

# Психоанализ и психоаналитическая психотерапия

Роберт Л. Стюарт, Харьков, 1999 УДК 159.962 (082) Стюарт Р. Психоанализ и психоаналитическая психотерапия / Перевод с англ. Д.В.Полтавца; научн. редакция И.Ю.Романова. — Харьков, 1999.

Работа Р.Стюарта была включена в первое издание американского учебника по психиатрии под редакцией Х.Каплана и Б.Сэдока. К сожалению, данная работа не вошла в русский перевод учебника, хотя представляет безусловный интерес для всех, кто интересуется современным психоанализом.

Книга может быть рекомендована в качестве учебного пособия как для студентов, так и для практикующих психиатров, психотерапевтов и психологов. Все они найдут здесь полное и доступное изложение современных взглядов на психоаналитическую терапию, описание ее основных видов и методов.

## Введение

Проблемы, заставляющие людей обращаться к психиатру, можно разделить на два вида: те, что, по всей видимости, имеют свое начало в прошлой жизни пациента, и те, что, скорее всего, обязаны своим происхождением текущим стрессам, как внешним, так и внутренним. В клинической практике эти виды проблем никогда не встречаются в чистом виде. Проблемы, связанные с текущими внешними стрессами, накладываются на старые и постоянные трудности, резонируя с ними, что предопределяет неадекватные реакции на конкретные стрессовые ситуации. Кроме того, некоторые пациенты устраивают свою жизнь таким образом, что и они сами и окружающие уверены в постоянно преследующей их несчастливой судьбе. Будучи достаточно скептическим и, вместе с тем, доброжелательным, терапевт может обнаружить закономерности прошлой жизни в стереотипно повторяющихся трудностях сегодняшней жизни пациента и убедиться в том, что сам пациент играет в них значительно более существенную роль, чем это предполагалось вначале.

В случае, когда трудности пациента в основном относятся к прошлому и постоянно проявляют себя в настоящем, психоанализ предоставляет пациенту наилучшую возможность расстаться со старыми проблемами. Уникальные условия аналитической ситуации создаются для того, чтобы вытянуть на свет старые чувства и фантазии, как следует изучить их, раз и навсегда отделить прошлое от настоящего. Наоборот, вызывать феномены регрессии в дополнение к тем, с которыми пациент начинает лечение, может быть не только не обязательно, но и нежелательно, если проблемы в основном связаны с настоящим. В последнем случае, некоторые формы психоаналитической терапии, где не столь выражен акцент на изучении архаических паттернов поведения, могут дать значительно больший эффект.

В этом разделе психоанализ и производные, тесно связанные с ним формы психотерапии рассматриваются в качестве континуума. Эта точка зрения не разделяется некоторыми аналитиками, которые склонны сводить все психогении к одной причине и назначать одно лечение. Для этих аналитиков практически не существует разницы между часом психотерапии и часом психоанализа, несмотря на природу проблем пациента. Действительно, и психоанализ и психоаналитическая терапия используют психоаналитическое понимание поведения человека; оба вида лечения пытаются изменять поведение терапевтическим путем с помощью таких психологических методов как конфронтация, прояснение и интерпретация; оба требуют интроспекции со стороны пациента и эмпатического понимания со стороны терапевта; оба требуют постоянного внимания к контрпереносу. Вместе с тем, психоанализ в основном полагается на интерпретации; он концентрируется на развитии аналитических взаимоотношений, трактуя последние как закрытые с момента развития «невроза переноса» (возможно, лучше было бы сказать «болезни» переноса). Также психоанализ предполагает стандартизованную версию внешней среды, которая описывается в таких терминах как «достаточно хорошая мать» или «среда умеренных ожиданий». Психоаналитическая психотерапия, напротив, зачастую подчеркивает особенности реальной жизни пациента и минимизирует рассмотрение аспектов взаимоотношений терапевта и пациента, если они не мешают проведению лечения. Психоаналитическая психотерапия использует такие методы как поддержка, советы, изменения в непосредственном окружении больного, и многое другое в виде дополнения к интерпретациям. Эти отличия особенно заметны на практике. Зачастую трудно решить, является ли данное лечение психоанализом или же психоаналитической психотерапией. В то же время, оба конца этого континуума могут быть столь несхожи, что обе формы терапии кажутся несвязанными между собой.

В основе всех видов психоанализа и производных от него видов психотерапии лежат взаимоотношения терапевта и пациента здесь и теперь. Взаимоотношения формируются на том основании, что терапевт и пациент — взрослые люди, вовлеченные в важную для обоих здесь и теперь деятельность. Правильное использование этих взаимоотношений имеет решающее значение для успешного исхода анализа или психотерапии.\*

## **История психоанализа**

До тех пор, пока раздел науки не выкристаллизуется в парадигму или набор принципов, в отношении которых у всех, работающих в этой области, имеется относительное согласие, невозможно создать учебник, который бы описал развитие и становление основных положений. Оригинальные источники составляют сердцевину такого раздела науки, и все изучающие его должны иметь полное представление об этих источниках. Психоанализ, несмотря на мнение некоторых авторов, не достиг той стадии развития, когда легче ознакомиться с предметом, читая учебник, а не первоисточники. Только тесное знакомство с последними позволяет аналитику отличить новую идею от старой. В этом разделе термин «психоанализ» используется для обозначения анализа, основанного на работах Фрейда и его последователей, хотя, наряду с этим, многое можно почерпнуть из работ авторов, по каким-либо причинам отошедших от основного направления в развитии психоанализа.

Фрейд говорил, и впоследствии это повторялось несчетное количество раз, что под психоанализом подразумеваются, по меньшей мере, три вещи: метод лечения неврозов, свод теорий о психологической деятельности человеческих существ и метод исследования нормального и ненормального развития психики, глубин человеческой души. В этой книге описаны в основном понятия, имеющие отношение к терапии, но следует помнить, что теория, практика и исследование тесно связаны друг с другом и оказывают большое взаимное влияние. Наблюдение за пациентом может привести к появлению новых мыслей, которые в свою очередь приводят к изменению теории и практики, что вновь стимулирует наблюдение за пациентами с несколько иных позиций.

Обычно выделяют несколько стадий в развитии психоанализа, каждая из которых имеет свои собственные лечебные цели и техники, теории и исследовательские интересы. Обычно выделяют период формирования, когда были сделаны первые клинические наблюдения и созданы первые теории психической деятельности и развития неврозов. Этот период включает ранние работы Брейера, а позже Фрейда и Брейера, по истерии, охватывая 1881-1900 г.г., до момента, когда Фрейд опубликовал «Толкование сновидений». Затем последовал период интенсивного исследования бессознательного, создание более совершенных теорий психической деятельности, разработка теории инстинктов и развитие техники психоанализа в ее современном виде. Этот период окончился оформлением структурной теории Эго в работе «Я и Оно» (1923). Новая структурная теория, выросшая из тех клинических наблюдений, которые нельзя было объяснить на основе предшествующих построений, позволила направить интерес аналитиков к таким сферам, как создание новой теории тревоги, понимание личностных черт характера, негативные терапевтические реакции и т.д. Работа Анны Фрейд (Anna Freud) «Эго и механизмы защит» (1936) часто рассматривается в качестве начала современной эры в развитии психологии Эго. Следует обратить внимание на то, что часто остается вне пределов внимания историков — рост интереса к объектным отношениям. Фрейд в своей теории оставил место для изучения реци-прокных взаимодействий индивида с своим окружением — т.е. его внешними и внутренними «объектами» — но интерес к данной области не проявлялся до конца 20-х годов. С этого времени развивается «школа» объектных взаимоотношений, которая очевидно отличается от психологии Эго. Вместе с тем, несомненно, что оба направления взаимно обогащают друг друга.

Этот очень короткий исторический обзор может помочь начинающему составить поверхностное представление о развитии психоанализа. Следует помнить, что драматические прорывы столь же редки в истории психоанализа, сколь и в случае проведения анализа отдельных пациентов.

## **Период формирования**

Пациентка, лечение которой привело к созданию психоанализа, известна в литературе как Анна О. Анна О. была замечательной молодой женщиной, умной, привлекательной и энергичной. Она была хорошо образована, в совершенстве знала английский (естественно, кроме немецкого), читала по-французски и по-итальянски. Она заболела, когда ухаживала за своим тяжело больным отцом. Первым ее симптомом была физическая слабость. По мере развития заболевания возникали все новые и новые расстройства моторных и зрительных функций, что в конце концов привело к развитию довольно типичного случая раздвоения личности. Одна личность говорила по-немецки, а вторая — по-английски. Одной из поразительных черт расстройства было то, что одна личность повторяла все действия, сделанные другой ровно 365 дней назад. Для будущего психоанализа было важно то, что Анна О. владела способностью самогипноза и позже каждый день она погружалась в гипнотический транс. Йозеф Брейер (Josef Breuer), ее врач, обнаружил, что симптомы болезни исчезают практически полностью, когда, во время аутогипнотического транса, она детально описывала обстоятельства их появления. Этот процесс пациентка называла «разговорное излечение», или, в шуточной форме, «чисткой труб».

Терапевтическое внимание Брейера к своей пациентке выглядело странным для его коллег, так как он ежедневно посещал ее, чтобы узнать, что нового произошло в этот день (фрау Брейер стала первой «психоаналитической вдовой»). В конце концов, Брейер начал проводить утренние сеансы гипноза, надеясь провести свою катартическую терапию. После примерно годичного курса Брейер отказался от лечения. Детали этого события сегодня не очень понятны. Скорее всего, у нее развился *pseudolues* (мнимая беременность), и Брейер, примерный семьянин, был встревожен таким поворотом событий. Анна О. выздоравливала в течение нескольких лет, и достоверно известно, что она все-таки поправилась. Эрнст Джонс (Ernst Jones) обнаружил, что ее настоящее имя было Берта Паппенгейм (Bertha Pappenheim); впоследствии она стала основательницей Лиги еврейских женщин, писала книги. Кроме того, она является первым в мире социальным работником. Брейер лечил ее в 1880 г., но отчет о проведенном лечении написал в 1895, по неполным записям.

Хотя лечение Анны О. было безуспешным во всех отношениях, Брейеру удалось сделать ключевое наблюдение: истерические симптомы устраняются во время вербального катарсиса. Важность гипноза подчеркивалась несколько чрезмерно, поскольку гипнотические состояния были частью болезни пациентки, но далеко не основной частью терапии Брейера. В добавок, гипноз был лишь случайным дополнением к ключевому наблюдению, сделанному Брейером, а также к теории, которая появилась на основании этого наблюдения. Важным было то, что Брейер отметил четкую связь между устранением физического симптома и вербальным выражением мыслей или чувств, связанных с этим симптомом. Хорошим примером этого может служить исчезновение трудностей в глотании воды после того, как Анна О. рассказала Брейеру об отвращении, испытанном при взгляде на собаку, пьющую воду из стакана. Демонстрация того, что симптомы имеют скрытый смысл, доказала применимость принципа детерминизма в психологической науке, что считалось дурным тоном в любой научной беседе того времени.

В 1882 году, когда Брейер рассказал о своем лечении Анны О., Фрейд как раз закончил медицинское образование. Рассказ Брейера впечатлил его, но Фрейд не возвращался к этому вопросу вплоть до внезапного окончания карьеры ученого-биолога и начала терапевтической практики.

Клиентура Фрейда включала несколько больных с истерией и он лечил их всеми доступными в то время методами, включая электротерапию, водолечение, длительный отдых. Неудовлетворенный результатами, Фрейд вспомнил о рассказе Брейера и начал использовать гипноз для получения доступа к тем переживаниям больного, которые не удавалось вызывать иным способом. Таким образом, катарсис (в состоянии гипнотического транса) был предшественником психоанализа как инструмента для исследования неосознаваемых пациентом психических процессов, равно как и орудием лечения невроза.

Фрейд и Брейер вместе работали над проблемами истерии и опубликовали результаты своих исследований в 1895. Исходя из результатов клинических наблюдений, авторы объясняли истерию как следствие травматических переживаний, обычно сексуального характера, связанных с сильными чувствами, которые не могут быть утилизированы обычным способом, через

«сознательные рефлексы» или постепенное «уничтожение». Вместо этого, аффекты отделяются от сознания, или диссоциируются. «Истерик в основном страдает от воспоминаний», т.е. от бессознательных воспоминаний. Они предположили также, что эти воспоминания по тем или иным причинам непереносимы для Эго пациента (термин «Эго» использовался в значении «самость» (“Я”), что не следует путать с более поздним понятием Эго в структурной теории), или же травмирующие переживания имели место, когда сам пациент находился в диссоциированном состоянии, названном «гипноидным». По этим причинам переживания отделяются от сознания и должны быть отреагированы в виде психопатологических симптомов.

Необходимость «разрядки» аффектов вытекает из принципа постоянства, утверждавшего, что в нервной системе имеется нечто, что авторы называли «суммой возбуждения», увеличивающейся в результате психических раздражений. Кроме того, имеется стремление к уменьшению количества этого возбуждения для нормальной деятельности организма. Фрейд и Брейер были уверены, что одной из основных функций психического аппарата является поддержание постоянного уровня суммы возбуждения. Они также рассматривали возбуждение как физическую реальность, физиологический раздражитель, воздействующий на нейрон — функциональную единицу центральной нервной системы (ЦНС) — и требующий разрядки, по типу рефлекторной дуги. Этот процесс сравнивался с электрическим зарядом, в англоязычной литературе этот заряд назывался «катексис».

В своей практической работе Фрейд вскоре отказался от гипноза, так как обнаружил, что не всех пациентов можно загипнотизировать, а достигнутый эффект длится не очень долго. Вместо этого, он настаивал, чтобы пациент приложил все усилия для осознанного воспоминания того, что он якобы забыл. Таким образом, он сделал следующее фундаментальное открытие: пациенты активно сопротивляются воспоминанию болезненных переживаний и событий, которые активно вытесняются из сознания, в отличие от простого забывания незначительных событий. Этот активный процесс Фрейд назвал «вытеснением» (“репрессией” или «подавлением» в англоязычной терминологии. — Прим. ред). Так, одним махом, Фрейд ввел в психопатологию понятие интрапсихического конфликта. Фрейд видел, что вытесненное из сознательного возвращалось в форме симптомов (возвращение вытесненного), но вначале он считал вышесказанное справедливым только для невроза навязчивых состояний. Однако вскоре он начал отмечать возвращение вытесненного и в истерических симптомах. В этот период Фрейд рассматривал тревогу как результат защитного процесса, вытеснения, перекрывавшего пути выхода психической энергии. Прерывание полового акта и мастурбация, будучи незавершенными формами удовлетворения полового влечения, также рассматривались как причина тревоги.

1895 -1899 годы, время самоанализа Фрейда, период полного расцвета его гения. Он окончательно убедился в необходимости разработки психологической системы, не зависящей от так и не обнаруженных связей между психическими процессами и нейроанатомическим и нейрохимическим субстратом. Попытки Брюкке (Brucke) увязать психику и мозг в единое и неделимое целое не увенчались успехом и до сих пор. Разделяя мозг и психику в научных целях, Фрейд обеспечил возможность создания научной психологии; Фрейд всю свою жизнь оставался философским позитивистом, что предполагает веру в причинную обусловленность, предоставляющую возможность совершенствованию человека. Собственно психоанализ начался с этого положения. В Америке, Вильям Джонс (William Jones) пришел к аналогичному теоретическому выводу десятилетием ранее.

Самоанализ Фрейда многими рассматривается как одно из самых выдающихся и уникальных достижений человека. Действительно, Фрейд распахивал целину. Загадка неврозов стала для Фрейда навязчивой идеей. Ему нужно было преодолеть атмосферу непонимания и предубеждения против его работы, которые существовали в равной мере в реальной жизни и в искаженном невротическом восприятии сознания Фрейда. Часто говорят, что самоанализ был начат Фрейдом в связи со смертью отца в 1896 г., но должно было случиться нечто большее. Во-первых, Фрейд порвал с Брейером после издания «Исследований истерии» в 1895 г. Встреча с Брейером, который был старше на 14 лет, произошла в лаборатории Брюкке, где Фрейд провел 6 лет во время учебы на медицинском факультете. Сам Брюкке был значительной фигурой, ученым, считавшим, что все психическое может быть сведено к нейрофизиологическим явлениям, в свою очередь сводимым к химическим процессам. Для Брюкке не существовало понятий

витализма или гуманизма. Фрейд, однако, хотел стать врачом, отчасти из-за влияния Гёте, которого он считал своим идеалом. Брюкке был властным руководителем. О нем говорили, что если во время устного экзамена студент не знал ответа на его первый вопрос, дальнейших вопросов не было и экзамен считался незачтенным. Фрейд оказался способным сделать то, что сегодня можно было бы назвать адаптацией к личности Брюкке, поскольку многие его стремления радикально расходились с убеждениями учителя. В этом он преуспел и уже в 1880 году Фрейда считали многообещающим ученым в области биологических наук с перспективой получения вакантного места в ассистента. Однако Брюкке сказал ему, что в лаборатории есть более достойные кандидаты и Фрейд оставил Брюкке, открыв врачебную практику. Его взаимоотношения с Брюкке оставались довольно сердечными, но Фрейд должен был выйти из-под его тиранического влияния.

В этих обстоятельствах складывались отношения с Брейером. Брейер по-отцовски опекал Фрейда, посылая к нему пациентов. В некотором смысле Брейер заменил Брюкке, он оказывал стимулирующее интеллектуальное влияние на Фрейда. Но во время работы над «Исследованиями истерии» начались разногласия. Позже Фрейд назвал Брейера трусом из-за его неспособности следовать по открывшемуся перед ними пути, приведшему к открытию психоанализа. В частности, Брейер был озабочен открывшейся ролью сексуальности в этиологии неврозов. В последующие годы враждебность Фрейда в отношении Брейера была столь велика, что он боялся ходить вблизи от его дома, опасаясь встречи. Тем не менее, именно от Брейера Фрейд услышал, что физиология не содержит ответа на вопрос об этиологии невроза, а если и содержит, то все равно инструментов, позволяющих получить эти ответы не существует. Ирония состоит в том, что Брейер был гораздо ближе к созданию психоанализа, чем сам Фрейд: отбросив наукоподобные построения, он был способен работать с психологическими данными, которые получены методом интроспекции и ассоциаций.

В 1893 году Фрейд познакомился с Вильгельмом Флиссом (Wilhelm Fleiss), отоляринго-лом из Берлина. Между ними завязалась оживленная переписка, отражающая зарождение психоанализа. Флисс был покорен частотой и периодичностью писем Фрейда. На время Фрейду удалось создать новый вариант идеализированной фигуры. К счастью для психоанализа, Флисс и Фрейд встречались очень редко, их взаимоотношения развивались на расстоянии. Это позволило Фрейду использовать своего друга в качестве фигуры для собственных реакций переноса, также как это делают пациенты сегодня. Доказательством этой теории может служить тот факт, что после того, как Фрейд создал психологическую теорию бессознательного и разрешил, или, по крайней мере, приблизился к разрешению загадки неврозов, отношения между ним и Флиссом становились все более и более прохладными, и вскоре прекратились совсем.

В своем самоанализе Фрейд применил к себе те же принципы, которые он использовал в лечении своих пациентов. Сердцем метода было использование ассоциаций — техники, которую использовали и до Фрейда, в частности, Шиллер (Schiller). Это еще не был метод свободных ассоциаций, используемый в современном психоанализе. Он анализировал свои сновидения, оговорки и другие явления психопатологии повседневной жизни и убедительно доказал важные сходства между сновидениями, неврозом и «нормальным» поведением.

Именно во время самоанализа Фрейд осознал Эдипов комплекс и достиг яркого инсайта — многое из того, о чем рассказывали пациенты, было фантазиями, имеющими силу факта. Он был удивлен тем, как часто женщины рассказывали о сексуальном насилии со стороны своих отцов. Психодинамическая теория сделала большой шаг вперед, обнаружив, что это были напоминающие сновидения фантазии об исполнении желаний.

Фрейд изложил полученные данные в книге «Толкование сновидений», опубликованной в 1900 году. В этой работе был сделан целый ряд новых открытий. Была разработана общая теория переноса, описана психическая структура, состоящая из бессознательного, предсознательного и сознательного. Был описан первичный процесс, наблюдаемый в странных чертах сновидений. Сознательная жизнь, напротив, понималась как управляемая в большей мере вторичным процессом, близким логическому мышлению. Вытеснение, которое раньше рассматривалось как диссоциация, теперь Фрейд описал в качестве нейтрализации бессознательного как-тексиса, усиливаемой контркактексисом. Концепция психической энергии сменила прежние представления

о психологическом возбуждении нейрона. Техника лечения прогрессировала от гипноза до метода свободных ассоциаций. Терапевтическая сессия начиналась с того, что находилось на поверхности сознания пациента, и продолжалась через свободные ассоциации без всяких купюр и цензуры. Технические цели терапии соответствовали имеющейся теории неврозогенеза: пациенту предоставлялось знание о том, чего он усиленно избегал. Однако центральными моментами лечения оставались психический катарсис и инсайт в отношении вытесненного содержания психики. Аналитический метод в его современном виде, не существовал еще в течение следующих нескольких лет. Согласно документам Венского психоаналитического общества, случай Человека-крысы (1909) был первым, в котором использовалась современная техника.

### **Топографический период: рост психоанализа**

Эрнст Джонс нарисовал печальную картину профессиональной изоляции Фрейда, последовавшей за публикацией «Толкования сновидений». Восемнадцать месяцев спустя после выхода книги Фрейд жаловался, что психиатрический журнал не напечатал рецензию. Элленбергер (Ellenberger) показал преувеличенность этой картины — не менее 11 больших обзоров этой книги было опубликовано в течение 2 лет в различных журналах, включая психиатрические. Книга не была встречена индифферентно, как утверждает Джонс; через две недели появилась рецензия в «Die Zeit», венском периодическом издании. Тон рецензии был довольно благожелательным. Наряду с этим, Фрейду был предложено звание чрезвычайного профессора, хотя назначение последовало четыре года спустя, в основном из-за бюрократических проволочек и отсутствия внимания к этому вопросу самого Фрейда, а не из-за антисемитизма, как полагают многие. Одним из его покровителей был Крафт-Эбинг (Kraft-Ebing), известный своими работами по сексуальной патологии. Когда он подал заявление о присвоении Фрейду этого звания второй раз, просьба была немедленно удовлетворена, а необходимые документы подписаны императором Францом-Иосифом.

Признание работы Фрейда не заставило себя ждать. Осенью 1902 года начался важный этап роста психоаналитического движения — было организовано психоаналитическое общество, встречи которого проводились по средам в доме Фрейда. Двумя из четырех первых членов Общества были Вильгельм Штекель (Wilhelm Stekel) и Альфред Адлер (Alfred Adler). Впоследствии, когда дом Фрейда стал слишком тесен, эта группа превратилась в Венское психоаналитическое общество.

Одним из рецензентов «Толкования сновидений» был Карл Густав Юнг, молодой швейцарский психиатр. Юнг выписал книгу в свою больницу Бургхольцли, расположенную неподалеку от Цюриха. Он был в восторге от книги. Юнг встретился с Фрейдом в 1907 г. и их встреча превратилась в 13-ти часовую марафон. Говорят, что на обеде у Фрейдов Юнг не обменялся ни одним словом с его женой и детьми, будучи все время занятым разговором с самим Фрейдом. Между ними сразу же возникла взаимная симпатия. Ретроспективно мы можем сказать, что у Юнга сразу же возник идеализирующий перенос в отношении Фрейда, который в свою очередь приветствовал появление молодого последователя, «принца-наследника» психоаналитического движения.

В следующем году в Зальцбурге состоялся Первый международный конгресс психоанализа, а еще год спустя Фрейд, в сопровождении Ференци (Ferenczi) и Юнга, посетил США по приглашению Г. Стенли Холла (G. Stanley Hall). Эрнст Джонс (Ernst Jones) также принимал участие в этих встречах. Фрейд плохо думал об американцах, считая их закоренелыми бихевиористами и материалистами. Он предполагал, что психоанализ никогда не станет частью медицинской помощи в США. Во время путешествия в Америку Юнг и Фрейд занимались взаимным анализом до тех пор, пока Юнг не подошел слишком близко к личным переживаниям Фрейда и последний не прервал игру. Соперничество отца и сына в этот период стало явным; Фрейд даже подозревал, что у Юнга имеется желание его, Фрейда, смерти.

### **Разрыв с Юнгом**

Разрыв с Юнгом был неизбежен; это случилось в 1914 г. после ухода последнего с поста первого президента Международной психоаналитической ассоциации. К этому времени Адлер вышел из Венского общества и эти два ухода были взаимосвязаны между собой. Для того, что-бы

полнее понять значение этого разрыва и его влияние на развитие психоаналитической техники, следует сделать несколько замечаний. Первое и наиболее важное, — Фрейд был ярким защитником психоанализа и он видел, что его детищу угрожает опасность остаться местной “венской теорией”; поэтому он стремился перенести центр психоаналитического движения в другое место. Юнг был швейцарцем и его союз с Фрейдом придавал психоанализу налет академичности, которого, по, как теперь понятно, ошибочному мнению Фрейда, не хватало ему самому. Фрейд считал, что Юнг должен стать главой международной организации психоанализа, которая была бы расположена в Цюрихе. Венские врачи были недовольны этим. Чтобы успокоить их, Фрейд сделал Адлера президентом Венского общества и ушел от исполнения центральных ролей в венской группе. Фрейд был почти прав в отношении своих опасений, связанных с провинциализацией психоанализа. Кроме того, определенную роль в отношении Фрейда к Юнгу, сыну лютеранского священника, сыграли чувства Фрейда, связанные с нарастающим в Вене антисемитизмом. Фрейд не хотел, чтобы психоанализ считался еврейской профессией. Во-вторых, Фрейд не так уж легко воспринимал научные теории своего времени. Он мог вежливо выслушивать идеи других, иногда принимал участие в их обсуждении, но он игнорировал их до тех пор, пока сам не приходил к аналогичным результатам. (Однажды Фрейд сказал, что не читает Ницше, поскольку это плохо сказывается на его творческих способностях). Он боялся, и не без причины, что открытость в отношении других идей приведет к благожелательной, но непродуктивной коллегиальности, которая может уничтожить психоанализ.

