

**УЧЕБНИК
ДЛЯ ВУЗОВ**

ПИТЕР

Л. Ф. Бурлачук А. С. Кочарян М. Е. Жолто



Психотерапия

2-е издание

Анализ и современная
интерпретация различных
направлений психотерапии

Психотерапия как идеология
совместного переживания
личностного кризиса

Механизмы в пространстве
осцилляции

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ

**Максим Евгеньевич Жидко
Александр Суменович Кочарян
Леонид Фокич Бурлачук
Психотерапия: учебник для вузов**

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=183633

Психотерапия: Учебник для вузов. 3–е изд.: Питер; СПб.; 2009

ISBN 978-5-91180-451-0

Аннотация

Третье, дополненное, издание учебника (предыдущие вышли в 2003, 2007 гг.) посвящено анализу и современной интерпретации различных направлений психотерапии. Широко представлена палитра современного психотерапевтического знания, но при этом обозначена и авторская концепция психотерапии, приглашающая читателя к диалогу, конечная цель которого – создание отечественной психотерапевтической культуры. Как известно, основные проблемы возникают при анализе идеологического и личностного пластов психотерапевтической помощи. Здесь существует много разночтений, определяемых как двойственной, экзистенциально–сущностной природой человека, так и чувствительностью психотерапевта к тем или иным уровням человеческого бытия. Психотерапия трактуется не как технология воздействия, а как идеология совместного переживания (проживания) жизненного кризиса. Раскрыты психологические модели, в которых отражены разные варианты такого переживания. Клиент (пациент) представлен как активный участник психотерапевтического процесса.

Учебник предназначен для студентов и аспирантов, обучающихся по специальности «Психология», представляет интерес для врачей и практикующих психотерапевтов.

Содержание

Предисловие	4
Введение	7
Глава 1	10
Введение	10
Эволюция понятий и концепций психодинамической терапии	12
Психодинамическое учение о психической патологии	49
Техника психодинамической терапии	52
Конец ознакомительного фрагмента.	105

Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко

Психотерапия

Психологические модели

Предисловие

Первый вопрос, который задает студент, начинающий изучать психотерапию, касается того, насколько *быстро* и *эффективно* можно освоить теорию и практику терапевтического воздействия. Ответ на этот вопрос, как бы он ни был важен для почти всегда неуспевающего все делать своевременно студента, весьма показателен и для преподавателя. Большинство преподавателей психотерапии можно условно разделить на два типа: «эзотерический» и «экзотерический». Первые склонны процесс обучения психотерапии рассматривать как введение в некое таинство, откровение; вторые – как решение может быть и не тривиальной, но, в целом, вполне доступной для студентов учебной задачи. Соответственно будут различаться и ответы на ранее поставленный вопрос – в одном случае для овладения психотерапией потребуется едва ли не вся жизнь, в другом – время, отведенное учебной программой. Разумеется, истина где-то между первой и второй точками зрения и, конечно, не может быть ответа вообще, без конкретизации того, о каком (каких) методах психотерапии идет речь.

Гарольд Стерн, основатель и многолетний президент Филадельфийской школы психоанализа, в одном из своих интервью говорил о том, что для овладения большинством методов психотерапии обычно достаточно внимательного прочтения трех или четырех основополагающих книг. Но для того, подчеркивал он, чтобы овладеть психоанализом как методом лечения, требуется интенсивное изучение не менее ста книг (не совсем ясно, как осуществляются подобные расчеты). При этом Г. Стерн рекомендовал учесть и то, что психоанализ является единственным психотерапевтическим методом, который требует, чтобы будущий специалист сам был проанализирован.

Я и мои коллеги считаем, что даже очень внимательное прочтение более чем четырех основных книг явно недостаточно для того, чтобы стать терапевтом. Огромное значение имеет опыт взаимодействия с пациентами, супервизорская подготовка. Поэтому мы должны разочаровать тех, кто надеется только путем чтения соответствующей литературы получить профессиональные навыки в психотерапии.

Второй вопрос (но далеко не последний по важности!), который задают начинающие осваивать психотерапию студенты, касается степени воздействия терапевтической процедуры на личность пациента, ее эффективности. На него нельзя ответить без учета того, о каких терапевтических методах идет речь, без учета тех психических (психологических) нарушений, с которыми работает терапевт, вне учета личностных особенностей самого терапевта и, наконец, без анализа того, какие средства измерения используются для оценки эффективности той или иной терапевтической процедуры. О каждой из перечисленных составляющих эффективности психотерапии уже написаны и продолжают писаться статьи и книги, к которым я и отсылаю интересующегося этими проблемами читателя.

Мы лишь кратко остановимся на актуальном дискуссионном вопросе: как *изменяется личность вследствие терапевтического воздействия*.

Что же происходит с личностью при психотерапевтическом воздействии? Личность ли изменяется в процессе этого воздействия? Ряд исследователей¹ полагают, что наиболее очевидный терапевтический эффект достигается в ходе лечения депрессии и отдельных симптомов, например беспокойства. Когда же речь идет о таких особенностях личности, как, например, нейротизм, желаемый эффект не достигается. Это мнение поддерживается многими психологами,² делающими вывод о том, что психотерапия не воздействует на основную структуру личности, а помогает пациенту становиться более гибким в удовлетворении своих потребностей и использовании способностей.

Строго говоря, изменений личности, в смысле формирования каких-либо новых качеств или «исчезновения» (куда?) уже имеющихся, в ходе терапии, как и в ее результате, *не происходит* (мы не имеем в виду те случаи, когда психотерапевтическое воздействие, применяемое наряду с химическим, например психотропным, приводит к подлинной трансформации личности; такие воздействия в силу их направленности на разрушение индивидуальной психики не изменяют, а уничтожают личность).

Любое из свойств (качеств) личности, как известно, является достаточно устойчивым психическим образованием, а их наличие собственно и делает личность таковой. Эти устойчивые психические образования мало подвержены даже возрастным изменениям. Изменчивость личности, ее адаптация к меняющимся условиям среды достигается за счет того, что каждое из качеств (в их взаимодействии с другими!) имеет настолько широкий диапазон ситуационно обусловленных проявлений, что порой может быть воспринято как наличие качества, противоположного тому, которое реально существует. Психотерапевтическое воздействие, не создавая новых качеств у личности, как бы приводит уже имеющиеся в соответствие, например с изменившейся ситуацией жизнедеятельности. Такое «приведение в соответствие» обеспечивает успех психотерапии *незначительных психических нарушений*. Подтверждением нашей мысли является хорошо известное опытным психотерапевтам отсутствие продолжительного позитивного эффекта в случаях выраженных расстройств личности или психоза. При этих заболеваниях происходит более или менее заметная деструкция личности, а поэтому и не удается добиться устойчивого эффекта. Психотерапевт, работая с такими пациентами, по сути дела стремится возродить уже разрушенное в психике путем апелляции к сохранному, однако такое «приращение», как и в случае тканевой несовместимости, оказывается временным. Сторонники психоанализа считают, что такой метод терапии является наиболее эффективным при серьезных формах патологии. В известной мере его эффективность обеспечивается *длительностью* психоаналитического процесса, который может длиться годами. Регулярные психоаналитические сеансы становятся для пациента своего рода костылями, с помощью которых он бредет по жизни.

Каждый, кто приступает к изучению психотерапии, должен отчетливо представлять себе не только сильные, но и слабые стороны тех методов, которые являются основными для *возвращения личности к психологическому благополучию*.

Все вышесказанное было отмечено в предисловии к первому изданию и, на мой взгляд, не утратило своей актуальности и сегодня. Прошло пять лет. Я уверен в том, что книга нашла своего Читателя, и прежде всего, в студенческой аудитории. Ее покупали, читали (сам свидетель!) и даже не поленились полностью скопировать для Интернета.

У нынешнего студента есть значительно больший выбор литературы по психотерапии, чем это было пять лет назад. Можно даже сказать, что в этом многообразии сегодня нетрудно и потеряться. Тем не менее, то, что можно назвать классикой психотерапии, остается востре-

¹ Smith M. L., Glass G. V., Miller F. I. The benefits of psychotherapy. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980.

² Luborsky L. and el. A verification of Freud's grandest clinical hypothesis: The transference. *Clinical Psychology Review*. 1985. № 5. 39–47.

бованным, и без знания этой классики невозможна современная подготовка будущих специалистов. Этим и руководствовались авторы, подготавливая учебник к переизданию.

С сожалением можно констатировать, что за прошедшие годы не прекратился процесс дележа психотерапии между медиками и психологами. Каждый тянет одеяло на себя, и чаще всего за этим стоит отнюдь не желание помочь страждущему, а откровенные коммерческие интересы. Осознание того, что психотерапия точно такая же наука, как физика или химия, и требует к себе такого же отношения, видимо, придет позднее. Это не область медицины или психологии. Это самостоятельная наука, и чем быстрее мы это признаем, тем более эффективно она будет развиваться и совершенствоваться.

Авторы выражают искреннюю благодарность своим многочисленным слушателям, студентам и коллегам, каждый из которых внес свой вклад в процесс создания этой книги. Особая благодарность сотрудникам психологической редакции Издательского дома «Питер».

Авторы будут рады замечаниям и предложениям читателей, которые можно направить по электронному адресу psydiag@i.kiev.ua

Л. Ф. Бурлачук Киев, август 2008 г.

Введение

В литературе по психотерапии бытует, а среди представителей медицины весьма распространено мнение о том, что «...современная ситуация и практика психотерапии представляется абсолютно абсурдной». Этот радикальный вывод обосновывается тем, что в мировой практике используются более 600 форм и методов психотерапии, которые «...как правило, не базируются на научно обоснованной доктрине, а формируются по принципу направлений, возглавляемых «гуру». В этом смысле они, по сути, идентичны механизмам создания тоталитарных сект...». Кроме того, в этих направлениях существуют не согласующиеся, а порой и противоречащие друг другу представления о моделях психического (и психологического) здоровья, механизмах развития психопатологических и психосоматических расстройств, теории психотерапевтического изменения пациента/клиента и т. п. Как можно осмыслить данную ситуацию?

Во-первых, можно (что порой и происходит) превратить психотерапию в разновидность объективного медицинского знания, построенного по принципу позитивной науки. Именно на такой выход из «абсолютного абсурда» ориентируют авторы вышеупомянутой статьи, выстраивая медицинскую модель психотерапии.

В действительности же нужно твердо помнить, что в современной психотерапии существуют две модели: медицинская и психологическая. В **медицинской модели** основной упор делается на знание нозологии, синдромологии, клинической картины расстройств. Основной мишенью такой модели является симптом, поиском и ликвидацией причины которого практически не занимаются³. Активность пациента сводится к минимуму – к вере во врача и проводимое лечение. Врач–психотерапевт в такой модели психотерапии занимает позицию эксперта, который лучше знает и понимает «наивного» пациента. Как известно, такая модель психотерапии была единственной в СССР, где не допускалось проникновения психологического понимания психотерапии, объявленного «буржуазным». Одним из проявлений этого факта являлось и является установление врачебной монополии на проведение психотерапии. К сожалению, до сих пор психологи могут осуществлять психотерапевтическую деятельность лишь под прикрытием надуманных терминов: психологическая коррекция, психопрофилактика⁴, семейное консультирование и т. п. Очевидно, что эти термины являются искусственными, по крайней мере с точки зрения описания работы психологов в реальном психотерапевтическом процессе.

Наряду с медицинской моделью психотерапии, сходной с употреблением лекарства (хотя мы ни в коей мере не хотим умалить ее значения!), существует, развивается и, что кажется странным и непонятным многим «естествоиспытателям», оказывается терапевтически эффективным психологическое направление в психотерапии или, другими словами, **психологическая модель**. Это направление в первую очередь связано с пониманием психотерапии как «мира сказок, метафор», мира, к которому неприменимы законы естественно–научного знания. На этом пути медицинская модель «оказания помощи» становится неадекватной и бесполезной. В этом случае определение психотерапии как «воздействия на психику и соматическую систему человека через психику» уступает место таким метафорам психотерапевтического контакта, как:

³ Некоторым исключением являлась личностная патогенетическая психотерапия, идущая от идей В. Н. Мясищева и разработанная в Ленинграде.

