналитической техники привлекательным (Джонс, 1955, с. 406).

Решающим фактором является то, насколько фиксированной, ригидной и интенсивной является эта черта аналитика. Пока он проявляет достаточную гибкость и

– 476 –

может преодолевать свою робость, когда это необходимо, это, вероятно, не станет серьезной помехой. С другой стороны, сильные, не находящие выражения эксгибиционистские побуждения аналитика могут стать другой проблемой. Для них положение «за кушеткой» и непроявление своих эмоциональных ответов может привести к хронической фрустрации, которая, в свою очередь, может привести к появлению непоследовательного поведения или бессознательных провокаций и действию вовне пациента.

Генерализованный уход и отчуждение по отношению к пациенту являются значительно более грозными признаками и указывают на неспособность терапевта осуществлять психоанализ, не считая карикатурных вариантов истинной процедуры. Мой опыт работы с кандидатами, страдающими от этих проблем, показывает, что многие из них являются личностями, которые борются против сильной враждебности, ненависти и тревоги. Им необходимо находиться в некотором отдалении для того, чтобы справляться с гневом или паникой. Эти люди не подходят для психоаналитической работы, и, тем не менее, они добиваются ее, потому что при поверхностном взгляде она предоставляет им возможность избежать ужаса прямого контакта с людьми. Отчужденность — обычный вариант этого патологического поведения. Способность временно и частично отстраняться является необходимым

условием для психоаналитической работы, это особенно важно для развития невроза переноса. Ключевыми являются слова «временно и частично». Когда отчужденность контролируема, она ценна, когда она обязательна, зафиксирована, это уже противопоказания для выполнения аналитической работы.

Способность последовательно налагать депривации, фрустрировать зависит от способности причинять боль. Неразрешенные конфликты в области садизма, мазохизма и ненависти будут вызывать крайности или непоследовательность поведения. Чрезвычайно молчаливый аналитик, например, может скрывать хроническое пассивное агрессивное отношение (Стоун, 1961). Аналитики, которые практикуют в атмосфере сильной суровости, строгости, могут молча выражать свою враждебность, а также бессознательно провоцировать нападение, что является скрытой формой мазохистского удовлет-

– 477 –

ворения. Способность последовательно блокировать поиски пациентом симптоматических удовлетворений является решающей для развития невроза переноса. Для того чтобы делать это, не впадая в заблуждение из-за бессознательных садистских или мазохистских импульсов, аналитик должен быть способен снижать свою агрессивность и ненависть. Аналитик должен быть способен любить своего пациента в определенных пределах, и точно так же он должен быть способен ненавидеть своего пациента, тоже в определенных пределах. Любая боль, которую причиняет аналитик, будь это отчуждение, молчание, интерпретации или взимание платы, является производным ненависти. Важно, чтобы аналитик был способен делать это без неосознанной тревоги или вины и для терапевтического благоденствия пациента (Винникот, 1949).

Пациент часто становится носителем фантазии аналитика, он может представлять самого аналитика в прошлом или сейчас, или родителя и т. д. Таким образом, аналитическая ситуация предоставляет аналитику возможность прожить свои более или менее бессознательные фантазии «через» своего пациента. Как следствие этого, аналитик может непреднамеренно использовать пациента в качестве сообщника для воплощения своих репрессированных желаний. Поэтому неудивительно, что у аналитиков с такой тенденцией есть пациенты, которые делают это. Более удивительно, хотя это и встречается реже, что у аналитиков, которые ведут жизнь, полную ограничений и затруднений, встречаются пациенты часто и вопиющим образом действующие вовне. Бессознательно такие аналитики одобряют и разделяют данное поведение (Гринакре, 1950, с. 236).

Наряду с тем, что аналитическая ситуация способствует образованию фантазий у пациента, она оказывает такое же воздействие и на аналитика. То, что он сидит невидимым за кушеткой, его молчание, физические ограничения, введенные для него, эмоциональная сдержанность — все это способствует мобилизации воображения аналитика. Наиболее важным, однако, является тот факт, что невротические реакции пациента присваивают аналитику множество ролей. Он может стать дорогим возлюбленным или ненавидимым врагом, пугающим отцом или успокаивающей матерью для пациента.

– 478 –

Задача аналитика состоит в том, чтобы позволить реализоваться всем этим реакциям и вмешиваться только тогда, когда это полезно для пациента. Более того, его работа будет состоять и в том, чтобы приукрасить тот характерный тип, который перемещен на него. Для того чтобы получить лучшее понимание его значения для пациента.