В-третьих, порвав однажды с кем-либо, Фрейд почти никогда не прощал. Вильгельм Штекель (Wilhelm Stekel), который ушел из Венского общества вместе с Адлером, написал Фрейду письмо через 20 лет после тех событий. Фрейд в это время болел раком и Штекель желал ему здоровья и т.д. Ответ Фрейда был напоминанием о старых обидах и вновь бередил старые раны. Действительно, Фрейд был человеком, чья преданность психоанализу не знала ограничений; он согласен был заплатить любую цену за сохранение чистоты своего учения. Вместе с тем, разрыв с Юнгом и Адлером объяснялся не только личными, но и научными причинами. Адлер и Юнг были не согласны с положением Фрейда о роковой роли детских переживаний, а также преувеличением роли ранней сексуальности в этиологии неврозов. Адлер предложил несколько идей, касающихся агрессии, которые звучат достаточно современно даже сегодня: «идентификацию с агрессором» можно считать одной из его концепций. Он и Юнг рассматривали Эго «здесь и теперь», считая этот аспект гораздо более значимым в неврозогенезе, чем это допускалось Фрейдом. Фрейд, в свою очередь, полагал, что они отвергают его теорию либидо. Юнг и не пытался исправить положение; в своих лекциях в университете Фордхэма (Fordham) он явно приуменьшил значение сексуальности. Своим европейским коллегам он сообщил, что его лекции не смогли сломить сопротивление в США, где было гораздо больше приверженцев фрейдовской модели.

Для Фрейда все это было ересью, а с еретиками незачем было общаться. Адлер продолжал свою работу и создал собственную школу индивидуальной психологии, в которой подчеркивалась роль Эго и социальных факторов, чем сделал существенный вклад в систему образования. Юнг развивал свою аналитическую психологию, лишая ведущей роли сексуальность и прошлое; он все большее значение придавал мифологии, отягощенной символизмом. Хотя Юнг интересовался коллективным бессознательным, допуская его существование на основании универсальности некоторых архетипов и символов, аналитическая психология не является глубинной психологией в том же смысле, в каком ею является психоанализ. После разрыва с Фрейдом Юнг перенес то, что Эллиенбергер назвал «творческой болезнью», во время которой его регрессия была настолько глубокой, что он начал опасаться стать психотиком. Прорабатывая свою регрессию его гений смог разработать систему аналитической психологии и технику для ее практического применения. Недавно было высказано мнение, что Юнг страдал от тяжелого нарциссического переноса в отношении Фрейда, отягощенного стремлением к преодолению дифференциации Эго и объекта. Желание Фрейда иметь мужчину-защитника психоанализа прекрасно сочеталось с желанием Юнга быть его сыном. Для Юнга путем выхода из этой опасной ситуации стало бессознательное провоцирование разрыва с Фрейдом. Особенности техники юнгианского анализа, например, менее частые собеседования, меньший акцент на использовании кушетки, избегание свободных ассоциаций и практика передачи пациентов от одного аналитика к другому, направлены на снижение силы переноса.

## Начало психоаналитического обучения

Во время первой мировой войны по понятным причинам интерес к психоанализу упал, но уже в 1918 году вышли в свет «Лекции по введению в психоанализ» — запись последних лекций Фрейда в Венском университете — одна из лучших работ Фрейда. После войны усилился интерес к военным неврозам и их психоаналитическое исследование привело к распространению психоанализа.

После первой мировой войны вокруг Фрейда собрались многие известные сегодня психоаналитики, например, О. Ранк (Rank), П. Федерн (Federn), Хелен Дейч (Helen Deutch), Нунберг (Nunberg), Т. Рейк (Reik) и П. Шильдер (Schilder). Второе поколение аналитиков организовало Kinderseminar — не семинар о детях, а семинар первого поколения аналитиков для второго поколения. В этом семинаре принимали участие Анна Фрейд (Anna Freud), Ричард и Эдита Штерба (Richard & Editha Sterba), Вильгельм и Анна Рейх (Wilhelm & Annie Reich), Эдвард Бибринг (Edward Bibring), Гейнц Гартманн (Heinz Hartmann), Роберт Вельдер (Robert Waelder), Рене Шпиц (Rene Spitz) и Отто Фенихель (Otto Fenichel).

В 1920 году Абрахам (Abraham) и Эйтингтон (Etington) основали в Берлине первое учреждение по обучению психоанализу. Берлинский институт использовал очень известный в настоящее время трехзвеньевой метод подготовки психоаналитиков, включающий личный анализ, теоретическую подготовку, прием пациентов с супервизией. Эта трехзвеньевая модель до сих пор используется во всех учреждениях, связанных с Международной Психоаналитической Ассоциацией. Венский Психоаналитический институт был основан в 1925 году, его первым директором была Хелен Дейч. В конце топографической эры психоаналитическое обучение и международная ассоциация психоаналитического обучения твердо стояли на ногах. Следующий крупный шаг в развитии психоанализа был сделан в США.

## Техники топографической эры

Наиболее важным и оригинальным вкладом Фрейда была разработка аналитического метода и превращение его в «стандартную» или «классическую» технику. Примерно в 1910 стандартная психоаналитическая техника заменила все остальные методы диагностики и лечения неврозов. Новая техника включала психоаналитический метод свободных ассоциаций и свободно парящее внимание аналитика. При использовании этих методов развивался аналитический процесс, характеризующийся переносом и сопротивлением. Вмешательство аналитика ограничивалось прояснением и интерпретациями.

Впервые Фрейд описал свою технику при лечении Человека-крысы. Человек-крыса был молодым человеком с тяжелейшим обсессивно-компульсивным неврозом, псевдоним которого связан с его болезненными фантазиями о экзотических пытках: крысы, вгрызающиеся в задний проход. Анализ, проведенный Фрейдом в этом случае, который, кстати, наиболее полно отражен в его работах, сегодня едва ли можно назвать стандартной техникой. Отчет Фрейда демонстрирует почерк мастера. Фрейд исследовал каждую деталь до тех пор, пока не стало возможным воссоздание полной картины неврозогенеза — как в текущем так и в анамнестическом аспекте. Проявления переноса прорабатывались с помощью логической конфронтации с реальностью, и можно усомниться в том, был ли это невроз переноса в его современном понимании.

Технические изменения со времени случая Человека -крысы ограничились теми областями, в которых были сделаны теоретические открытия; в свою очередь, теория прогрессировала там, где были получены новые клинические данные. В последующие годы отмечался рост значения «здесь и теперь». Теория переноса подчеркивала роль «здесь и теперь» в проявлениях переноса; перенос пациента в отношении аналитика, кроме всего прочего, являет собой хорошо отработанный в прошлом способ формирования отношений, повторяемый в настоящем; использование контекста «здесь и теперь» прибавляет к лечению оттенок своевременности и неотложности. Усилия аналитиков в прошлом были направлены в основном на разъяснение прошлого, а не на отношения аналитика и пациента в настоящем. Такое смещение акцента принципиально для современного анализа, но это только смещение, а не полная замена.



Хотя в теории правило воздержания, описанное ниже, было признано единственным способом, который позволяет аналитику гарантировать автономность пациента и минимизировать влияние внушения, прошло немало лет, прежде, чем появилась реальная возможность оценить практическое значение этого правила. Так, мы можем убедиться в том, что Фрейд очень медленно отказывался от внутерапевтических взаимоотношений со своими пациентами. Следуя Венским традициям, он принимал пациентов в своем доме, и, по меньшей мере однажды, накормил одного из них, когда тот был голоден. Практические соображения часто меняли аналитическую ситуацию таким образом, который рассматривался бы сегодня как нежелательный. Один впоследствии известный аналитик вынужден был принимать больных в своей холостяцкой квартире. Это были тяжелые для Вены 20-е годы. Инфляция отнюдь не способствовала улучшению ситуации. Молодой аналитик не имел кушетки, так что его пациенты использовали лучшее, что было под рукой — его собственную кровать. Отчеты об этой практике не содержат описания эффектов, возникающих вследствие того, что пациенты лежали на кровати аналитика; интересно также, какое влияние оказала подобная практика на формирование переноса. Вместе с тем, единственным известным нам осложнением были клопы! Скорее всего, аналитик и пациент были так заняты реконструкцией личности, что вклад этих технических подробностей в формирование переноса не был замечен; можно было бы сказать, что они старались не замечать этого. Долгий путь ведет отсюда к психоаналитическому аскетизму, который обрушился на головы аналитиков в начале 50-х годов под именем анализа без параметров. Первые аналитики, включая Фрейда, при проведении анализа использовали значительное количество параметров, вступая тем самым в противоречие с собственными техническими правилами; либо они не осознавали, что они делают, либо считали это не очень важным. (Просьба Фрейда, адресованная Стрейчи, о переводе «Ребенка бьют» для первого выпуска Журнала Международной Психоаналитической Ассоциации, является хорошей иллюстрацией вышесказанного. В это время Стрейчи как раз начал свой анализ у Фрейда. Такое внутерапевтическое «здание» не могло не оказать влияния на формирование переноса.)

Фрейд написал очень мало о технике психоанализа и большинство из написанного относится к этому периоду. Этой теме посвящен ряд небольших статей под общим названием «Технические заметки» («Методика и техника психоанализа»), в которых он описал перенос, прорабатывание, правило воздержания, создание аналитической ситуации и начало аналитического процесса. Эти темы будут рассмотрены в главе «Психоанализ как терапия».

## **ПСИХОАНАЛИЗ КАК ТЕРАПИЯ**

### **Психоаналитическая ситуация**

Внешние признаки психоаналитической ситуации, т.е. окружение, мало изменились со времен Фрейда. Пациент лежит на кушетке или софе, а психоаналитик сидит позади него, оставаясь большей частью вне поля зрения пациента, стараясь вмешиваться в процесс мышления пациента настолько мало, насколько это возможно, и не иначе как посредством собственных интерпретаций. Сессии обычно происходят 4 или более раз в неделю. Пациент в своем поведении руководствуется так называемым базовым или фундаментальным правилом, а терапевт старается поддерживать постоянное внимание, что является ответом на свободное ассоциирование пациента. Большая часть активности терапевта сводится к периодическим интерпретациям свободных ассоциаций пациента. Хотя терапевт пытается не проецировать свою собственную личность и систему ценностей на пациента, иногда возникает необходимость вмешаться в реальность. Это касается обсуждения оплаты и графика посещений; уикендов, отпусков и болезней, прерывающих курс терапии. Реальные аспекты личности терапевта становятся открытыми для пациента — невозможно, да и нежелательно поддерживать слишком далекий от действительности образ. Таким образом, в основе аналитического окружения лежат реальные взаимоотношения и именно они определяют успех или провал психоаналитического лечения.

Важной характеристикой аналитического окружения является позиция пациента на кушетке или софе полулежа, с аналитиком, сидящим позади пациента, частично или полностью невидимого для него. Использование кушетки, естественно, является данью традиции, берущей начало от ранних экспериментов Фрейда с гипнозом. Даже после того, как он прекратил использование гипнотических техник, Фрейд считал кушетку полезным инструментом. Он лично

испытывал неудобство при необходимости объяснять некоторые из своих эмоциональных реакций на пристальные взгляды пациентов, которые приходилось выдерживать по несколько часов в день. Использование же кушетки позволяло ему чувствовать себя свободнее в выражении эмпатии к ним, что справедливо и для психотерапевтов современности.

Кроме того, использование кушетки, как оказалось, имеет и специфическое динамическое значение, что увеличивает ее ценность в терапии. Лежащий пациент и сидящий рядом терапевт во всех возможных смыслах символически воспроизводят раннюю ситуацию ребенок-родитель, нюансы которой варьируют от пациента к пациенту. Эта ситуация вполне может вызывать либо усиливать тревогу пациента, который и без того находится в состоянии тревоги из-за своего невроза, присутствующего в начале лечения. Преэдипальная тревога, происходящая из ранних отношений внутри диады мать-ребенок, может быть оживлена в начале анализа. Трудности, которые испытывает пациент в связи с необходимостью доверять «невидимому» терапевту, удержание этого доверия в условиях отсутствия немедленного поощрения и ответа, принятие разделенности пациента и терапевта могут выступить на передний план в начальной фазе анализа. Способность пациента задействовать функции Эго во время анализа необходимы для дальнейшего успеха, а оценка этой способности — одна из важных составляющих оценки пригодности пациента к участию в психоаналитическом лечении.

Другой аспект использования кушетки — достижение определенного уровня сенсорной депривации, т.к. при этом устраняется значительная часть зрительных раздражителей. Кроме того, интерпретации и вмешательства терапевта довольно редки, особенно на первых этапах психоанализа. Сравнительное уменьшение зрительных и звуковых раздражителей способствует формированию регрессии. Однако, в аналитической ситуации регрессия должна оставаться контролируемой и служить пользе терапии. Практически любой звуковой сигнал со стороны терапевта противодействует регрессии своей смысловой нагрузкой.

## Основное правило

Аналитик и пациент имеют различные, но одинаково важные задания в проведении психоанализа. Работа аналитика заключается в выслушивании пациента, попытке понять и истолковать то, что он говорит. С другой стороны, работа пациента состоит в следовании основному правилу. В рамках реалистического подхода к сотрудничеству в излечении его невроза пациент соглашается быть совершенно искренним со своим терапевтом. Аналитическая искренность предполагает, что пациент откроет такие сведения о себе, которые даже он сам не вполне знает. Пациента просят как можно полнее передать все, что приходит ему в голову, все, что он переживает, лежа на кушетке. Ему предлагают оставить в стороне все условности обычной беседы и рассказывать все, о чем он думает, даже если он опасается, что это будет выглядеть слишком агрессивно или вообще не имеет никакого смысла. В то же время пациент должен слушать самого себя, пытаясь придать смысл сказанному и сотрудничать с аналитиком.

В фундаментальном правиле психоанализа скрыты два взаимосвязанных принципа. Во-первых, в психоанализе делается отчетливый акцент на ценности распознавания и вербализации психических содержаний — мыслей, желаний, конфликтов и чувств. Во-вторых, психоаналитическая техника поддерживает принцип избегания предварительно непродуманной деятельности, основанной на одном желании. Действительно, сравнительно неподвижная поза лежа на кушетке располагает скорее к вербализации, чем к действию. Это также находит поддержку в принимающем отношении терапевта к словесной продукции пациента. Запрет деятельности перекрывает мышечные каналы разрядки инстинктивных напряжений и направляет их по психологическим путям, где, в зависимости от состояния сопротивления, они могут быть либо вербализованы, либо выражены в виде эмоций. Такое положение дел сдвигает баланс от слепого повторения, так называемого «отреагирования» (или «отыгрывания», “acting out”. — Прим. ред.), к сознательному воспоминанию.

Из вышеизложенных рассуждений следует вывод о нежелательности больших изменений в жизни пациента во время анализа. Примерами таких изменений могут быть развод, брак, выбор карьеры. Традиционно, пациентам не советуют предпринимать подобные решения без полного обсуждения их во время анализа из-за возможности мобилизации инфантильных конфликтов, которые пациент стремится разрешить в действии. Действительно, часто пациенты склонны

разрешать актуализировавшиеся в ходе лечения конфликты посредством серьезных изменений в своей жизни, а не в анализе. Ни для пациента ни для терапевта обычно не представляется возможным определить реалистичность предполагаемого жизненного изменения до того момента, когда невроз переноса будет разрешен как можно более полно; поэтому желательно отложить брак или развод до окончания анализа, когда максимально возможная часть бессознательного материала будет выведена на свет божий. Однако следует учесть и то, что сегодня психоанализ гораздо продолжительнее, чем в те годы, когда был провозглашен принцип избегания изменений. Средняя продолжительность сегодняшнего анализа — 53 месяца или примерно 5 календарных лет. Эти 5 лет обычно приходятся на критические периоды жизни пациента, поэтому запрещение брака или других изменений в жизни пациента может иметь антитерапевтический эффект. Пациент и терапевт встают перед серьезной дилеммой и это должно быть ясно продумано во время анализа.

Некоторые пациенты принимают фундаментальное правило столь буквально, что начинают саботировать лечение, в то время как внешне они скрупулезно выполняют все требования. Они пародируют дух терапии, сохраняя верность букве. Особенно часто это происходит при некоторых обсессивных состояниях, когда фундаментальное правило используется как оружие против терапевта, а не против невроза. Поэтому некоторые аналитики не предоставляют своим клиентам четких указаний относительно фундаментального правила, предпочитая провести их через изучение всех встречающихся в процессе аналитического общения препятствий. Тем не менее, мы уверены, что соответствующим образом изложенное и соблюдаемое, фундаментальное правило приводит к использованию пациентами техники свободных ассоциаций.

### **Свободные ассоциации**

Сегодня этот термин выглядит довольно неудачным, тем более, что, как стало понятно, ассоциации вовсе не являются свободными, но направляются 3 видами бессознательных сил: патогенным невротическим конфликтом, желанием выздороветь и желанием удовлетворить аналитика. Взаимодействие этих факторов становится очень сложным и иногда угрожает успешному проведению анализа, например, когда какое-либо стремление, неприемлемое для пациента и являющееся частью его невроза, вступает в конфликт с его желанием понравиться терапевту, который, по мнению пациента, также находит это стремление неприемлемым. С другой стороны, желание выздороветь может оставить отпечаток нереальности на процессе анализа в его начале, поскольку пациент может увидеть в аналитике копию могущественной и доброжелательной фигуры из его реального или фантастического прошлого. Существуют архаичные формы подобных интенсивных положительных чувств, как, впрочем, и архаичные формы алогичных отрицательных чувств, с которыми сталкивается аналитик. Довольно трудно иногда показать пациенту их алогичность, поскольку он отчаянно хочет иметь всемогущего и всезнающего спутника на темных дорогах невроза. Точно также иногда непросто продемонстрировать алогичную природу отрицательных чувств. Изучение нарциссических личностных расстройств и пограничных состояний в последнее десятилетие пролило свет на эти проблемы.

### **Свободно парящее внимание**

Ответом терапевта на свободное ассоциирование пациента является особенный способ слушания, который часто называют “свободно парящим вниманием” (или “равномерно распределенным вниманием”. — Прим. ред.). При этом терапевт слушает размышления своего пациента и временно идентифицируется с его аффектами и мыслями. В то же время он следит за собственными ассоциациями, которые в значительной мере стимулированы продукцией пациента. Поскольку, по крайней мере, теоретически, чувствительность аналитика к мыслям и чувствам превышает возможности контроля пациента, обычно открывается возможность выработать некоторые предположения о том, что пытается скрыть пациент. Таким образом, терапевт может более прямым путем подойти к тому, что пациент пытается выразить косвенно с помощью метафор или действий. Также, как пациент в своем Эго создает терапевтическое расщепление между собственными переживаниями и наблюдением за этими переживаниями, терапевт открывается для собственных аффективных и идеаторных реакций на пациента, одновременно наблюдая за ними. В количественном выражении аффект, с которым приходится сталкиваться терапевту, значительно слабее того, с которым имеет дело пациент, что дает терапевту возмож-

ность оставаться более объективным по сравнению с пациентом в отношении продукции последнего.

Чем дольше пациент и терапевт работают вместе, чем лучше аналитик знает своего пациента, тем легче достичь свободно парящего внимания. Когда анализ продвигается успешно, аналитик накапливает сложные последовательности ячеек памяти, связанных с данным пациентом и доступных предсознательному терапевта. Иногда терапевт слушает вполуха или вообще считает ворон. Наблюдая за собственными фантазиями, он может обнаружить нечто весьма отдаленное от того, что говорит пациент, и лишь минутой позже услышать от него идентичный собственным переживаниям рассказ. Подробные переживания показывают, насколько точно и активно аналитик может идентифицироваться с пациентом и что его собственная база данных о пациенте достаточна для возникновения таких свободных ассоциаций, которые могли бы быть и у самого пациента. Ничего из вышесказанного не должно восприниматься как призыв к счету ворон во время работы с пациентом — в действительности это может быть результатом нарушения правильной работы аналитика. Тем не менее, пристальное внимание аналитика к собственным субъективным переживаниям — необходимая часть аналитической работы.

### **Правило нейтральности**

В дополнение к фундаментальному правилу существует другое правило, правило нейтральности (withdrawal). Это правило не означает, как его часто и неверно понимают, что пациент должен отказаться от удовлетворения инстинктивных потребностей во время курса анализа. Однако пациент должен быть подготовлен к тому, чтобы продлить задержку удовлетворения инстинктивных желаний с тем, чтобы он мог говорить о них во время лечения. Только через оптимальную фрустрацию желаний пациента в рабочей структуре анализа может продвигаться вперед аналитический процесс и пациент сможет осознать свои психические напряжения вместо того, чтобы уменьшать их с помощью непродуктивного удовлетворения или вытеснения. Возможно, ключевой фразой здесь является «оптимальная фрустрация», подразумевающая, что существует также и «оптимальное удовлетворение», тем более, что очень немногие пациенты в состоянии поддерживать стерильную, лишённую обмена чувствами аналитическую среду. Искушению аналитика играть роль всепрощающего родителя и давать что либо пациенту вне рамок аналитического процесса — взаимодействовать, удовлетворять, а не анализировать — нужно мощно противостоять, если аналитическая работа началась. Фрустрация в аналитической ситуации — ключевой момент для продвижения вперед. Подобно интерпретации, она должна быть четко выверенной во времени и дозироваться согласно способности пациента к интеграции в любой заданный момент анализа.

Рассуждая с точки зрения общей теории систем, правило нейтральности утверждает, что аналитик должен найти пути поддержания равновесия внутри диады терапевтических взаимоотношений на невероятно высоком уровне. Согласно принципам гомеостаза и постоянства, с которыми Фрейд, как биолог, был, несомненно, знаком еще в преаналитические годы, различные уравновешивающие механизмы стремятся снизить напряжение у пациента и аналитика до минимума. Если уравновешивающим механизмам позволить работать на полную мощность, анализ вырождается в нетерапевтическую ситуацию, которая может удовлетворять и аналитика и пациента, но анализ никогда не станет процессом, прокладывающим путь в невроз больного.

### **Аналитический процесс**

Прекрасно обобщенные, концентрированные отчеты, публикуемые в психоаналитической литературе скорее всего дают извращенную картину аналитического процесса, идущего день за днем, месяц за месяцем, год за годом. Описание работы нескольких лет, сокращенно до нескольких страниц, создает впечатление ясновидящего аналитика, триумфально добывающегося одного драматического инсайта за другим. Большинство из публикуемых аналитических отчетов в значительной мере отредактированы с целью выделить какой-либо практический или теоретический момент; и как следствие, читатель, не участвовавший в анализе непосредственно, получает неполную картину процесса.

В действительности, процесс клинического психоанализа большей частью медлителен и даже скучен. Аналитик, соблюдая принцип поддержки оптимального уровня тревоги у своего пациента и

принципы оптимального дозирования интерпретаций и удовлетворений, склонен рассматривать любой внезапный прорыв как неудачу и потенциально травматическое переживание. Фрейд называл это «совершенной неудачей». Хотя сегодня, как и раньше, целью анализа остается устранения вытеснения и восстановление пробелов в воспоминаниях, постепенное интеграция вытесненного материала в целостную структуру личности является основным требованием аналитической работы. Если работа течет слишком быстро, существует опасность, что анализ сам по себе станет опасной ситуацией. Некоторые мазохистические пациенты особенно стремятся к тому, чтобы сделать свой анализ настолько травматичным, насколько это возможно.

Таким образом, работа анализа во многом сводится к подготовке пациента к принятию того, что открыто, и проведению десенсибилизации в отношении болезненного психического содержания, причем в начале основное внимание уделяется производным от основных травматических конфликтов и лишь затем оно смещается к самим этим конфликтам в чистом виде. Временами такая подготовка принимает формы инструкций, в частности касающихся обучения пациента чувствительности к его внутренним сигналам; это так называемый метод интроспекции, являющийся ключевым инструментом психоанализа. Иногда работа сводится к раскрытию сопротивлений в отношении аналитического процесса, в других случаях она состоит в том, чтобы непосредственно иметь дело с болезненными психическими переживаниями. Пациент и аналитик не всегда следуют прямым путем к инсайту. Чаще процесс анализа напоминает собирание по кусочкам огромной и чрезвычайно сложной головоломки.

## Перенос

Один из критериев, по которому психоанализ принципиально отделяется от других форм психотерапии, включая психоаналитическую психотерапию, является способ работы с переносом. Термин «перенос» использовался ранее в нескольких контекстах без четкого определения. Поскольку для данного раздела он является центральным и широко употребляется в современной психиатрии, важно уточнить смысл, который вкладывается в него в классическом психоанализе, в противоположность его более широкой трактовке в общей психиатрии. В общей психиатрии термин «перенос» употребляется для очень широкого описания всех чувств, испытываемых пациентом по отношению к врачу. Он включает рациональный и адаптивный аспекты, равно как и происходящие из бессознательного эмоциональные искажения. Когда термин используется в таком всеобъемлющем смысле, более адекватно говорить о перенесении как о взаимоотношениях. В психоанализе, напротив, перенос мыслится как эндопсихический феномен, полностью возникающий внутри личности. В «Толковании сновидений» Фрейд писал, что в предсознательном мысли, исходящие из бессознательного, «всегда наготове». Используя для наглядности антропоморфную метафору, можно сказать, что бессознательные желания устанавливают контроль над мыслями предсознательного, которые сами по себе могут и не иметь большого значения. Искажения, возникающие в рациональном на первый взгляд содержании сновидений — яркий пример захвата предсознательного материала бессознательными желаниями; по этой причине сновидения, как и парапраксисты, мыслятся как феномены переноса. Фрейд видел, что механизмы образования симптомов во многом сходны с механизмами образования сновидений.

Некоторые положения предыдущего абзаца нуждаются в дальнейшем обсуждении. Бессознательные желания, переносимые на состав предсознательных мыслей имеют происхождение в прошлом видящего сон, как это было показано Фрейдом в «Толковании сновидений». Предсознательные мысли сами по себе большей частью относятся к настоящему. В явлении переноса мы видим смешение прошлого и настоящего. Это означает, что, в той степени, в которой перенос связан с прошлым, он является повторением этого прошлого; в той же, в которой он связан с настоящим — он переживается как нечто новое, хотя и в определенных исторических рамках. Значительная часть работы анализа заключается в отделении прошлого от настоящего для того, чтобы научить пациента трезво воспринимать окружающие его значимые фигуры.

Из этих рассуждений вытекают следующие технические моменты. Аналитик должен вести себя так, чтобы не помешать развитию процесса переноса, который обнаруживает сущность имеющейся патологии. Лучше всего этого удастся достичь поддерживая безоценочное, иногда даже несколько прохладное и отстраненное, отношение к пациенту. Аналитик должен предъяс-

лять себя пациенту не в большей степени, чем это требуется для обсуждения деталей их профессиональных взаимоотношений типа взрослый-взрослый. Он должен соблюдать абсолютную конфиденциальность и сопротивляться соблазну вторгаться в жизнь пациента, не считая, естественно, угрожающих жизни кризисов. Аналитика не следует также иметь дело с семьей пациента без его полного осведомления об этом. Единственным надежным источником информации для аналитика являются свободные ассоциации пациента.