⁴ В 1988 г. вышла книга А. С. Спиваковской «Психопрофилактика детских неврозов», в которой психопрофилактика рассматривалась как направление работы психологов с «уже нездоровыми, но еще не больными» (курсив наш. – Авт.) детьми.

♦ «взаимодействие» – когда активен не только психотерапевт, но и сам клиент (в этом случае термин «пациент» неуместен, так как клиент не является пассивным объектом манипуляций психотерапевта);

♦ «сосуществование» – когда подчеркивается идея не деятельностного совместного пребывания психотерапевта и клиента в психотерапевтическом контакте, а обмен эмоциями и смыслами;

♦ «внутреннее постижение» – когда клиент движется во внутреннем пространстве по им же определяемой траектории;

♦ «безусловная любовь» – когда клиент и психотерапевт вступают в особые отношения психологической интимности, наполненные любовью и принятием.

На этом втором пути развития психотерапии теория часто отстает от реального психотерапевтического процесса. Знание, несомненно, является условием эффективного процесса, но не заменяет его. Между тем даже в рамках психологических моделей психотерапии, например в психоанализе⁵, знание (теория) нередко является главным маяком психотерапевтического процесса. Это приводит к тому, что психотерапевт может рассказать о клиенте все – особенности его эго–объект–ных отношений в детстве, травмы, особенности процессов совладания и защиты и т. п., но не может передать жизненный дух клиента. Возникает ощущение, что находишься в препараторской, в которой нет живого человека, а психотерапевт не передает своих реальных эмоций и переживаний в отношении клиента. Клиент «умер», превратился в некоторую схему, модель в рамках психотерапии «детективного жанра». Психотерапия, ориентированная на теорию, становится приятным интеллектуальным времяпрепровождением. Но совершенно очевидно, что само по себе «знание» клиента психотерапевтом, каким бы совершенным и точным оно ни было, не гарантирует изменения клиента. «Знание» не запускает у клиента внутреннего процесса. Над ним (или под ним) должно быть что–то важное, но ускользающее от концептуализации – этому трудно научить, но без этого неосуществима глубинная психотерапия. Метафоры этой над–или подстройки – «интуиция», «эмпатия», «личностность психотерапевта» и т. п. К. Г. Юнг как–то заметил, что личность психотерапевта – лучшая формула самой психотерапии.

Подобным же образом и терапевты–роджерианцы всегда опасаются обвинений в техницизме, и те условия психотерапевтического изменения клиента, которые должен создать психотерапевт, являются не техниками, а некоторыми личностными диспозициями⁶.

Психологическая модель ориентирована на распространение психологической культуры и мышления на сферу помощи больным и людям, имеющим психологические проблемы. С одной стороны, становится все более очевидной недостаточная эффективность сугубо медицинской психотерапии, и врачи начинают интересоваться психологическими моделями психотерапии, психологическим способом мышления, психологической культурой. С другой стороны, в последнее время появилось множество пациентов с донозологическими формами расстройств, которыми ранее врачи не занимались, но ими же не занимались и психологи. Сейчас эти люди стали объектом внимания и тех и других. Характерной особенностью психологической модели психотерапии является убежденность в том, что за пациента (клиента) решить его проблему никто не может. Психотерапевт лишь сопровож-

⁵ Речь идет о традиционных подходах психоаналитической терапии. Тем не менее, достаточно велико число психоаналитиков, которые придерживаются такой стратегии психотерапевтической работы. Трудно устоять перед искушением «спрятаться» за теоретические построения, ведь такой развернутой теории психологической травмы, структуры психологического расстройства и характеристики нет ни в одном психотерапевтическом подходе.

⁶ В одном немецкоязычном руководстве по психотерапии (Хайгл–Эверс А., Хайгл Ф, Отт Ю, Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. – СПб., 2001) основные условия психотерапевтического изменения клиента рассматриваются в качестве методики терапии, что в корне неверно.

дает клиента в проблему, в глубину переживаний, помогает человеку найти ресурс изменения и решения своих проблем.

Несмотря на кажущуюся пропасть между медицинской и психологической моделями психотерапии, их объединяет ориентация на помощь клиенту. Поэтому каждому терапевту необходимо знать обе модели, так как для снятия тревоги, фобий и т. п. часто совершенно не нужно идти в глубинные личностные переживания, тем более, что далеко не у всех клиентов имеется желание работать на таком уровне.

Глава 1

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Введение

Изложение теоретических и практических основ психодинамического направления в психотерапии невозможно представить без постоянных апелляций к более широкому контексту психоаналитического знания. Это неудивительно, так как именно благодаря психоанализу в начале XX в. в европейской культуре впервые возникло и оформилось (причем не только в области медицинской практики «заботы о душе») понимание о наличии индивидуальной и коллективной бессознательной психической реальности, действующих в ней сил и энергий, динамике их формирования и влияния на нормальное и патологическое развитие личности, возможности научного исследования и воздействия на них. Именно с психоанализа начался процесс становления психотерапии как самостоятельной области профессиональной деятельности, который не завершился и поныне. Психоанализ впервые занял небывалое для прежних моделей психопрактики (преимущественно поведенческого и суггестивного характера) место в европейской цивилизации и до сих пор остается одним из наиболее признанных и влиятельных направлений не только психологии, психотерапии и медицины, но и гуманитарного знания в целом. Поэтому неслучайно в отечественной и зарубежной научной литературе в качестве синонимов психодинамической терапии зачастую выступают такие термины, как «психоаналитическая психотерапия», «исследовательская психотерапия», «психотерапия, ориентированная на инсайт» и т. п., в той или иной степени подчеркивающие принадлежность данного вида психотерапии к психоаналитическим принципам понимания человеческой психики.

С другой стороны, творческое развитие теории и практики психоанализа привело к возникновению разнообразных форм психотерапевтической практики, оперирующих понятиями и концепциями энергий, сил и конфликтов между ними, но в ряде случаев достаточно серьезно отходящих от ортодоксальной традиции.

Такая ситуация привела к тому, что до сих пор как у психоаналитиков, так и у представителей других направлений существует тенденция отождествлять психоанализ и психодинамическую терапию. Действительно, и психоанализ, и психодинамическая терапия используют психоаналитическое понимание функционирования психики человека; оба вида лечения пытаются изменить 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 обращают пристальное внимание на контрперенос. Но психоанализ в основном полагается на интерпретации, сосредоточивает внимание на развитии аналитических отношений, трактуя последние как закрытые с момента возникновения «невроза переноса», а также исходит из стандартизированных представлений о внешней среде, что выражается в использовании таких терминов, как «достаточно хорошая мать» или «среда умеренных ожиданий». Психодинамические формы психотерапии, напротив, зачастую подчеркивают особенности реальной жизни пациента и минимизируют рассмотрение аспектов взаимоотношений «терапевт–пациент» (при условии, что они не препятствуют проведению терапии). Кроме того, психодинамические формы психотерапии, помимо традиционных, используют такие методы, как поддержка, совет, изменения в непосредственном окружении пациента и т. д. На первый взгляд эти

теоретические расхождения незначительны, но они приводят к существенным различиям в практике.

В связи с этим психодинамическое направление в психотерапии сегодня можно представить в форме континуума, на одном из полюсов которого располагается психоанализ как герменевтический метод, концентрирующийся исключительно вокруг фантазий и их латентного (скрытого) содержания, а другой занимает однократная поддерживающая сессия. При этом необходимо отметить, что разница в местоположении на континууме не является качественным или количественным показателем отличия той или иной формы психодинамической терапии. Так, краткосрочная психотерапия (пока наиболее приемлемая и распространенная форма терапии в постсоветском пространстве) в силу своих временных ограничений требует от психотерапевта не меньших, а порой и больших знаний и умений в области работы с личностью.

Итак, под психодинамической терапией понимаются различные формы терапии, базирующиеся на основных положениях психоаналитического учения и соответственно акцентирующие внимание на влиянии прошлого опыта (психотравм, аффектов, фантазий, поступков и т. п.), формировании определенной манеры поведения (психологических защит, искажений восприятия партнеров по общению, межличностному взаимодействию), которая приобрела повторяемость и таким образом воздействует на актуальное физическое, социальное и психическое благополучие человека.

Эволюция понятий и концепций психодинамической терапии

Как уже отмечалось, генезис теоретических представлений и методических приемов психодинамической терапии неразрывно связан с историей развития психоанализа. Становление психоаналитического учения, в свою очередь, наиболее полно может быть понято только сквозь призму жизненной динамики биографии его основателя – Зигмунда Фрейда и тех клинических случаев, которые послужили основой для создания аналитических построений (Анна О., Дора, маленький Ганс, Человек–волк, Человек–крыса и др.). Кроме того, как отмечает современный психоаналитик Х. Томэ, «профессиональное мышление и действия психоаналитика рождаются и развиваются в контексте его личной жизненной истории и в дискуссиях с работами Фрейда, которые переплетены с духовной историей нашего столетия» (Томэ).

Необходимость исторического обзора продиктована также и тем, что психоанализ часто рассматривают как целостную и последовательную систему мышления, что во многом, как указывают Сандлер Дж., Дэр К. и Холдер А., не соответствует действительности. Так, не все понятия психоанализа определены достаточно четко. Сам Фрейд в процессе эволюции своего учения неоднократно менял формулировки используемых понятий, пересматривал их, расширяя применение технических процедур. По мере развития и аспектного видоизменения психоанализа значения его понятий также подвергались изменениям. Более того, имели место случаи, когда один и тот же термин использовался в разных значениях на одном и том же этапе развития психоанализа. Ярким примером является многозначное использование таких понятий, как «Эго», «идентификация», «интроекция» и др.

В дальнейшем из всего накопленного объема психоаналитического знания мы сосредоточим внимание лишь на тех аспектах, которые имеют непосредственное отношение к практике психодинамической терапии. При этом необходимо учитывать, что когда мы говорим о том или ином аспекте психоанализа, необходимо сопоставлять его с конкретной исторической датой.

Классическая психоаналитическая теория Фрейда

Зигмунд Фрейд родился 6 мая 1865 г. в маленьком моравском городке Фрейберге в семье еврейского торговца. В гимназии он был одним из первых учеников, но для еврея высшее образование было возможно только в области медицины или юриспруденции. Под влиянием своих кумиров Ч. Дарвина и И. Гёте он в 1883 г. выбрал медицинский факультет Венского университета.

Обычно выделяют несколько этапов истории психоанализа, не вполне четко очерченных хронологически, но достаточно ясно различающихся по своим исследовательским интересам, теориям, терапевтическим целям и техникам.

Период формирования психоанализа (1880–1896 гг.) связан с завершением Фрейдом обучения на медицинском факультете Венского университета, работой в физиологической лаборатории Э. Брюкке и Т. Мейнерта, стажировкой в клиниках Ж. – М. Шарко и И. Бернгейма, дружбой с И. Брейером и В. Флиссом, а также ранними работами в области гистологии, анатомии и неврологии.

Впервые основы психодинамического понимания психической патологии и вытекающего из него психотерапевтического воздействия были заложены в клиническом случае пациентки, позже получившей широкую известность под именем Анны О. Как отмечает Р. Дадун, «эффект шока и первотолчка, который он произвел на него (Фрейда. – *Авт.*), позволяют считать данный случай начальной, нулевой отметкой в трех планах – историческом, терапевтическом и теоретическом» (Дадун, с. 81).