Особым, странным образом аналитик становится молчаливым актером в пьесе, которую творит пациент. Аналитик не действует в этой драме, он старается остаться теневой фигурой, которая нужна пациенту для его фантазий. Тем не менее, аналитик помогает в создании характера, разрабатывая детали путем инсайта, эмпатии и интуиции. В этом смысле он становится режиссером в данной ситуации — жизненной частью пьесы, но не актером. Он подобен дирижеру симфонического оркестра. Он не пишет музыку, но он делает ее ясной и интерпретирует ее. Используя свое творческое воображение, аналитик участвует в фантазиях пациента как прояснитель и интерпретатор, но не как соучастник или провокатор (Крис, 1959; Берес, 1960; Розен, 1960; Стоун, 1961).

Прежде чем мы вернемся к мотивациям аналитика как лекаря больных и страдающих, необходимо обсудить некоторые вопросы, так как тема эта весьма противоречива. Многие аналитики, возможно, согласятся с выбором первых двух основных компонентов аналитической работы, а именно: 1) быть как

бы сборщиком и передатчиком инсайта; 2) вести себя так, чтобы быть относительно чистым экраном для невроза переноса пациента. Существуют значительные расхождения во мнениях относительно валидности и важности третьего момента: аналитик — человек, принявший на себя обязательство облегчить невротическое страдание пациента (Стоун, 1961, с. 12—17, 117—120). Для того, чтобы должным образом представить ту точку зрения, что терапевтические намерения аналитика являются жизненно важным фактором в практике психоанализа, я бы хотел коротко остановиться на некоторых исторических и научных основаниях для этого диспута. Для получения более полной картины я рекомендовал бы работы Фрейда (1926) и Джонса (1953, 1955, ч. 4; 1957, ч. 9).

С самых ранних работ Фрейда медики в целом, а нев-

– 479 –

рологи и психиатры в особенности относились к психоанализу враждебно и воинственно. Те терапевты, которые присоединились к психоаналитическому движению, не принадлежали к консервативному большинству. Я полагаю, что это остается верным и теперь. После Второй мировой войны психоанализ, по-видимому, стал более приемлем для психиатров, но не для представителей других областей медицины.

Те несколько терапевтов, которые присоединились к Фрейду, когда он был в изоляции, и сформировали психоаналитическое общество в Вене в 1902 году и Международную Психоаналитическую Ассоциацию в 1921 г., стояли более или менее в стороне от основных направлений медицинских ассоциаций. В то же самое время наиболее яркие вклады в психоанализ были сделаны людьми, вообще не имевшими отношения к медицине: это были Ганс Саш, Гермина Хаг-Хельмут, Оскар Пфистер, Отто Ранк, Мелани Клейн, Зигфрид Бернфельд, Теодор Рейк и Анна Фрейд. Двое из пяти членов «секретного комитета» Фрейда были практикующими аналитиками: Ганс Саш и Отто Ранк (Джонс, 1955, г. 6). Собственная академическая подготовка Фрейда была весьма далека от таковой обычного терапевта. Весной 1926 г. Т. Рейк предстал перед австрийским судом как шарлатан, и позже, в том же году, Фрейд написал небольшую книгу в защиту психоанализа. В этой книге Фрейд писал: «После сорока одного года медицинской деятельности приобретенные мною знания говорят мне, что я никогда не был доктором в общепринятом смысле. ...Я не знаю, было ли в раннем детстве у меня желание помогать страдающему человечеству... Не думаю, однако, что отсутствие у меня обычного, свойственного медикам, темперамента причинило большой вред моим пациентам. В этом отношении гораздо важнее, является ли терапевтический интерес доктора слишком эмоционально выраженным. Помощь пациентам будет оказана лучше, если доктор выполняет свою задачу хладнокровно, как можно точнее соблюдая правила» (1926, с. 253—254).

По моему мнению, самооценка Фрейда не точна, возможно, она вызвана его враждебностью по отношению к медицинской профессии в тот момент. Я пытался показать терапевтическое отношение Фрейда при работе с

– 480 –

пациентами в цитатах, приведенных в секции 4.223. Я согласен с Фрейдом и другими, что курс медицинской школы не идеальная подготовка для психоаналитика и что предпочтительнее комбинация определенной медицинской подготовки и знаний в области социальных наук, наук, посвященных человеку, а также знание литературы. Фрейд утверждал следующее: «Я вынужден признать, что пока не существует таких школ для подготовки аналитиков, каких бы мы хотели, наилучшими кандидатами для будущих аналитиков являются люди с медицинским образованием» (1926, с. 257).