Аналитик должен вести довольно скромный образ жизни, не становясь особенно заметно общественной фигурой; это одна из жертв, которых требует выбор психоанализа в качестве профессии. Только таким путем аналитик может сохранить за собой то, что называют «дневной остаточной функцией» («дневным остатком». — Прим. ред.). Он оставляет возможность для формирования переноса своих пациентов также, как случайный состав предсознательных мыслей оставляет возможность для переноса бессознательных желаний через барьер сопротивления в сновидениях, парапраксисах и симптомах.

Однако аналитик не должен быть настолько отстраненным, чтобы это превратилось в жестокость по отношению к пациенту. Став действительно жестоким, он не может больше оставаться фигурой переноса — если у пациента вдруг появятся сильные негативные чувства, весьма затруднительно будет доказать их иррациональную природу и анализ никогда не достигнет земли.

Необходимость быть доступным для переноса отсылает нас к сравнению аналитика с чистым экраном, которое часто неправильно интерпретируется и применяется, в особенности в индивидуальной терапии. Совершенный чистый экран не существует, и если терапевт или аналитик стремится создать его, он может быть обвинен в садистском поведении по отношению к своему пациенту, или, в лучшем случае, в наивности и отсутствии опыта.

Из этого обзора можно прийти к несколько упрощенному выводу, что перенос — это постоянное повторение конкретных и определенных событий. Такой вид повторения встречается очень редко. Тот факт, что аналитик в основном работает со взрослыми, которые в своем большинстве находятся в здравом рассудке, говорит о наличии фильтрации вытесненных детских желаний в психике взрослого; расщепление между переживающим Эго и наблюдающим Эго способствует модуляции повторного переживания архаичных событий. Более того, пациент бессознательно стремится найти такую сторону личности аналитика или аналитической ситуации, которая была бы не слишком неподходящей для воспроизведения новой редакции событий прошлого. Оживление и повторение в переносе всегда сочетают в себе компоненты прошлого и настоящего.

## **Терапевтический союз**

Когда Элизабет Зетцель (Elizbeth Zetzel) в 1956 году написала о «терапевтическом союзе», она повторно ввела в обиход термин, использованный за 20 лет до нее Эдвардом Бибрингом (Edward Bibring). Целью Зетцель было привлечь внимание к двум параллельным процессам, которые имеют место при проведении успешного анализа и провести различие между двумя видами явлений переноса, которые возникают при их использовании. По мнению Зетцель, нашедшему сегодня широкую поддержку, помимо невроза переноса, который является копией генерирующего невроз конфликта и как правило проявляется в сопротивлении, у анализируемых пациентов должен развиваться другой вид переноса — терапевтический союз, — от которого и зависит успех анализа. Зетцель доказывала, что способность пациента установить целенаправленный союз с аналитиком целиком зависит от преобладания в младенчестве пациента хороших, поддерживающих, теплых отношений с матерью, формирующих более или менее стабильное базовое чувство безопасности. Инфантильная тревога, связанная с материнской фигурой, может помешать становлению терапевтического союза. Единственное затруднение, связанное с этой теорией, состоит в том, что при неправильном применении она может привести к непоправимым последствиям. Терапевтический союз может быть понят по аналогии с отношениями мать-дети, хотя он все-таки остается союзом взрослых.

Идея о союзе между врачом и его пациентом не нова. На ранних этапах развития психоанализа Фрейд писал, что первая задача аналитика — привлечь пациента на свою сторону и уста-

новить раппорт. Не все пациенты в состоянии установить необходимый раппорт; пациенты, страдающие нарциссическими неврозами — термин Фрейда для определения психозов — представляют в этом смысле особенные трудности.

После создания структурной теории, Ричард Стерба (Richard Sterba) стал одним из первых, кто заметил, что анализируемые пациенты способны наблюдать за собой так, как будто это делает кто-то другой, в то время как они спонтанно оживляют и переживают старые фантазии, которые теперь тесно связываются с аналитиком. Он описал этот механизм как расщепление Эго на переживающую и наблюдающую части. Стерба предложил, чтобы терапевт использовал местоимение «мы» для закрепления терапевтического расщепления, имея в виду свое Эго и наблюдающее Эго пациента. Хотя теория расщепления Стербы была основана на повседневном клиническом опыте, она была отвергнута коллегами. Сам автор позже объяснял это тем, что концепция цельного структурного Эго давала большие преимущества и его коллегам не нравилось думать, что их техника строится на каком-то там расщеплении. Только Фрейд и Анна Фрейд сразу определили ценность его наблюдений. Вскоре Фрейд написал, что Эго может рассматривать себя в качестве объекта и теория расщепления была прочно утверждена.

Хороший пример терапевтического расщепления Эго описан Фрейдом в его отчете об анализе Человека-крысы. Во время аналитической сессии пациент, будучи несдержанным в выражениях по отношению к Фрейду и его семье, вдруг прервал себя и спросил, как это Фрейд, настоящий господин, может позволить себе переносить такие оскорбления от такого ничтожества, каким является он, Человек-крыса. Поскольку этот отчет был составлен на 14 лет раньше возникновения структурной теории Эго, возникшее расщепление не было прокомментировано Фрейдом. В данном примере расщепление было лишь частичным, касаясь личности Фрейда и не затрагивая личности самого пациента.

Вслед за наблюдениями Стербы последовал целый ряд идей о терапевтическом действии анализа, включая теорию Стречи (Strachey) утверждающую, что центральной для аналитической терапии является идентификация с менее жестким Супер-Эго аналитика. Бибринг использовал термин «терапевтический союз» в 1937 г. для описания способствующих улучшению эффектов аналитического климата. Через два года началась вторая мировая война и у европейских аналитиков появились более важные дела, чем расщепление Эго. Изучение союза на несколько лет отодвинулось на задний план.

Когда об этом вновь упомянула Зетцель, идея была воспринята значительно лучше; с тех пор она является предметом особенного технического интереса. Термины «базовый перенос», «зрелый перенос», «рациональный перенос» и «рабочий альянс» означают одно и то же и различаются лишь по звучанию. Использование Зетцель термина «терапевтический союз» подчеркивает понимание анализа как терапии, т.е. процесса, в котором более зрелая и в меньшей степени подверженная неврозу личность аналитика служит целителем для пациента, страдающего неврозом значительно сильнее. Среди прочих терминов наиболее широкое применение завоевал термин «рабочий альянс». Гринсон использовал этот термин для описания целенаправленного сотрудничества между двумя взрослыми, в буквальном смысле выражения «работающих вместе».

По опыту аналитики знают, что для успешного развития аналитического процесса нужно нечто большее, чем раскрытие невроза переноса. В безуспешном лечении Доры, в котором Фрейд пришел к пониманию клинической значимости переноса, неспособность почувствовать слабость союза могла сыграть столь же важную роль, как и неспособность справиться с переносом. В действительности, трудно отличить два столь тесно связанных явления. Точка зрения, широко поддерживаемая сегодня, сводится к тому, что почти невозможно дать интерпретацию невроза переноса в отсутствии союза. Только последователи Мелани Клейн (Melanie Klein) считают, что глубокие интерпретации переноса можно и нужно делать невзирая на состояние союза. Однако, понятно, что правильная интерпретация невротического материала может значительно укрепить союз.

Интересным представляется вопрос, почему столь важный вопрос не привлек должного внимания до работы Зетцель? Один из возможных ответов заключается в том, что Зетцель свела

в единую, практически обоснованную и убедительную концепцию два источника аналитической теории, которые многие аналитики стремились рассматривать отдельно; это теория объектных отношений и классическая теория переноса. Ее выводы выглядят истинными с точки зрения здравого смысла, так что аналитики могут понять и принять их. Правда, Бреннер (Brenner) критиковал Зетцель и Гринсона за то, что их клинические примеры не поддерживают их тезис о необходимости понятия союза. Реинтерпретируя материал, представленный ими, он пришел к заключению, что имела место неудача в анализе сопротивления. До некоторой степени его аргументы справедливы. Правда, оба автора скорее подчеркивают отсутствие чего-то, т.е. союза, а не его наличие, причем они не всегда согласны в феноменологии. Зетцель видит задачу аналитика в пресечении стремления пациента рассматривать терапевта в качестве зло-вредной «плохой матери»; это стремление связано с младенческой депрессивной позицией пациента (понятие кейнзианского психоанализа). Ранняя интерпретация в более «человечной» атмосфере может избавить от лишней болтовни и укрепит способность пациента продолжать анализ. Напротив, Гринсон описывал союз как медленно развивающийся, требующий для своего становления нескольких месяцев и существующий только в связи с определенным материалом. Так, пациент может продемонстрировать хороший союз, рассказывая о своих сексуальных переживаниях, но потерять его при развитии агрессии. Соглашаясь с Зетцель, Гринсон также призывает аналитика быть более человечным, порицая карикатурность классической аналитической техники. Последняя слишком часто практикуется встревоженными новичками, которые боятся потерять контроль над могущественным оружием и потому держат его под замком.

Пожалуй, нет необходимости рекомендовать аналитику быть более человечным. Каждый пациент в своей жизни встречал порядочных людей — соседа или сотрудника — но, какими бы интенсивными не были его отношения с этими хорошими людьми, невроз остался неврозом. Если аналитик слишком ревностно последует рекомендации быть более человечным и пренебрежет проверенной временем заповедью аналитического воздержания, может случиться, что анализ вообще не удастся и терапевт будет не более полезен, чем сосед.

Остается задача определения терапевтического союза, какое бы название здесь ни использовалось. Эрнст Крис (Ernst Kris) описал деятельность Эго пациента во время аналитической сессии. Он предположил, что целостная функция Эго состоит из 3 субфункций: способности контролировать регрессию, способности контролировать аффект и способности наблюдать собственные психологические процессы (расщепления между переживающим и наблюдающим Эго, по Стербе). Более того, интегративная функция может действовать как в позитивном, так и в негативном переносе. Понятно, что это имеет ключевое значение для терапевтического союза.

Кроме того, должно существовать определенное количество невротического страдания, от которого пациент настойчиво хотел бы освободиться. Он должен увидеть себя в качестве больного, нуждающегося в лечении, и, зачастую основываясь только на вере, принять аналитика в качестве индивида, оказывающего помощь. Один из наиболее важных аспектов союза лежит в конгруэнтности мотиваций терапевта и пациента. Если аналитик должен иметь доброе намерение лечить так, как лечат аналитики, то пациент должен наблюдать весь процесс от начала до конца, даже когда тот становится настолько бурным, что начальные намерения кажутся весьма слабыми перед лицом сильных чувств, негативных или позитивных.

Почти вся литература по терапевтическому союзу рассматривает способности пациента, но немного говорит о вкладе аналитика в успех или неудачу союза. Время от времени аналитики обнаруживают, что из-за невротических или не-невротических причин они не могут эффективно работать с определенными пациентами. Если способность аналитика вступить в союз нарушена и если он не может устранить блоки контрпереноса с помощью самоанализа или консультации с коллегами, следует рассмотреть возможность лечения данного пациента у другого аналитика. Чем бы не являлся терапевтический союз, практически он предстает способом, с помощью которого два разума, терапевта и пациента, учатся работать вместе. Союз имеет как интеллектуальную, так и аффективную стороны. Это процесс, происходящий между двумя людьми, а не разобченный набор признаков, описанных в метапсихологических терминах.

## **Реальные взаимоотношения**



Третьей формой объектных отношений между терапевтом и пациентом являются реальные взаимоотношения. Термин включает ту часть аналитических взаимоотношений между двумя взрослыми, которая обуславливает создание совместного предприятия и реалистичное поведение в отношении таких вещей как оплата, болезни и перерывы — короче говоря, всех реальных обстоятельств анализа.

Реальные взаимоотношения между аналитиком и пациентом также включают реалистичное восприятие пациентом своего аналитика. Пациент может правильно воспринимать объективные черты характера своего аналитика, которые делают продолжение анализа невозможным. Он может также довольно пронизательно улавливать реакции контрпереноса. Восприятие пациентом своего аналитика может быть искажено нереальными соображениями переноса, но в любом случае полезно и даже необходимо внести это восприятие в поле анализа.

Необходима также правильная работа с ошибками аналитика. Отрицание ошибок со стороны аналитика при правильном восприятии их пациентом означало бы атаку на чувство реальности последнего и угрозу терапевтическому союзу. Ошибки следует просто признать и изучить реакции пациента на них. Катартическая исповедь о причинах возникновения ошибки в присутствии пациента свидетельствует о наличии проблемы контрпереноса, которая принадлежит к анализу самого аналитика, а не к анализу его пациента.

Многие аналитики чувствуют, что не совсем правильно слишком усердно скрывать собственную личность и реакции. Искусственность совершенно неуместна в аналитических взаимоотношениях, но аналитики должны охранять свою личность от чрезмерно глубокого проникновения, чтобы не потерять свой дневной остаточный потенциал.

## **Невроз переноса**

Центральным событием классического терапевтического анализа является создание невроза переноса и его окончательное разрешение с помощью интерпретаций. Последуем за традиционным, хотя и не совсем точным, фрейдовским сравнением анализа с шахматной партией, где имеются дебют, миттельшпиль и эндшпиль, соответствующие начальной, средней и завершающей стадиям анализа. Фрейд был уверен, что, как и в шахматах, только начальная и завершающая стадии имеют четкие технические правила, и что и в анализе и в шахматах оба соперника должны найти свои собственные способы для проведения центральной части партии. Если начальная стадия анализа сосредоточивается на установлении терапевтического союза и мобилизации защитного переноса, то вторая стадия, собственно анализ (если кто-либо хочет следовать концепции, согласно которой анализ имеет дело с оживлением триадических родственных взаимоотношений инфантильного невроза), начинается с проявлением первых признаков невроза переноса, как отличающихся от защит общего характера и псевдопереноса первой стадии. Это деление анализа на отчетливые фазы скорее эвристично, чем реалистично.

Клинически, невроз переноса часто проявляет себя увеличением озабоченности и поглощенности пациента собственным анализом, который на какое-то время становится самым важным событием его жизни, иногда даже более важным, чем супруг или дети. Необходимо заметить, что хорошо развитый и мощный невроз переноса часто вызывает внезапный взрыв в некоторых браках, особенно если супруг стремится нарушить конфиденциальность аналитических отношений. Часто необходимо предоставить супругу пациента помощь в понимании стресса, который может развиться при психоаналитическом лечении второго партнера. Однако некоторые пациенты испытывают значительное уменьшение тревоги вне аналитической ситуации так, как будто анализ отводит в землю сильные заряды тревоги, оставляя другие сферы жизни свободными от невротических воздействий. Такой пациент может жаловаться аналитику, что он излечился от тех трудностей, которые привели его на лечение. Сегодня его единственная проблема — сам аналитик.

В отличие от первичных реакций переноса первой стадии анализа, невроз переноса — это хотя и изменчивый, но более или менее стабильный набор переносов, сфокусированных на аналитике, в которых пациент повторяет большинство важнейшего материала своего прошлого. Существует тенденция рассматривать невроз переноса слишком конкретно, как длительно существующую сравнительно стабильную структуру, занимающую центральную часть сцены вплоть до окончания анализа. В отношении пациента должна быть проделана большая работа по снятию

тревоги, связанной с Супер-Эго, для того, чтобы он почувствовал себя свободно в переживании вытесненного бессознательного материала в форме активного переноса невротических проявлений. Большая часть работы анализа во второй стадии направлена на устранение препятствий на пути раскрытия переноса невротических проявлений. Пациент должен увидеть, что истинные намерения терапевта — предоставить пациенту возможность вынести запретные импульсы, например, враждебность, за барьер вытеснения; что аналитик не предпринимает никаких объяснений его поведения, не включающих соответствующий вытесненный материал; что он ни в коем случае не осуждает, не принижает, не контратакует или ни каким иным образом не наказывает пациента.

Невроз переноса эпизодичен; в некоторых случаях он вообще не проявляется, особенно если контроль Супер-Эго или нарциссическое давление слишком сильны, или если что-то в анализе или в обстоятельствах, в которых он проводится, мешает его проявлению. Следует учитывать, что у некоторых пациентов можно провести правильный анализ и без развития невроза переноса.

Этому может быть несколько объяснений. Во-первых, может развиваться нераспознанный аналитиком нарциссический перенос. Иногда создается впечатление, что пациент ждет конца анализа прежде, чем разовьется невроз переноса, или же он хорошо приспосабливается к ситуации анализа, в действительности не входя в нее. Среди аналитиков существует поговорка: «Мой первый анализ — для института, второй — для жены и только третий — для меня». Это сказано для того, чтобы стало ясно, что определенные жизненные обстоятельства, например, аналитическая подготовка, могут сделать невозможным для пациента раскрыть свою истинную сущность аналитику и самому себе.

Не существует единого мнения относительно того, что считать неврозом переноса. Блюстители чистоты учения считают, что фрейдовская трактовка концепции невроза переноса ограничивает значение термина до представления о «новой редакции» симптомов инфантильного невроза, в которой присутствует продуцирование новых невротических симптомов, а так же смещение инфантильных побуждений на интрапсихический образ аналитика. Однако подобные симптомы лишь изредка появляются у анализируемых пациентов. Согласуется ли это с тем фактом, что произошло смещение акцента с симптоматических неврозов, преобладавших в конце XIX — начале XX века, на неврозы характера, которыми занимается анализ сегодня? От-вет, если не безусловно, то в значительной степени, звучит утвердительно.

Другие аналитики в понятие невроза переноса включают не только прямые эдипальные либидинозные переносы, но и защиты от них. Для этих аналитиков ранняя мобилизация негативного переноса в отношении терапевта является проявлением лежащих глубже позитивных чувств — то, что выглядит как негативное перенос, в действительности является проекцией внутренних запрещенных объектов пациента в ответ на возрастающие в аналитической ситуации безнадежность и стремление к поиску объекта. Так, сопротивление переноса обычно проявляется рано, задолго до появления любых активных невротических проявлений, но уже после того, как установлен терапевтический союз и пациент активно захвачен личностью аналитика, по крайней мере, в бессознательном.

До того момента, когда анализ войдет в стадию невроза переноса, аналитик и пациент должны прочно установить основы доверия и сотрудничества с тем, чтобы их взаимоотношения могли выдержать стрессы и напряжения, вызываемые алогичными стремлениями, как негативными, так и позитивными. Ключевой вопрос в это время — достаточно ли пациент развил свою способность к самонаблюдению во время анализа? Способен ли он выйти за пределы себя и наблюдать собственные эмоциональные переживания вначале глазами аналитика, а затем и своими собственными? Конкретная судьба ранее скрытых влечений несущественна: они могут быть интегрированы в Эго в менее инфантильных формах или же могут быть отвергнуты с каким-либо завершением. В любом случае, они больше не являются мишенями для невротических конфликтов.

Хотя вначале невроз переноса рассматривался как серьезная помеха для аналитической терапии, вскоре аналитики увидели, что в повторениях, проявляющихся в этом неврозе первую скрипку играют важные конфликты и попытки их преодоления, относящиеся к детству пациента, конфликты, которые длительное время подавлялись, но так и не нашли удовлетворительного разрешения.

Условия, в которых происходят повторения невроза переноса в некоторых значительных моментах отличаются от прототипических переживаний, которые они воспроизводят. В то время, когда происходили события, ставшие стержнем невроза, Эго ребенка было сравнительно беспомощно перед требованиями Ид; надежные, приспособленные к реальности способы управления инстинктами Ид еще не были развиты в полной мере. Вдобавок, для ребенка окружающая среда гораздо более опасна, или, по крайней мере, кажется таковой, чем для зрелого взрослого человека. Однако в аналитической ситуации, при условии существования терапевтического союза, осажденное Эго находит нового и мощного союзника в лице аналитика; чрезмерные требования Супер-Эго пациента становятся менее сильными из-за того, что он идентифицируется с аналитиком. Аналитику следует помнить, что он анализирует взрослого с неразрешенными детскими конфликтами и что его пациент в действительности больше не ребенок. Это может стать важным техническим принципом.

## Сопrotивление

Поскольку ликвидация патологических вытеснений является стержнем аналитической работы, настаивая на осознании нежелательных побуждений, аналитик кажется пациенту находящимся на стороне этих влечений, а не его истинного Я. Рано или поздно пациент чувствует необходимость повторить старые защиты Эго или Супер-Эго от угрожающих побуждений, но теперь эти защиты направлены и против аналитика, который кажется принявшим сторону влечений. В простейшей ситуации инфантильный сексуальный или агрессивный импульс, теперь направленный на терапевта, вызывает инфантильное чувство вины. Временами, надежда наконец удовлетворить неудовлетворенное детское побуждение — например, желание отомстить или получить инцестуозное сексуальное удовлетворение через личность аналитика — перевешивает все остальные желания, включая прогресс анализа. В любом случае, в сопротивлении прогрессу анализа задействуются инстинкты. Это только два из бесконечного множества возможных вариаций побуждений и защит. Огромное количество защитных паттернов делает анализ невроза переноса, возможно, наиболее сложной работой аналитика.

Анализ сопротивления, таким образом, находится в самом сердце аналитического процесса и сопротивление здесь означает защитную деятельность Эго. Понятие сопротивления следует отличать от понятия защиты. Последнее относится к деятельности психического аппарата по защите от опасности и боли, в отличие от стремления к немедленной разрядке инстинктивных влечений. Конкретные защиты в сочетании с организацией инстинктов пациента, определяют форму невроза. В аналитической ситуации защиты проявляют себя как сопротивления.

Признакам сопротивления имя легион; иногда узнать их легко, иногда — сложно. Почти любая особенность аналитической ситуации может быть использована на службе сопротивления. Например, фундаментальное правило требует, чтобы пациент говорил все, что приходит ему в голову. Навязчивый болтун может войти в аналитическую ситуацию с огромным желанием, нуждаясь при этом лишь во внимательной аудитории. Раскрытие его яркой приверженности фундаментальному правилу как сопротивления может вызвать значительные трудности; это явление удовлетворяет потребность доминировать над слушателем, не проводя к инсайту и углублению анализа.

Молодой психиатр во время анализа может заинтересоваться интерпретативной техникой своего аналитика, резервируя для этого небольшую часть своей психики и не входя целиком в контролируемую регрессию невроза переноса. Он может продемонстрировать, что одной ногой постоянно стоит в реальном мире, например, спрашивая, как аналитик пришел к тому или иному выводу. Возможно, только изменение тона голоса укажет на то, что он говорит не как пациент, а как психиатр.

Исключительная умеренность и целомудрие аналитической ситуации, а также задача извлечения первичного процесса из вторичного, могут повторять детскую ситуацию, в которой умеренные и «просвещенные» родители создавали аффективно стерильную среду. В таком случае пациент может испытывать во время анализа существенные затруднения в признании тех аффектов, которые он вынужден был отвергнуть в детстве. И снова любой аспект аналитической ситуации может стать укрытием сопротивления.

Поведение или поза пациента на кушетке могут многое рассказать о его сопротивлениях. Для пациентов типично перекрещивать руки на груди или скрещивать ноги, особенно на первых стадиях анализа. Зачастую это является выражением вызывающего отношения к анализу («Ты не сможешь ничего вытянуть из меня!») или потребности в защите гениталий. В процессе анализа кастрационной тревоги пациент может начать постепенно расслабляться, демонстрируя некоторые изменения позы.

Например, во время первого аналитического сеанса пациентка получила задание от своего аналитика назвать четырехсложное слово. Она сказала, что она была ребенком и хотела бы, чтобы к ней относились (англ. «relationship» имеет 4 слога. — Прим. пер.) как к ребенку. На кушетке пациентка обычно лежала на боку, лицом к стене. Анализ показал, что эта поза была попыткой воссоздать ситуацию близости с ее отцом, которую она переживала очень редко, в отличие от ее старшего брата. Ее поза была одним из признаков защиты от болезненного невроза переноса, в котором она стояла лицом к лицу с тем, что чувствовала, будучи отвергнутой своим депрессивным отцом.

Другой пациент заснул на кушетке, когда аналитик упомянул о приближающемся отпуске. С этого момента он проспал примерно половину всех аналитических сессий. Иногда у него были простые сновидения-исполнения желаний, но чаще он просыпался и не мог вспомнить, о чем он говорил до того, как погрузился в сон. Засыпание для его обсессивного невротического характера оказалось превосходным защитным механизмом — изоляцией. Одновременно оно было проявлением нарциссической регрессии. Естественно, ее использование в процессе анализа в качестве сопротивления очевидно.

Некоторые другие проявления сопротивления во время анализа — отсутствие аффектов, опоздания, пропущенные занятия, неоплата счетов, явное избегание некоторых тем, озабоченность текущими жизненными делами, использование клише и технических терминов. Любой стереотипно повторяющийся фрагмент поведения является ключом к проявлениям сопротивления. Если, например, пациент всегда занимает на кушетке одинаковую позу, постоянно врывается в кабинет и стремительно бросается на кушетку, или входит и выходит из кабинета, не глядя на аналитика, последний знает, что здесь работает какое-то сопротивление. Некоторые аналитики считают неспособность пациента изменить позу на кушетке после длительного периода лечения неблагоприятным прогностическим признаком.

Сопротивление может быть чуждым Эго и Эго-синтонным. Отреагирование — это сопротивление, сочетающее в себе оба этих качества. При отреагировании пациент стремится выражать свои побуждения в действиях вместо вербализации их в рабочей ситуации анализа. Отреагирующее поведение, подобно симптоматическому поведению, это компромиссное образование побуждений и защит. Истинная природа побуждения обычно не улавливается пациентом из-за деятельности защитных структур психического аппарата. Действие само по себе чаще Эго-синтонно или, по меньшей мере, хорошо рационализируется пациентом. Рационализация — другой слой сопротивления по отношению к проводимому анализу.

## **Проработка**

Анализируя, терапевт обычно интерпретирует от поверхности в глубину, что означает доведение до сознания сопротивлений прежде осознания инстинктивных производных, от которых данные сопротивления защищают. Эта работа происходит в строгом порядке. Во-первых, защитные маневры должны быть изолированы от переживающей части Эго пациента. Пациент и аналитик совместными усилиями должны провести черту вокруг защиты и достичь согласия в том, что необходимо ее дальнейшее изучение и интерпретация. Это согласие требует настоящего терапевтического союза. Затем пациенту необходимо продемонстрировать, что у него есть своя роль и что он активно проходит через те ситуации, которые в прошлом лишь пассивно переживал. Следующая задача аналитика — показать, что защита пациента имеет цель, и эта цель — избегание чего-либо. Более того, пациент узнает, что то, чего он избегает и то, как он это делает, предопределено его собственной историей. Таким образом пациент подводится к необходимости отделить прошлое от настоящего, столкновение которых и является сущностью невроза. Последовательность интерпретаций приводит к интеграции в Эго ранее вытеснявшихся

инстинктивных производных. Однажды открытые сознанием инстинктивные производные становятся постоянно доступными для Эго, а не отщепляются от него, как раньше.