Анна О., привлекательная и одаренная девушка 21 года, заболела во время ухода за находившемся при смерти отцом, которого она горячо любила. С декабря 1880 по июнь 1882 г. она страдала рядом довольно тяжелых расстройств, которые, по мнению врачей того времени, имели истерический характер: спастическим параличом правых конечностей с потерей чувствительности, нарушением движений глаз и зрения, трудностью удерживания головы, сильным нервным кашлем, отвращением к пище, нарушением речи (утратой способности говорить на родном языке и понимать его). Кроме того, у нее наблюдался «типичный», по мнению Р. Л. Стюарта, случай раздвоения личности. Как пишет А. Лоренцер, в одном состоянии сознания «она была вполне нормальна, в другом походила на озорного и непослушного ребенка. Переход от одного состояния к другому опосредовался фазой самогипноза» (Лоренцер, с. 137). С современной точки зрения можно предположить, что на самом деле это было состояние, подобное абсансу.

Несмотря на то что тогда к истерикам относились как к злостным симулянтам, ее лечащий врач, знаменитый своими исследованиями физиологии дыхания, Иозеф Брейер отнесся к пациентке с интересом и участием. В один из своих визитов, который, по счастливой случайности, совпал с приступом, он заметил, что в самопроизвольном полутрансовом состоянии больная бормотала слова, которые, казалось, относились к каким-то занимавшим ее мыслям. Брейер запомнил эти слова, а затем, повергнув девушку в состояние гипноза, повторил их и попросил сказать еще что-нибудь на эту тему. «Больная пошла на это и воспроизвела перед врачом то содержание психики, которое владело ею во время спутанности и к которому относились упомянутые слова. Это были фантазии, сны наяву, которые обычно начинались с описания положения девушки у постели больного отца. Рассказав ряд таких фантазий, больная как бы освобождалась и возвращалась к нормальной душевной жизни» (Фрейд, 1989, с. 349), но ненадолго.

Поскольку это имеет принципиальное значение для понимания метода, необходимо подчеркнуть, что когда больная «с выражением аффекта вспоминала в гипнозе, по какому поводу и в связи с чем известные симптомы появились впервые, то удавалось совершенно устранить эти симптомы болезни» (там же). Напротив, если по какой-либо причине воспоминания психотравмирующей сцены не сопровождалась аффектом, то симптомы не исчезали. Первоначально Брейер назвал этот метод очистительным рассказом, а в книге 1895 г. «Исследования истерии» (*Studien uber Hysterie*) ввел термин «катартическая терапия». Далее Брейер дополнил вечерние сеансы подобной терапии ежеутренним гипнозом.

После примерно годичного курса Брейер отказался от лечения в связи с тем, что в его отношениях с пациенткой возникло то, что впоследствии получило название **трансфера (переноса)**: он ежедневно посещал ее и только о ней и говорил, что вызвало ревность у его жены. Он сообщил о прекращении лечения Анне (которой к тому времени стало намного лучше) и попрощался с ней, но в тот же вечер его снова к ней вызвали, и он нашел ее в состоянии сильнейшего возбуждения. Пациентка, которую он считал до той поры совершенно бесполом существом, на протяжении всего лечения не делавшая и намека на интерес к этой предосудительной теме, испытывала истерические родовые муки (*pseudocyesis*)— следствие фантомной беременности, незаметно развившейся во время и вследствие катартической терапии. Когда ее спросили, что происходит, она ответила: «Это рождается ребенок от доктора Брейера» (Дадун, с. 82). Несмотря на потрясение, Брейеру удалось успокоить ее посредством гипноза. На следующий день он вместе с женой уехал в Венецию во «второе свадебное путешествие». Впоследствии Фрейд в своем письме С. Цвейгу от 2 июня 1932 г. так выразил свое отношение к этому эпизоду: «В этот момент у Брейера в руках был ключ от «главных дверей», но он выронил его. Несмотря на большую умственную одаренность, в нем не было ничего фаустовского. Придя в ужас от того, что случилось бы на его месте с

любимым врачом, не владеющим психоанализом, он обратился в бегство, поручив пациентку своему коллеге» (цит. по: Дадун, с. 82).

В дальнейшем дела несчастной пациентки шли не так хорошо, как можно было судить по публикациям Брейера. У нее произошло возвращение к прежнему состоянию и она была помещена в санаторий в Гросс–Энцерсдорфе (где, кстати, у нее опять возник роман с лечащим врачом). Через год после завершения лечения Брейер посетовал Фрейду, что «она совсем свихнулась» и что он желает ей смерти, «чтобы освободить несчастную от страданий» (Лоренцер, с. 140). Тем не менее, она вновь поправилась, подружилась с женой Фрейда (которая приходилась ей дальней родственницей) и даже смогла самореализоваться: стала первой в Германии и одной из первых в мире женщин, занявшихся социальной работой, и основала журнал и несколько учреждений, в которых готовились девушки – социальные работники.

В 1882 г. Брейер рассказал об этом случае Зигмунду Фрейду, в то время ординатору лаборатории профессора Эрнста Вильгельма фон Брюкке (известного своими работами по микроскопической анатомии и физиологии зрения, пищеварения и голоса)⁷, который был на 14 лет младше его и только заканчивал медицинское образование.

Рассказ Брейера произвел впечатление на Фрейда, но в это время его основные интересы были связаны с биологией, и он вернулся к рассмотрению данного случая только через несколько лет.

1882 г. был значим для истории психоанализа еще одним: Фрейд надеялся получить освобождающую должность в лаборатории, но у Брюкке были два прекрасных ассистента, претендовавших на это место раньше Фрейда. Фрейд писал: «Поворот произошел в 1882 г., когда мой учитель, к которому я питал высочайшее возможное уважение, исправил великодушную щедрость моего отца, серьезно посоветовав мне, ввиду трудного денежного положения, оставить теоретическую карьеру» (цит. по: Фейдимен, Фрейгер, с. 13). Кроме того, Фрейд нуждался в средствах для содержания семьи.

Фрейд с неохотой обратился к частной практике, но его основными интересами все равно оставались научное исследование и наблюдение. Сначала он работал как хирург, потом – как терапевт, затем стал «семейным врачом» в главной больнице Вены. Он прослушал курс психиатрии, что пробудило его интерес к взаимосвязям между психическими симптомами и физическими болезнями.

Клиентура Фрейда включала нескольких больных истерией, и он лечил их всеми доступными в то время методами, включая массаж, электротерапию, водолечение, длительный отдых, специальное питание и т. п. Не удовлетворенный результатами, он вспомнил о рассказе Брейера и попытался использовать гипноз как психотерапевтический метод.

В 1885 г. Фрейд получил стипендию для обучения в парижской клинике Сальпетриер (наряду с Нанси – крупнейшим центре по изучению гипноза в то время) у знаменитого французского психиатра Ж. – М. Шарко. «Ни один человек не имел на меня такого влияния. Мне случалось выходить с его лекций с таким ощущением, словно я выхожу из Нотр–Дама, полный новым представлением о совершенстве», – утверждал он позже (цит. по: Дадун, с. 65).

Это неудивительно, так как Шарко был такой величиной в медицинском мире, что для него специально при Сальпетриере была создана клиника нервных болезней. Ее специализацией стало лечение больных истерией. Как мы уже отмечали, в то время истерию считали

⁷ Заметим, что фрейдовское «биологизаторство» может быть прослежено до представлений самого Э. Брюкке, который, являясь приверженцем идей Германа фон Гельмгольца, однажды следующим образом сформулировал свою позицию: «Никакие силы, кроме обычных химических и физических, не действуют в организме. В тех случаях, которые не могут быть в настоящее время объяснены этими силами, нужно либо искать особый путь или особую форму их действий средствами физико–математических методов, либо предположить иные силы, соответствующие по статусу физико–химическим свойствам материи, сводимым к силам притяжения и отталкивания» (цит. по: Фейдимен, Фрейгер, с. 12).

симуляцией, а ее симптомы, в случае если их все же описывали (притом лишь у женщин), полагали связанными с заболеваниями матки из-за буквального восприятия этимологии слова (*usteria* – по-гречески матка), а некоторые врачи – с удалением клитора. Шарко же установил действительную сущность болезни, выявил ее наличие у мужчин, уточнил картину ее проявлений на основе изучения травматической истерии и проводил впечатляющие гипнотические «сеансы-спектакли»⁸.

После четырехмесячной стажировки у Шарко Фрейд понял, что при истерии пациент демонстрирует симптомы, которые анатомически невозможны. Так, например, при «анестезии» руки человек может ничего не чувствовать в нижней части руки (пальцах, ладони и пр.), но сохранять нормальные ощущения в запястье и верхней части руки. Поскольку нервы простираются от плеча по всей руке, этот симптом не может быть объяснен физической причиной. Кроме того, Шарко показал, что истерические симптомы можно вызвать или ослабить с помощью гипнотического внушения. М. Фуко выделяет еще одно следствие обучения Фрейда у Шарко: «Фрейд был первым, кто всерьез принял реальность пары врач-больной и решил не отводить от нее ни своего взгляда, ни поиска, кто не пытался замаскировать ее психиатрической теорией, более или менее сочетаемой с прочими медицинскими познаниями. Он первым вывел все следствия из реальности этой пары. Фрейд демистифицировал остальные структуры сумасшедшего дома: он отменил молчание и взгляд извне, он снимает признание безумным на основании игры отражений, он заставляет умолкнуть инстанции проклятия. Но он, в свою очередь, эксплуатирует структуру, включающую в себя роль медика; он раздувает добродетели чудотворства, придавая всемогуществу врача чуть ли не божественный статус» (цит. по: Лоренцер, с. 96–97).

Шарко считал Фрейда очень способным студентом и даже доверил ему перевод своих сочинений на немецкий. Фрейд, в свою очередь, вернулся в Вену с «безмерным восхищением» по поводу Шарко, которое нашло отражение в докладе Венскому медицинскому обществу и привело в раздражение венских светил от медицины.

В ряду «пионеров» психодинамического направления, наряду с Брейером и Шарко, была еще одна личность, оказавшая существенное влияние не только на психоаналитическое учение Фрейда, но и на аналитическую психологию К. Г. Юнга и индивидуальную психологию А. Адлера, а также на позже возникшие в лоне психоанализа школы неофрейдистов, эгопсихологии и объектных отношений, – французский исследователь Пьер Жане, которого Фрейд считал «наследником трудов Шарко по истерии» (цит. по: Лоренцер, с. 98) и который, согласно работе Г. Элленбергера «Открытие бессознательного», может соперничать с Фрейдом за приоритет открытия бессознательного и модели личности.

Жане, будучи преподавателем гимназии в Гавре, обратился к исследованию гипноза и истерии. Между 1882 и 1888 гг. он проводил в Гавре исследования, результаты которых публиковались в *Revue philosophique*. Его открытия касались взаимосвязи между истерической симптоматикой и жизненной историей пациента, на основании изучения которой он построил свою теорию истерии как следствия диссоциированной психики.

Ядром этой теории является конституциональная патология – неспособность индивида к психическому «синтезу» (то, что современная психоаналитическая эгопсихология назвала бы «слабостью Я»). Вот как излагает ее сущность сам Фрейд: «У Жане мы обнаруживаем теорию истерии, которая во Франции является господствующим учением о роли наследственности и вырождения. Согласно этому учению, истерия есть форма изменения нервной системы, которая дает о себе знать через врожденную слабость психического синтеза. Исте-

⁸ Один из них изображен на картине Андре Бруйе, которая висела в кабинете З. Фрейда. На ней мы видим женщину, изогнувшуюся в истерическом припадке, с заломленными руками, откинутой назад головой и непристойно выпяченным животом, Ж. – М. Шарко, аудиторию врачей-мужчин, а в глубине – схему, изображающую судороги.

рические больные с самого начала не способны объединять многообразие душевных процессов, а к этому добавляется склонность к душевной диссоциации. Если вы позволите мне банальное сравнение, то истерики у Жане напоминают глупую женщину, отправившуюся за покупками и возвращающуюся нагруженной кучей свертков и пакетов. Двумя руками и десятью пальцами она с этой грудой никак не справляется, а потому свертки падают один за другим. Она наклоняется, чтобы поднять один, но в это время роняет другой и т. д.» (цит. по: Лоренцер, с. 132).