Вопреки отношению Фрейда я утверждаю, что терапевтическое намерение аналитика является жизненно важным, если он практикует психоанализ как метод лечения. Я не говорю, что это побуждение стать исцелителем больного может быть получено только в ходе медицинской подготовки, но, вне зависимости от того, откуда оно появилось, оно является существенным элементом практического психоанализа как терапии. По моему личному опыту я магу сказать, что я не знал ни одного эффективно практикующего психоаналитика, который не чувствовал бы сильного желания облегчить страдания своих пациентов. Я тоже встречал психоаналитиков со степенями, которые, в сущности, были только исследователями или сборщиками данных, а их терапевтические результаты были ниже всяких ожиданий. Я знал аналитиков без медицинского образования, которые были

целителями по своему способу работы, и их пациенты ничуть не страдали от отсутствия у них степени. Мне бы хотелось уточнить, что под побуждением помочь больному и страдающему я имею в виду то, что Стоун назвал искренним, ясным, терапевтическим, целительным обязательством, глубоким, продуманным желанием помочь или излечить (1961, с. 119—120). Я не имею под этим в виду неистовое терапевтическое рвение.

Психоанализ не является тем лечением, которое выбирается в чрезвычайных случаях, не подходит он и для первой психиатрической помощи. Когда такие случаи возникают в ходе курса анализа, обычно бывает необходимо провести какую-то неаналитическую психотерапию. Хорошо подготовленный психоаналитик должен быть готов проделать это, имея целью предохранить аналити-

– 481 –

ческую ситуацию. Психоанализ является длительным лечением; терапевтическая мотивация аналитика не должна быть большой интенсивности, но она должна сохраняться все годы лечения.

Время от времени в психоаналитической литературе можно встретить такое мнение, что желание облегчить страдание пациента является антагонистичным анализу и пониманию его проблем (Шарпе, 1947, с. 216). Иногда кажется, что аналитиков больше заботит соблюдение чистоты психоанализа, чем улучшение его терапевтических результатов (Ваельдер, 1960, с. 116; Рамзи, 1961; Эйсслер, 1956). Другие склонны делать ударение на пассивной роли «аналитика-катализатора» и недооценивают важность технических навыков (Меннингер, 1958, с. 11, 128). Описание взаимоотношения пациент — аналитик как «партии на два голоса», т. е. как «партии первого голоса» и «партии второго голоса», преуменьшает и затемняет особую важность терапевтических отношений аналитика (Меннингер, 1958).

По моему убеждению, терапевтическая сторона аналитика в аналитической ситуации чрезвычайно важна как для пациента, так и для самого аналитика. Для пациента лечащий аналитик является имеющим власть активатором невроза переноса и рабочего альянса (Стоун, 1961, с. 84—87). Образ доктора возбуждает у пациента воспоминания, фантазии и чувства из детства, которые он испытывал по отношению к авторитетной, деспотичной, непостижимой и магической фигуре, обладающей властью даже над всемогущими, всеведующими родителями. Именно доктор приходил и принимал бразды правления, когда родители были больны и испуганы. Именно доктор был вправе исследовать обнаженное тело, у него не было ни страха, ни отвращения к крови, слизи, рвоте, моче и калу (Фрейд, 1926, с. 206). Он избавлял от боли и паники; восстанавливал порядок вместо хаоса; выполнял те чрезвычайно важные функции, которые выполняет мать в первые годы жизни. Кроме того, врач причинял боль, делал надрезы, прокалывал плоть и осматривал все отверстия на теле. Он напоминает о матери в связи с интимными вопросами тела и садомазохистских фантазиях, связанных с обоими родителями.

Для психоаналитика, по моему убеждению, наиболее

– 482 –

важным является его терапевтическое обязательство перед пациентом, что делает возможным для него последовательно использовать разнообразные «неестественные» приемы, чего требует от него психоанализ, не становясь при этом приверженным ритуалу, или авторитарным, не отдаваясь и не сучая. Я имею здесь в виду такие профессиональные опасности, которые возникают, когда аналитик выслушивает час за часом свободные и несвободные ассоциации, обращая при этом внимание на все детали, слушая, главным образом, молча, показывая только хорошо модулированные эмоциональные ответы, позволяющие аналитику стать переключателем эмоциональных взрывов пациента, вмешиваясь только для блага пациента, позволяя влюбиться в себя (на интеллектуальном уровне) и не успокаивая при этом, или перенося поношение, не защищаясь и не контрактируя.