Однако на практике пациенты часто задействуют новые сопротивления и процесс анализа начинается сначала. Это выглядит так, как будто никакого интерпретативного цикла не было и в помине. Кажется, что пациент совершенно забыл обо всем, что узнал ранее, и приходится начинать все сначала. Но теперь дело может пойти быстрее. Пациент с помощью аналитика может обнаружить схожесть первого и второго циклов.

Фрейд называл процесс конфронтации Эго пациента с одним и тем же материалом «проработкой» и каждый аналитик очень скоро начинает понимать, что интерпретации нужно повторять много раз. Тем не менее обычно они изменяются в некоторых деталях. Большинство аналитических интерпретаций направлены на временные конфигурации защит и инстинктов, точно также, как внешнее содержание сновидения представляет собой один из множества вариантов представления одной базовой темы. Многие авторы сравнивают этот процесс с состоянием траура, которое Фрейд описал в статье «Печаль и меланхолия». Образ утраченного любимого человека воссоздается в бесчисленных жизненных обстоятельствах носящего траур. Чувство утраты может исчезнуть в одной ситуации для того, чтобы в другой проявиться с новой силой. Только тогда, когда психическая репрезентация утраченного человека будет разъединена с большинством ее связей, высвободится достаточное количество либидо и пребывающий в трауре сможет установить новые взаимоотношения вместо утраченных.

Сходным образом, в анализе переноса Эго должно вновь и вновь сталкиваться со всеми возможными вариациями вытесняемого материала и всеми возможными способами его вытеснения. Только таким образом нейтрализованный и лишенный содержания бессознательный материал может занять постоянное место в Эго.

Понимание важности проработки является одной из основных причин длительного течения анализа. Единственное сильное переживание недостаточно для того, чтобы Эго установило контроль над тем материалом, который подавлялся в течение многих лет.

### **Нарциссический перенос**

Развития и разрешения невроза переноса, рассмотренное выше, изложено в полном согласии с классической психоаналитической концепцией, которая направляла аналитиков в течение всей истории психоанализа. В каждом неврозе существует эдипальный стержень. Основная психопатология не осложненного, пригодного к анализу невроза всегда рассматривалась как происходящая из структурных конфликтов, возникших в детстве уже после развития способности к дифференциации себя и объектов. Содержанием структурных конфликтов является инцестуозные либидинозные и агрессивные стремления ко всем объектам детства, а также различные реакции на эти стремления, среди которых следует выделить вину и страх потери любви. Чтобы быть пригодным к анализу, пациент должен получить в детстве такую степень зрелости, которая обеспечила бы цельное, стабильное чувство самости.

В последнее десятилетие появились многочисленные описания большой группы пациентов, страдающих нарциссическим расстройством личности, пригодных для анализа, но не развивающих невроз переноса в его классическом виде. Зачастую это хорошо адаптированные и хорошо функционирующие люди, личностные нарушения которых не позволяют им в полной мере наслаждаться жизнью. Стержневая патология основывается не на связанных с инцестуозными влечениями энергетически заряженных родительских образах, а, скорее, на архаических нарциссических объектах. К архаическим нарциссическим объектам можно отнести грандиозную самость и идеализированный родительский образ (*imago*), реактивация которых представляет угрозу для чувства целостности собственного «Я» пациента.

Если аналитик не препятствует спонтанному становлению переноса, вместо ожидаемого эдипального невроза переноса может развиваться одно из подобных архаических нарциссических состояний. Теоретическая ориентация аналитика легко может воспрепятствовать развитию подлинных образований переноса. При идеализирующем переносе, например, ранняя проекция всемогущества на терапевта будет категорически отвергаться традиционным аналитиком. Однако здесь важнее принять положение вещей таким, какое оно есть, для того, чтобы впослед-

ствии продемонстрировать присутствие в настоящем инфантильного поведения, адекватного для определенной фазы развития в прошлом. Точно также, грандиозное собственное «Я» не следует интерпретировать как сопротивление, но как повторение чего-то понятного и адекватного в прошлом. Большая часть работы анализа в этом случае направлена на определение тех-кущих раздражителей, вызывающих регрессивные реакции. Часто эти раздражители нечетки и постороннему наблюдателю их заметить трудно.

Если аналитик подавляет развитие нарциссического переноса, невроз переноса принимает классическую форму с эдипальным содержанием. Это возможно потому, что нарциссические пациенты также имеют эдипальные переживания, а кроме того они стремятся понравиться аналитику. Однако в таком случае анализ становится менее надежным, поскольку важный патогенный материал остается вытесненным.

Хотя большинство аналитических исследований нарциссических личностных расстройств находятся в более или менее выраженной согласии относительно их феноменологии, включающей триаду из тщеславия, эксгибиционизма и высокомерной неблагодарности, значение синдрома до сих пор не нашло однозначной трактовки. Хейнц Когут (Heinz Kohut) и Отто Кернберг (Otto Kernberg) представляют две противоположные точки зрения на суть нарциссической патологии. Их последователи часто довольно громко подчеркивают эту противоположность в продолжающихся дебатах о теоретических и терапевтических проблемах нарциссических расстройств. Возможно, наиболее существенное разногласие между упомянутыми авторами состоит в том, что Когут предполагал наличие отдельной линии развития нарциссизма, постулирующей грандиозное собственное «Я» как нормальный, соответствующий определенной фазе развития феномен. С этой точки зрения, отсутствие способности к эмпатии со стороны окружения вызывает задержку развития ребенка на этой стадии. Когут считал нарциссических пациентов не прошедшими эдипальную стадию развития до момента анализа; то есть, для них эдипальные проявления во время анализа являются не повторением в переносе, а новым переживанием. Кернберг, напротив, рассматривал нарциссическое сопротивление у взрослых в качестве проявления патологического развития, отличающегося и от нормального нарциссизма взрослых, и от фиксации на инфантильном нарциссизме или регрессии к нему. Тем не менее, оба автора согласны в том, что несостоятельность определенных средовых влияний играет важную роль в происхождении данных расстройства и что нарциссические сопротивления носят защитный характер; главный вопрос в том, от чего собственно защищается пациент.

Очевидно, что Кернберг описал стержень нарциссического невроза в виде интрапсихического конфликта, а Когут склонен рассматривать его скорее как результат недостатка родительской эмпатии, то есть, в большей степени, как межличностный конфликт или конфликт со средой. Кернберг утверждал, что отрицание пациентом автономии аналитика (которое оба автора считали ключевым моментом контрпереноса с нарциссическими пациентами), равно как и отрицание зависимости от аналитика, защищает пациента от оживления патологических взаимоотношений.

Кернберг предполагал, что одной из возможных причин идеализирующего переноса можно считать защиту от зависти по отношению к терапевту. С его точки зрения, только с уменьшением глубоко лежащей деструктивной агрессии с помощью аналитических интерпретаций может начаться формирование цельного чувства собственного «Я». Многие аналитики, занимающиеся такими больными, утверждают, что не нужны никакие изменения в классической технике и что с ними можно работать с помощью чистых, канонических аналитических методов, используя интерпретации и проработку и следуя правилу воздержания. Из этого обсуждения только нескольких основных положений становится понятно, что теоретическая направленность аналитика явно влияет на выбор им метода вмешательства и всю стратегию терапии. Так, аналитик одного направления может подчеркивать значимость понимания и эмпатии, сводя проявления враждебности к минимуму. Другой же выберет вид вмешательства, опирающийся на обнажение конфликтов, касающихся архаической агрессии. Некоторые избегают конфронтации, другие активно используют ее. Эти выборы, основанные на теории, имеют решающее значение для анализа. Ни одна парадигма происхождения нарциссических неврозов не описывает все известные случаи надлежащим образом. Возможно, пройдет немало времени прежде, чем разрешится спор в одной из важнейших современных областей

## Контрперенос

Перенос играет определенную роль в любых человеческих взаимоотношениях и отношении пациента с аналитиком не являются исключением. Термин «контрперенос» был впервые использован Фрейдом для описания данного аспекта психоаналитических взаимоотношений. Джеймс Стречи, редактор «Стандартного издания полного собрания психологических трудов Зигмунда Фрейда», отмечал, что, кроме нескольких комментариев в 1910 и 1914 г.г., Фрейд практически ничего не писал о контрпереносе. Однако, в то же время Фрейд занимался сходной проблемой — необходимостью проведения анализа для будущих аналитиков. Подобная практика была формализована с появлением первых психоаналитических институтов несколько лет спустя. Целью ее было не столько обучение технике анализа, сколько ознакомление будущего аналитика с его собственным бессознательным и, в конечном итоге, понимание им скрытого значения материала, предоставляемого пациентами. Фрейд также был серьезно озабочен тем, чтобы аналитики не действовали в работе с пациентами исходя из собственных потребностей, в частности, не принимали объяснения пациентов в любви в качестве реальных и не-невротических проявлений. Эти ранние анализы по сегодняшним меркам были весьма непро-должительны и предполагали дальнейшее углубление в виде самоанализа с использованием материала пациентов и других стимулов.

Также, как термин «перенос» часто используется для описания полного набора чувств в отношении врача, контрперенос охватывает широкий спектр реакций аналитика. Эти реакции можно рассматривать как аналог переноса пациента. Обоснованное заключение о способности пациента создать терапевтический союз всегда является частью полной психоаналитической оценки. Гораздо реже говорят о не менее важной способности аналитика искренне принять терапевтические обязательства по отношению к пациенту. Может ли аналитик собрать достаточное количество диатрофических функций — своих целительных намерений — для оказания поддержки пациенту в его поисках выхода, чувстве безнадежности, стремлении к зависимости? Термин «терапевтический союз» относится, по меньшей мере, к системе из двух человек и способность аналитика сыграть свою роль также важна, как и аналогичная способность пациента. По каким-то причинам существуют пациенты или группы пациентов, с которыми данный конкретный аналитик не может эффективно работать. И вовсе не обязательно видеть здесь невротическую проблему аналитика. Так, например, объективность и отстраненность обязательны для научной работы, являющейся законным аналитическим занятием. Но именно они могут вызвать неудовлетворенность у пациента, который нуждается в значительном количестве взаимодействий для установления рабочих отношений.

В области невротических взаимодействий часто случается, что пациент не только воспроизводит прямую реакцию переноса на аналитика, но и сам напоминает важную фигуру из прошлого аналитика. Например, чувство благоговения перед известными людьми приводит к очевидным затруднениям при установлении аналитического *modus operandi*. Некоторые пациенты пробуждают сильное чувство соревновательности или даже превосходства, что приводит аналитика к различным видам неаналитических реакций. Это, в свою очередь, препятствует развитию и разворачиванию невроза переноса. Подобные проблемы часто становятся проблемой для неопытных психиатров или аналитиков, берущихся за лечение коллег. К счастью, большинство из них могут быть разрешены с помощью дальнейшего анализа или самоанализа. Полезно запомнить — все, что хоть на йоту отличает для вас коллегу от пациента, нетерапевтично. Другая форма контрпереноса — бессознательная защита пациента и терапевта от раскрытия у обоих общего побуждения. Так, аналитик, не чувствуя себя комфортно со своей собственной тревогой и деструктивными чувствами будет бессознательно подыгрывать пациенту в его реактивных образованиях, направленных против агрессии. Этот конкретный случай особенно труден, поскольку реактивные образования пациента, направленные против агрессии легко оправдать как адаптивные и социально полезные.

Однако контрперенос не всегда основывается на неразрешенной патологии. Часто аналитик переживает реалистичные реакции на реально социально неприемлемое, обольстительное или другое поведение пациента.

Известный аналитик лечил пациента, который постоянно опаздывал, пропускал сессии, пачкал

кушетку, постоянно унижал анализ и аналитика, в общем и целом вел себя как невежа, с весьма незначительными признаками желания совместной с аналитиком работы над разрешением собственных проблем. Основной проблемой пациента в это время стал его аналитик, которому он, как казалось, не очень-то нравился. Ответ аналитика был таким: «Вы делаете очень мало для того, чтобы мне понравиться!» Это может быть очень мощной интерпретацией.

Многие примеры реакций контрпереноса, как позитивных, так и негативных, можно принять за обоснованные и понятные реакции человека с улицы на выходящее за определенные рамки поведение пациента. Эти реакции могут быть очень деликатными, слабо выраженными. В некоторых случаях можно проследить оживление родительских чувств аналитика в ответ на истерические черты патологического характера пациента или возникновение чувства ревности, создающего недостающий элемент эдипальной триады в неврозе переноса. Если это оживление очевидно и если аналитик не реагирует невротическим образом на поведение пациента, он, возможно, окажется в состоянии сделать значимые интерпретации, используя в качестве основы собственные субъективные реакции на поведение пациента.

Важная проблема в работе с этим типом реакций контрпереноса состоит в следующем — будут ли у большинства людей в данной ситуации возникать сходные реакции? Если ответ звучит положительно, это скорее всего означает, что аналитик столкнулся с типичным паттерном поведения пациента, создающим проблемы и в других взаимоотношениях. Рассмотренный в этом свете, контрперенос может приобрести глубоко творческую функцию, он может вести к более правильному пониманию невроза пациента и служить основанием для его интерпретации и разрешения.

Обзор истории взглядов на контрперенос в психоанализе проливает свет на важные и глубокие изменения в отношении врачей к психиатрической практике. Как уже упоминалось, Фрейд мало писал о контрпереносе. Это отчасти может быть объяснено тем, что создатель психоаналитического учения вообще неблагосклонно относился к предоставлению публике описания технических процедур анализа. В этом смысле показательно, что несмотря на ключевую значимость темы переноса и невроза переноса для клинического анализа, Фрейд крайне мало написал об этом.

Реальная причина такого отношения к контрпереносу в ранние годы развития психоанализа возможно заключается в отношении врачей к своим пациентам вообще. Лечение пациента было однонаправленным процессом. Врач делал что-то с пациентом, пациент как-то реагировал, врач делал что-нибудь еще и так далее. Схема рефлекторной дуги «раздражитель-реакция» был наилучшей моделью отношений врач-больной. Этот взгляд на медицинскую практику не учитывал эффекта, который оказывала реакция пациента на врача, воздействуя на выбор последним следующего действия. Оставляя в стороне многочисленные случаи неэтичных поступков (например, использование любви в переносе, от которого предостерегал Фрейд), никому не приходило в голову, что эмоциональные реакции врача на своего пациента имеют какое-то значение. Естественно, сегодня аналитики хорошо осведомлены о том, что во всех диадических взаимоотношениях, включая терапевтические, действуют уравнивающие механизмы, снижающие напряжение в системе. Получивший биологическое образование Фрейд несомненно знал об этих механизмах, и уже в первые годы своей карьеры писал о гомеостазе внутри психического аппарата. По-видимому, он не применял эти идеи к межличностным взаимоотношениям, хотя он, как и все остальные психиатры, определенно оказывался под их бессознательным влиянием.

Лишь после второй мировой войны общая теория систем начала приобретать влияние в различных научных дисциплинах, хотя предвестники появлялись и в предыдущие два десятилетия. Теория систем выделяет циклические взаимодействия, а не линейные явления типа «раздражитель-реакция». Работа Салливана (Sullivan) может быть представлена как попытка рассмотреть терапию в качестве диадической системы межличностных взаимодействий. Отказавшись однажды от упрощенной модели «раздражитель-реакция», психоанализ должен был уделить внимание психологическим реакциям аналитика. То, что долго оставалось соромом в избе и рассматривалось в качестве источника потенциальных этических нарушений, теперь стало предметом научных исследований. Произошла в каком-то смысле научная революция. В 40-50



годы XX столетия увидели свет многочисленные работы по контрпереносу, указывавшие на то, что его анализ является полноправной и необходимой частью аналитической работы, которая приводит к получению важнейшей диагностической информации о пациенте. Интересно отметить, что большая часть ранних работ в этой области была написана женщинами.

Интерес к реакциям контрпереноса как элементам диадической системы велик и в наше время. Это важная часть обучения психоанализу с помощью супервизии, при использовании которой система становится более сложной, включая по меньшей мере трех человек — пациента, аналитика и супервизора. Иногда, обучающийся аналитик воспроизводит в своих взаимоотношениях с супервизором то, что его беспокоит во взаимоотношениях с пациентом. Такое эхо позволяет супервизору оценить, что же происходит в процессе анализа; способ, которым он доводит свое мнение до ученика является предметом педагогической дискуссии, находящейся вне пределов рассмотрения этой главы.

## **Завершение лечения**

Стадия завершения наступает тогда, когда пациент окончательно приходит к пониманию большей части первичных детских ситуаций и самими различными способами разрешает инфантильные конфликты. Старые конфликты перерабатываются более эффективно и адаптивно. В гипотетическом идеальном анализе работа синтеза остается самому пациенту, получающему возможность стартовать с новой точки благодаря анализу невроза переноса. Цели анализа достигнуты, если пациент стал достаточно свободным для развития по своему собственному пути, хотя это развитие может быть и не особенно заметно еще долгое время спустя после формального завершения анализа.

Важной задачей завершения является окончательный разрыв тех нитей, которые двигали анализ в его начале. Если не происходит полной конфронтации с реальностью на этой стадии анализа, вполне возможно, что анализ закончится неудачей. В действительности, неразрешенный перенос негативных или позитивных чувств требует повторного анализа у того же или другого аналитика. После того, как алогичные, инфантильные компоненты взаимоотношений устранены, аналитик остается для пациента реальной фигурой. Этот окончательный разрыв связей переноса, в конечном счете, по замечанию Фрейда, отличает психоанализ от лечения внушением.

## **Интерпретативный процесс**

В гипотетическом классическом анализе вмешательство аналитика в невротический конфликт ограничивается процессом интерпретаций. В классическом анализе недопустимы такие приемы как ролевая игра или манипуляциями средовым окружением; требование, чтобы аналитик вел себя в соответствии с правилом нейтральности сужает его реальную, совместную с пациентом деятельность до обсуждения таких практических вопросов как время сессий, необходимые изменения расписания, отпуск или оплата.

Из-за своей важности процесс интерпретаций должен быть изучен более детально. Слово «анализировать» означает в этом контексте обнажение конфликтов, определенные части которых находятся в бессознательном. В некотором смысле, это определяет технические цели психоанализа в целом, равно как и описывает течение аналитической сессии. «Интерпретировать», означает делать понятным и значимым для пациента те психические события, которые он до этого времени не понимал. Что значит поместить на первый взгляд бессмысленное психическое событие в цепочку других, к которой оно, по нашему мнению, принадлежит, делая его тем самым более понятным.

## **Направленность на перенос**

Наиболее значимым фактором, способствующим развитию контролируемой терапевтической регрессии, является сама аналитическая ситуация. По мнению некоторых аналитиков, ее одной достаточно для развития невроза переноса. Однако интерпретативная терапевтическая активность аналитика облегчает терапевтическую регрессию.

В этой связи, по видимому, будет полезно обсудить различия интерпретативного процесса в психоаналитической психотерапии и собственно в психоанализе. В психоаналитической терапии внимание пациента направляется на внешние ситуации и события в гораздо большей степени,

чем в психоанализе. Аналитик в процессе анализа направляет внимание пациента в основном на то, что происходит во время самого анализа, и на интрапсихические события. Мета-форически можно описать работу психоаналитической психотерапии как центробежную, т.е. направленную вовне от оси терапевт-пациент. В подлинном психоанализе интерпретации аналитика центростремительны; они ведут к оси терапевт-пациент. В психоаналитической психотерапии интерпретации касаются переноса в очень общем межличностном смысле; в психоанализе перенос составляет основную мишень интерпретации и, согласно мнению некоторых авторов, должен интерпретироваться с самого начала анализа, по крайней мере, в аспекте здесь-и-теперь. В дополнение к центростремительной направленности интерпретаций в психоанализе, необходимой их частью становится то внимание, которое уделяется материалу, обеспечивающему доступ к глубинным слоям Эго и Ид. Сюда можно отнести интерпретацию сновидений, парапраксисов и фантазий, в частности, с целью выявления в них элементов переноса и реакций на аналитическую ситуацию.

## **Интерпретация сновидений**

Интерпретация сновидений — парадигма всех психоаналитических интерпретаций. Фрейд показал, в отличие от преобладающего в его время научного мнения, что сновидения имеют значение и могут быть описаны в контексте, придающем значение их бессмысленным элементам. Полное исследование значения сновидений требует изучения текущих и прошлых устремлений, которые сплетаются воедино в явном содержании сновидения.

Техника интерпретации сновидений должна быть рассмотрена с нескольких точек зрения при планировании стратегии лечения. Сновидение — это, несомненно, комментарий к событиям прошедшего дня, пришедший из глубоких — т.е. бессознательных — слоев Эго. Бессознательные части Эго содержат память о более отдаленном прошлом. Изучение искажений, проявляющихся в механизмах образования сновидения, предоставляет ценные ключи для понимания тех аспектов прошлого пациентов, которые оживают во взаимоотношениях с аналитиком. По понятным причинам интерпретация сновидений легко может превратиться в игру, в которой содержание сновидений «интерпретируется» примерно с таким же эмоциональным фоном, с которым мы узнаем значение слова, находя его в словаре. Поэтому интерпретация сновидений в анализе должна использоваться с осторожностью, чтобы не мешать разворачиванию невроза переноса. Тем не менее, иногда, особенно при слабой выраженности других признаков переноса, анализ сновидений является одним из основных способов понимания того, что происходит с пациентом. Один из главных стимулов образования сновидений — это аналитический климат, поэтому при любых обстоятельствах анализ сновидений дает неоценимую информацию о взаимоотношениях переноса, недоступную иным путем. В то же время, анализ сновидений служит способом укрепления этих взаимоотношений.

## **Текущие конфликты в анамнестической перспективе**

Теоретически, идеальная, полная психоаналитическая интерпретация содержит значимое определение текущих конфликтов и исторических факторов, которые воздействуют на них. Такая интерпретация включает описание текущих и прошлых конфликтов, защитных механизмов, используемых для уменьшения влияния конфликта, и причин активности данного конфликта в настоящее время. Полные интерпретации такого типа редко даются пациенту во время анализа; обычно, они служат подведением итогов длительного периода аналитической работы.

Большинство комментариев, сообщаемых пациенту, гораздо более узки и касаются того, что происходит в данный конкретный момент.

Детальные и развернутые интерпретации редко проводятся за один раз; скорее они приобретают форму постепенно, по мере продвижения аналитической работы. Интерпретативная работа затрагивает то одну, то другую сторону конфликта, а иногда переходит к рассмотрению новых конфликтов, возникающих при неадекватных попытках разрешения конфликтов первичных. Часто, простое повторение слова, сделанное в нужное время, может быть интерпретацией, привлекая внимание пациента к небольшому фрагменту скрытой информации. И наоборот, развернутая речь может не открыть ничего нового или вообще торпедировать дальнейшее продвижение анализа. Однако в некоторых обстоятельствах, явно уместны как можно более полные дискуссия и синтез.

## Выбор времени

Трудно дать ясную формулировку того, как точно определить время для интерпретации; часто это зависит от такта аналитика и его эмпатического понимания пациента. Одной из опасностей является слишком глубокая интерпретация. Другая опасность — преждевременные интерпретации либо интерпретации, не попадающие в цель в связи с тем, что пациент в это время озабочен чем-то другим. Для того, чтобы уберечься от этих опасностей аналитик должен интерпретировать лишь тогда, когда пациент сам готов заметить, что происходит. Интерпретировать необходимо либо материал, заряженный чувствами, либо «фокальный конфликт». Из перечисленных подходов к определению времени, выявление фокальных конфликтов предоставляет аналитику наибольший когнитивный контроль над интерпретативным процессом по сравнению с другими, основывающимися главным образом на интуиции. Теория фокальных конфликтов утверждает, что пациент охвачен только одним конфликтом в любой данный момент времени; это проблема, которой он озабочен и которая окружена наибольшим аффективным потенциалом. О таком конфликте говорят, что он находится в фокусе. Большей частью аналитик приходит к диагнозу имеющегося конфликта интуитивно, но использует когнитивные признаки для проверки своих построений.

Весь материал данного часа, например, сновидения, ассоциации и невербальное поведение, должны иметь психологически обоснованное отношение к конфликту. Если большую часть материала невозможно рассматривать как имеющую понятные связи с постулируемым конфликтом, скорее всего в фокусе находятся какие-то другие конфликты. В проверке и принятии (или непринятии) своей гипотезы аналитик должен руководствоваться кричащими несоответствиями, несовместимыми с его формулировкой; он должен быть готов отбросить свою гипотезу и принять новую, примиряющую эти несоответствия. Второй важный момент — связь между конфликтом, находящимся в фокусе и материалом предшествующих часов — принцип преемственности. Если аналитик вдруг обнаруживает, что каждый аналитический час совершенно не связан с другими — скорее всего он не понимает своего пациента. Кроме того, неспособность сформулировать фокальный конфликт в течение нескольких часов свидетельствует о том, что пропущено что-то важное. По теории фокальных конфликтов, конфликт, находящийся в фокусе, может быть расположен на большом удалении от ядерного конфликта, лежащего в основе невроза. Однако последовательное использование интерпретаций фокальных конфликтов в аналитической ситуации приводит к тому, что ядерный конфликт попадает в фокус и становится предметом интерпретаций.

## Теория терапевтических эффектов психоанализа

Любая теория терапевтических эффектов психоанализа будет несовершенной и неполной просто потому, что невозможно достаточно четко определить ни область фактов, которые должна объяснять теория, ни методы сбора данных. В данном разделе подчеркивается, что развитие клинических наблюдений, техники и теории происходит параллельно и взаимно обуславливает друг друга. В 50-е годы теория опережала технику, но в дальнейшем расширение клинического психоанализа потребовало пересмотра как теории, так и техники. Кроме того, прямые наблюдения за младенцами и детьми оказали серьезное влияние на понимание психопатологии взрослых, особенно пациентов с пограничными и нарциссическими расстройствами. Несмотря на это, существует теория терапевтических эффектов психоанализа, стоящая особняком по отношению к теории техники. Теория терапевтических эффектов рассматривает следующие вопросы: Как формируется психическая структура и каким образом ее можно изменить? Как выглядит успешно пролеченный пациент; есть ли существенные различия или сходства между пациентами, прошедшими лечение короткими видами психотерапии, и теми, кто использовал психоанализ? Теория терапевтических эффектов должна также пролить свет на спонтанные выздоровления и терапевтические эффекты анализа, равно как и других видов психотерапии. Не на все эти вопросы можно дать ответ, а те ответы, которые имеются, в значительной степени противоречат друг другу.