Далее об открытиях Жане и его вкладе в психодинамическое понимание истерической патологии Фрейд писал так: «Шарко пытался устранить многообразие форм проявления путем описательных формул; Пьер Жане признавал бессознательные представления, скрывающиеся за такими припадками; психоанализ добавил к этому, что они являются мимическими представлениями пережитых и сохранившихся в памяти сцен, которые занимают фантазию больных, не доходя до их сознания» (цит. по: Лоренцер, с. 122).

Но давайте оставим в стороне споры о приоритете и рассмотрим бесспорный вклад Жане в психодинамическое понимание психопатологического функционирования человеческой психики.

Во-первых, он первый указал на временную связь между неврозом и жизненной историей. Так, в его описаниях случаев Люси (1886), Марии (1889), Марсея (1891) и Ахилла (1893) можно прочитать о травмах «13 лет», «6 лет» и др.

Во-вторых, он первый указал на содержательную связь между неврозом и жизненной историей. Так, в описываемых им случаях почти все истерические феномены объясняются содержанием полученных психических травм («судьбоносных событий»).

В-третьих, все психотравмы обрисовываются им как социальные травмы. Так, например, в случае Марии Жане пишет, что источником ее психопатологических проблем является не сам по себе опыт первой менструации, а ее социальный контекст: «господствующие воззрения» сгустились у пациентки в субъективное впечатление о том, что менструация есть «нечто постыдное».

В-четвертых, Жане рассматривает социальную травму как травмирующие отношения. Так, он приводит клинический пример психотравмы, когда «в высшей степени чувствительного шестилетнего ребенка» родители, несмотря на его крики и протесты, укладывают в одну постель с больным сверстником.

И наконец, в-пятых, Жане прямо рассматривает психотравмирующее воздействие как повреждение структуры личности.

Открытие Жане жизненно-исторического значения симптомов базировалось на разработке некоторых методических правил, позже нашедших свое отражение и в практике психоанализа:

- 1) пациентов нужно обследовать только наедине, без свидетелей;
- 2) необходимо точно записывать все, что сказал или сделал пациент;
- 3) следует в точности проверять всю историю жизни и предшествующего лечения пациента.

Вернувшись в Вену в апреле 1886 г. и безуспешно пытаясь донести до медицинского сообщества французские идеи о сходстве между явлениями психической диссоциации, которые можно вызвать гипнозом и которые характерны для истерических больных, Фрейд начал широко и систематически использовать гипнотическое внушение в своей частной практике, так что Т. Мейнерт даже начал считать его «простым гипнотизером». С целью усовершенствования своей техники гипноза летом 1889 г. Фрейд отправляется на вторую стажировку во Францию, в Нанси, к Огюсту Амбразу Льебо и Ипполиту Бернгейму. Необходимо сказать, что в отличие от школы Шарко, считавшей гипноз ненормальным явлением, нансийская школа развивала анимистическую теорию гипноза, согласно которой гипноза не существует,

а есть только внушение. Через внушение объяснялось и возникновение психоневрологических нарушений. Этот комплекс идей определял и своеобразие психотерапевтического метода. Терапевты этой школы лечили все заболевания; каждый пациент лечился на глазах у всех остальных, не обращая внимания на окружающий шум; преобладающую часть пациентов составляли лица «низкого сословия», так как Бернгейм учил, что «гипноз легче проводить с людьми, привыкшими к пассивному послушанию, например среди бывших солдат или фабричных рабочих» (Лоренцер, с. 89).

Вот как описывает свои наблюдения сам Фрейд: «В 1889 г. я видел старого и трогательного Льебо, принимающего женщин и детей пролетарского населения Нанси... Больной сидит, он кладет ему руку на лоб и, даже не глядя на него, говорит: «Сейчас вы уснете». Затем закрывает ему глаза, уверяя, что тот спит. Поднимает руку пациента: «Вы не можете опустить руку». Если больной ее опускает, Льебо делает вид, что ничего не замечает. Затем заставляет его вращать предплечьями, уверяя, что тот не может остановиться. При этом он сам очень быстро вращает руками и говорит, говорит без остановки сильным и вибрирующим голосом» (цит. по: Ахмедов, Жидко, с. 31–32).

Вдохновленный увиденным и в то же время хорошо понимавший ограничения и недостатки гипноза как психотерапевтического метода, по возвращении домой в случае Эмми фон Н. (страдавшей спазмами лица и странным цоканьем языком) Фрейд впервые применил «лечение словом» по Брейеру. Затем он пошел дальше и в течение некоторого времени использовал модифицированную «технику концентрации». Испызуя наложение рук или одного пальца на лоб и осуществляя легкие нажимы, он просил пациента сконцентрироваться на том, что его беспокоит, и постараться вспомнить, когда этот симптом появился впервые.

При этом в общении с больными он вел себя достаточно настойчиво и провокативно, в стиле следователя: подвергал пациента психологическому давлению, задавал мучительные вопросы, подталкивал к «правильным» ответам, стараясь вырвать вынужденные признания. Поскольку одна из больных (Эмма фон Н.) пожаловалась, что эти постоянные вопросы мешают ей следить за своими мыслями, Фрейд осознал чересчур авторитарный характер своего метода и стал меньше вмешиваться, позволяя пациенту все более свободно и спонтанно предаваться процессу ассоциирования, который становится ключевым моментом психотерапии.

Последовательное очищение метода Фрейда отчетливо просматривается в его разнообразных работах об истерии и неврозах, опубликованных за 10 лет, с 1886 по 1896 г. Вокруг центральной книги, «Исследования истерии» (1895, в соавторстве с Брейером), группируются статьи, которые проливают свет на природу, причины и эволюцию нервных расстройств, в которых авторы пытаются дать необходимую классификацию и т. п.

Исходя из результатов клинических наблюдений, авторы объясняли истерический невроз **теорией травмы**⁹. Согласно этой теории, невроз рассматривается как следствие травматических переживаний – соблазнения, насилия, психологической депривации, которые не были утилизированы обычным способом, т. е. посредством «сознательных рефлексов» или постепенного «уничтожения». Вместо этого аффекты и/или связанные с ними воспоминания отделились (диссоциировались) от сознания, в то же время стремясь тем или иным путем (в том числе и в виде психопатологических симптомов) вернуться в него. Таким образом, заявляли авторы, «истерик страдает от воспоминаний» (Стюарт, с. 8).

Брейер и Фрейд также предположили, что дальнейшее поддержание диссоциации связано с тем, что либо воспоминания по тем или иным причинам непереносимы для Эго пациента (причем в этом случае термин «Эго» использовался в значении «Самости» («Я»), что не

⁹ «Травма» в дословном переводе с греческого означает «рана», «повреждение», «результат насилия».

тождественно более позднему понятию Эго в структурной теории), либо психологическая травма имела место, когда сам пациент находился в диссоциированном состоянии сознания, получившем название гипноидного состояния.

Психотерапия, основанная на этой модели, заключалась в работе по возвращению «забытого» в сознание с одновременной разрядкой «заряда аффекта» в форме **катарсиса** (специализированного «очищающего» переживания патогенных аффектов) или **абреакции** (спонтанного эмоционального отреагирования).

Кроме того, необходимость подобной разрядки вытекала из **принципа постоянства**, согласно которому, по мнению авторов, в нервной системе имеется так называемая «сумма возбуждения», изменяющаяся в результате психических раздражений и обладающая тенденцией к уменьшению количества возбуждения для нормальной деятельности организма. Брейер и Фрейд были уверены, что одной из основных функций психического аппарата является поддержание постоянного уровня «суммы возбуждений». Они также рассматривали возбуждение как физическую реальность, физиологический раздражитель, воздействующий на нейрон и требующий разрядки по типу рефлекторной дуги. Этот процесс сравнивался с электрическим зарядом, который в англоязычной литературе получил название **катексиса**¹⁰.

Рассматривая проблему возвращения «забытого» в сознание пациента, Фрейд сформулировал фундаментальное положение о том, что пациенты активно сопротивляются воспоминаниям болезненных переживаний и событий, которые целенаправленно вытесняются из сознания, в отличие от простого забывания незначительных событий. Этот защитный процесс он назвал **вытеснением**, считая, что с его помощью сознание оберегает себя от возможной перегрузки неприятными или угрожающими чувствами и переживаниями. Принятие подобного положения привело к введению еще одного психодинамического понятия – **интрапсихического конфликта**, под которым понимается противоречивость требований внутри субъекта.

В дальнейшем Фрейд пришел к выводу, что описанный им процесс диссоциации присущ не только психоневрозам, но имеет место у любого человека в виде оговорок, описок, ошибочных действий и т. п., чему он посвятил свою работу «Психопатология обыденной жизни».

Мысль об активности процесса диссоциации в разной форме остается основополагающим положением в работах по психодинамической терапии, хотя в разное время и Фрейд и другие исследователи выдвигали на первый план различные аспекты содержания диссоциированных и бессознательных элементов психического.

Проиллюстрируем описанные теоретические построения примером из книги «Исследование истерии».

Катарина, девушка 18 лет, была родственницей хозяев гостиницы, где Фрейд остановился во время поездки в горы. Узнав, что он врач, она обратилась к нему за помощью в связи с «болями при дыхании», которые развивались примерно по следующей схеме: «резь и ощущение давления в глазах–тяжесть в голове–гул в ушах–головокружение–затрудненное дыхание–тревожность из-за ощущения, что кто-то стоит за спиной». После длительного опроса Фрейду удалось заставить Катарину вспомнить, как два года назад она «застукала» своего дядю с кузиной Франциской, когда «он лежал на ней», и как после этого инцидента она три дня страдала рвотой. Опираясь на эти данные, Фрейд заявил, что аффект возбуждения, вызванный увиденным, и воспоминания о том, как дядя пытался ее соблазнить, привели к развитию у этой девственницы «гипноидного» состояния, которое, в свою очередь, трансформировалось в истерическую симптоматику «отвращения».

¹⁰ Таким образом в английских и русских переводах работ З. Фрейда передается немецкое слово *Bese-tzung* (занятие, оккупация, вложение).

Сразу же после выхода книги, весной 1896 г., произошел разрыв Фрейда с Брейером. Он был связан как с разногласиями по поводу роли сексуальности в этиологии неврозов, так и с возрастающим влиянием другой дружбы Фрейда – с Вильгельмом Флиссом, немецким отоларингологом, посещавшим в Вене лекции Фрейда по неврологии. Именно он пробудил интерес Фрейда к проблемам пола, и в частности бисексуальности и детской сексуальности. Флисс занимался заболеванием носа, которым страдал Фрейд. Используя свою широкую биологическую эрудицию, он установил тесную связь (в некотором роде даже структурную) между носом и гениталиями и утверждал, что существуют «сексуальные периоды» – временные периоды, аналогичные менструальным периодам у женщин, но исчисляющиеся двадцатью тремя днями, которые определяют такие события личной жизни, как рождение, болезнь, зачатие, смерть и т. п. Фрейд в письмах или на «маленьких конгрессах» (которые они проводили в горах или в Берлине) сообщал Флиссу обо всех своих мыслях и экспериментах. При этом Флисс играл для него важную роль поверенного или «резонатора» либо, говоря психоаналитическим языком, явился новым объектом идеализированной фигуры.

Влияние Флисса на Фрейда особенно ярко проявилось в драматической ситуации, разыгравшейся в связи с **теорией соблазнения**. Развивая идеи психической травматизации, Фрейд выдвинул предположение, что истерический невроз и невроз навязчивых состояний являются следствием сексуального соращения, действительно имевшего место в детстве (преимущественно раннем) и чаще всего совершенного отцом. Основанием для подобного утверждения послужило клиническое открытие того, что в ходе лечения пациенты порой вспоминали об опыте сексуального обольщения – живых сценах, в которых инициатива принадлежала другому человеку (в большинстве случаев взрослому), а содержание менялось от простых словесных намеков или жестов до более или менее явных случаев сексуального соращения, вызывающих испуг, но пассивно претерпеваемых субъектом.