Главным является нижележащее посвящение себя задаче помощи и исцеления больного, которое помогает аналитику в таких условиях сохранять эмоциональную озабоченность и сочувствие к пациенту, не проявляя слишком большую защиту как мать или не отстраняясь как исследователь. Терапевтическое отношение подразумевает постоянное осознание болезненного и беспомощного состояния пациента, а также учет тех процедур и процессов, которые необходимы для терапевтических результатов. Доктор значительно реальнее оценивает то количество боли, которое может вынести пациент, чем его мать, отец или исследователь.

Вместе с тем положение аналитика сочетает и положение матери, и положение исследователя (я исключил из обсуждения отца, потому что это увело бы нас слишком в сторону). Я полагаю, что идеальный аналитик является отцом с материнскими чертами или матерью, несущей отцовские черты, эта двойственность относится к функциям, а не к сексуальным характеристикам. Аналитически ориентированный терапевт должен быть в эмпатическом (материнском) контакте со своими пациентами, так чтобы он мог развить их потенциальные способности, защищать их права и достоинства, знать разницу между причиняющими и не причиняющими боль удовлетворениями, границы их депривационной толерантности, быть в состоянии годами ждать плодов своих

– 483 –

трудов. Как терапевт он также должен быть способен сохранять дистанцию между собой и пациентом, так чтобы он мог «исследовать» данные пациента, т. е. вспоминать, сортировать, думать, оценивать, подводить теоретическую базу, рассуждать и т. д. Более того, аналитик должен быть способен легко входить в позиции матери и исследователя и вмешиваться в обоих этих качествах. В простоте его действий и состоит сложность, ведь он — терапевт.

Теперь мы можем, наконец, вернуться к нашему первоначальному, вопросу: что побуждает человека избрать такое поприще, на котором он посвятит всю свою жизнь лечению больных и страдающих невротиков. Шутка, которая была популярна последнее время, содержит весьма большую долю правды в отношении этого вопроса. Загадка: «Кто такой психоаналитик?» Ответ: «Доктор-еврей, который не выносит вида крови!» Эта шутка обращает внимание на некоторые важные моменты. Фрейд адресовал самому себе вопрос о том, что движет человеком, посвящающим себя профессии психоанализа, и, хотя сам он не ответил на этот вопрос, тем не менее, отметил два ранних источника терапевтического отношения: «Моя природная расположенность к садизму не была очень сильной, так что у меня не было потребности развивать это как один из его дериватов. Я также никогда не играл в «доктора», моя инфантильная любознательность выбирала себе другие пути».

Я полагаю, что важную роль играют прегенитальные садистические побуждения, которые вносят свой вклад в интерес к лечению, это было отмечено еще в первой работе, посвященной играм в «доктора» Симмела (1926). Такие побуждения могут быть определены клинически по явно садистскому поведению докторов, которые причиняют излишнюю боль и увечья, по реактивной формации у нерешительных, заторможенных докторов и по явлениям замещения и восстановления у обремененных виной. В качестве примера относительно хорошо нейтрализованных агрессивных тенденций можно привести таковые у хирурга, который способен принять свободное от конфликтов решение оперировать, что он и делает с ловкостью и быстротой, и который потом не чувствует ни чрезмерного триумфа, ни вины.

– 484 –

Либидозный вклад в терапевтическое обязательство происходит из прегенитальных и эдиповых источников. Побуждение проникнуть внутрь в тело или разум другого может быть мотивировано стремлением к слиянию и близости, но также и деструктивными побуждениями. Анально-эротическое удовольствие может проявиться совершенно очевидно в чрезмерном интересе к «грязным» аспектам лечения, а также в реактивной формации — чрезмерной чистоплотности.

Одним из самых главных вкладов Симмеля был его инсайт в роль доктора как возможность актуализаций сексуального, садомазохистского неправильного понимания примитивной сцены в детстве (с. 292—293). Терапевт может быть садистом-отцом, который сексуально мучает ставшую жертвой пациента-мать, он может стать избавителем, а может ассоциироваться с жертвой. Иногда обнаруживается, что терапевт пытается отреагировать фантазию, когда делает со своими пациентами то, что хотел бы, чтобы его родители делали с ним в детстве; это может быть разновидностью гомосексуализма и инцеста. Лечение больного может также происходить из «кормящей» матери, которая облегчает боль, накормив грудью ребенка (с. 303).