Теории терапии представляют некоторые дополнительные трудности, кроме тех, что связаны с отсутствием необходимых данных. Часто теории терапии просто переносят акценты в связи с

текущим состоянием общественного мнения. Например, акцент на межличностных взаимоотношениях может отражать общую сосредоточенность на роли личности в обществе. Такие сдвиги редко вносят что-либо новое в теорию или терапию, хотя их могут представлять как нечто совершенно оригинальное. Слишком часто то, что выдается за новую теорию, является посредственным переводом нескольких клинических наблюдений на метапсихологический язык. Кроме того, может иметь место коктейль понятий разных уровней абстракции. Так, говорить о страхе (непосредственное переживание) Супер-Эго (метапсихологическое понятие) все равно, что смешивать сэндвичи с опилками; это не объясняет ничего.

Вопросом, в наибольшей степени волнующим аналитиков сегодня, является происхождение психопатологии. Базируется ли психопатология на интрапсихическом конфликте, или, как утверждают некоторые, основная проблема заключается в неразвитой или неполноценной психической структуре? Например, является ли Эдипов конфликт проявлением нарциссической патологии, как говорят одни, или же это нормальная стадия развития, которую не следует считать патологической? Как это обычно бывает в дебатах «или/или» ни одна из сторон не может дать четких определений. Однако техническая дилемма достаточна ясна: разрешение конфликта или создание структуры?

Большинство теорий терапевтического действия анализа и других видов терапии принимают существование определенного вида инстинкта роста или стремления к зрелости. Не задумываясь особенно о природе такого инстинкта, можно сказать, что клинические наблюдения подтверждают положение о том, что большинство людей большую часть времени скорее здоровы, чем больны (с некоторыми яркими исключениями), и что во всем мире люди стремятся изменяться со временем от рождения до смерти. К этому аргументу часто добавляют, что благополучие и зрелость в той же степени являются функциями окружающей среды, что и самого индивида. Началом этого служат оптимальные взаимодействия между ребенком и его матерью, обеспечивающие выживание, физический расцвет и психологическое развитие личности. Здесь же следует искать основания для вмешательства аналитика. Если невроз рассматривается как отклонение в развитии, связанное либо с недостатками структуры, либо со структурированным и сравнительно стабильным конфликтом, то каким образом может быть эффективна терапия в коррекции этого отклонения?

### **Теории терапии в работах Фрейда**

В самом начале своего существования анализ рассматривал невроз как последствия битвы «Я» против раздражителей изнутри (влечения) или снаружи (травмирующие переживания). Фрейд полагал, что последние две силы связаны между собой и что существует некоторое соответствие внешней реальности и психологической предрасположенности самого пациента (их «дополнительность». — Прим. ред.). Тем самым предполагалось наличие патогенных компонентов в прошлом, которые должны предопределять повышенную чувствительность по отношению к определенным обстоятельствам в настоящем. В конечном итоге, это приводит к потере способности различать прошлое и настоящее.

В начале Фрейд считал, что достаточно назвать то, что отвергается «Я», чтобы сделать его доступным для сознания. Таким образом задача толкования считалась выполненной и работа синтеза предоставлялась самому пациенту. Время от времени Фрейд предостерегал от выделения избегаемого материала до тех пор, пока пациент не будет подготовлен к его полному восприятию. Следовало расчистить путь для аффективного восприятия того, что скрыто за стеной защит. Работу же по интеграции Фрейд рассматривал как автоматический процесс, сравнивая ее с аффинитетом определенных ионов в химической реакции. Лечебный процесс — это нечто, происходящее внутри у пациента, и аналитику следует умерить свои терапевтические амбиции, позволяя пациенту самому разрешить свои проблемы собственным путем. Сегодня мы говорим о защите автономии пациента.

По мере того, как Фрейд убеждался в силе переноса, как в смысле воспроизведения патогенного прошлого, так и в смысле препятствий на пути его понимания (стремление к действию оказывается сильнее желания понять), дифференциация прошлого и настоящего становилась все более и более важной. Навязчивое желание повторять прошлое должно быть использовано

аналитиком таким образом, чтобы уменьшить его силу и заменить его принципом реальности, который он считал гарантом защиты от примата принципа удовольствия.

Фрейд всегда подчеркивал влияние интеллекта, основанное на способности пациента к оценке реальности. «Голос интеллекта слаб, — писал он, — но постоянен». Хотя иногда Эго способно услышать его, существуют аффективные компоненты этого процесса, значение которых Фрейд осознавал. Первая задача аналитика понималась как облегчение присоединения пациента к терапевту. Этот процесс включал внушение и другие неинтерпретативные техники, которые не представляли проблемы для Фрейда, хотя и беспокоили его последователей. Фрейд лишь утверждал необходимость последующего анализа явления, которое он рассматривал как рычаг влияния на своих пациентов, что равносильно утверждению о необходимости проанализировать перенос. (В последние 30 лет многие аналитики порицали изменения стандартной техники, сегодня часто называемые параметрами. При этом не учитывалось, что сама рекомендация приступить к анализу является мощнейшим параметрическим вмешательством, способствующим развитию присоединения, а сам анализ есть попытка устранить этот параметр).

Создание структуры как таковой не привлекало особенного внимания Фрейда. Он занимался в основном ее изменением, т.е. разрешением или, по меньшей мере, уменьшением интенсивности конфликта. Фрейдовская теория терапии ведущее место отводила познанию и осознанию, сопровождающимися аффективной, инстинктивной привязанностью пациента к аналитику и «данной от бога» синтезирующей функцией Эго. Во время топографической эры психоанализа Фрейд и его последователи постепенно убеждались в существовании бессознательных сопротивлений на пути продвижения бессознательных идей к их осознанию. Это открытие привело к пересмотру старой троичной системы в новую структурную модель Эго, Супер-Эго и Ид. Новым приобретением для терапии стала переформулировка теории тревоги. Структурное Эго стало рассматриваться не как всадник, беспомощно пытающийся управлять своей лошадью и следующий за ней, но скорее как всадник, контролирующий своего коня. Тревога описывалась как деятельность Эго, предупреждавшая о том, что имеется угроза, а не как измененное либидо, на пути которого образовалась преграда. В этом отношении психоаналитическая техника сделала большой шаг к анализу механизмов Эго, с помощью которых осуществляется его защита от побуждений. Отныне обычного названия стремлений стало недостаточно. Аналитик должен был также раскрыть как и почему влечение, сексуальное или агрессивное, стало избегаться и довести историю развития данного положения дел до пациента. Однако, в конце концов, для достижения успешного исхода Фрейд опирался все на тот же зрелый интеллект пациента. (Современные аналитики знают, как трудно мобилизовать и выделить зрелый интеллект. Мы все больше убеждаемся в том, насколько голос интеллекта является голосом синтонного с культурой, разрешающего, а то и коррумпированного Супер-Эго, маскирующегося под рациональные аргументы.)

## **Послефрейдовское развитие**

С возникновением психологии Эго теория терапевтического действия развивалась в направлении взвешивания роли интеллекта. Наблюдающее Эго Стербы выступало в роли органа чувств, наблюдающего за аффективными переживаниями пациента. Стречи, переводчик Фрейда, используя в качестве отправной точки теорию Мелани Клейн (Melanie Klein), начал исследование роли интроекции в терапевтическом процессе. В своей концепции «изменяющей интерпретации» (или «мутирующей интерпретации». — Прим. ред.) он подчеркнул значение понятия «здесь и теперь» аналитического процесса, отмеченного уже Фрейдом, но в полной мере им не разработанного. По мнению Стречи, пациент входит в аналитическую ситуацию с гневом, хотя и бессознательным. Проецируя (бессознательно) свой гнев на аналитика, пациент воспринимает его как угрожающую плохую фигуру, повторно вводя ее в свое обвиняющее Супер-Эго. Происходит сравнение плохой интроекции с реально доброжелательной фигурой аналитика, что приводит к постепенному изменению Супер-Эго. Теории терапевтического действия отныне развиваются в направлении системы из двух компонентов. Роль интеллекта остается ведущей, поскольку сравнение плохой интроекции с более реалистичной фигурой аналитика требует развития оценивающих функций Эго, находящихся вне области конфликта пациента. Главный недостаток теории Стречи заключается в слишком жесткой фиксации на Супер-Эго; изменения в других областях психики им не рассматривались. Изменяются ли Эго и Ид вместе с изменениями в Супер-Эго? Стречи не задавался этим вопросом, но сегодняшние аналитики ответили бы

утвердительно.

Суть школы объектных отношений может быть выражена афоризмом, приписываемом Винникоту (Winnicott), который сказал, что «не существует такой вещи как ребенок, есть лишь ребенок и мать». Развитие этой школы привело к усилению внимания к неинтерпретативной детальности аналитика во взаимоотношениях с пациентом. Акцент при этом ставился не столько на внушении, сколько на организации отношений и структурирующих эффектах. Психоанализ начал использовать идею, что взаимоотношения с аналитиком, скорее чем его интерпретации или в дополнение к ним, имеют решающее значение в наступлении терапевтических изменений. Аналитическая ситуация более явно стала сравниваться с диадой мать-дитя, что привело к необоснованному представлению об аналитической ситуации как о полном эквиваленте взаимоотношений матери и преэдипального ребенка. Идея терапевтического союза была практическим применением этого направления мысли. В связи с этим некоторые аналитики видели свою роль в том, чтобы стать своим пациентам родителями, причем лучшими, чем были их настоящие родители, при наличии более или менее осознанного стремления изменить своих пациентов. Как конкретно это предполагалось сделать, не совсем понятно. Предположительно, нужно было достичь идентификации пациента с его новым родителем, что могло бы изменить влияние старых родителей.

Самым ранним исследованием этого направления психоанализа стала «активная терапия», предложенная Ференчи (Ferenczi) в 20-е годы. Блестящий терапевт, Ференчи собрал группу пациентов, состояние которых сегодня можно было бы описать под рубрикой пограничных и нарциссических расстройств. Многие из них обращались к Ференчи с последней надеждой, а он рассматривал их как «застарелые тяжелые случаи», с которыми никто не хотел иметь дела. В процессе лечения этой группы тяжелых больных его техника со временем стала напоминать детский анализ, и Ференчи начал удовлетворять потребности этих пациентов в конкретных проявлениях аффективности и близости. Его модификация психоаналитической техники не нашла широкого одобрения, но сделала очень много, подчеркивая важность «переживания» в дополнение к «интеллектуализации».

Роль переживания была доведена до своего пика Александером (Alexander) и чикагской школой в конце 40-х — начале 50-х. Александер утверждал, что не существует существенных различий между психоанализом и психотерапией; такая позиция все еще возникает время от времени. Принимая положение о значимости аффективных переживаний в анализе, Александер считал, что аналитик-терапевт занимает по отношению к своему пациенту позицию, диаметрально противоположную позиции родительских фигур в его прошлом. Например, при лечении пациента, избалованного всепрощающими родителями аналитик должен занять ограничительную позицию, что, возможно, приведет к «корректирующим эмоциональным переживаниям». Напротив, пациент, подавленный родительскими поучениями, скорее всего нуждается в разрешительном отношении терапевта. Проблема теории Александера о корректирующем эмоциональном переживании состоит в том, что она заходит слишком далеко по пути переживания и, как следствие, слишком далеко уводит от наблюдения. Анализ в обычном смысле этого слова подменяется достаточно редкими переживаниями, на которые Александер возлагает надежду на структурные изменения. В идеях Александера можно уловить нотки бихевиористских модификаций; теории такого типа существуют и сегодня.

В последние годы ценность психоаналитической метапсихологии часто и довольно убедительно оспаривается. Возможно, самым веским аргументом против метапсихологии является экономическая точка зрения, вопрос психической энергии. Концепция психической энергии подвергается нападкам в основном из-за своего метафорического характера, предполагающего гидродинамическую модель в качестве наглядного описания, как это предлагалось Фрейдом. Отстаивание Фрейдом экономической точки зрения прочно основывается на повседневных наблюдениях и здравом смысле. Так, например, иногда человек чувствует большую любовь (или ненависть) к определенному объекту, чем в другое время. Однако сегодня аналитики, пытаясь избежать метапсихологии, говорят об иерархии мотивов. Проще говоря, речь идет о том, что в данный момент определенный мотив становится более «влиятельным» по сравнению с другими, что, собственно, является повторением экономической точки зрения. Вместе с тем, акцент на мотивациях вернул психоанализу то, что могло потеряться в дебрях теоретизирования об объектных отношениях, а именно, что взрослый человек всегда отвечает за свои собственные действия. Тем самым весьма необходимая корректива была внесена в теории терапевтических

эффектов, подчеркивавших роль неадекватно реагирующей или никак не реагирующей среды. Литература последнего времени начала принимать во внимание ответственность пациента при осмыслении лечения и попытках использовать его результаты.

Большой спор в современной теории терапии идет о роли структурных изменений, т.е. о создании структуры в противоположность разрешению конфликта. Протагонистами этого спора были последователи Когута и Кернберга. Селф-психологи (self-psychologists), по-видимому, рассматривают ребенка (и взрослого пациента, в которого превращается ребенок) как стандартную единицу, развитие которой не поддерживается в должной мере неэмпатичными родителями. Терапевтический эффект анализа для таких пациентов основывается на способности аналитика находится в контакте с инфантильными стремлениями к созреванию при развитии переноса, приветствуя их проявления и улучшая их, чего не делали настоящие родители. Таким способом с помощью механизма «изменяющей интернализации» аналитика создается не существующая реально, но необходимая структура. Этот подход рассматривает конфликт и производные влечений как неудачные продукты искаженного стремления к установлению «целостной самости» — реминисценции адлеровского «желания власти». Самость как «суперординант» означает возвращение к фрейдовскому пониманию самости или «Я» в «Толковании сновидений».

Кернберг, однако, скорее ищет различия между детьми, чем сходства. Дети с чрезмерной примитивной агрессией проецируют эту агрессию на родительские объекты, а затем развивают защиты, чтобы справиться с искаженными взаимоотношениями. Отличие между Кернбергом и Когутом, не считая их взглядов на природу детства, состоит в том, что Кернберг предполагает раннее структурирование психики с патологическими защитами против примитивной агрессии; Когут же подчеркивает значение неадекватно реагирующей среды, которая неспособна поддержать становление структуры ребенка. В переводе на язык теории терапевтических эффектов, селф-психологи (self-psychologists) видят свою роль в дополнении недостатков структуры; последователи Кернберга более традиционны, занимаясь анализом архаических конфликтов. Ни одна из этих групп сознательно не использует параметров, обе считают себя приверженцами классической техники, хотя Кернберг писал о госпитализации некоторых своих пациентов. Оба отдают должное аффективным переживаниям в терапии, хотя, по-видимому, имеются различия в практике, а не в теории, касательно роли реконструкции и интеллектуализации в психоаналитическом процессе.

## Пиаже

Любая информация из других областей знания, проливающая свет на то, каким образом люди познают и как формируется психическая структура, очень важна для психоанализа. В этом смысле работы психолога Жана Пиаже (Jean Piaget) представляют особый интерес. Пиаже изучал развитие познания и его теории являются производными от непосредственных наблюдений за детьми. Некоторые из его открытий замечательно совпадают с психоаналитическими реконструкциями детства, полученными при анализе взрослых пациентов. Определенное число авторов пытались соединить работу Пиаже с психоанализом, но до сих пор не разработана единая теория. Одна из трудностей состоит в том, что Пиаже изучал когнитивные процессы, а анализ кроме того занимается и аффектами. Однако, дихотомия аффекта и когниции эвристична и искусственна.

Тем не менее, параллели довольно впечатляющи, как видно из нижеприведенного, может быть несколько необычного примера.

Согласно Пиаже, ребенок сталкивается с новой ситуацией, имея в голове схему, которая подсказывает ему, на что похожа эта новая ситуация, и которая основана на его прошлом опыте. В той степени, в которой воспринимаемая реальность не сходится с этой схемой, развивается процесс децентрализации. Это различие ведет к определенному изменению схемы, приводя ее в большее соответствие с восприятием. (Это, конечно же, крайнее упрощение идей Пиаже, вырывающее их из теоретического контекста.) Также и в анализе пациент подходит к аналитику и аналитической ситуации со схемой, хотя аналитики предпочитают говорить не о схемах, а об образах, сознательной и бессознательной памяти, структурированных защитах и тому подобных вещах. До той степени, до которой восприятие пациентом аналитика не соответствует этой схеме,

последняя должна быть изменена. В некоторых случаях, однако, децентрализация недостаточно полна и пациент продолжает использовать часть схемы в своем отношении к аналитику. Мы наблюдаем это в феномене переноса. Аналитик, в свою очередь, реагирует на пациента, рассматривая его иначе, чем тот рассматривает себя сам; он может попытаться исправить ошибку пациента какими-либо преждевременными утверждениями или интерпретациями, стремясь предотвратить децентрализацию в себе самом (это может быть источником некоторых видов контрпереноса). Если это делается слишком рано, искажения переноса, возникающие из старых образов или схем, не станут столь очевидны для пациента, и он просто добавит интерпретации аналитика к своей схеме, не изменяя при этом неадекватные аспекты образа или схемы. Если время интерпретации рассчитано более удачно, ее сила будет в большей степени согласована с усилиями функции контроля реальности пациента, направленными на коррекцию схемы. Результатом будет изменяющая интерпретация в смысле, который вкладывал в это понятие Стречи, а весь процесс перекликается с такими понятиями, как проективные и интроективные процессы, описанными тем же автором.

Проблема с этим примером заключается в том, что теории Пиаже используются в нем таким способом, о котором сам автор никогда не задумывался — когнитивный и эмоциональный уровни развития смешиваются весьма произвольным образом. Вместе с тем, эти идеи очерчивают поле для будущих исследований в области теории терапевтических эффектов психоанализа.

## **Показания**

Самым главным показанием для анализа является заключение, что, вероятнее всего, у пациента есть длительно существующие конфликты, продолжающиеся в настоящем в активной, но бессознательной форме, продуцирующие симптомы, признаки или характерологические проблемы, достаточные для того, чтобы оправдать длительное и обширное лечение. У аналитического пациента имеется конфликт не с собственным окружением, хотя он может проявляться именно таким образом, а внутри структуры его собственной личности. Этот конфликт недоступен сознанию и фрустрированные влечения, являющиеся частью конфликта, постоянно требуют разрядки или выражения, продуцируя различные феномены переноса. Несколько меньшее значение имеет неудачная попытка других видов терапии достичь успеха в лечении пациента, который признан пригодным для психоанализа.

## **Идеальная популяция пациентов**

Концепция преобладания прошлых конфликтов со все еще неразрешенными стремлениями, способными к переносу на аналитика, приводит к идентификации группы клинических единиц, для которых такие реакции кажутся наиболее вероятными. Фрейд считал, что психоанализ наиболее пригоден для лечения истерии (конверсионных реакций и истерических фобий или тревожной истерии).

Анализ также считается лучшим лечением определенных сексуальных извращений. Использование анализа для лечения перверзий сегодня кажется даже более обоснованным, чем в прошлом, так как доказано, что многие из них являются проявлением неудачи нарциссического характера в попытке пережить любовь к другому человеку или почувствовать себя любимым. В этих случаях, аналитическое лечение нарциссического невроза, будучи успешным, приводит к лучшей интеграции нечетко организованной личности, что в свою очередь способствует становлению более надежного ощущения самости и целостности.

Однако, в последние годы аналитики отмечают, что по крайней мере в городских популяциях, пациенты с конверсионными неврозами и неврозами навязчивых состояний реже, чем раньше самостоятельно прибегают к психоаналитическому лечению. Их сменяют пациенты с аналогичными личностными расстройствами, например, оральными, анальными, фаллическими, истерическими, компульсивными и нарциссическими расстройствами. Психоаналитическое лечение таких состояний стало общепринятым. Это отчасти связано с развитием психологии Эго и структурной теории, а также с пионерскими исследованиями Вильгельма Райха (Wilhelm Reich) и других аналитиков в области анализа характера и психоаналитическими исследованиями детей. Этот примечательное изменение не означает, что невротики полностью исчезли со сцены. Частная практика общих психиатров изобилует классическими конверсионными расстройствами, множественными личностями и сходной патологией. Зачастую эти диагнозы не выставляются. Однако такие пациенты могут и не просить психоаналитического лечения и аналитики получают



обманчивое впечатление о сокращении указанной патологии. Отчасти это, конечно же, социально-экономический феномен, но неправильно говорить, что аналитики видят меньшее количество симптоматических неврозов, чем раньше.

Обширный практический опыт показывает, что клинический диагноз, основанный на стандартных критериях, дает лишь приблизительное представление о показаниях и противопоказаниях к анализу. Клинический диагноз должен быть определен весьма тщательно, но не менее тщательно, со всех метапсихологических точек зрения, следует взвесить индивидуальные особенности внутри данной диагностической группы. Например, истерическое моносимптоматическое конверсионное расстройство может служить защитой от лежащего в глубине психоза, течение которого может быть серьезно утяжелено анализом. Также тяжелый обсессивно-компульсивный невроз может оказаться параноиком. Один пациент с фобией может быть проанализирован, другой окажется непригодным для анализа. Индивидуализированное изучение конфликтов пациента играет здесь ключевую роль.

## **Мотивация пациента**

Существенным моментом в оценке пригодности пациента для анализа является определение способности пациента сформировать аналитический договор и его желания поддерживать прогрессирующее развитие аналитического процесса, пытаясь достичь внутренних изменений при помощи углубления понимания собственной сущности. Эго пациента должно быть способно переносить определенный уровень фрустрации побуждений, не реагируя на них серьезными формами отыгрывания или замены одного патологического паттерна другим. По этой причине психозы и состояния зависимости обычно не являются подходящими для психоаналитического лечения без некоторых изменений в технике. Большинство психотических пациентов исключаются из поля зрения традиционного психоанализа, поскольку они испытывают существенные трудности в формировании аффективных и реалистичных связей — неотъемлемой части невроза переноса. Трудность этих случаев состоит в архаическом характере переживаемых чувств и в тяжелых реакциях контрпереноса, которые испытывают почти все, за исключением немногих талантливых аналитиков. Большинство пациентов с лекарственной зависимостью признаются непригодными для проведения анализа в связи с тем, что их Эго имеет очень низкую толерантность к фрустрации примитивных импульсов, что приводит к слишком частому импульсивному употреблению психоактивных веществ. Однако, имеются и некоторые исключения. Иногда аналитики признают определенного алкоголика пригодным для анализа, большей частью основываясь на природе и интенсивности основного конфликта; в анализе психотических пациентов сделан большой шаг вперед, хотя здесь требуются значительные изменения в технике.

## **Противопоказания**

Разнообразные противопоказания, описанные в литературе, кажутся вполне надежными. (1) Отсутствие средне рационального и сотрудничающего Эго. Например, взрослые старше 40 по общему мнению не имеют достаточной гибкости для значительных личностных изменений. Если все же существуют хорошие возможности для либидинозного или нарциссического удовлетворения, анализ пациентов в возрасте от 40 до 50 может привести к хорошему результату. (2) Невроз может быть столь незначительным, что трата времени и денег на полноценный анализ не может быть оправдана. (3) Невроз может иметь проявления, требующие неотложного вмешательства, так что не остается времени на развитие и становление невроза переноса. (4) Жизненная ситуация пациента может оказаться не поддающейся изменению, и полный анализ приведет лишь к увеличению его трудностей. Короткий период пробного анализа может оказаться единственным способом, с помощью которого принимается окончательное решение о пригодности пациента для данного вида психотерапии и о показаниях для анализа у конкретного психоаналитика.

## **Наблюдатели-коллеги в психоанализе**

Среди мер, принимаемых для снижения непомерно возросшей стоимости медицинского обслуживания, а также для обеспечения самоуправления медицины следует отметить концепцию наблюдения профессиональных медиков. Первый импульс этой форме контроля придали

организации, покрывающие часть расходов на медицинское обслуживание — государство, целевые оздоровительные программы, страховые компании. Хотя на первых порах эти организации в основном сосредоточили свои усилия на астрономически возросшей стоимости стационарно-го лечения, вскоре их внимание коснулось и амбулаторной службы, которая в психиатрии включает все виды психотерапии — от психоанализа, до кризисного вмешательства и долгосрочной поддерживающей терапии.

В настоящее время представители страховых компаний могут наблюдать за лечением обратившегося пациента на трех уровнях. Первый уровень носит чисто формальный характер и осуществляется не-профессионалами, которые просто расследуют жалобы пациентов, часто даже не обращаясь к лечащим врачам. Случаи, в отношении которых на первом уровне возникают вопросы, передаются консультантам организации, врачам или не-врачам. Если же вопросы все еще остаются или имеются расхождения в мнениях, организация или обратившийся пациент могут передать дело на третий уровень — коллег-наблюдателей.

Наблюдение коллег может осуществляться различными путями, главное что наблюдение осуществляется комиссией соответствующих специалистов, практикующих в той же местности, что и лечащий врач, и кандидатуры которых одобрены местным медицинским обществом, Американской Психиатрической Ассоциацией или Организацией Наблюдения за Профессиональными Стандартами. За психоанализом может наблюдать группа психоаналитиков, возможно включающая не-аналитиков, обладающих достаточной квалификацией и близко знакомых со стандартом лечения, используемым в данном сообществе. Используется информация, недоступная экспертизе первого и второго уровней. Конфиденциальные материалы, предоставляемые комиссии наблюдателей аналитиком обычно не является предметом для обнародования в каком бы то ни было законном расследовании, которое может последовать за решением комиссии; эта информация также не передается организации, обратившейся к наблюдателям третьего уровня.

Наблюдение коллег ставит несколько важных вопросов, которые актуальны как для пациентов, так и для профессионалов. (1) Конфиденциальность, полная и никогда не нарушаемая, — необходимое условие аналитического окружения; без нее пациент не сможет свободно ассоциировать, не говоря уже о внутренних сопротивлениях. Может ли поддерживаться конфиденциальность, если пациент использует страховку? (2) Аналитическое лечение обычно довольно дорого для отдельного пациента, и в тот период, когда он может получить от него наибольшую пользу — т.е. перед выбором карьеры, вступлением в брак и т.д. — и часто он не может обойтись без третьей стороны, оплачивающей часть расходов. В таких случаях следует сделать выбор между перспективой раскрытия в процессе анализа и откладыванием его до тех пор, пока пациент не станет самостоятельным в финансовом отношении. Идет ли компромисс на пользу делу? (3) Еще один вопрос, на который до сих пор нет четкого ответа, — влияет ли оплата гонораров аналитика третьей стороной (семьей, страховой компанией) на течение анализа? (4) Наиболее важный вопрос — значение оплаты третьей стороной для аналитика и пациента.