В упрощенном виде эта теория предполагала, что травма возникает на двух этапах, отделенных друг от друга периодом полового созревания. Первый этап, или этап соблазнения в собственном смысле слова, характеризовался Фрейдом как «досексуальное событие» сексуальной жизни, обусловленное факторами, внешними по отношению к субъекту, который еще не способен испытывать сексуальные эмоции в связи с отсутствием соматических условий возбуждения и невозможностью освоить этот опыт. Соответственно момент соблазнения не подвергается вытеснению. Лишь на втором этапе другое событие (не обязательно имеющее собственно сексуальное значение) ассоциативно вызывает в памяти первое событие. Из-за прилива эндогенных возбуждений воспоминание подвергается вытеснению.

При активной поддержке Флисса Фрейд уже в более решительной форме объявил о своем открытии в печати и выступил с лекцией в местном Обществе психиатрии и неврологии. «Эти ослы встретили лекцию ледяным молчанием», – так он описывал реакцию на это сообщение. Мало того, признанный авторитет в области сексопатологии, Р. Крафт-Эббинг, заявил, что это прозвучало как научно изложенная волшебная сказка. Поэтому, когда в 1897 г. Фрейд установил, что многие из так называемых «воспоминаний» о травматических переживаниях, рассказанных пациентами–истериками, фактически не являются воспоминаниями о реальных событиях, а представляют собой отчеты о фантазиях, он отказался от первоначальной теории, заявив, что она провалилась из-за собственного неправдоподобия ¹¹.

¹¹ Справедливости ради отметим, что по недавно опубликованным данным доктора Эстер Кнорр Андерс, собранным в специализированном центре для анонимного обследования детей, подвергшихся сексуальному насилию, ежегодно в Германии около 1000 детей становятся объектом развратных действий, при этом 80 % из них – девочки, а 98 % преступников – мужчины и в 1/3 случаев – отцы своих жертв. Еще в 65 % случаев это другие члены семьи, а также друзья и знакомые. И лишь в 5 % случаев это совершенно чужие люди. Кроме того, эти данные, без сомнения, являются заниженными, так как далеко не все дети, оказавшиеся в подобной ситуации, обращаются за помощью в специализированные центры. Таким образом, можно признать, что первоначальная гипотеза З. Фрейда об инцестуозных наклонностях отцов сегодня может

Тем не менее, провалившаяся теория соблазнения сыграла значительную роль в истории развития психодинамических идей. Вот как это описывал сам Фрейд: «Хотя и верно, что истерики возводят свои симптомы к мнимым травмам, момент новизны заключается в том, что подобные сцены создаются фантазией, а потому наряду с практической реальностью необходимо учитывать и реальность психическую. За этим вскоре последовало открытие того, что эти фантазии способствовали сокрытию аутоэротической активности ребенка в первые годы жизни, ее приукрашиванию и возвышению. А теперь за всеми этими фантазиями возникает картина сексуальной жизни ребенка во всей ее полноте» (цит. по: Лапланш, Понталис).

Кроме того, с течением времени ряд аналитиков в той или иной степени возвращались к идеям теории соблазнения. Так, например, Ш. Ференци в 1932 г., развивая положения этой теории, показал, что взрослая сексуальность с ее «языком страстей» является следствием надлома детского мира с его «языком нежности». В табл. 1.1 в краткой форме приведено сравнение обеих теорий.

Таблица 1.1

Основные психодинамические положения	Теория травмы	Теория инстинктов
Соотношение жертва/виновник	Пациент — жертва соблазнов, насилия и психологической жестокости	Пациент — виновник, так как, будучи ребенком, он желает овладеть матерью/отцом, устранив отца/мать
Соотношение реальность/фантазия	Реальность	Фантазия
Главные направления и представители	Ш. Ференци и так называемая «венгерская школа» (М. Балинг, Д. В. Винникотт, Х. Когут, сэлф-психология), а также А. Миллер и А. Янов	Главные направления психоанализа, эгопсихология, теория объектных отношений

Внезапное прекращение Фрейдом почти двадцатилетней дружбы с Брейером, который по-отцовски его опекал, оказывал стимулирующее интеллектуальное влияние, помогал материально, посылал пациентов и т. п., оставило у него в душе чувство глубокой горечи, нашедшей отражение врезких выпадах против старого друга.

В октябре 1896 г. умер отец Фрейда, и это стало одной из поворотных точек в развитии психоанализа. Именно в это время впервые употребляется термин «психоанализ», с этого момента начинается самоанализ Фрейда и второй этап развития психоанализа.

На втором этапе развития психоанализа (1896–1923 гг.) происходит постепенный переход от теории травмы к **теории инстинктов или влечений (драйвов)**¹², т. е. к изучению бессознательных желаний и побуждений, а также того, как последние проявляются внешне. Это был период, в ходе которого возникли основные подходы в понимании функционирования психики: динамический, топографический, энергетический и структурный. Большинство

быть достаточно обоснована, что, впрочем, не исключает и более поздней идеи о сексуальных фантазиях детей (цит. по: Фрейд А., Фрейд З. 1997, с. 7). Более подробно по этой проблеме см. «Руководство по предупреждению сексуального насилия над детьми».

¹² В различных (не только русскоязычных) переводах фрейдовский термин *Trieb* интерпретируется либо как инстинкт, либо как влечение. Как отмечают Ж. Лапланш и Ж.-Б. Понталис, «фрейдовская концепция влечения как побуждающей силы, не предопределяющей жестко ни формы поведения, ни типа объекта, приносящего удовлетворение, отлична от теорий инстинкта, как традиционных, так и современных, опирающихся на новейшие исследования (ср. понятие паттерна, или схемы поведения, внутренних механизмов “запуска” поведения, особых стимулов-сигналов и пр.)». (Лапланш, Понталис, с. 167.)

клинических понятий, которые используются в психодинамической терапии, также были первоначально разработаны именно на втором этапе развития психоанализа.

Реакция на смерть отца и признание обострившегося в связи с этим собственного «опытного невроза» заставили Фрейда обратиться внутрь себя и начать исследовать методом свободных ассоциаций наиболее доступный материал – материал снов. Помимо этого интерес Фрейда к сновидениям был обусловлен тем, что они являются нормальными процессами, знакомыми каждому, и во все времена могут служить примером того, как работают механизмы формирования невротических симптомов. Самоанализ позволил Фрейду прийти к заключению, что чаще всего образы и сюжеты сновидений тесно связаны с детскими чувствами, такими как любовь к матери, соперничество с отцом, страх кастрации и т. п., вытесненными с наступлением взрослости, но продолжающими оказывать воздействие на образ жизни человека в виде бессознательных желаний¹³. Результатом этого титанического труда стала появившаяся в 1900 г. фундаментальная работа «Толкование сновидений», собравшая воедино результаты всех предыдущих исследований.

Прежде чем перейти к ее рассмотрению, отметим, что в анализе сновидений в неявной форме нашли свое отражение **метапсихологические подходы** к функционированию психики, более четко сформулированные позже (в частности, в статье 1914 г. под названием «Бессознательное»):

1) **динамический подход**, рассматривающий психику как местонахождение взаимодействующих или противоборствующих сил;

2) **топографический (систематический) подход**, рассматривающий психику как нечто, состоящее из различных систем с разными функциями и характеристиками;

3) **экономический подход**, который пытается проследить чередование различных возбуждений и прийти к сравнительной оценке их значимости.

Все научные теории сновидений, существовавшие в то время, рассматривали их как психическое явление, связанное со снижением (или особым рода искажением) обычной психической активности. Практически никто из авторов, занимавшихся этой тематикой, не попытался выявить возможное отношение между содержанием сновидения и личной историей сновидца. Несмотря на свою приверженность академическим традициям, Фрейд последовал по пути исследования сновидений, представленных в античных, восточных и прочих «сонниках», прежде всего фокусируясь на тайном смысле символики сновидений. Впрочем, следует отметить, что в отличие от «сонников» З. Фрейд переносит фокус внимания на применение сновидной символики лишь к одному отдельно взятому индивиду, и в этом смысле его метод противоположен приемам истолкования в сонниках.

Фрейд считал, что сновидения имеют психологический смысл, постичь который можно с помощью **интерпретации (толкования)** – специальной процедуры, придающей сновидениям (либо симптомам или цепочкам свободных ассоциаций) какое-либо значение, расширяющее и углубляющее то значение, которое им придает сам пациент. Интерпретация нацелена на преодоление психологической защиты, выявление актуального интрапсихического конфликта и обнаружение изначального желания. Согласно исходным формулировкам, сновидение включает в себя: а) **явное (манифестное) содержание**, т. е. сновидение в том виде, как его переживают, рассказывают или помнят и б) **скрытое (латентное) содержание**, которое раскрывается путем интерпретации. Фрейд также полагал, что существует **работа**

¹³ Отметим, что вначале метод самоанализа представлялся З. Фрейду основополагающим. Впоследствии он стал более сдержанно относиться к нему, опасаясь подмены им психоанализа в собственном смысле слова. Сегодня многие психоаналитики считают, что самоанализ – особая форма сопротивления психоанализу, связанная с потаканием нарциссизму и устранением главного терапевтического фактора – трансфера. Однако у некоторых авторов (например, К. Хорни) самоанализ рекомендуется и выступает как дополнение к основному лечению, как его подготовка или продолжение.

сновидения, переводящая скрытое содержание в явное, и, следовательно, интерпретация сновидения представляет собой процесс, обратный работе сновидения.

Фрейд утверждал, что все сновидения являются результатом исполнения желаний. С этой точки зрения скрытое содержание – это желание, которое исполняется во сне в галлюцинаторной форме, причем необходимость его перевода в явное содержание диктуется двумя факторами: 1) физиологическими условиями сна, которые делают сновидение в основном визуальным, а не вербальным процессом, и 2) тем, что желание неприемлемо для бодрствующего Эго. Характеризуя второй фактор, Фрейд вводит понятие **цензора (цензуры)** – психической инстанции запрета, ответственной за недопущение в предсознание и сознание бессознательных желаний и возникших на их основе образований и соответственно за деформацию сновидений. Таким образом, функция сновидений заключается в сохранении сна путем представления бессознательных желаний как исполненных. **Кошмары и тревожные сны** составляют неудачи в работе сновидений, а **травматические сновидения** (в которых просто повторяется пережитая травма) являются исключением из теории.

Фрейд утверждал, что **материалом сновидений** выступают телесные раздражения (например, голод, жажда и т. п.), остатки дневных впечатлений (события предыдущего дня, прямо или ассоциативно связанные с бессознательными желаниями, исполняемыми во сне) и давние воспоминания. **Механизмами работы сновидений** (как и формирования симптомов) являются конденсация, смещение, драматизация, символизация, интерпретация.

Конденсация (сгущение) – процесс, посредством которого два (или более) образа объединяются (или могут быть объединены) так, чтобы образовать составной образ, наделенный смыслом и энергией, полученными от обоих. Он может осуществляться по-разному: иногда из множества **элементов сновидений** сохраняется лишь один элемент (тема, персонаж и т. п.), многократно встречающийся в различных скрытых содержаниях («ядро»); иногда различные элементы складываются во внутренне разнородную совокупность (например, персонаж, составленный из черт разных людей); иногда соединение различных образов может приводить к затушевыванию различий и усилению общих черт.

Смещение – процесс, посредством которого энергия перемещается с одного образа на другой. Так, например, в сновидениях один образ может символизировать другой.

Драматизация (учет образности) – процесс отбора и преобразования сновидных мыслей в образы, прежде всего зрительные. Так, например, абстрактное понятие «унижение» может быть образно представлено как уменьшение в размерах или падение на нижнюю ступень лестницы.

Символизация – процесс косвенного, образного представления бессознательного желания или конфликта за счет использования устойчивых отношений между символом и символизируемым бессознательным содержанием, наблюдаемых не только у отдельного человека, но и в самых различных областях (миф, религия, фольклор, язык и т. п.). Считается, что в сновидениях детей этот механизм используется реже, чем у взрослых, поскольку детские желания искажаются меньше или не искажаются совсем. Хотя психоанализ открыл множество символов, общая область символизируемого весьма ограничена: тело, родители и кровные родственники, рождение, смерть, нагота и особенно сексуальность (половые органы, сексуальный акт и т. п.).