Другие важные факторы могут происходить из различных защитных действий. Лечение больного может служить как бы способом преодоления страха болезни, контрфобической активностью. Аналитик явно стремится к тому, чего он страшится, что произойдет, если он будет пассивен (Феничел, 1939). Защитная активность переходит в сферу сублимации и нейтрализации. Поиск знания и истины может

стать деинстинтуализированным и свободным от тревоги дериватом побуждения получить доступ к незнакомому и опасному телу и разуму. Чувство родства со страдающим человечеством может также играть роль в желании бороться против тирании ненужной боли.

Психоаналитик отличается от всех других терапевтов тем, что у него нет телесного контакта с пациентом, несмотря на высокую степень духовного контакта. Он больше напоминает мать в отношении телесного разделения, чем мать в отношении телесной близости (Стоун, 1961, с. 105). Более того, аналитик делится своими чувствами и находками с пациентом больше, чем любой

– 485 –

другой терапевт, — момент, который, ставит его ближе к профессору, учителю.

Завершая эту дискуссию о мотивации, стоит повторить два основных момента. Первый — источник стремления стать терапевтом не является решающим фактором; решающим является то, насколько хорошо деинстинтуализирована и нейтрализована дериватная активность. Второй — если нейтрализация не успешна или только частично успешна, следующим вопросом будет — приемлемы ли эти примитивные предшественники для разумного Эго терапевта и, следовательно, поддаются ли они влиянию и обузданию? Если все это есть, тогда эти побуждения будут не только безболезненны, но могут также стать ценными индикаторами продвижения пациента.

4.3. Какие требования предъявляет психоанализ к аналитическому окружению

Термин «аналитическое окружение» относится к физическому обрамлению и обычным процедурам психоаналитической практики, которые характерны для процесса прохождения психоанализа. Хотя и верно, что при изменении одного или другого из этих элементов проведение психоанализа будет возможным, так же верно, что аналитическое окружение влияет на разнообразные процессы, происходящие во время психоаналитического лечения. Например, мы знаем, что реакции переноса спонтанно имеют место у невротиков, которые не проходят психоаналитическую терапию. Вместе с тем мы знаем, что аналитическое окружение облегчает и увеличивает число проявлений этих реакций.

Хотя Фрейд тщательно описал, как он подходит к установлению различных процедур и определенного режима при работе с новыми пациентами, он не концептуализировал, чего именно ждет от них, какого вклада (Фрейд, 1912б, 1913б). То, что у него были какие-то ожидания в этом плане, можно увидеть из его работы о переносе любви, где он отмечает, что то, что пациент влюбляется, «индуцировано» и «спровоцировано» аналитической ситуацией (Фрейд, 1915а, с. 160—161, 168).

Еще относительно недавно психоаналитическая литература подчеркивала преобладающую важность про-

– 486 –

шлой истории пациента и отношения аналитика (относительно нейтрального и пассивного, а также сохраняющего инкогнито) как факторов, определяющих течение реакций переноса. Хотя все это по-прежнему остается в силе, мы знаем сегодня, что определенные элементы аналитического окружения и процедур могут ускорять и сдерживать это развитие. Работы Макалпин (1950), Гринакре (1954), Левина (1955), Спитца (1956) и Стоуна (1961) особенно ценны для понимания важности аналитического окружения для эволюции различных реакций переноса.

Придерживаясь данных ранее формулировок, касающихся взаимоотношений пациента и аналитика, мы исследуем аналитическое окружение с точки зрения того, какие из элементов способствуют развитию невроза переноса и какие облегчают рабочий альянс, т. е. что побуждает пациента регрессировать и что помогает ему сохранить более взрослый уровень функционирования. Существенно, что аналитическое окружение постоянно обеспечивает себе возможности (Гринсон, 1965а).

То обстоятельство, что два человека постоянно встречаются наедине в течение длительного времени, вызывает интенсивную эмоциональную вовлеченность. Тот факт, что один из них испытывает

затруднения и относительно беспомощен, а другой — специалист, предлагающий помощь, способствует развитию неуравновешенных отношений, так что человек, имеющий затруднения, склонен регрессировать в некоторую форму инфантильной зависимости (Гринакре, 1954). Тот порядок, что пациент лежит на кушетке, также вносит свой вклад в регрессию. Положение «откинувшись назад» перенесено из тех дней, когда применялся гипноз и различные попытки погрузить пациента в сон (Левин, 1955; Кан, 1962). Сокращение внешних стимулов, тот факт, что пациент не видит аналитика, что аналитик относительно молчалив, что между ними нет физического контакта, также усиливает напоминающее сон состояние (Макалпин, 1950; Спитц, 19566).