Относительно первого вопроса следует сказать, что нереально ожидать от страховой компании или государственного учреждения гарантий конфиденциальности в отношении предоставленной им информации. Хорошо известно, что страховые компании широко используют компьютеры для хранения данных, благодаря чему она становится доступной не только для других страховых фирм, но даже и для работодателей. В некоторых случаях раскрытие не таит в себе никакой опасности для пациента. Если же пациент широко известен и имеет, например, политические амбиции, имеется серьезная опасность нанесения ему ущерба при нарушении конфиденциальности на любом уровне проверки. Одно из нескольких средств против этого — использование контрольных опросников, позволяющих произвести метапсихологическую оценку проводимого лечения, но не упоминающих об индивидуальных деталях, которые могут позволить идентифицировать пациента. К несчастью, эти опросники оказывают дегуманизирующее влияние, что весьма затрудняет для аналитика понимание показаний для анализа, пригодности к нему пациента и хода лечебного процесса.

В отношении воздействия оплаты врачебных гонораров третьей стороной не существует общего правила. Некоторые пациенты, полностью покрывшие стоимость анализа за счет страховки, оглядываясь назад, считают, что их анализ был неоправданно затянут. Если вдруг потребуются повторный анализ, они скорее всего откажутся от услуг страховых компаний. Однако, при

лечении большинства много работающих пациентов не отмечается особой разницы — имеют они страховку или нет. Автор лечил пациентов, страховка которых покрывала лишь часть стоимости терапии, и оказалось, что течение анализа в основном зависело от становления невроза переноса и рабочего союза. Вместе с тем, вполне возможно, что некоторые пациенты с недостаточной мотивацией не будут подвергаться анализу, несмотря на доступность финансовой помощи третьей стороны.

Лишь немногие аналитики считают, что для успеха анализа необходимо, чтобы пациент самостоятельно нес финансовые расходы, хотя еще недавно эта точка зрения была довольно широко распространена. Сегодня стоит подумать, не было ли это проявлением рационализации садистического контрпереноса. Успешный анализ пациентов с низким доходом, проведенный студентами, обучающимися в аналитических институтах, подтверждает, что для того, чтобы лечение пошло на пользу, пациенту вовсе не обязательно страдать в финансовом отношении в дополнение к своим невротическим страданиям.

Например, один пациент чувствовал, что страховка — это его кровавые деньги, которые полагаются ему за мучения, доставшиеся от отца-садиста. Когда это чувство было проработано, пациент смог отказаться от страховки и принял на себя большую ответственность за свои чувства. Другой пациент, внезапно лишившийся страховки, пришел к выводу, что страховой агент была для него своего рода сказочной волшебницей, которая все делала так как нужно; в его несчастливом детстве все выглядело совсем иначе. Проработка этой фантазии и ее значения в переносе привела прямо в сердце невроза и резко продвинула анализ вперед. В любом случае значение оплаты третьей стороной и наблюдение коллег должно стать частью анализа.

Большинство пациентов считают, что наблюдение коллег нарушает высоко ценимую ими приватность аналитического процесса. Интенсивность этой реакции варьирует у разных пациентов и иногда принимает довольно серьезные формы. Такой пациент может быть настолько напуган вмешательством комиссии коллег, что запретит своему аналитику быть достаточно откровенным, хотя при этом будет знать, что любые материалы, предоставляемые комиссии, будут трактоваться как совершенно конфиденциальные, а любые письменные документы, появившиеся в ходе работы этой комиссии, будут переданы аналитику и уничтожены. Имеется вероятность того, что аналитику не удастся убедить комиссию в том, что этот пациент страдает неврозом, для которого анализ — самое подходящее лечение, или продемонстрировать необходимость для проведения дорогостоящего анализа тяжесть состояния.

Для минимизации вмешательства в психоаналитические взаимоотношения некоторые пациенты прибегают к консультации другого психоаналитика. Во время консультации исследуются вопросы показанности данного лечения и пригодности пациента для анализа, консультант может подготовить отчет для комиссии. При таком подходе психоаналитический процесс по-прежнему нарушается в минимальной степени, хотя и здесь остается возможность разрыва лечебной ситуации. Основное преимущество данного подхода заключается в том, что лечащий аналитик не выступает в роли агента третьей стороны, будучи терапевтом для своего пациента; пациент сам должен представить свой случай и удовлетворить аналитика-консультанта. Позиция аналитика компрометируется в гораздо меньшей степени, чем если бы он сам готовил доклад для комиссии специалистов.

Для аналитика может оказаться довольно неудобной демонстрация своей работы комиссией, хотя в институте он должен был делать это, участвуя в клинических разборах и работая с супервизором. Можно предположить, что наблюдение коллег мобилизует первичные фантазии пациента и аналитика, а кое-кто добавит сюда и саму комиссию.

Практический вопрос, встающий в каждом случае, — следует ли аналитику показывать пациенту доклад, подготовленный для комиссии. Некоторые аналитики считают это правильным, на определенной стадии можно таким образом добиться интегрирующего влияния на аналитический процесс. В других случаях доклад, сделанный на определенной стадии развития переноса и контрпереноса, может иметь сильное деструктивное воздействие; аналитик может лишь надеяться на веру своего пациента в его, аналитика, интегрирующую мощь. В любом случае этот вопрос должен быть подвергнут анализу и проработан.

Хотя такая форма контроля родилась под социальным и практическим давлением, не следует

ограничивать область ее применения только этими сферами. Изучение наблюдения коллег, проведенное Американской Психоаналитической Ассоциацией, привело к уточнению показаний для проведения психоанализа, критериев пригодности для анализа и критериев оценки процесса клинического психоанализа. Каким бы ни было будущее оплаты лечения третьей стороной, в научном плане наблюдение со стороны коллег приносит ощутимую пользу.

## **Психоаналитическая психотерапия**

В широком смысле слова, психотерапия включает все процедуры, использующие психологические методы для изменения поведения в терапевтическом направлении. Психоаналитическая психотерапия основывается на аналитическом понимании функционирования человека. Сам психоанализ, естественно, является чистой формой психоаналитической психотерапии; он стоит на одном из концов континуума, противоположный конец которого занимает однократная поддерживающая сессия. Крайности, находящиеся на концах этого континуума на первый взгляд отличаются настолько, что кажутся не связанными между собой. Вместе с тем, все процедуры, входящие в этот континуум, основаны на психоаналитическом понимании поведения. Краткосрочная психотерапия, например, требует от психотерапевта не меньшего умения, чем полный анализ, так как из-за своей краткости накладывает существенные ограничения на амбиции и любопытство.

Термин «психоаналитическая психотерапия» часто используется для описания высоко специфичной формы психотерапии с открытыми целями (инсайт, возобновление прерванного созревания, изменения характера), использующей аналитический метод в индивидуальных беседах, обычно проводящихся с меньшей частотой, чем это принято в классическом психоанализе. Для эффективного участия в этой психотерапии пациенты должны быть пригодны для проведения анализа; они немного отличаются от тех, для которых анализ является лечением выбора. Однако, часто пациенты, которым показан анализ, не могут участвовать в этом лечении либо из-за серьезных внешних причин, либо из-за мощных внутренних сопротивлений. Для таких пациентов необходимо проведение психотерапии лицом к лицу, чтобы устранить действие внешних факторов или же снизить уровень сопротивления; после этого они могут быть подвергнуты классическому психоанализу у того же или у другого аналитика.

Многие пациенты, встречающиеся в повседневной практике, непригодны для проведения анализа. Для удовлетворения их потребностей разработаны другие формы психотерапии, что вовсе не означает, что эти методы «второго сорта». Эти «не-аналитические» методы аналитической терапии требуют от терапевта значительной технической гибкости и глубины понимания.

## **Диагноз: основание для вмешательства**

Диагноз — это фундамент любого медицинского вмешательства. При проведении психиатрического лечения психиатру не следует слишком строго использовать бритву Оккама; в процессе терапии врач должен постоянно следить за изменяющимися диагностическими признаками. Эти сигналы включают патологические изменения в соматических структурах и функциях, равно как в интрапсихической и интерперсональной деятельности. Должны быть оценены сильные и слабые позиции в этих областях, действующие в них патологические факторы. Должны быть идентифицированы многочисленные этиологические факторы, которые могут сделать свой вклад в развитие и течение болезни: начиная с инфекции и новообразований, через интрапсихические и интерперсональные стрессы, до влияния культуры и общества на жизнь пациента. Диагностическая оценка, служащая основой для терапевтического вмешательства, должна быть проведена настолько тщательно и с привлечением настолько современных методов диагностики, насколько позволяют обстоятельства. Это справедливо и для психоанализа и для психоаналитической терапии.

Психоаналитик, рассматривающий необходимость проведения анализа, должен провести начальную диагностическую оценку пациента, включая оценку его пригодности для анализа с данным аналитиком. В одних случаях, он может действовать, отведя достаточно времени для изучения деталей невроза пациента. На другом краю диагностического спектра располагаются пациенты, пережившие пожар, авиакатастрофу или ураган. В этих случаях проблема ясна и не-

отложена: каковы бы ни были долгосрочные последствия, необходимые немедленные действия совершенно очевидны. Однако большинство диагностических проблем находятся между этими двумя крайностями. Зачастую они требуют немедленных действий, основанных на недостаточной информации и лишь изредка позволяют врачу получить достаточно данных для уверенной терапевтической тактики.

Целью диагностического процесса становится быстрее получение терапевтом представления о практическом значении проблемы пациента. Это относится не только к начальной оценке и решению о целесообразности начала терапии, но и к нюансам, которые будут характеризовать каждый аналитический час с самого начала лечения и до его окончания. Следует так же сохранять осторожность в отношении возможных соматических факторов. Кто знает, сколько больных с рассеянным склерозом начинали лечиться от конверсионных реакций задолго до того, как диагноз органического заболевания становился несомненным?

Два примера иллюстрируют необходимость постоянного внимания к возможным изменениям диагностической картины.

Пациент, проходящий курс психоанализа, начал жаловаться на расстройства, предполагающие наличие прогрессирующей периферической нейропатии. Для такого нарушения не было адекватного психологического объяснения, поскольку конверсионные реакции не входили в типичный психопатологический спектр этого больного. Аналитик направил пациента на консультацию к невропатологу. Тот, зная, что пациент проходит курс психоанализа, посоветовал проанализировать и эти расстройства. Аналитик порекомендовал повторную консультацию у другого врача, который и определил диагноз серьезного дегенеративного заболевания ЦНС.

Другой пациент, длительно подвергавшийся анализу, начал жаловаться на сильные сердечные симптомы. Подобно первому пациенту, он не отличался склонностью к ипохондрии, однако интернист объяснил эти симптомы тревогой. Чувствуя, что нарушения никак не связаны с аналитическим процессом, аналитик направил больного к кардиологу, который и поставил диагноз миокардита.

Оба примера демонстрируют уникальную возможность психотерапевтов-врачей участвовать в диагностике соматических заболеваний. Кроме того, ясно, что психиатрический диагноз не должен быть диагнозом исключения, т.е. основываться на исключении соматических расстройств.

Следует провести диагностическую оценку не только сути проблемы пациента, но и того, каким образом она возникла. И снова, психиатрический диагноз должен учесть все возможные патогенные моменты — от опухолей, инфекций и наследственности, через конкретные примеры преобладающей культуры, в которой выросла семья, до экономических условий. (Эрик Эриксон (Erik Erikson) убедительно показал, что культура предлагает определенные варианты решений проблем психологического развития. Классическая социология, например, долгое время не уделяла достаточного внимания конфликту между ценностями родной страны родителей-эмигрантов и ценностями страны, в которой растут их дети.)

Хороший диагноз, ведущий к искреннему пониманию больного в настоящее время, по-видимому, сегодня встречается гораздо реже, чем раньше, хотя он является главным основанием для планирования лечения. Все чаще диагностический интерес останавливается на этикетке из Диагностического и Статистического Руководства (DSM-III), которая в большей или меньшей степени подходит данному пациенту.

В прошлом при обучении психиатров использовалось несколько диагностических подходов. Один из них включает следующие вопросы:

1. Примером какого клинического диагноза является расстройство данного пациента? Сегодня это может быть рубрика DSM-III.

2. Каков динамический диагноз? Он должен включать определение первичного конфликта — например, «стыд, связанный с пассивными гомосексуальными наклонностями» — причем это определение должно связывать конфликт с имеющимися у пациента симптомами.

3. Каков анамнестический диагноз? Учитываются важнейшие события жизни пациента, включая надежные сведения о взаимоотношениях пациента с лицами, которые заботились о нем

в первые годы его жизни.

4. Каковы возможные виды переноса: негативный или позитивный, невротический, психотический или нарциссический?

5. Каким может быть контрперенос? Может ли аналитик работать с этим пациентом?

6. На основании ответов на вышеуказанные вопросы — какое лечение следует считать самым эффективным: психоанализ, поддерживающую психотерапию, краткосрочное лечение, госпитализацию или медикаментозное лечение?

Другой подход несколько более алгоритмичен и легко применим в клинике:

1. Составьте список всех симптомов и необычных способов поведения. Отметьте в нем несоответствия мышления и аффекта, характер взаимодействий пациент-собеседник. Часто такой список составляется в двух довольно сплоченных группах и может дать указание на суть основного конфликта. На этой стадии следует избегать дальнейших усилий по формулировке диагноза.

2. Что могло спровоцировать возникновение заболевания, если в его течении можно отметить какое-либо очерченное начало? Что заставило пациента снять трубку и договориться о визите к врачу?

3. Каким был пациент до начала расстройства? Часто невротическое заболевание оказывается заострением преморбидных личностных черт.

4. Какие важные психические травмы обнаружены при тщательном изучении детских лет жизни?

5. Каковы взаимоотношения между детскими травмами, преморбидными особенностями и провоцирующими обстоятельствами? Как именно детская травма отражается на взаимоотношениях с собеседником?

6. На основании полученной информации делается вывод о природе фокального и ядерного конфликтов. Фокальный конфликт должен учитывать все выявленные феномены и находиться в логической связи с провоцирующими обстоятельствами.

7. Какое лечение возможно в данном случае? Здесь также рассматриваются возможные виды переноса и контрпереноса. Какова относительная тяжесть состояния? Имеется ли угроза для жизни, показано ли медикаментозное лечение? Имеется ли в данном случае проблема развития?

8. Какова сила Эго? Это очень трудно определить, но следует учесть, по крайней мере, способность пациента переносить фрустрацию аналитической или психотерапевтической ситуации и участвовать в формировании терапевтического союза. На что в точности настроен пациент: достижение инсайта и изменений, восстановление имевшегося ранее равновесия, манипуляции с третьим лицом или что-либо еще?

Отметим, что при всей интуитивности процесса диагностики следует все-таки стремиться к его рационализации, что способствует выработке более четких практических установок.

### **Психотерапевтическое вмешательство: технические приемы**

В конце 50-х годов, когда спор о сходствах и различиях психоанализа и психоаналитической психотерапии достиг своего апогея, Эдвард Бибринг изучил виды терапевтического вмешательства, используемых во всех типах психотерапии. Он выделил пять основных видов и надеялся, что их четкое описание и понимание позволит сгладить имеющиеся противоречия и внести ясность с этот вопрос. В этом он отчасти преуспел, хотя положение о неспецифических терапевтических факторах, влияющих на результат лечения, ослабило его позицию. Бибринг

различал терапевтические техники, которые являются деятельностью терапевта, и целебные факторы внутри самого пациента. По его мнению, пациент лечит себя сам; терапевт может лишь организовать дело таким образом, чтобы предоставить пациенту наилучшие возможности для самоизлечения — распространенная точка зрения во всех отраслях клинической медицины. Упомянутые пять терапевтических техник — это: внушение, манипуляция, отреагирование, прояснение и интерпретация. Различные виды психотерапии, рассматриваемые в то время, отличались по тому акценту, который они делали в использовании этих техник и их комбинаций.

Внушение — это создание у пациента такого психического состояния, которое находится в некотором несоответствии с реальностью, логическим ожиданиям и опытом пациента. Оно может быть использовано с большой пользой, однако чаще всего эту технику используют необдуманно. Например, когда врач говорит пациенту: «Примите две таблетки аспирина и завтра вы почувствуете себя лучше», плацебо-эффект является результатом внушения. Отреагирование (катарсис, абреакция) описывает процедуру внесения в сознание и открытого выражения чувств и мыслей, находившихся в вытесненном состоянии. В прошлом иногда это делалось в состоянии гипноза, хотя чаще всего безуспешно.

В состоянии гипноза бывший летчик, самолет которого был атакован врагом, может живо воспроизвести состояние ужаса, испытанного при катастрофе, но после выхода из транса аффект заметно померкнет и пациент вернется к прежнему состоянию. Сомнительно, чтобы такой тип отреагирования существенно влиял на его посттравматический стрессовый синдром, поскольку аффект был слишком силен, а Эго в этот момент находилось в пассивном состоянии, будучи неспособным интегрировать аффект. Использование отреагирования родилось в те дни, когда невротический симптом считался результатом неразряженного аффекта. Кроме достижения временного эффекта «снятия тяжести», отреагирование играет незначительную роль в современной психиатрии. Несмотря на это, тщательно дозируемое и управляемое отреагирование имеет решающее значение в большинстве экспрессивных видов психотерапии; хорошим примером может быть анахроничный аффект, придающий переносу его особую силу.

Термин «манипуляции» обычно используют для описания неэтичных мер, предпринимаемых в надежде повлиять на жизнь пациента. Однако как терапевтическая мера манипуляция используется для мобилизации или нейтрализации определенной длительно существующей эмоциональной системы пациента. Примером этой техники может служить случай, когда пациенту, опасавшемуся собственной зависимости от терапевта, сообщают, что необязательно принимать на веру слова аналитика, не убедившись предварительно в их значимости лично для него. Такой подход оказывается необходимым, когда нужно снизить сопротивление в отношении анализа и тогда манипуляция становится частью подготовительной психотерапии. Прояснение — термин, введенный в обиход Карлом Роджерсом (Carl Rogers), — направлено на продвижение в фокус предметов, о которых пациент имеет лишь смутное представление, локализованных как в предсознательном, так и в сознании. Часто прояснение заключается лишь в подборе более удачного слова для неоформленных мыслей пациента или в определении неожиданных связей между явлениями, полностью принадлежащими сознанию и, на первый взгляд, никак не связанными.

Интерпретация, в отличие от прояснения, добавляет новые сведения к тем, что были доступны сознанию пациента. Интерпретация обычно представляет собой гипотезу, объясняющую тот материал, который нельзя понять никаким другим образом. Часто она представляет собой реконструкцию вытесненных событий или догадку о некоторых важных, хотя и неосознаваемых стремлениях. Тем не менее, все интерпретации — это гипотезы, которые следует либо подтвердить, либо отвергнуть.

Психоанализ часто рассматривают как технику, основанную лишь на интерпретациях. Это не совсем точно, так как другие техники, например, внушение, также играют важную роль в проведении психоанализа. Говоря пациенту в самом начале анализа или любой другой психотерапии, что, рассказывая о своей жизни, он сможет облегчить свое состояние, мы делаем внушение, так как подтвердить правильность этого положения можно лишь длительное время спустя после начала лечения. В то же время, постоянно напоминая пациенту о пользе понимания, но не демонстрируя этой полезности на деле, мы наносим существенный ущерб целям самой терапии.

Все формы психотерапии используют техники, перечисленные здесь. Не существует анализа без внушения и манипуляции, и нет краткосрочного лечения без определенных видов интерпретаций или, по меньшей мере, прояснений. Категории, описанные Бибрингом, остаются полезными в изучении различных видов психотерапии, хотя сегодня ведется ожесточенный спор о специфичности любой из психотерапевтических техник, включая психоанализ.

## **Теория конфликтов в психотерапии**

Можно сказать, что поведение человека либо основывается на конфликте, либо является свободным от него. Обычно пациента приводят к психиатру поведение, симптомы или дискомфорт, произрастающие на основе мощного конфликта. Наблюдаются и примечательные исключения. Например, конфликты некоторых пациентов не имеют достаточной силы для того, чтобы довести побуждения до конкретных действий. Психиатр должен уметь отличать эту группу больных от тех, чье, на первый взгляд, импульсивное поведение представляет не скрытый конфликт, но стремление спровоцировать наказание, возникающее под давлением слишком строгого Супер-Эго.

## **Интрапсихические компоненты**

Базовые конфликты персистирующего нервоза являются в основном интрапсихическими, отражая противостояние между сегментами или функциями личности. Конфликт, как правило, образуется при участии каких-либо сил или побуждений, которые часто ошибочно называют инстинктивными стремлениями. Это побуждение неприемлемо для других сегментов личности, т.е. других интрапсихических сил. В другом типе конфликта, два совершенно противоположных бессознательных инстинктивных стремления могут одновременно искать своего выражения.

## **Межличностные компоненты**

В конфликт могут быть вовлечены и межличностные факторы. Пациент может иметь в связи с этим серьезные и весьма разнообразные проблемы. Естественно, в некоторых случаях конфликт с окружающими является лишь отражением интрапсихического конфликта на сцене межличностных взаимоотношений. При личностном расстройстве, например, пациент может не осознавать своих интрапсихических проблем, так как они приобретают форму конфликтов с окружающими в его ближайшем окружении или со всем миром в целом. Соответственно, если один человек в состоянии отнести свои трудности на счет имеющейся у него потребности в страдании, то другой приписывает свои неудачи невезению в игре, злой судьбе и т.д., даже не задумываясь о собственной роли в постоянном невезении.

В паттернах невротиков характера описанных в предыдущем абзаце, центральная проблема все-таки остается интрапсихической; она вырастает из бессознательного, патогенного конфликта. В сущности, пациент с невротиком характера отличается от больного с симптоматическим невротиком тем, что они вырабатывают различные способы разрешения конфликтных чувств и побуждений. Пациент с симптоматическим невротиком находит аутопластический путь решения конфликта, изменяясь с помощью образования симптомов. Пациент с невротиком характера находит явно аллопластическое решение, но это решение зависит от существующего нарушения восприятия им мира и людей, окружающих его. Другими словами, для того, чтобы справиться со своим конфликтом, такой пациент вырабатывает защитные изменения в структуре своего характера.

## **Компоненты среды**

Конфликт может быть обязан своим существованием в основном средовым воздействиям. Эти этиологические факторы имеют огромное значение в настоящем контексте. У некоторых пациентов динамические паттерны в процессе развития извращены настолько серьезно, что функции Эго, играющие основную роль в адаптации к окружающей среде, остаются практически неразвитыми или искаженными каким-либо другим образом. Эти группы пациентов включают тех, кто зафиксировался на оральной, или зависимой, стадии развития, а также тех, кто имеет потребность в получении помощи или поддержки со стороны окружающих, которая никогда не удовлетворяется в полной мере. При наличии потребности в зависимости такие пациенты никогда не овладевают навыками оказания взаимной помощи и конфликты с окружающими



становятся неизбежными. Часто эти конфликты приводят к тревоге и обиде и у самого больного и у тех, кто его окружает. У этой группы пациентов нарушена способность приспособления к окружающей среде. Она включает психотиков, например, больных шизофренией, пациентов с сильными аффективными реакциями, а также больных с патологией характера (например, т.н. псевдохарактеры — т.е. лица, личность которых состоит в основном из шрамов, нанесенных психотическими эпизодами). Кроме того, пациенты с нарциссическими расстройствами также испытывают существенные затруднения в общении с окружающими.

## **Структурные компоненты**

Надежная диагностическая оценка требует учета и тех аспектов личности пациента, которые свободны от конфликта, и тех, которые захвачены им. Какими силами и ресурсами располагает пациент? Какова мотивация для лечения? Может ли быть сформирован союз? Может ли пациент переносить фрустрацию?

В большинстве случаев Ид старается оседлать Эго или Супер-Эго, но наталкивается на жесткое противостояние, за исключением коротких периодов или ограниченного влияния. Однако у импульсивных пациентов Эго не имеет достаточной силы; они не имеют достаточного надежного Супер-Эго для обуздания побуждений, вырастающих из Ид. Это приводит к периодическим нарушениям поведения, основанием для которых служат примитивные импульсивные желания или их комбинация с защитами.

В другой группе пациентов импульсивные желания подвергаются преломлению иного рода и также являются потенциально патогенными. У этих больных Эго и Супер-Эго достаточно сильны для того, чтобы выработать адекватные защиты, оставляющие неприемлемые желания в Ид. При этом Эго тратит слишком много сил на поддержание этих защит; эти силы вполне могли бы быть с гораздо большим успехом применены в другом месте.

Иногда абсолютная или относительная сила импульсивных желаний может усиливаться, а с другой стороны, может уменьшиться относительная или абсолютная сила защит Эго. Пример подобного положения мы можем наблюдать в подростковом возрасте, когда физическое созревание и гормональная активность интенсифицируют как сексуальные, так и агрессивные тенденции. На какое-то время Эго может быть частично расколото более сильным влечением. В добавок, Эго стоит перед лицом необходимости сменить старый детский образ себя на новый взрослый. Относительно удобное равновесие, достигаемое в латентный период, когда ранние интенсивные сексуальные и агрессивные побуждения разрешались через сублимацию и формирование соответствующих реакций, до определенной степени нарушается у всех подростков, а у некоторых это нарушение принимает весьма серьезный характер.

Оценка силы личности пациента может быть выражена в структурных терминах примерно таким же образом. Наиболее часто используемым термином является «сила Эго». В диагностической работе различные способы оценки силы Эго имеют огромную клиническую ценность, но у этого понятия отсутствует четкое определение.

Определение этого понятия приводит нас к необходимости ответить на следующие вопросы. Какие ресурсы имеет пациент, на какие из них он мог бы положиться при наличии давления, интрапсихического или средового? Является ли его развитие в целом здоровым? Способен ли он прийти к согласию со своей жизнью полностью адаптивным и плодотворным способом?

Напротив, не является ли он псевдоличностью, практически полностью разрушенной ударами судьбы, хотя при этом он, возможно, и не осознает имеющихся нарушений и претендует на то, что живет полноценной жизнью? Приспособлен ли он к жизни хотя бы более или менее позитивным способом? Многие люди успешно функционируют, несмотря на наличие мелких невротических стигм или личностных особенностей, до тех пор, пока их не настигнет тяжелое потрясение. В этот момент они могут обнаружить, что им не хватает гибкости и ресурсов для овладения стрессовой ситуацией, в которой они оказались. Тем не менее, если жизнь не преподнесет такой личности какого-либо сюрприза, выходящего за рамки обычных переживаний, то и не возникнет необходимости во вмешательстве психиатра.

## **Психоаналитическая психотерапия: общие правила**

Фокус и поле деятельности психоаналитической психотерапии можно уловить из следующей

гипотетической ситуации.