Интерпретация (вторичная обработка) – процесс переделки сновидения с целью представить его в виде более или менее связного сценария. Этот процесс вступает в действие при обработке продуктов, полученных в результате действия других механизмов, и осуществляется главным образом в состоянии, близком к бодрствованию, особенно когда пациент рассказывает о своем сновидении. Зачастую вторичная обработка использует уже сложившиеся сновидения.

Все эти процессы Фрейд назвал первичными процессами, противопоставив их вторичным процессам. В **первичных процессах** энергия свободно перемещается, при этом игнорируются законы пространства и времени, они управляются **принципом удовольствия**, т. е. принципом уменьшения неудовольствия от инстинктивного напряжения путем галлюцинаторного исполнения желания. Идея принципа удовольствия (первоначально представленного как принцип неудовольствия) основывалась на уже знакомой нам гипотезе принципа постоянства возбуждения (гомеостаза), согласно которой «психический аппарат стремится поддерживать имеющееся в нем количество возбуждения на возможно более низком уровне и устойчивом уровне» (Лапланш, Понталис, с. 364). **Вторичные процессы** подчиняются правилам формальной логики, используют связанную энергию и управляются **принципом реальности** – принципом уменьшения неудовольствия от инстинктивного напряжения путем адаптивного поведения.

Фрейд расценивал первичные процессы как филогенетически и онтогенетически более ранние по сравнению с вторичными (с этим связана и терминология) и считал их неотъемлемым свойством слабую адаптивность. По его мнению, все развитие Эго вторично по отношению к вытеснению первичных процессов. Вторичные процессы развивались наравне и одновременно с Эго и с адаптацией к внешнему миру, а поэтому они теснейшим образом связаны с вербальным мышлением. С этих позиций грезы, образная и творческая деятельность, а также эмоциональное мышление являются смешанными проявлениями обоих процессов.

В «Толковании сновидений» были заложены основы научного понимания бессознательного. И до Фрейда в естественных науках, философии и литературе в том или ином значении употреблялись понятия «бессознательного», «неосознаваемого», «влечений» и т. п. и указывалось на их значимость в психической жизни человека (Б. Спиноза, Г. В. Лейбниц, К. – Г. Карус, Э. фон Гартман, И. Ф. Гербарт, А. Шопенгауэр, Э. Т. А. Гофман и др.). Однако только Фрейд смог исследовать бессознательное и создать на этой основе его метапсихологическую картографию.

Говоря о содержании, функциях и механизмах сновидений, Фрейд различал сознание и бессознательное. Он писал: «Толкование сновидений – это королевская дорога к познанию бессознательной активности мозга». При этом понятие «**бессознательное**» Фрейд употреблял в нескольких значениях: во–первых, для обозначения совокупности содержаний, не присутствующих в актуальном поле сознания, во–вторых, как систему, состоящую из содержаний, не допущенных в предсознание и сознание в результате вытеснения. Представление о системах бессознательного, предсознания и сознания получило название **первой топки (топографической модели)**.

Согласно этой топике, основные черты бессознательного сводятся к следующему:

1) содержания бессознательного являются репрезентаторами влечений, т. е. элементами или процессами, в которых выражаются влечения, эти содержания управляются особыми механизмами первичных процессов;

2) содержания бессознательного, сильно нагруженные энергией, стремятся вернуться в сознание и проявиться в поведении, однако они способны найти доступ к системе предсознание–сознание лишь в результате **компромиссов (психических образований, представляющих обе стороны конфликта), будучи искаженными цензурой;**

3) фиксации в бессознательное чаще всего подвергаются детские желания.

Предсознание содержит в себе материал, не входящий в актуальное поле сознания и поэтому являющийся бессознательным в первом значении этого понятия (например, неактуализированные знания и воспоминания). При этом он отличается от содержаний системы бессознательного тем, что остается доступным сознанию и управляется вторичным процес-

сом. Кроме того, он отделен от бессознательного цензурой, которая допускает бессознательные содержания и процессы в предсознание лишь в преобразованном виде.

Сознание (или система «**Восприятие–Сознание**») находится на периферии психического аппарата и принимает информацию одновременно из внешнего и внутреннего мира. В отличие от бессознательного и предсознания сознание не имеет никакой памяти, или, точнее, **мнестические следы** остаются в ней ненадолго. С точки зрения экономического подхода сознание отличается тем, что располагает свободно перемещающейся энергией и может нагружать ею тот или иной элемент (таким образом психоанализ объяснял механизм внимания). Кроме того, Фрейд считал, что сознание играет важную роль как в динамике конфликтов (сознательное избегание неприятного и более тонкое регулирование принципа удовольствия), так и в динамике терапии (границы и функции осознания).

Фрейд также предполагал, что между этими системами пролегают границы, которые при определенных условиях могут быть полупроницаемыми или полностью проницаемыми. Степень этой проницаемости определяется цензурой, определенным образом трансформирующей динамический материал. Заметим, что топографическая модель вполне согласуется с современными данными психологии памяти и восприятия, а также с моделью реактивного возбуждения в теории научения и поведенческой терапии.

Развитие представлений о возбуждении и его взаимосвязи с детскими желаниями, фиксированными в бессознательном (в частности, с уже описанным в «Толковании сновидений» эдиповым комплексом), а также исследование извращенных форм человеческой сексуальности привели к тому, что в своей следующей работе «Три очерка по теории сексуальности» Фрейд ввел и стал рассматривать понятие влечений (инстинктов) и их «судьбы». Он считал, что они имеют:

- 1) биологический источник;
- 2) запас энергии этого источника;
- 3) цель, т. е. осуществляют специфические для данного влечения действия, ведущие к его удовлетворению и к разрядке заключенной в нем энергии;
- 4) объект, в отношении которого эта цель может быть достигнута.

На этом этапе психоанализ предполагал, что неудача в нахождении объекта и достижении цели влечения (инстинктивной цели) ведет к фрустрации влечения и к увеличению инстинктивного напряжения. Это повышенное напряжение переживается как страдание. В соответствии с принципом удовольствия это страдание ведет либо к возрастанию активности в достижении разрядки, либо к введению механизмов защиты для уменьшения напряжения (Эго реагирует на угрозу инстинктивного напряжения, превышающего порог толерантности, **сигнальной тревогой**, которая стимулирует Эго к введению защитных мер).

В более поздней работе 1915 г. Фрейд описал четыре «превратности», которым может подвергаться влечение: а) **обращение** в свою противоположность (обычно замена активной роли на пассивную); б) **поворот против себя**, т. е. использование себя в качестве инстинктивного объекта; в) **вытеснение** и г) **сублимация**, в результате которой энергия влечений в конечном счете разряжается в действиях, лишь символически связанных с первичной инстинктивной целью¹⁴.

Несмотря на то что Фрейд признавал наличие у человека множества различных инстинктов (влечений), он был последовательным сторонником **дуалистической теории инстинктов (влечений)**. Он предполагал, что все инстинкты можно разделить на две группы, антагонистически настроенные по отношению друг к другу, и конфликты между этими двумя группами несут ответственность за невроз. Однако на разных этапах его пред-

¹⁴ Как отмечает Ч. Райкрофт, подобное рассмотрение влечений с той или иной степенью вероятности применимо только к сексуальным и агрессивным влечениям.

ставление о том, что именно представляют собой эти группы, менялось. Так, во втором периоде он считал, что это **сексуальное влечение** и **влечения Эго**, соответствовавшие биологическим инстинктам воспроизведения потомства и самосохранения (причем под самосохранением Фрейд понимал жизненно важные потребности и функции, прообразом которых являлись голод и функция пищеварения).

В связи с этим Фрейд прояснил и понятие **либидо** (энергии, служащей подосновой всех преобразований сексуального влечения), которое он использовал начиная с 1896 г. Если в первых сочинениях понятие «либидо» обозначало энергию, качественно отличную от соматического сексуального возбуждения, то теперь либидо (относящееся к любви, как голод к пищевому инстинкту) предстало и как количественное понятие, как нечто подобное сексуальному желанию, нацеленному на удовлетворение. «Его возникновение, его возрастание и убывание, распределение и перемещение позволяют нам объяснить психосексуальные явления».

Кроме того, в этой работе Фрейд полностью опроверг привычные представления о нормальной и ненормальной сексуальности. Как он сам пишет, главные открытия психоанализа в этой области заключались в следующем.

1. Сексуальная жизнь начинается не с наступлением половой зрелости, а вскоре после рождения.

2. Нужно четко различать понятия «сексуальное» и «половое». Первое понятие значительно шире и включает в себя многие проявления, не имеющие ничего общего с гениталиями.

3. Сексуальная жизнь включает в себя функцию получения удовольствия от различных зон тела – функцию, которая впоследствии была использована в целях воспроизводства. Однако две эти функции редко совпадают полностью.

Фрейд постулировал ряд последовательных либидных стадий и фаз, сфокусированных на различных участках тела (**эрогенных зонах**), через которые проходит индивид, начиная с младенчества. Он считал, что эти фазы синхронны параллельной серии фаз развития Эго.

Начало сексуальной жизни характеризуется двумя фазами, отличающимися ролью, которую играют эрогенные зоны (доминирующая или недоминирующая). Первая, или **прегенитальная, фаза** сексуального развития представляет собой динамический процесс, кульминационный момент которого приходится на конец пятого года жизни. Затем следует латентный период, после чего с момента возрождения сексуального импульса в период половой зрелости начинается вторая, или **генитальная, фаза**.

В прегенитальной фазе обычно выделяют три отдельные стадии сексуального формирования (**до-или преэдиповы**), через которые индивиды обоих полов проходят одинаково.

Наиболее примитивная стадия наделения либидо понимается как диффузное распространение энергии влечений по всему телу (внутри и по кожной поверхности), постепенно фокусирующееся возле ротовой области.

Оральная стадия связана со ртом как с первичным органом удовольствия, через который младенец осуществляет контакт со своим первым объектом желания – материнской грудью. Когда грудь отнимается или является недоступной, он прибегает к суррогату (например, пытаясь удовлетвориться сосанием пальца или какого-то другого предмета). Этот интерес к области рта, никогда полностью не исчезающий, заметен в удовольствии, которое взрослые получают при курении, еде, поцелуях и оральных формах секса. Оральная стадия, в свою очередь, иногда подразделяется на два этапа. Ранний оральный (инкорпоративный) этап этой стадии развития может быть виден непосредственно после рождения и перед тем, как младенец получил грудь, так как сосательные движения наблюдаются еще до подлинного сосания. С прорезыванием первых зубов в возрасте шести месяцев младенец начинает вести себя все более активно и агрессивно, вступая в орально-садистический этап. Этот более поздний

этап был описан Карлом Абрахамом, эмбриологом, которому принадлежит большая часть разработки первоначальной фрейдовской теории психосексуального развития.

Оральную стадию частично перекрывает и сменяет **анальная стадия**. Анально–садистический этап этой стадии заключается в появлении импульса к господству, укреплении мускулатуры тела и усилении контроля над сфинктерами. Анально–ретентивный этап связан с тем, что эрогенная слизистая мембрана ануса также проявляет себя как орган, характеризующийся пассивной сексуальной целью. Из–за этого агрессивное первоначальное выталкивание сменяется удержанием. С этой стадией связаны такие черты характера, как аккуратность, бережливость и упрямство (в совокупности определяющие так называемый **«анальный характер»**).

В конце третьего года сексуальный интерес смещается на генитальный аппарат (фаллос у мальчиков и клитор у девочек) и наступает **фаллическая стадия**¹⁵. В отличие от аутоэротических доэдиповых стадий (которые иногда определяют как нарциссические, так как в них отсутствует объект любви), фаллическое удовлетворение требует внешнего объекта. В это время наибольшее удовольствие детям доставляет мастурбация. Именно в это время мужское и женское сексуальное развитие становятся дифференцированными.