Спитц (19566) также подчеркивает тот факт, что пациент находится в лежачем положении и, следовательно, ниже, чем сидящий над ним сзади аналитик, что движения его тела ограничены, что он говорит, но не видит кому, — все это толкает пациента в направле-

– 487 –

нии безобъективности. Гринакре (1954) было высказано предположение, что эта комбинация элементов кратко повторяет взаимоотношения мать — ребенок в первые месяцы жизни. Свободная ассоциация сама по себе является приглашением к регрессии по направлению к первичному процессу и сновидению (Макалпин, 1950; Левин, 1955). Она походит на детский лепет в том, что мы просим его говорить все без выделения чего-либо и не думая об ответственности за свои слова (Спитц, 19566).

Порядок, соблюдаемый аналитиком, также вносит свой вклад в пользу регрессии. Его относительная анонимность, приглушенность эмоциональных ответов и общее депривационное отношение к невротическим желаниям пациента облегчают развитие невроза переноса (Макалпин, 1950; Спитц, 19566). То обстоятельство, что аналитик является врачом, пользующимся больным, терапевтом, также активизирует множество инфантильных предшественников доктора в фантазийной жизни пациента (см. секцию 4.23).

Множество рутинных моментов, которые выше были описаны как облегчающие регрессию в отношении инфантильного невроза, также вносят свой вклад в формирование и поддержание рабочего альянса, если они выполняются последовательно, часто и в течение длительного периода времени. Все процедуры, которые становятся предсказуемыми, вызывают некоторое чувство сотрудничества; они будут вызывать чувство доверия, которое является основой рабочего альянса. Сотрудничество и доверие делают возможным для пациента позволить самому себе регрессировать потому, что они дают ему мужество рискнуть отказаться от невротической защиты и испытать новую форму адаптации. Ежедневная работа аналитика с пациентом, его неослабевающие поиски инсайта и понимания, уважение и защита прав, возможностей и достоинства пациента, его забота и сочувствие, а также искреннее и обдуманное обязательство облегчить невротическое страдание пациента должны быть частью аналитической атмосферы.

Одной из характеристик процессов психоанализа является диалектичность. Ненасытное инстинктивное желание невротического пациента может перейти (даже при вознаграждении аналитиком) во фрустрацию. Амбивалентность пациента может превратить терапевтическую

– 488 –

заботу аналитика в форму отвергания, а терпение аналитика — в безразличие. Трудность этого процесса состоит в относительной силе разумного Эго пациента по отношению к Ид, Суперэго и внешнему миру в данный момент. Отношение к аналитику зависит от всех этих факторов.

Примером этой двойственности может служить то, что любое вмешательство может ощущаться и как убаюкивание, и как настойчивое требование пробуждения. Какие-то вроде бы незначительные, не поддающиеся учету события повседневной жизни могут сыграть решающую роль. Несмотря на тот факт, что аналитическое окружение важно для психотерапевтического лечения, оно не может заменить психоаналитической техники: искусства интерпретации и искусства отношений с человеком. Следует всегда помнить, принимая это со смирением, что даже при самой лучшей технике требуется продолжительное время для того, чтобы преодолеть страшную тиранию прошлого невротического пациента и его навязчивое повторение (Гринсон, 1966).

– 489 –

Дополнительный список литературы

Общие вопросы

Альтман (1964), Гринакре (1954), Гринсон (1966), Хаак (1957), Кан (1960, 1962), Левин (1955, 1959), Макалпин (1950), Спитц (1956а, 1956б), Стоун (1961).

Черты личности и характера, которые требуются от пациента при анализе

Асронс (1962), Гутман (1960), Кнапп, Левин, Мекартер, Вермер и Зетцель (1960), Розенберг (Зетцель) (1949), Вальдборн (1960).

Удовлетворение и фрустрация в аналитической ситуации

Гловер (1955), Гринакре (1959), Хоффер (1956), Куби (1950), Меннингер (1958), Нахт (1957).