Пациент обратился за помощью. Было проведено тщательное соматическое обследование, принято решение, что определяющим фактором данного состояния является определенный психологический конфликт и его проявления, например, приступы тревоги. Диагностическое изучение показало, что конфликт недавнего происхождения, но в нем смутно просматриваются длительно существующие паттерны, которые напоминают реакции пациента на объекты его ранней жизни. Работа психиатра состоит в том, чтобы спланировать лечение, которое не нарушило бы общую адаптацию пациента.

В некоторых случаях при незначительном повреждении Эго и других благоприятных обстоятельствах целью лечения может стать разрешение базового конфликта. Для этого использование анализа предоставляет наилучшие шансы на успех. Однако больной может не иметь достаточных личностных ресурсов, необходимых для психоанализа, либо нуждаться в гораздо большем объеме поддержки, чем это желательно при проведении анализа. В анамнезе он может иметь указание на быстрое восстановление после частичной невротической декомпенсации, или же проблема может оказаться настолько серьезной и острой, что не остается времени для постепенного и плавного продвижения анализа. В таких случаях психиатр должен отказаться от рассмотрения конфликта в полном объеме и искать новые и более эффективные решения. Возможна направленная работа по укреплению защитных сил Эго и Супер-Эго с целью уменьшения влечений, ищущих своего выражения и поддерживающих существование конфликта и тревоги. В других случаях работа психиатра напоминает работу хирурга, использующего надрезы и дренажи при лечении абсцесса. Если у психиатра имеется отчетливое представление о точке «абсцесса» и он располагает доверием пациента, которое есть и у хирурга, возможно проведение эквивалента операции с помощью резкой интерпретации или вмешательства. При помощи наводящих вопросов, основанных на его понимании сути расстройства, психиатр может вынести на обсуждение определенный сознательный или предсознательный патологический материал. Может иметь место попытка достижения инсайта, касающегося сознательных или предсознательных динамических паттернов, но почти никогда не удастся коснуться глубокого бессознательного.

Пациент может потерять направляющие его нити в результате воздействия сложных эмоциональных проблем. При помощи умеренного ведения, поддержки и прояснения психиатра он может без особых трудностей снова стать на свой собственный путь. Понятно, что ситуации этого типа требуют чего-то другого, чем проведение полного психоанализа.

## **Гибкость**

Эта концепция психоаналитической психотерапии не исключает использования психотропных препаратов. В действительности, применение некоторых лекарств показано при лечении определенных групп пациентов. Кроме того, не исключается также и использование электрошоковой терапии или других законных и обоснованных физических методов лечения. Психоаналитическое понимание, переплетающееся с нейрофизиологическим и психофармакологическим подходами, создает гораздо более прочную базу для теории и практики терапии конкретного больного.

Гибкость техники и способность приспособить ее к сегодняшним потребностям пациента является отличительной чертой психоаналитической терапии, в то время как собственно психоанализ занимается исследованием источников патологии. Согласно этой концепции, психоаналитическая психотерапия варьирует от одной поддерживающей сессии, на которой обсуждаются текущие подавляющие события, до многолетнего лечения с одной или двумя сессиями в неделю. В отличие от психоанализа, психоаналитическая психотерапия может быть использована для лечения значительного большего числа психических расстройств.

## **Лечебные техники**

Одним из отличий от классического психоанализа является то, что в психоаналитической психотерапии редко используется кушетка. Стимуляция временного оживления регрессивных паттернов эмоций и мышления — необходимый элемент анализа — гораздо менее характерна для психоаналитической психотерапии. Последняя в большей степени сосредоточена на текущих динамических паттернах.

В психоаналитической психотерапии и терапевт и пациент обычно хорошо видят друг друга, в отличие от анализа, где терапевт находится вне поля зрения больного. Тот факт, что пациент хорошо видит врача делает последнего более реальной фигурой, лишь небольшой своей частью состоящей из спроецированных фантазий. Более того, поскольку психоаналитическая психотерапия в основном концентрируется на текущих динамических паттернах, вызывающих у пациента затруднения в его экстратерапевтической жизни, реакции переноса не достигают такой интенсивности как при проведении анализа.

Способ использования регрессии также отличает психоанализ от производных от него видов психотерапии. В процессе анализа делается все возможное для утверждения контролируемой регрессии невроза переноса с целью выявления тех конкретных динамических паттернов прошлого, которые ответственны за развитие невроза. В этом аналитику помогают особенности аналитического окружения и его пристальное внимание к феноменам переноса. В любом другом виде психотерапии, наоборот, прилагаются усилия к тому, чтобы не допустить развития регрессии сверх того количества, которое имелось у пациента перед началом лечения. Для терапевта важно помнить, что пациент пришел к нему не из-за своего переноса на врача, а из-за переноса на других людей или каких-то трудностей в своей среде. До тех пор, пока пациент прилежно работает над своими проблемами, и пока остается ощущение раппорта или терапевтического союза, терапевт не должен предпринимать попыток создать терапевтическую регрессию в неразумном стремлении скопировать аналитическую модель.

## **Перенос**

Тем не менее, время от времени возникают реакции и отношения переноса, направленные на терапевта, которые можно использовать. Спонтанный перенос, возникающий в терапевтической ситуации, может дать ценные ключи к пониманию поведения пациента в его среде, а, иногда, и его детства. Таким образом терапевт может понять, что же находится в фокусе для самого пациента, внутри и вне терапевтических взаимоотношений.

В этой связи можно определить другую дихотомию. Центральным моментом анализа является анализ переноса пациента по отношению к терапевту. Центральным моментом психоаналитической психотерапии является анализ проблем пациента, существующих в его взаимоотношениях с другими людьми или в нем самом. Анализ переноса на терапевта обычно остается делом второстепенным. Если в течении терапии возникает необходимость интерпретации определенных аспектов переноса пациента по отношению к терапевту, лучше сказать примерно следующее: «Теперь мы лучше понимаем, что происходит у вас с шефом (женой и т.п.), поскольку видим и чувствуем все это прямо здесь и теперь». Смещая акцент с оси терапевт-пациент, врач снижает вероятность развитие неуправляемого и неосознаваемого невроза переноса.

В практической работе психотерапевт каждый день сталкивается с исключениями из этого правила. При проведении психоанализа иногда возникает необходимость вмешаться в жизнь пациента вполне реально, а не через интерпретации фантазий и защит. Например, бывает необходимо установление некоторых ограничений или направление за необходимой медицинской помощью, если обратиться за ней пациенту мешают невротические проблемы. В процессе психотерапии терапевт зачастую работает с переносом для того, чтобы убедить пациента в неадекватности и нереальности его стремлений. Вместе с тем, аналитик не рассматривает реальное вмешательство как основную цель своей работы; психотерапевт же, как бы глубоко он не знал теорию психоанализа и явления переноса, категорически избегает формирования невроза переноса.

Неопытный психотерапевт, не совсем верно трактуя теорию, может предположить, что пациент должен оживить переживания прошлого в терапевтической ситуации, и будет преждевременно стимулировать его бессознательные желания. Обычно в таких случаях пациенты прерывают лечение. Только после того, как устанавливаются прочные терапевтические взаимоотношения, появляется возможность рассматривать явления переноса, хоть и в минимальной степени.

## **Психоаналитическая психотерапия: разновидности**

Виды психотерапии можно рассматривать как континуум, отдельные компоненты которого пересекаются и дополняют друг друга. На одном полюсе этого континуума находится теоретически чистый, ортодоксальный или классический психоанализ, с его акцентом на снятии за-

прета с прошлых травматических переживаний и чувств. На другом полюсе — поддерживающая терапия и, возможно, подавляющая терапия. Среднюю часть занимают различные варианты инсайт-терапии и Эго-ориентированное исследование текущих трудностей пациента, среди которых следует отметить психоаналитическую психотерапию и хорошо организованную социальную работу с психически больными.

Относительно крайностей континуума — поддерживающей психотерапии и психоанализа — достигнуто определенное согласие. Правила проведения тех видов психотерапии, которые находятся в центре, менее ясны, не считая немногих общих положений, описанных выше. В идеале, выбор вида терапии внутри этого континуума должен основываться на отчетливом динамическом диагнозе.

## **Инсайт-терапия**

Этот термин иногда используется для обозначения некоторых видов психотерапии, основывающихся на отличных от психоаналитической теориях личности. Однако в этом разделе мы будем понимать инсайт-терапию как разновидность психоаналитической психотерапии. Достижение инсайта об окружающем мире и о самом себе является одним из самых крупных достижений человечества как биологического, культурно-ориентированного вида. Человек пришел к выводу, что строгое, критическое и беспристрастное самонаблюдение, равно как и наблюдение за окружающим приводит к развитию науки и росту творческого потенциала. В развитии личности инсайты играют огромную роль, независимо от психотерапии. Кроме того, новые и точные инсайты могут быть существенным продвижением психотерапевтического процесса. Понятие инсайта является полезным инструментом для различения видов психотерапии, но сам инсайт не может быть *sine qua non* психотерапии.

## **Природа инсайта**

Точная природа феномена инсайта до сих пор не понятна до конца. Термины, которые используются для его описания — «эмоциональный» и «интеллектуальный» инсайты. Новое восприятие и переопределение аспекта психического содержания может произойти в предсознательном как часть переживания, связанного с интерпретацией. Это предсознательное переопределение может быть тесно связано с бессознательной трансформацией паттерна, который был проинтерпретирован, хотя сама по себе интерпретация не может убрать даже незначительное вытеснение. Этот ограниченный эффект приводит к интеллектуальному инсайту. В другом случае вовремя и точно сделанная интерпретация может привести к высвобождению определенного количества аффекта, продукции важного нового материала, ощущения удивления, связанного с открытием чего-то нового, часто называемого «ага!-переживанием» и т.д. Это приводит к достижению эмоционального инсайта, сочетающегося с когнитивными факторами. В связи с этим огромное значение в процессе терапии приобретает работа терапевта в направлении достижения пациентом новых и новых инсайтов, касающихся динамических паттернов его чувств, реакций и поведения, особенно в текущих отношениях с другими людьми. Меньшее значение имеет инсайт, затрагивающий отношения пациента с терапевтом и детство пациента. Это остается прерогативой центростремительных интерпретаций психоанализа. Такой инсайт может быть интеллектуальным или эмоциональным. Эмоциональный инсайт, как правило, более продуктивен, чем интеллектуальный, но ценность интеллектуальных инсайтов относительно динамических паттернов не следует преуменьшать. Даже в психоанализе, при анализе невроза переноса, возможно достижение интеллектуального инсайта задолго до эмоционального. Накопление значительного количества интеллектуальных инсайтов часто создает прочный фундамент для эмоционального, подлинного инсайта.

## **Показания**

Инсайт-психотерапия является лечением выбора для тех пациентов, которые имеют достаточную силу Эго для того, чтобы столкнуться лицом к лицу со своими проблемами, но которым, по тем или иным причинам, не может быть проведен курс психоанализа. Типичным примером хорошего кандидата для проведения инсайт-терапии, но не психоанализа, является молодой человек, студент института, который испытывает трудности в учебе и во взаимоотношениях с женщинами. Психиатр может прийти к выводу, что один или несколько

инфантильных конфликтов все еще влияют на реакции этого студента. Психиатр может также поставить диагноз возрастного кризиса, возникшего в переходный период от детства к взрослости. При определении лечебной тактики в отношении данного пациента следует учитывать вероятность того, что его проблемы, хотя они и выглядят довольно серьезно, могут разрешиться сами собой, по крайней мере те из них, которые связаны с развитием. Однако, вместе с тем, врач понимает, что пассивно выжидая, студент может ухудшить свою ситуацию, в том числе и академическую из-за тех бессознательных конфликтов, которые остались с детских лет. Можно рассмотреть возможность использования психоанализа, но в том случае, если студент, например, должен будет покинуть город после окончания института или может уехать, отказавшись от продолжения учебы, психоанализ не удастся провести до конца. Таким образом, может быть рекомендована психоаналитическая психотерапия с особым акцентом на сего-дняшних формах старых динамических паттернов, их влиянии на жизнь пациента и на альтер-нативных решениях имеющихся проблем.

## **Эффективность**

Эффективность инсайт-терапии определяется, естественно, не только использованными или достигнутыми инсайтами.

Терапевтический эффект у описанного выше пациента зависит от других факторов — например, от эмоциональной разрядки в неосуждающей, но имеющей некоторые ограничения атмосфере; от его идентификации с терапевтом; других факторов, которые можно отнести к по-нятию взаимоотношений. Новые и продуктивные взаимоотношения со взрослым могут иметь огромное значение в преодолении той части проблем, которая связана с созреванием и превра-щением из подростка во взрослого человека. Эта часть может включать последовательное осво-бождение от нереалистичных вытеснений, развитие более безопасного внутреннего контроля над импульсивным поведением и большей веры в свою способность реагировать на собствен-ные побуждения и на других людей такими способами, которые приемлемы для него самого и для людей, с которыми он собирается жить рядом.

Терапевтические взаимоотношения вовсе не требуют неразборчивого отношения ко все-му, что говорит или делает пациент. В действительности, терапевт отстаивает как долгосроч-ные, так и краткосрочные ценности, — как принцип реальности, так и принцип удовольствия. Иногда возникает необходимость вмешательства на стороне относительно слабого Эго для то-го, чтобы усилить уверенность пациента в его способности достичь лучшего уровня адаптации, либо для того, чтобы наложить реальные ограничения на дезадаптивное поведение пациента. Делая это, терапевт должен руководствоваться собственной динамической оценкой ситуации, как при определении слабости Эго, но не личными чувствами контрпереноса.

## **Корректирующий эмоциональный опыт**

Отношения и реакции терапевта на пациента и его мысли неизбежно отличаются от реак-ций важных личностей детства пациента. Реакции терапевта, как можно надеяться, более адек-ватные, более зрелые, более реалистичные и, потенциально, более продуктивные. Иногда тера-певт использует свое знание взаимоотношений пациента с важными фигурами его детских лет для обсуждения различий между этими взаимоотношениями и взаимоотношениями внутри те-рапевтической ситуации. Пациент получает возможность увидеть, что он склонен генерализи-ровать отношения его родителей к нему как универсальные, свойственные всем людям, а также генерализировать свои собственные реакции на родительские отношения так, что они становят-ся автоматическими реакциями на всех людей, которые занимают родительскую позицию по отношению к самому пациенту.

Например, если психиатр знает, что родители пациента были чрезвычайно снисходитель-ны и если ему в процессе лечения удастся определить приемлемые и реалистичные ограничения поведения пациента там, где это необходимо, впоследствии он может обсудить и прояснить имеющиеся различия. Таким образом создается корректирующий эмоциональный опыт для па-циента, а также достигается нарастающий инсайт касательно шаблонных паттернов взаимоот-ношений с ключевыми фигурами его сегодняшней жизни.

По данным психоанализа известно, что даже в случае идеальных родителей, направлен-ные

на них фантазии ребенка могут иметь патогенный потенциал. В действительности, это было одно из самых крупных открытий Фрейда, который обнаружил, что его пациенты с истерией крайне редко в реально вовлекались в инцестуозные взаимоотношения с родителями, хотя воспоминания о таких взаимоотношениях были обычным делом. Другими словами, это были фантазии, которые играли важнейшую роль в формировании невроза. Иногда техники инсайт-терапии и корригирующие эмоциональные переживания сосредотачиваются на фантазиях пациента, касающихся фигур его раннего детства. Пациент, который, будучи ребенком, не мог в полной мере отличать реальность от вымысла, превратившись во взрослого видит, что его враждебность не всегда наталкивалась на контр-враждебность. Из этого он может понять, что его собственные агрессивные стремления и фантазии на самом деле не так опасны, как кажутся, что родители или родительские фигуры не так враждебны, как это было в его фантазиях, и что ему больше не нужно идентифицироваться с образом того родителя, которого он наделил враждебностью, будучи ребенком.

### **Ценность интеллектуального инсайта**

Некоторые психиатры склонны переоценивать роль эмоционального инсайта. Эта тенденция часто связана с верой в то, что эффективны только те интерпретации, которые включают определенный аспект взаимоотношений переноса. Обе идеи скорее всего рождаются из попытки имитировать клинический психоанализ, обычно, в самых неблагоприятных условиях. Вместе с тем, интеллектуальный инсайт способствует установлению равновесия пациента с его окружением. При помощи знаний, полученных от терапевта, пациент может научиться избегать некоторых проблем даже не понимая их эмоциональных корней. Если он получает возможность справляется со своими проблемами с помощью интеллекта, по крайней мере, до тех пор, пока не произойдет постепенное созревание, то можно считать, что интеллектуальный инсайт со-служил хорошую службу. Это особенно справедливо для пациентов, находящихся в одном из кризисов жизненного развития, как, например, превращение подростка во взрослого. В таком случае понимание терапевтом того, что время на его стороне, в сочетании с образовательным влиянием и достижением ограниченного эмоционального инсайта вполне достаточно для успешного лечения.

### **Действие переноса**

Типичная инсайт-терапия часто осложняется мощным спонтанным переносом по отношению к терапевту, что создает угрозу прерывания лечения. Такой перенос может развиваться даже тогда, когда терапевт наверняка не делал ошибок; он не стимулировал развитие переноса при помощи глубоких интерпретаций сновидений, не усиливал регрессию, не давал понять пациенту, что мощный перенос — желательная часть терапии.

Психиатр, способный к твердой, но толерантной самооценке, будет удивлен, если ему придется сыграть какую-то роль в развитии переноса, который кажется слишком интенсивным. Его целью всегда остается развитие способности к более четкому пониманию того, что и когда необходимо сказать. В этой связи полезно запомнить правило: обсуждать перенос с больным нужно лишь тогда, когда он явно мешает продвижению пациента вперед, мешает ему свободно говорить о своих чувствах, мыслях и проблемах.

Кроме того, проявления переноса иногда могут обсуждаться и в тех случаях, когда они не блокируют продвижение терапии. Аналитик, проводящий психоаналитическую психотерапию, порой уделяет перенесению пациента столько же внимания, как и в процессе проведения психоанализа. При этом редко удается сделать что-либо для усиления невроза переноса, поскольку условия проведения данного вида терапии мало пригодны для этой цели. Тем не менее, у него есть возможность эффективно использовать проявления переноса в тех случаях, когда они проливают свет на сегодняшнюю жизнь и проблемы пациента, уделяя детству лишь незначительное внимание.

### **Поддерживающая терапия**

Это определение часто используется так, как будто описывает какое-то особенное явление, хотя на самом деле означает лишь то, что здесь делается значительно больший акцент на поддержке, чем на каком-либо другом процессе. Практически все виды психотерапии включают

элементы инсайта, поддержки и взаимоотношений, но все они различаются тем, какой из этих аспектов ставится терапевтом во главу угла. Поддерживающая психотерапия, как и другие виды психотерапии, должна быть индивидуализированной и основываться на понимании конкретного пациента.

Цели поддерживающей терапии ограничены. Терапия предоставляет поддержку авторитетной фигуры во время периода болезни, кризиса или декомпенсации. Ее цель — восстановление или укрепление имеющихся защит и способностей к интеграции, которые были нарушены. Она создает атмосферу принятия и поддержки для тех больных, которые остро нуждаются в помощи для преодоления своего стыда, вины или тревоги, а также внешних препятствий, слишком сильных для того, чтобы справиться с ними в одиночку.

Поддерживающая психотерапия показана: — при тех психиатрических состояниях у сравнительно зрелых личностей, когда симптомы выражены минимально и основаны преимущественно на тяжелых внешних стрессогенных событиях; — лицам, которым, в целом, хорошо приспособлены к жизни и находятся, по всей видимости, во временном состоянии растерянности, подавленности, нерешительности или горя; — лицам, которые всегда вели себя ответственно и оказывали поддержку окружающим, но сами оказались в положении нуждающихся в помощи; — лицам, которые чрезвычайно резистентны в отношении экспрессивной или инсайт-терапии, либо слишком ослаблены для проведения этих видов психотерапии; — а также пациентам, которые не стремятся к серьезным изменениям собственной личности, а хотят лишь восстановить существовавший уровень относительной адаптации к своему окружению.

## **Техники**

Поддерживающая психотерапия использует такие техники, как теплое, дружественное и сильное лидерство; удовлетворение потребности в зависимости, если это не приводит к усилению чувства стыда; поддержка развития обоснованной независимости; помощь в создании хобби и приятных, но недеструктивных путей сублимации; адекватный отдых и отвлечение; устранение чрезмерных внешних напряжений, если этот шаг имеет позитивное значение; госпитализация, если она показана; медикаментозная терапия, которая может облегчить проявления симптомов; а также советы и указания по текущим жизненным вопросам. Эти техники могут помочь пациенту почувствовать себя более безопасно, ощутить принятие, защищенность, поощрение, уменьшить тревогу и чувство одиночества.

Поддерживающая психотерапия опасна в смысле развития слишком сильной зависимости и слишком глубокой регрессии. С самого начала врач должен планировать свою работу так, чтобы подталкивать пациента в направлении обретения все большей независимости. Однако некоторые пациенты нуждаются в поддерживающих мероприятиях почти постоянно для того только, чтобы достичь относительной адаптации вне больницы.

В поддерживающей психотерапии вербализация скрытых сильных эмоций может принести существенное облегчение. Целью такого «выговаривания» является не достижение инсайта относительно бессознательных динамических паттернов, а прояснение ситуаций на основе которых развилось текущее состояние пациента. Уменьшение внутренней напряженности и тревоги может стать следствием выражения эмоций и последующего их обсуждения, что, в свою очередь, приведет к нарастающему инсайту и объективности в оценке имеющихся проблем.

## **Значение**

Поддерживающая терапия часто рассматривается, как менее интересная, менее драматичная по сравнению с терапией, направленной на достижение инсайта; однако поддержка пациента, если она приемлема в данных условиях, в большей степени согласуется с традициями медицины. Правильно используемая поддерживающая терапия — это благодарное занятие для любого психиатра. Врач-непсихиатр, или другой специалист, работающий в сфере здравоохранения, также может взять на себя роль проводящего поддерживающую психотерапию, хотя он и не в состоянии полностью и правильно учесть все эмоциональные потребности пациента. Это звучит парадоксально, но хорошо обученный психиатр может зайти слишком далеко при проведении этого вида психотерапии по сравнению с неподготовленным специалистом.

## Терапия взаимоотношений

Этот лечебный метод находится где-то посередине между поддерживающей терапией и экспрессивными техниками, характеризующими психоанализ и инсайт-терапию. Терапия взаимоотношений направлена не только на восстановление состояния, предшествовавшего развитию заболевания, но и до какой-то степени на достижение инсайта и исправление тех динамических паттернов, которые делают пациента особенно уязвимым в отношении внешних стрессоров. Терапия взаимоотношений содержит значительный элемент поддержки и в каком-то смысле ее можно рассматривать как разновидность поддерживающей терапии, имеющей более глубокие измерения. Ее методы и цели более сложны, чем при оказании поддержки хорошо адаптированному человеку, находящемуся в кризисе. Терапия взаимоотношений может вырасти из неудовлетворенности терапевта ходом поддерживающей терапии и его уверенностью в том, что пациент может получить большую пользу от глубоких переживаний. Врач может хотеть от больного большего, чем простое удовлетворение потребности в зависимости и успокоении, вытекающих из чувств принятия и поддержки. Тем самым он приходит к необходимости проведения терапии взаимоотношений, терапевтический подход которой включает больше, чем поддержка, а отношения более богаты, чем взаимоотношения с добрым, надежным родителем или старшим братом.

Эта терапия может быть описана как довольно длительный период общения терапевта и пациента, в котором терапевт без особых сознательных усилий поддерживает продуктивный терапевтический подход. Пациент реагирует на это различными способами, что и создает атмосферу для игры чувств и новых переживаний. Терапевтические переживания пациента могут быть следующими: — принятие пациента как полезного, мыслящего человека; — отсутствие осуждения и отвержения в связи с искажениями защитных реакций; — идентификация с наиболее адаптивными целесообразными паттернами поведения терапевта, которые могут удовлетворять потребности пациента; — спонтанные корригирующие эмоциональные переживания, возникающие в результате отсутствия реакций терапевта в ожидаемом невротическом регистре. Терапевт проявляет интерес к динамическим паттернам проблем пациента, но гораздо больше его интересует поддержание хороших взаимоотношений с пациентом. Краеугольным камнем этих взаимоотношений является то, что они являются сплавом всех возможных отношений с хорошими, очень полезными и заботливыми родителями или старшим братом (сестрой).

### Преимущества

Используя этот подход, терапевт не лечит пациента настолько интенсивно, чтобы воспитывать его или создавать условия для его самовоспитания или личностного роста. По этой причине терапия взаимоотношений часто показана тем больным, у которых отмечается определенные виды нарушений развития любого возрастного периода. Терапия взаимоотношений предоставляет терапевту частые возможности вести себя со-всем не так, как это делали деструктивные или непродуктивные родители больного. Временами такая тактика способна нейтрализовать или изменить некоторые результаты воздействия родителей. Если родители пациента были излишне авторитарными, властными, дружественное, гибкое, неосуждающее и неавторитарное, и в то же время твердое и устанавливающее определенные границы отношение к нему терапевта помогает приспособиться, а затем и идентифицироваться с новым типом родительской фигуры. Точно также пациенты, родители которых были слишком снисходительными, строгими, непоследовательными, пассивными, могут «начать сначала», в том смысле, что взаимодействуют с родительской фигурой, не повторяющей старых ошибок и реагирующей совсем не так, как это делали настоящие родители пациента.

### Показания

Терапия взаимоотношений показана при целом ряде психогенных заболеваний. Например, она может быть полезна, если данный пациент оказался резистентным к экспрессивной терапии или признан слишком больным для ее проведения. Эта модель терапии может быть выбрана, если предварительная оценка показывает, что постепенный процесс созревания, основанный на выработке новых фокусов идентификации — наиболее многообещающий путь движения к изменениям.



Терапия взаимоотношений с использованием элементов инсайт-терапии, когда это возможно, может сформировать стержень работы многих психиатров, психиатрических социальных работников, психологов и других специалистов. Возможно, этот метод наилучшим образом отвечает потребностям тех врачей соматической медицины, которые нуждаются в инструменте для лечения психосоматических расстройств.

## **Краткосрочная терапия**

Неудовлетворенность длительным и дорогостоящим курсом психоанализа и некоторых других аналогичных форм психотерапии привела к росту интереса к поиску путей сокращения длительности психоанализа и психотерапии. Терапия взаимоотношений обязательно является длительной формой лечения с открытыми целями, обычно длящейся годы. Инсайт-терапия с открытыми целями, также требует нескольких лет для полного завершения, хотя определенные формы инсайт-терапии могут быть гораздо короче. Длительность поддерживающей терапии может колебаться от одной психотерапевтической беседы до пожизненного курса.