На эдиповом этапе (названном так в честь главного героя трагедии Софокла «Царь Эдип») наступает высшая точка инфантильной сексуальности, и преодоление усилий данного периода при достижении взрослой сексуальности считается необходимым для нормального развития, тогда как бессознательная фиксация на эдиповых тенденциях является типичной для невротической психики.

На ранних стадиях маленький мальчик совершает «вложение» либидо (**объект–катексис**) в свою мать и идентифицирует себя с отцом. В течение фаллической стадии объект–катексис мальчика к своей матери усиливается, и у ребенка появляется желание избавиться от отца и занять его место рядом с матерью (позитивная форма). Угроза кастрации (**кастрационная тревога**) заставляет мальчика отказываться от инцестуозных желаний и подавлять их. Разрешение эдипова комплекса для мальчика подразумевает отказ от его объект–катексиса к матери, что может вести к идентификации с матерью или, что случается чаще, к усилению идентификации с отцом. Ситуация Эдипа часто усложняется в связи с наличием у ребенка бисексуальной склонности. Так, вместо привязанности к матери и двойственного отношения к отцу может иметь место любовь к родителю того же пола и ревнивая ненависть к родителю противоположного пола (негативная форма) или смесь привязанности и двойственного отношения к каждому из родителей. Фрейд отмечал, что у обоих полов именно относительная выраженность мужских и женских сексуальных тенденций определяет, какого рода идентификация – с отцом или с матерью – возникнет в результате разрешения эдипова комплекса.

Как и для мальчика, для девочки первым объектом любви является мать. В течение фаллической стадии основная эрогенная зона у девочки – клитор. Фрейд полагал, что в ходе превращения девочки в женщину основной эрогенной зоной должно стать влагалище, а также должен измениться пол объекта любви. Период, характеризующийся сильной привязанностью девочки к матери, заканчивается тогда, когда девочка начинает понимать, что ее клитор (биологический эквивалент пениса) имеет не такую уж большую ценность и что у нее нет пениса (девочка думает, что в этом «виновата» ее мать). Согласно классической психоаналитической теории, зависть, испытываемая к мальчикам, которые имеют пенис (**зависть к пенису**), и желание иметь пенис – очень важная женская черта. Желание получить пенис от

¹⁵ Слово «фаллический» было использовано З. Фрейдом для указания на то, что сексуальным объектом являются не гениталии как таковые, а именно фаллос, потому что данная стадия, по его мнению, знает лишь один вид гениталий – мужской. Позднее многие психологи активно критиковали эту «фаллоцентрическую» ориентацию Фрейда.

отца заменяет потребность в пенисе, и именно на этом этапе у девочки развивается эдипов комплекс: она начинает стремиться к обладанию отцом и избеганию от матери (важной особенностью здесь является то, что если мужской эдипов комплекс разрушается посредством комплекса кастрации, то женский, напротив, вызывается с его помощью). Как и у мальчиков, у девочек данная ситуация осложняется при наличии бисексуальных склонностей: наблюдения свидетельствуют, что девочки задерживаются на эдиповом этапе в течение неопределенного времени и разрешают его поздно и зачастую не полностью. Впрочем, со временем выраженность женского эдипова комплекса уменьшается вследствие неизбежного разочарования в отце.

Период сексуальной латентности начинается примерно в шестилетнем возрасте (возможно, у девочек несколько позже) и заканчивается к началу периода менархе и половой зрелости. Латентность может быть полной или частичной, что зависит от развивающихся в этот период сексуальных запретов. По мере развития индивида либидиозные импульсы могут сублимироваться либо индуцировать противоположные **антикатексисы** (т. е. вкладывать энергию в поддержание вытеснения катектированного процесса), вызывая реакции отвращения, стыда, моральных переживаний и т. п.

Генитальная фаза, которая начинается в период менархе или в период половой зрелости, предполагает подчинение всех источников сексуального чувства доминирующим генитальным зонам. Возникшие ранее либидиозные катексисы могут быть сохранены посредством включения их в сексуальную деятельность (или в предварительные и вспомогательные действия) либо посредством их подавления или сублимации. В период половой зрелости у мальчиков либидо усиливается, у девочек же усиливается подавление, причем особенно сильно подавляется клиторальная сексуальность. В период менархе и половой зрелости преодолевается стремление к кровосмесительному выбору объекта, следствием чего служит уход из-под родительского авторитета. Если предшествующее сексуальное развитие индивида было адекватным, он готов к установлению гетеросексуальных половых отношений.

С точки зрения этой схемы психосексуального развития правильное воспитание рассматривалось Фрейдом как воспитание, гибко изменяющееся в пределах, с одной стороны, удовлетворения, достаточного для того, чтобы создать атмосферу безопасности и удовольствия, и с другой – в пределах, приемлемых по уровню развития фрустраций, чтобы ребенок постепенно (дозированно) учился заменять принцип удовольствия («Я хочу удовлетворения всех моих желаний, в том числе и взаимно противоречивых, прямо сейчас!»), принципом реальности («Удовлетворение некоторых желаний проблематично, исполнение же наилучших стоит того, чтобы подождать»). Заметим, что Фрейд очень мало говорил о роли родителей своих пациентов. Когда же он обращался к данной теме, то упущения родителей он видел либо в чрезмерном удовлетворении желаний, при котором ничто не подталкивало ребенка к развитию, либо в чрезмерных ограничениях, так что способность ребенка воспринимать суровую реальность оказывалась перегруженной. Воспитание, таким образом, было искусством балансирования между потворством и ограничением.

До 1910 г. теория влечений на основании этой схемы постулировала: если ребенок чрезмерно фрустрирован или получает чрезмерное удовлетворение на какой-либо ранней стадии своего психосексуального развития (что является результатом конституциональных особенностей ребенка и действий родителей), он будет фиксирован на проблемах данной фазы. Тип невроза понимался как вызванная фрустрацией полная или частичная **регрессия** (защитный возврат) к стадии, обладающей определенным количеством **точек фиксации**. Так, депрессивный индивид рассматривался как тот, которым либо пренебрегали, либо чрезмерно потворствовали ему на оральной стадии развития; в случае появления симптомов навязчивости считалось, что проблемы возникали на анальной стадии; в случае истерии –

ребенок был отвергнут или соблазнен, либо и то и другое, на фаллической стадии. Кроме того, на этом этапе развития психоанализа зачастую можно было услышать, что пациент имеет оральный, анальный, фаллический характер в зависимости от того, что кажется центральным в человеке. Сегодня немногие психодинамические терапевты продолжают размышлять только в терминах стадий психосексуального развития или конфликта и понимать патологию, используя исключительно понятия задержки развития или конфликта на определенной стадии, но большинство из них в той или иной степени опираются на эту теорию.

В 1950–1960-х гг. американский психоаналитик Эрик Эриксон переформулировал стадии психосексуального развития в соответствии с межличностными и внутриспсихическими задачами, которые ребенок решает в каждом периоде. Хотя работы Эриксона обычно рассматриваются в рамках эгопсихологии, его теория этапов психосоциального развития во многом созвучна предпосылкам фрейдовской теории психосексуального развития. Одним из наиболее интересных дополнений Эриксона к теории Фрейда (а сам Эриксон видел свою концепцию как дополняющую, а не заменяющую теорию Фрейда) стало изменение названий ранних этапов с целью модификации фрейдовского биологизма.

Так, Эриксон понимал оральную стадию как состояние полной зависимости, во время которой формируется **базовое доверие** (или его отсутствие) – специфический результат удовлетворения или неудовлетворения оральной потребности. Анальная стадия рассматривалась им как стадия достижения **автономии** (или, в случае неправильного воспитания, стыдливости и нерешительности). Помимо туалетного тренинга она может включать в себя широкий диапазон вопросов, относящихся к тому, как ребенок учится самоконтролю и приспосабливается к ожиданиям семьи и появлению более широкого окружения. На фаллической стадии, по его мнению, происходит развитие чувства **базовой эффективности** («инициатива против вины») и чувства удовлетворенности от **идентификации с объектами любви**. Подчеркнем, что Эриксон распространил идею стадий развития и задач этих стадий на период всей жизни. Он также разбил ранние фазы на подфазы (орально–инкорпоративная, орально–экспульсивная; анально–инкорпоративная, анально–экспульсивная и т. п.).

В 1950 г. другой американский психоаналитик, Гарри Стэк Салливан, занимавшийся групповым лечением психотических расстройств и подчеркивавший важность межличностных отношений, предложил собственную теорию стадий развития, которая подчеркивала коммуникативные достижения (например, речь или игру), а не удовлетворение влечений.

Еще одним шагом к психоаналитическому осмыслению развития личности стали работы Маргарет Малер, посвященные динамике взаимоотношений матери и ребенка.

Малер предполагала, что нормальное развитие начинается с **нормальной аутистической фазы**, когда младенец «проводит большую часть своего времени в полуспящем, полубодствующем состоянии», преимущественно сосредоточенный на своих внутренних ощущениях, а не на стимулах внешнего мира. В **нормальной симбиотической фазе** ребенок начинает получать больше удовольствия от внешних стимулов (по большей части исходящих от матери), при этом находясь в иллюзии, что он и мать – единое целое. Кроме того, для такого симбиотического состояния характерна иллюзия всемогущества, ощущение, что весь окружающий мир находится в полной гармонии с желаниями ребенка. Мать непроизвольно поддерживает эти иллюзии, эмпатически угадывая нужды ребенка. Однако уже на этой фазе младенец может напрягать свое тело в ответ на раздражающие стимулы или неприятные ощущения от слияния с телом матери, что является первыми попытками отделиться и обрести собственную независимость. В **фазе сепарации/индивидуации**, в **субфазе дифференциации** происходит «вылупливание из яйца» – ребенок начинает исследовать мир вокруг себя, постепенно отстраняясь от матери и сравнивая окружающие объекты и людей с ней. На этой субфазе впервые появляется **сепарационная тревога** – состояние пониженного настроения и энергии, возникающее вследствие разлуки с матерью. На суб-

смерти (Танатоса)¹⁶. Этим понятием он обозначает фундаментальную категорию влечений со своей особой энергией, аналогичной либидо¹⁷, нацеленных на полное устранение напряжения, т. е. на приведение живого существа в неорганическое состояние. Согласно его точке зрения, влечения к смерти направлены прежде всего вовнутрь, на саморазрушение, и лишь вторично проявляются в форме влечения к внешней агрессии.

Обосновывая введение этого революционного понятия, Фрейд выдвигает еще несколько идей, имеющих большое значение для практики психодинамической терапии. Так, он говорит о том, что принцип удовольствия ограничивается не только принципом реальности, но и «**потребностью в повторении**». Он описывает пример с собственным внуком, полуторагодовалым Эрнстом, который предавался следующей игре: бросая привязанную за веревку катушку, он заставлял ее то исчезать, то вновь появляться. Эта игра сопровождалась следующими выразительными восклицаниями: «О–о–о–о», т. е. «сильно», «далеко» – когда катушка исчезала, и «Да», «Вот», когда она вновь появлялась. Фрейд сделал вывод, что этим своим действием ребенок воспроизводил тяжелую ситуацию ухода матери, а именно травмирующий момент расставания. Клиническая практика лечения невротиков свидетельствовала, что подобное повторение часто встречается и у взрослых: «Повсюду мы наталкиваемся на людей, чьи человеческие взаимоотношения имеют одинаковый исход: возьмем, к примеру, благодетеля, которого через какое–то время в раздражении покидает каждый из его протеже, при всем различии или сходстве последних, благодетель же, кажется, обречен испытать всю горечь неблагодарности; или человек, дружба которого всегда заканчивается предательством со стороны его друга; или человек, который время от времени в течение всей своей жизни возводит кого–нибудь на пьедестал великого личного или общественного авторитета, а затем, через определенный промежуток времени, свергает этот авторитет и заменяет его новым; или любовник, каждая из любовных связей которого проходит через одни и те же фазы и достигает одних и тех же результатов» (цит. по: Кан).