– 490 –

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие редактора перевода	3
Введение	4

Часть 1. ОБЗОР ОСНОВНЫХ КОНЦЕПЦИЙ

1.1. История развития психоаналитической терапии	10
1.11. Изменения в технических процедурах	11
1.12. Изменения в теории терапевтического процесса	13
1.2. Теоретические основы техники	19
1.21. Связь между теорией и практикой	19
1.22. Психоаналитическая теория невроза	21
1.23. Метапсихология анализа	25
1.24. Теория психоаналитической техники	31
1.3. Компоненты классической психоаналитической техники	39
1.31. Продуцирование материала	39
1.311. Свободная ассоциация	39
1.312. Реакции переноса	41
1.313. Сопротивления	43
1.32. Анализирование материала пациента	45
1.33. Рабочий альянс	57
1.34. Неаналитические процедуры и процессы	59
1.4. Показания и противопоказания для психоаналитической терапии.	
Предварительный обзор	63
Дополнительный список литературы	69

Часть 2. СОПРОТИВЛЕНИЕ

2.1. Рабочие определения	71
2.2. Клинические проявления сопротивления	72
2.21. Пациент молчит	72

2.22. Пациент «не чувствует себя способным рассказывать»	73
2.23. Аффекты, являющиеся признаком сопротивления	74
2.24. Поза пациента	75
2.25. Фиксация во времени	75
2.26. Мелочи или внешние события	75
2.27. Избегание тем	76
2.28. Ригидность	77
2.29. Язык избегания	78
2.210. Опоздания, пропуски сеансов, забывчивость при оплате	79
2.211. Отсутствие сновидений	80
2.212. Пациенту надоело	80
2.213. У пациента есть секрет	81
2.214. Действие вовне	81
2.215. Частые веселые сеансы	82
2.216. Пациент не изменяется	82
2.217. Молчаливое сопротивление	82
2.3. Исторический обзор	84
2.4. Теория сопротивления	90
2.41. Сопротивление и защита	90
2.42. Сопротивление и регрессия	97
2.5. Классификация сопротивлений	100
– 491 –	
2.51. В соответствии с источником сопротивлений	100
2.52. В соответствии с точками фиксации	104
2.53. В соответствии с типами защиты	107
2.54. В соответствии с диагностической категорией	110
2.55. Практическая классификация	111
2.6. Техника анализа сопротивления	114
2.61. Предварительные замечания	114
2.611. Динамика лечебной ситуации	117
2.612. Как аналитик слушает	118
2.62. Распознавание сопротивления	120
2.63. Конфронтация: демонстрация сопротивления	124
2.64. Прояснение сопротивления	127
2.65. Интерпретация сопротивления	133
2.651. Интерпретация мотива сопротивления	133
2.652. Интерпретация формы сопротивления	141
2.653. Резюме	145
2.66. Специальные проблемы при анализировании сопротивления	148
2.661. Сопротивления на первых сеансах	148
2.662. Секрет	151
2.67. Отклонения в технике	157
2.7. Правила техники, касающейся сопротивлений	161
2.71. Анализ сопротивлений до (прежде) содержания: анализ Эго до Ид; анализ «начиная с поверхности»	161
2.72. Пациент определяет предмет сеанса	172
2.73. Исключения из правил	174
2.731. Минорные сопротивления	174
2.732. Утрата функций Эго	174
Дополнительный список литературы	177

3.1. Рабочие определения	178
3.2. Клиническая картина: общая характеристика	182
3.21. Неуместность	183
3.22. Интенсивность	184
3.23. Амбивалентность	187
3.24. Непостоянность	188
3.25. Стойкость	189
3.3. Исторический обзор	191
3.4. Теоретическое обсуждение	200
3.41. Происхождение и природа реакций переноса	200
3.411. Перенос и объектные отношения	202
3.412. Перенос и функции Эго	204
3.413. Перенос и повторение	207
3.414. Перенос и регрессия	211
3.415. Перенос и сопротивление	213
3.42. Невроз переноса	215
3.5. Рабочий альянс	223
3.51. Рабочее определение	225
3.52. Обзор литературы	227
3.53. Развитие рабочего альянса	229
3.531. Отклонения в рабочем альянсе	229
3.532. Рабочий альянс у классического аналитического пациента	236