В последние годы появилась отдельная модель психологического лечения известная как краткосрочная психотерапия. Эта терапия характеризуется либо ограниченным количеством сессий, либо ограниченной продолжительностью лечения. Ограничения времени обычно устанавливаются в согласии с мнением пациента, хотя некоторые больные, к удивлению психотерапевтов, сами настаивают на краткости терапии. Краткосрочная терапия также может быть определена в связи с ограниченностью целей, а не времени, необходимого для ее проведения. Вообще говоря, краткосрочная психотерапия рассматривает в основном текущие проблемы, лишь изредка касаясь вопросов переноса, если только он не принимает негативных форм; также редко затрагиваются проблемы, связанные с характером. Регрессия и зависимость обычно категорически не поощряются, хотя иногда их рассмотрение как раз и определяет успех краткосрочного лечения. Терапевт принимает значительно большее участие в определении тематики собеседований, чем при проведении других видов психотерапии с открытыми целями.

Из всего вышесказанного можно заключить, что краткосрочная терапия включает массу вариаций одной темы: краткости. Некоторые виды краткосрочной терапии стремятся к усилению тревоги, связанной с переносом, другие избегают переноса. Некоторые виды терапии планируются с самого начала, другие гораздо более спонтанны. Некоторые разрабатывались, как работающие с наиболее острыми проблемами без попыток изменения характера; другие рассматривают прогрессивное развитие в качестве возможного исхода. Некоторые виды краткосрочного лечения рассматриваются как своего рода мини-анализ, достигающий в течение ограниченного срока того, что обычно дается годами психоанализа. Большинство авторов согласны, что пациенты, которым показано краткосрочное лечение, должны быть хорошо адаптированы к жизни, а их проблемы — иметь временный характер; другие считают, что глубина психопатологических расстройств обычно не имеет значения до тех пор, пока врач и больной эмоционально дополняют друг друга. Коротко говоря, каждое требование к данному виду лечения, предъявляемое одними авторами, находит своих противников и опровергается ими.

Предлагаемое рассмотрение некоторых видов краткосрочной психотерапии содержит описание наиболее распространенных из них, сделанное с психоаналитической точки зрения. Учитывая постоянный прогресс краткосрочной психотерапии, это описание не может быть всеобъемлющим. Все эти модели основаны на психоаналитическом диагнозе, в том смысле, что терапевт пытается понять проблему пациента. Все попытки вмешательства основаны на методах психоанализа. Используя эти модели необходимо постоянно удерживать в памяти динамический фокус проблемы, игнорируя все постороннее, поскольку изучение всего, находящегося вне фокуса требует гораздо больших затрат времени и финансов.

## **Модели краткосрочной психотерапии**

В одной из крупнейших национальных психиатрических клиник, известной хорошо поставленным долгосрочным лечением амбулаторных больных, было проведено исследование, показавшее, что среднее число посещений на одного больного — немногим меньше семи. Был сделан вывод, что существует популяция пациентов, нуждающихся в краткосрочной помощи психиатра и что необходимо разработать терапевтические программы для пациентов, находя-

щихся в состоянии острого стресса, но вряд ли нуждающихся в долгосрочном лечении. Модель краткосрочного лечения была разработана в 1966 году МакЛеодом и Тинненом (MacLeod & Tinnen) и имела следующие характеристики:

1. Должна иметь место ранняя формулировка проблемы пациента; не следует использовать несколько собеседований для того, чтобы узнать своего пациента.
2. Терапия сосредоточена на последнем стрессе.
3. Следует избегать интерпретации переноса, поскольку пациент никогда не начинает лечения из-за проблем, связанных с терапевтом; сосредоточьтесь на том, что происходит здесь и теперь.
4. Следует выявить и использовать влияние окружения.
5. Схемы должны быть гибкими.
6. Следует с самого начала обсудить вопросы окончания терапии.
7. Проблемы контрпереноса следует обсуждать на конференциях коллег.
8. Лечение должно быть приспособленным к нуждам конкретного больного.

Планируемая длительность терапии — 6 сессий и лишь немногие пациенты нуждаются в его продлении. Таким образом, это модель краткосрочной терапии характеризуется: тщательным диагнозом, настолько тщательным, насколько позволяют условия; ранним выбором фокуса собеседований; использованием ограниченного числа сессий; интенсивной работой с супервизором или группой коллег (последняя тенденция приобретает все большее значение в краткосрочной терапии); сосредоточенность на «здесь и теперь»; и, в целом, подходом «раньше сядешь — раньше выйдешь», что соответствует потребностям пациента. Трудности возникают при проведении отбора подходящих пациентов, при возникновении контрпереноса на основе неспособности терапевта сосредоточиться на одном фокусе, игнорировать другие важные темы, а также при искушении интерпретировать перенос. Самый важный пункт теории этой программы — наибо́льшее вовлечение больного с поверхностными проблемами возможно тогда, когда он меньше всего настроен на долгосрочное лечение. До тех пор, пока пациент сохраняет достаточную силу Эго и находится в центре острых проблем — эта модель работает очень хорошо.

Краткосрочная терапия может также использоваться для облегчения эмоционального развития, как отметила Шейла Грей (Sheila Hafter Gray 1978). Пациенты, описанные Грей, в целом кажутся довольно зрелыми, но имеют те или иные трудности, связанные с развитием. Для этих пациентов подход, описанный Грей, краток лишь в том смысле, что цель лечения ограничена задачей облегчения следующего шага в развитии. Эта цель звучит достаточно веско для того, чтобы провести курс традиционного анализа, но в соответствующих случаях она может быть достигнута в рамках краткосрочного лечения.

Одна из пациенток, описанных Грей, — молодая женщина из большой и любящей семьи, удачно вышедшая замуж, пришла к выводу, что стиль общения своего мужа, который относился к ней как к ребенку, вызывает у нее депрессию. Определение Грей основывается на том, что в больших семьях зависимость часто награждается и что брак пациентки с мужчиной, который относился к ней как к ребенку, отражает ее собственные эмоциональные проблемы, связанные с разделением с семьей, возникшие во время учебы в колледже. Теперь, будучи более зрелой, она стремилась обрести большую степень независимости, и была озабочена реакцией своего мужа на необходимый шаг в ее собственном развитии. Во время лечения рассмотрению подвергалось только ее чувство, связанное с возможной реакцией мужа; схожие чувства, возникавшие ранее, в отношении других членов семьи, намеренно игнорировались. Во время третьей сессии пациентка рассказала сон, виденный ее мужем. Он был в больнице рядом с травмированным мальчиком; ему было очень неприятно и он был рад покинуть больницу. В обсуждении этого сна такие очевидные вещи как кастрационная тревога (травмированный мальчик) намеренно не обсуждались; подчеркивалось, что муж почувствует облегчение, если почувствует, что присматривать за пациенткой как за больным ребенком больше не нужно. На этом лечение закончилось и двухлетнее наблюдение привело к выводу, что пациентка смогла начать успешную карьеру. Механизмы, использованные в процессе терапии, разнообразны и включают поддержку, манипуляцию и прояснение, по Бибрингу, но все они направлены на достижение настоящего инсайта и преодоления препятствий на пути прогрессивного развития. Грей не упомянула о таком факторе, как идентификация с женщиной-терапевтом — профессионалом высокого класса — но это также определенно был один из мощных механизмов в достижении успеха.

Другой тип пациентов также может получить пользу от краткосрочного лечения. Мужчина, около 40 лет, миллионер, самостоятельно создавший свое состояние, искал помощи психиатра в связи с депрессией средней тяжести, развившейся в связи с разводом. Поверхностной проблемой было его смущение, вызванное неадекватным поведением супруги по отношению к детям. Во время первого собеседования было установлено, что у пациента нет «психологической ориентированности сознания» и он подчеркнуто независим. Имелись очевидные показания к краткосрочному лечению и терапевт почувствовала, что в этом вопросе следует приспособиться к требованиям пациента. Три последующие сессии были посвящены вопросам воспитания детей, необходимости быть последовательным по отношению к ним, высказывалось предположение, что сам пациент мог бы быть более спонтанным в общении с детьми. Все вмешательство сводилось к переводу теории психоанализа на повседневный язык. В начале четвертой сессии пациент заявил, что он уже получил всю информацию, за которой он пришел к терапевту, и на этом лечение закончилось. Таким образом, здесь не было даже попытки использовать перенос, за исключением косвенной утилизации позитивных расплывчатых ожиданий, связанных с авторитетной фигурой; использование любых техник, направленных на углубление регрессии и зависимости, не могли привести к какому бы то ни было успеху. Другим соображением, на которое опиралась терапевт, является старый медицинский рецепт: «Не навреди». Оставалась возможность, что пациент продолжит лечение позже и поэтому было желательно сохранить общий позитивный перенос.

Краткосрочная терапия, описанная выше, имеет общую черту удержания тревоги на минимальном уровне. Другие виды краткосрочного лечения нацелены на провоцирование тревоги в течение определенного количества сессий, в процессе которых рассматриваются связи между прошлым и настоящим, активно интерпретируются явления переноса. Майкл Балинт (Michael Balint) описал терапию пациента с «бредом ревности», который мучил свою жену постоянными вопросами о ее взаимоотношениях с мужчиной, знавшим ее задолго до замужества. Балинт избрал фокусом терапии вину пациента, которую он испытывал в связи с победой над своим соперниками мужского пола. Вмешательство терапевта осуществлялось с избирательным опусканием некоторых тем, чтобы терапия не выродилась в анализ или «недифференцированную хроническую терапию» — выражение одного известного психотерапевта. Хотя этот пациент вызывал определенный скептицизм у других психотерапевтов, Балинт добился определенного успеха с самого начала. Несмотря на резко выраженную психопатологию, Балинту удалось добиться создания терапевтического союза и через некоторое время он начал работать с женой пациента, наблюдая также за тем, как проводится медикаментозное лечение.

Характерным для всех этих видов психотерапии является практически немедленный выбор фокуса лечения, вместо того, чтобы растянуть этот процесс на 10-20 сессий. Фокус должен быть представлен пациенту в качестве понятной интерпретации в конце терапии. Повторим, что тот материал, который не имеет отношения к фокусу, сознательно игнорируется терапевтом. В отличие от первых трех моделей, которые подразумевают наличие текущего кризиса, разновидность терапии, описанная Маланом (Malan), английским психиатром, работавшим с Балинтом, как ни странно, не требует ни критической жизненной ситуации ни даже относительно сильного Эго. Более важным признается способность пациента использовать интерпретации и его мотивация к достижению инсайта. Не так уж странно то, что пациент Балинта, с его невротическим стремлением к истине, стал важной иллюстрацией техники Малана. Одно из серьезных открытий Малана, не совпадающее с общепринятыми представлениями состоит в том, что часто интерпретация переноса может быть эффективна интеллектуально до того, как пациент вовлекается в реальные взаимоотношения, переносимые из прошлого на фигуру терапевта.

Очень краткосрочное лечение, в течение одной единственной сессии, представляет существенный теоретический интерес. Психиатры давно знают, что терапевтический процесс начинается задолго до того, как пациент встречается с терапевтом. До этой встречи пациент обычно думает о своей проблеме, пытается осмыслить ее. Может случиться, что одной сессии с терапевтом достаточно для того, чтобы внести окончательную ясность в мысли пациента. Это лечение — определенно ценный вид краткосрочной психотерапии, хотя терапевты при этом часто бывают фрустрированы, так как желают знать, что же, собственно, произошло; обычно полезны катамнестические исследования. В любом случае, большее значение имеет организующая и

направляющая функция терапевта, а роль инсайта может быть, а может и не быть, значительной. Спонтанное излечение следует отнести к краткосрочному лечению.

У сверхрелигиозной женщины развилась истерическая афония после того, как ее старший сын убежал из дому, чтобы сделать карьеру игрока. Она не имела возможности обратиться к психиатру и вскоре ресурсы, равно как и терпение, врачей общей практики истощилось, без существенного эффекта. После того, как в течение 6 месяцев она говорила шепотом, руководительница церковного хора, обладавшая интуицией и силой внушения, посоветовала больной поднять свой голос в молитве к Богу. Пациентка посетила следующее собрание хора и обнаружила, что она может петь. В тот же момент к ней вернулся ее «разговорный» голос. Однако, позже эта женщина много и часто обращалась к хирургам в связи с множественными заболеваниями внутренних органов.

Маневр, использованный для самоизлечения, можно назвать терапевтической манипуляцией, в том смысле, который вкладывал в этот термин Бибринг. Руководительница хора неосознанно использовала религиозность больной для того, чтобы произвести изменения. Со структурной точки зрения, это было резкое изменение деятельности Супер-Эго с практически полной сменой полюсов. Женщина превратилась из плохой женщины, приведшей своего сына на путь игрока, в хорошую женщину, служащую делу Господа нашего. В этом спонтанном излечении не было инсайта, а лишь смена полярности Супер-Эго, что позволило ей избавиться от тяжелого симптома.

### **Смешанные типы**

В дополнение к тем формам психологического лечения, которые используют техники рассказа пациента и его невербальные сигналы, а также ответные реакции терапевта, включая вербальные и невербальные комментарии, прояснения и интерпретации, следует учесть некоторые другие психоаналитически ориентированные формы терапии. Эти формы терапии основаны на динамическом понимании проблем пациента, но при этом обсуждение и вербализация не являются основными используемыми техниками. Данные разновидности психологического лечения находятся посредине между «разговорной» психотерапией и направленными изменениями окружения пациента. Чаще целью такой психотерапии является облегчение проведения более глубоких изменений, но иногда она используется и в качестве самостоятельного лечения.

### **Средовые манипуляции**

Иногда извлечение пациента из стрессогенного окружения или определенные изменения в окружении могут значительно ускорить выздоровление, особенно если состояние пациента ухудшается, несмотря на устранение стрессовых влияний, или, в лучшем случае, он безуспешно борется с этими влияниями. Наиболее частые примеры такой терапии — прямые контакты с семьей пациента, отпуск для много работающего человека, помещение ребенка в семью.

### **Контакт с семьей**

Одна из форм средовых манипуляций — прямой контакт терапевта с семьей пациента или другими людьми, имеющими отношение к жизни пациента, например, с его работодателем. Иногда такая мера становится просто вынужденной, поскольку подвергается опасности само существование семьи. Если контакт ограничивается разъяснением ситуации пациента или небольшими коррекциями поведения семьи по отношению к пациенту, можно ожидать эффекта от проведения данного вида терапевтического вмешательства. Общаться с семьей следует только с ведома и, желательно, при участии самого пациента.

Давление на терапевта со стороны семьи обычно довольно велико, однако необходимость общения возникает реже, чем можно было бы ожидать. Часто член семьи звонит по телефону, чтобы сообщить что-то, что пациент, по его мнению, скрывает от терапевта, или, наоборот, получить информацию о том, что же рассказывает пациент в ходе терапии. Каждый терапевт постепенно начинает понимать, что такое общение представляет собой попытку манипуляции со стороны семьи. Обычно звонящий говорит: «Не говорите пациенту, что я звонил». Если же терапевт вежливо, но твердо настаивает на обсуждении содержания звонка с больным, подобные

манипуляции очень быстро прекращаются. Опасность контактов с семьей пациента, особенно при проведении классического психоанализа, заключается в вольном или невольном, реальном или воображаемом нарушении конфиденциальности, что разрывает терапевтический союз. В целом, терапевт должен сопротивляться искушению стать адвокатом пациента во внутерапевтических ситуациях. Особенно опасно стать адвокатом семьи в «процессе» против пациента.

## **Отпуск**

Советов, касающихся индивидуализации лечения, никогда не бывает слишком много. В случае отпуска, например, невинный на первый взгляд уикенд может стать катастрофой. Иногда пациенту удастся сохранить психическое равновесие лишь благодаря чрезмерным нагрузкам на работе, возможно, связанными с чувством вины и необходимостью ее искупления через страдание. Устранение внешнего давления с помощью отпуска создает риск нарушения имеющегося равновесия; следствием этого отпуска может стать состояние глубокой регрессии либо депрессивная реакция, но не ожидаемый отдых и восстановление сил. Расспрос о причинах перерабатывания часто бывает более уместен, чем рекомендация взять отпуск.

## **Госпитализация**

Госпитализация — это серьезная техника средовой манипуляции, которая может понадобиться в ходе психотерапии. Психиатр рассматривает необходимость госпитализации, когда имеющиеся у данного пациента расстройства безошибочно указывают на то, что он опасен для окружающих или для самого себя. Под опасностью подразумевается не только возможность убийства или самоубийства, но также и неразумные действия маниакального или гипоманиакального больного, пациента с лекарственной зависимостью, уход от реальности кататоника и т.д. Госпитализация предоставляет единственный тип терапевтического окружения, в котором возможно проведение лечения таких больных. Однако, в тоже время, госпитализация выступает символом поражения больного, что иногда снижает вероятность успешного исхода.

## **Помещение ребенка в семью**

Принудительное помещение ребенка в семью требует тщательного рассмотрения ситуации в целом. Обычно такая мера предпринимается если имеется достаточно указаний на то, что ребенку не удастся осуществить эффективную идентификацию в своей собственной семье и такая возможность исключена в обозримом будущем. Риск здесь достаточно высок, редко удастся сказать наверняка, будет ли ребенок более счастлив в новой семье, вдали от своих биологических родителей.

## **Терапия деятельностью**

Различные формы психотерапии пытаются работать с патогенными конфликтами, облегчают их осознание и вербализацию с последующей интеграцией в Эго пациента. Этот процесс требует откладывания немедленного поощрения мощных психологических стремлений. Однако существует другой путь снижения психологического напряжения — прямое выражение его в действии. Терапия деятельностью как раз и использует этот подход. Эффект этих видов психотерапии зависит не от вербализации содержимого психики, а от выражения мощных или неприемлимых побуждений в непосредственной деятельности через производные от этих побуждений желания и стремления. К этой группе относятся терапия занятостью, рекреационная терапия, производственная, музыкальная и танцевальная терапия. Терапия деятельностью чаще используется в больницах и гораздо реже в амбулаторной практике, хотя психиатр может посоветовать больному завести хобби, начать играть в гольф или заняться греблей.

Терапия занятостью основана на том факте, что разные виды деятельности показаны при различных заболеваниях. Например, часто при депрессивных состояниях улучшение наступает при выполнении длительной и монотонной работы, которую можно рассматривать как своего рода покаяние, поскольку такая работа дает возможность относительно конструктивного и безопасного выражения потребности в страдании, в то же время перенося часть агрессии пациента с него

самого на его окружение.

Во всех видах терапии деятельностью, особенно в терапии занятостью, постепенно нарастает сознание того, что важен не результат деятельности, а ее процесс. Более важно то, что пациент шьет обувь или пишет картину, чем качество этой обуви или художественный уровень самой картины, хотя для самого пациента качество также может играть не последнюю роль. Можно иметь большую комнату, в которой больные выполняют монотонную, скучную работу, без капли человеческого общения между ними; такая ситуация имеет сомнительную терапевтическую ценность. Растет интерес к такой терапии занятостью, которая способствует улучшению межличностных взаимоотношений между больными и врачами, а также в среде самих больных. Терапевты, организующие терапию занятостью, сегодня хотят знать больше о динамике своих пациентов для того, чтобы производственные задачи как можно полнее отвечали их потребностям.

Интересно отметить, что пациенты, по мере развития заболевания, по-разному используют терапию деятельностью. Иногда терапия занятостью может стать лучом света в серой больничной жизни или, через мышечные нагрузки, способствовать снижению уровня тревоги. Может также отмечаться рост силы Эго (через овладение новыми навыками). Или же терапия занятостью может послужить основой для формирования новых межличностных отношений.

В некоторых больницах, где количество психиатров ограничено, а время пребывания весьма продолжительно, терапевт лечебно-трудовых мастерских может стать единственным человеком, у которого есть возможность поддерживать постоянные контакты с больными. Нетребовательный терапевт в таком окружении может иметь достаточное влияние для того, чтобы обратить вспять регрессивные силы психоза и создать основу для дальнейшего психотерапевтического вмешательства.

Другие формы терапии деятельностью могут служить выражением компонентов психологических конфликтов. В этой связи следует упомянуть игровую терапию; например, соревновательные игры могут дать выход для агрессивных эмоций. Танцевальная терапия, в форме физического экспрессивного движения, приводит к снижению интенсивности бессознательных побуждений. Огромное значение имеет неизбежный при любой деятельности психологический контакт с другими людьми, что помогает обратить регрессию.

Даже прием пищи можно использовать в терапевтических целях. Практически каждый в период стрессов имеет какие-то предпочтения в пище, либо в регулярности ее приема, например, голодание или переедание. Пациент может выпивать чашку кипяченого молока до или после аналитического часа. Периодическое предоставление пищи вновь поступившему пациенту во время диагностической процедуры может стать терапевтическим в том смысле, что помогает установить межличностные отношения между пациентом и больницей. Это символически отражает связь матери и ребенка.

### **Психоаналитическая терапия: динамика излечения**

Вообще говоря, все сказанное в разделе «Терапевтические эффекты психоанализа» справедливо и в отношении психоаналитической терапии, с одним возможным исключением. В анализе, по мнению Фрейда, огромная роль принадлежит интеллекту. Фрейд в течение всей своей жизни оставался философским позитивистом и его вера в силу логики в значительной мере повлияла на его мнение о терапевтических эффектах психоанализа. Однако он не был слепым в отношении других возможностей. В других видах психотерапии, описанных здесь, эти возможности проявляются гораздо более отчетливо; например, терапия может быть специально спланирована исходя из имеющихся нарушений развития с целью их разрешения; стоит упомянуть также о неспецифическом, но чрезвычайно мощном эффекте терапевтических взаимоотношений, а также о важности идентификации с терапевтом.

Исходя из наличия огромного массива различных современных способов психотерапевтического вмешательства понятно, что единое мнение относительно принципа работы психотерапии отсутствует; более того, существуют некоторые, утверждающие, что она вообще не работает, по крайней мере, не лучше, чем предоставление человека самому себе. Тем

не менее, можно сделать определенные общие замечания.

В психоанализе некоторые техники усиливают терапевтическую, контролируруемую и, вместе с тем, довольно мощную регрессию, характерную для невроза переноса. Сюда можно отнести физическое окружение самой психоаналитической ситуации, включая использование кушетки; частоту сессий; отсутствие временных рамок; акцент на обнаружении и интерпретации бессознательных, анамнестически обусловленных динамических паттернов; интерпретации сновидений, освещающих скрытое их содержание. Психоаналитическая психотерапия может быть изучена в свете этих факторов.

В психотерапии акцент переносится на текущие динамические черты, на понимание существующих взаимоотношений и их динамики вместо исследования невроза переноса, хотя психотерапия предусматривает продуктивное рассмотрение важных нелогичных отношений и реакций пациента в адрес психотерапевта. В отличие от психоанализа, поощряющего регрессию, которая в конечном итоге приводит к достижению новой ступени зрелости и независимости, психотерапия не допускает развития регрессии и зависимости, за исключением тех особых случаев, когда имеется потребность в поддержке в течение короткого или, реже, длительного времени.

Техники, усиливающие независимость, включают соблюдение принципа центробежных интерпретаций (в сторону от переноса и его источников) и создание поддерживающих взаимоотношений сотрудничества, несущих в себе явные ожидания личностного роста и зрелости. Психиатр должен стремиться взаимодействовать со своим пациентом в качестве реальной фигуры. Взаимоотношения в процессе психотерапии должны всегда учитывать формирование терапевтического союза. Аналитический пациент вынужден поддерживать существование союза в условиях эмоциональной депривации. Многие психотерапевтические пациенты также способны создать прочный терапевтический союз, но с некоторыми из них, например, страдающими психозами или пограничными личностными расстройствами, союз практически никогда не достигает необходимой степени прочности. Большая гибкость и выбор техник компенсируют недостаточную прочность союза. В любом случае, настоящий терапевтический союз должен иметь определенную цель и нести в себе ожидания движения в сторону созревания и независимости.

Техники, которых следует избегать, чтобы не стимулировать развитие регрессии и зависимости, включают попытку превратить психотерапию в некоторую разновидность психоанализа. Основой этой ошибки является преувеличенная вера в терапевтическую ценность освобождения от вытеснения эмоций и побуждений, а также связанное с этим ошибочное преувеличение роли инсайта. Из этих ошибок вытекают определенные ошибочные действия, которых следует избегать: интерпретация не связанной с текущими проблемами символики психической жизни больного, и интерпретация скрытого содержания сновидений. Полезно помнить, что в «Толковании сновидений» Фрейд писал, что универсальную символику следует использовать только в случае полного отсутствия ассоциаций пациента; символы имеют высокую специфичность и сугубо индивидуальны, хотя их значение может быть вариацией универсальной темы. Кроме того, понятно, что терапевту не следует рассказывать пациенту обо всем, что первому удалось узнать.

Одним из осложнений как аналитической психотерапии, даже поддерживающей, так и психоанализа, является то, что терапия может стать образом жизни пациента. Иногда это может быть признаком заведомо неконтролируемой регрессии. Некоторые пациенты, Эго которых таково, что они не могут, и, вероятно, никогда не смогут оставаться в одиночестве, нуждаются в постоянной поддерживающей терапии. Однако чаще бесконечная терапия имеет корни в тонкой игре отношений переноса и контрпереноса, в которых терапевт находит удовлетворение в разыгрывании одной из родительских ролей со своим пациентом, а этот последний, в свою очередь, находит перспективу исполнения детских бессознательных желаний слишком соблазнительной.

Кроме того, если интенсивный перенос развивается без адекватной предварительной подготовки, может возникнуть разновидность дикого психоанализа или психотерапии. Обычно, пациент прерывает лечение, придя к выводу, что у терапевта проблем еще больше, чем у него

самого или что психотерапия — это вообще не для него.

Может возникнуть и другая проблема. Некоторые неточные интерпретации могут быть удобны для пациента, поскольку позволяют рационализировать собственные проблемы, уменьшить тревогу за счет смещения фокуса с первичных конфликтов. В этом случае новые интеллектуальные идеи должны быть замещены настоящим инсайтом.

Неточные интерпретации, однако, имеют свою ценность. Иногда они могут восстановить рабочее, но невротическое равновесие, создавая основу для отдыха и поиска новых, более зрелых решений.

## **Заключение**

Сегодня психоанализ и сходные виды терапии, после драматических взлетов и падений, постепенно занимают надлежащее место в психиатрической практике.

Достижения психоанализа несомненны, но совершенно очевидно, что как теоретической дисциплине, ему не хватает связи с другими отраслями знаний, в частности, нейрофизиологией, нейрохимией и т.д. Вместе с тем, я не сомневаюсь, что каждый врач-психиатр мог бы значительно повысить эффективность своей работы, изучая психодинамические аспекты заболеваний своих пациентов.