– 492 –

3.54. Источники рабочего альянса	240
3.541. Вклад пациента	240
3.542. Вклад аналитической ситуации	242
3.543. Вклад аналитика	243
3.6. Реальные отношения между пациентом и аналитиком	252
3.7. Клиническая классификация реакций переноса	261
3.71. Позитивный и негативный перенос	262
3.711. Позитивный перенос	262
3.712. Негативный перенос	272
3.72. Реакции переноса с точки зрения объектных отношений	278
3.73. Реакции переноса с точки зрения либидозных фаз	281
3.74. Реакции переноса с точки зрения структуры	282
3.75. Идентификация как реакция переноса	286
3.8. Сопротивления переноса	290
3.81. Поиск удовлетворения переноса	291
3.82. Защитные реакции переноса	296
3.83. Генерализованные реакции переноса	301
3.84. Отыгрывание вовне (действие вовне) реакций переноса	304
3.841. Отыгрывание в аналитическом окружении	310
3.842. Отыгрывание вовне вне анализа	314
3.9. Техника анализирования переноса	317
3.91. Общие замечания	317
3.92. Гарантирование переноса	320
3.921. Психоаналитик как зеркало	320
3.922. Правило абстиненции	325
3.93. Когда мы анализируем перенос?	332
3.931. Когда он является сопротивлением	332
3.932. Когда достигнут оптимальный уровень интенсивности	336
3.933. Некоторые модификации и разработки	340
3.934. Когда ваше вмешательство будет добавлять новый инсайт	342

3.9341. Сильные аффекты	344
3.9342. Противоречия	345
3.9343. Повторения	346
3.9344. Сходства	347
3.9345. Символизм	347
3.9346. Ключевые ассоциации	348
3.94. Этапы в технике анализирования переноса	350
3.941. Демонстрирование переноса	351
3.9411. Молчание и терпение	351
3.9412. Конфронтация	352
3.9413. Использование очевидности	354
3.942. Прояснение переноса	357
3.9421. Поиски интимных деталей	357
3.9422. Поиски переключателя переноса	362
3.943. Интерпретация переноса	366
3.9431. Поиски аффектов побуждений и отношений	369
3.9432. Прослеживание предшественников фигуры переноса	371
3.9433. Исследование фантазий переноса	373
3.944. Тщательная проработка интерпретации переноса	375
3.9441. Теоретические замечания	375
3.9442. Клинический материал	376
3.9443. Технические процедуры: поиск и реконструкция	380
3.945. Дополнения	386
3.10. Специальные проблемы при анализировании реакций переноса	387
3.10.1. Сильные эмоциональные волнения и опасные актуализации	389
3.10.2. Сеанс в понедельник	393
3.10.21. Уик-энд как праздник	394
3.10.22. Уик-энд является оставлением	395
3.10.23. Уик-энд и функции Эго	397
3.10.24. Другие клинические данные	398
3.10.25. Технические проблемы	399
3.10.3. Реакции переноса, вызывающие затруднения	401
3.10.31. Ошибки в оценке способности к переносу	402
3.10.311. Эротизированный перенос	403
3.10.312. Замаскированный искаженный психоз	406
3.10.313. Другие типы трудных реакций переноса	409
3.10.32. Ошибки в технике	412
3.10.321. Случайные ошибки	412
3.10.322. Ошибки, связанные с длительным вмешательством контрпереноса	415
3.10.323. Другие затяжные ошибки в технике	418
3.10.4. Вопрос о смене аналитика	421
3.10.5. Кандидаты в практикующие аналитики	424
Дополнительный список литературы	425

Часть 4. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

4.1. Чего психоанализ требует от пациента	427
4.11. Мотивация	427
4.12. Способности	429
4.13. Черты личности и характера	432
4.2. Чего психоанализ требует от психоаналитика	433

4.21. Умения, которые требуются от психоаналитика	435
4.211. Понимание бессознательного	435
4.212. Сообщение пациенту	443
4.213. Облегчение развития невроза переноса и рабочий альянс	448
4.22. Черты личности и характера психоаналитика	452
4.221. Черты, связанные с пониманием бессознательного	453
4.222. Черты, имеющие отношение к общению с пациентом	457
4.223. Черты, имеющие отношение к облегчению развития невроза переноса и рабочего альянса	463
– 494 –	
4.23. Мотивации психоаналитика, которых требует аналитическая ситуация	472
4.3. Какие требования предъявляет психоанализ к аналитическому окружению	486
Дополнительный список литературы	490

– 495 –

ПРИМЕЧАНИЕ. Номера страниц в данном тексте указаны так, как даны в книге.

Текст печатается по изданию: **Ральф Р. ГРИНСОН. Техника и практика психоанализа. Воронеж, НПО «МОДЭК», 1994. 491 с.**