Кроме того, Фрейд, вслед за английским психоаналитиком Барбарой Лоу, сформулировал **принцип нирваны**, объясняющий причины влечения к смерти: это «...тенденция к ослаблению, постоянству, подавлению внутреннего напряжения, связанного с возбуждением» (цит. по: Лапланш, Понталис, с. 364). В отличие от введенного ранее **принципа постоянства**, под которым имелась в виду тенденция к сохранению постоянного энергетического уровня, принцип нирваны подразумевал глубинную направленность на полное устранение возбуждения¹⁸.

По Фрейду, влечение к смерти противостоит **влечению к жизни (Эросу)**, под каким понятием он объединил все выявленные им влечения. Этим противостоянием объясняются состояния грусти и меланхолии, суицид, несчастные случаи, вредные привычки, преступления, совершаемые с бессознательным стремлением быть уличенным, а также такие сексуальные перверсии, как садизм и мазохизм.

Отметим, что концепция влечения к смерти – практически единственное из заявлений Фрейда, которое вызвало бурю протеста среди его ортодоксальных сподвижников, воспользовавшихся преимущественно языком морального осуждения. И поныне это один из самых спорных моментов психоанализа. С одной стороны, несмотря на то что «не было обнаружено ни одного биологического наблюдения, которое подтверждало бы идею инстинкта смерти – идею, которая противоречит всем принципам биологии» (Райкрофт, с. 58), эта идея составляет существенную часть психоаналитической теории М. Кляйн (речь о которой пойдет чуть

¹⁶ Как убедительно показывает А. Эткинд, введение и развитие этого понятия З. Фрейдом во многом связано с работами русского психоаналитика Сабины Шпильрейн.

¹⁷ Позднейшие авторы, развивавшие эти идеи, предлагали называть такую энергию «мортидо» или «деструдо», но данные термины не прижились.

¹⁸ В более ранних работах З. Фрейда эта тенденция называлась также «принципом инерции».

далее). С другой стороны, многие современные психодинамические терапевты рассматривают эти фрейдовские положения как метафизические.

На **третьем этапе развития психоанализа** (1923–1939 гг.) была разработана структурная модель психического функционирования. В ней психоаналитики переместили свой интерес с *содержания* бессознательного на *процесс*, посредством которого это содержание удерживается вне сознания, и с этих позиций откорректировали основные психодинамические понятия.

Исследуя обнаруживаемое у пациентов бессознательное чувство вины, а также учитывая ряд несоответствий и противоречий, возникших в ходе практического применения топографической модели психического функционирования, Фрейд выдвинул новую (а точнее, усовершенствованную) теоретическую модель, в которой новые определения не полностью заменяли старые, а скорее соседствовали с ними. В своей работе «Я и Оно» он сформулировал основные положения **структурной модели (вторичной топике)**, согласно которым психика членится на составляющие, названные им Ид (Оно), Эго (Я) и Суперэго (Сверх–Я).

Оно (Ид) – самая древняя из трех инстанций (приблизительно соответствующая бессознательному в первой топике) содержит в себе исходные инстинктивные влечения со всеми наследственными и конституционными элементами. С точки зрения экономического подхода Оно является первичным резервуаром психической энергии. Его деятельность направлена на обеспечение немедленной и свободной разрядки возбуждения. Соответственно эта часть психики управляется принципом удовольствия и функционирует в соответствии с первичными процессами.

По мере созревания и развития, а также вследствие взаимодействия с внешним миром часть Ид (прежде всего телесная, которая формируется из ощущений тела) претерпевает изменения и превращается в **Эго**. Несмотря на то что Эго также стремится к удовольствию, эта инстанция функционирует в соответствии с принципом реальности и является колыбелью вторичных процессов. Первостепенной функцией Эго Фрейд считал задачу самосохранения. Эго контролирует произвольные действия, становясь между переживанием потребности и действием в соответствии с данной потребностью. Эго имеет дело с внешними событиями, задействуя восприятие и память, избегая чрезмерных стимулов, приспособляясь к умеренным стимулам и способствуя совершению действий, целью которых является изменение внешнего мира с учетом своей выгоды. Касаясь внутренних событий, связанных с инстанцией Ид, Эго пытается управлять влечениями, принимая решения, касающиеся выбора времени и способа их выполнения, или подавляя обусловленное этими требованиями возбуждение. Фрейд сравнивал Ид с лошадью, а Эго – с наездником. Он отмечал, что, как правило, Эго оказывается слабее Ид, поэтому Эго привыкло преобразовывать желания Ид в действия так, будто желания Ид являются его собственными желаниями.

Таким образом, Эго служит посредником между требованиями Ид и ограничениями реальности и этики. Оно имеет как сознательный, так и бессознательный аспекты. Сознательный аспект – то, что большинство людей понимает под термином «Собственное Я» (Самость), или Я, в то время как бессознательный аспект включает в себя механизмы психологической защиты.

Третью инстанцию, **Суперэго (или Сверх–Я)** Фрейд рассматривал как формирующуюся в пределах Эго и являющуюся чем–то вроде осадка или остатка ранних конфликтов и идентификаций в детской психике, в особенности связанных с родителями или другими близкими людьми. Главной функцией Суперэго, которое поглощено самонаблюдением, является подавление требований Ид посредством морального влияния на Эго. Согласно коррективам, внесенным в теорию развития на базе второй топике, первоначально ребенок инстинктивно прибегает к самоотречению из–за боязни потерять любовь или из–за опасения агрессии со стороны внешнего, или родительского, авторитета. Впоследствии, после

усвоения внешнего сдерживающего начала, инстинктивное самоотречение возникает из-за страха перед внутренним авторитетом – Суперэго.

Для Суперэго характерно наличие Эго-идеала, основанного на восхищении совершенством, которое ребенок усматривает в родителях, и на стремлении им подражать. Часто эти понятия выступают как синонимичные. Сам Эго-идеал состоит из предписаний типа «ты должен быть таким...» и запретов типа «ты не должен быть таким...». В основе этих предписаний и запретов лежат прежде всего идентификации и подавления, являющиеся результатом разрешения эдиповой стадии (отметим, что современные аналитики находят их истоки гораздо раньше – в примитивных представлениях младенца о том, что хорошо и что плохо). Они представляют собой то, что близко к обыденному пониманию совести. Действия, совершаемые индивидом вопреки «голосу совести», с большой степенью вероятности способствуют возникновению чувства неполноценности и вины, а также ощущению потребности в наказании.

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

В 1933 г. нацисты сожгли книги Фрейда. Фрейд прокомментировал это так: «Какой прогресс! В Средние века они сожгли бы меня, теперь они довольствуются сожжением моих книг». После аншлюса Австрии в 1938 г. Фрейду было разрешено уехать в Лондон, где он скончался в 1939 г.

Четвертый этап развития психоанализа, начавшийся уже после смерти Фрейда, представлен преимущественно трудами других исследователей-психоаналитиков, которыми был сделан весьма весомый вклад в развитие теории и практики психодинамической терапии. Далее мы рассмотрим вклад эгопсихологии, традиции объектных отношений, сэлф-психологии и структурный психоанализ уК..Лакана.

Эго-психология

Важным толчком в развитии теории и практики психодинамической терапии явилось появление в 1936 г. работы дочери Фрейда, представительницы **континентальной школы психоанализа**, Анны Фрейд «Эго и механизмы защиты», а в 1939 г. – книги Хайнца Хартмана «Психология эго и проблема адаптации».

В своей работе Анна Фрейд рассматривала роль защитных механизмов в условиях нормального психического функционирования личности. Она расширила понятие защиты, включив в него как защиту против опасностей, угрожающих со стороны внешнего мира, так и против угроз, связанных с внутренними инстинктивными импульсами.

Хартман уделял особое внимание врожденному развитию того, что он называл **сферой Эго, свободной от конфликтов**. В противоположность Фрейду, которого интересовали прежде всего клинические данные индивида и возможности развития у него специфических навыков и способностей, помогающих справиться с конфликтной ситуацией, Хартман придерживался точки зрения о том, что существует множество сторон нормально функционирующей психики, которые следуют автономному курсу развития и не являются результатом интрапсихического конфликта.

В дальнейшем эгопсихология как направление стала отражать взгляды тех психоаналитиков, которые сосредоточили свое внимание на процессах нормального и патологического функционирования Эго.

Основываясь на структурной модели, представители эгопсихологии предложили новые пути в понимании некоторых типов патологии. По их мнению, каждый индивид развивает защитные реакции Эго, которые могли быть адаптивными в детстве, в семье, но могут оказаться неадаптивными во внесемейной реальности.

Важным нововведением как для терапии, так и для психодинамической диагностики явилось представление о том, что Эго обладает широким диапазоном действий – от глубоко бессознательных (например, примитивные чувственные реакции на события, блокируемые такой мощной защитой, как отрицание) до полностью осознаваемых. В рамках этого представления сложилась рабочая модель, согласно которой в течение процесса психоаналитической терапии **«наблюдающее Эго»** – сознательная и рациональная часть психики, способная комментировать эмоциональное состояние, формирует **терапевтический альянс** с психоаналитиком в целях понимания вместе с ним всего Эго, в то время как **«переживающее Эго»** вмещает в себя более внутренний (чувственный) смысл того, что происходит в терапевтических взаимоотношениях.

«Терапевтическое расщепление Эго» стало рассматриваться как необходимое условие эффективной аналитической терапии. В случае, если пациент оказывался не способен говорить с позиции наблюдателя о менее рациональных, более глубинных эмоциональных реакциях, первой задачей становилась помощь в развитии этих способностей. Присутствие или отсутствие наблюдающего Эго стало прогностическим критерием первостепенной важности, поскольку **дистонность** (чуждость наблюдающему Эго) симптома или проблемы делало процесс психотерапии гораздо более быстрым и эффективным, нежели **синтонность** проблем, т. е. восприятие их пациентом как вполне органичных и в связи с этим не заслуживающих внимания. Это открытие привело к появлению таких терминов, как **«Эго–дистонный»** или **«Эго–синтонный» личностный стиль**.

Кроме того, учет важной роли Эго в восприятии и адаптации к реальности позволил ввести такое понятие, как **«сила Эго»**. Под ним подразумевается способность личности к восприятию реальности, даже когда она чрезвычайно неприятна, без использования более ранних (примитивных) психологических защит (например, отрицания). В связи с этим по мере развития психодинамической практики стали проводиться различия между **архаичными и зрелыми психологическими защитами**. Под первыми стали понимать психологическое избегание или радикальное отвержение беспокоящих жизненных фактов, а под вторыми – включение в себя большей приспособляемости к реальности.

Эгопсихологи также предположили, что для психологического здоровья необходимы не только зрелые защитные реакции, но и способность использовать разнообразные защитные процессы. Другими словами, стало очевидно, что человек, отвечающий на любой стресс привычным для него образом (скажем, проекцией), не столь психологически благополучен, как человек, пользующийся различными способами в зависимости от обстоятельств. В связи с этим в работах этого периода стали использоваться и развиваться такие идеи, как **«ригидность» личности** или **«панцирь характера»**.

Применение понятий «синтонности» и «дистонности» к Суперэго также имело важное диагностическое значение. Так, например, пациент, заявляющий, что он плохой, поскольку у него возникают негативные мысли и чувства по отношению к собственным родителям, в клиническом плане отличается от пациента, утверждающего, что «часть его» чувствует, что он плохой, когда у него возникают подобные мысли. Обоих пациентов следует рассматривать как депрессивные личности, склонные к самообвинению, но проблема первого пациента намного глубже, чем второго.

Помимо этого развитие концепции Суперэго в рамках эгопсихологии привело к тому, что психотерапевты перестали рассматривать цель психодинамической терапии исключительно как попытку сделать бессознательное содержание сознательным. В рамках эгопсихологии задача психотерапии включает в себя изменение слишком жесткого Суперэго пациента на более адекватное.

Еще одним достижением эгопсихологии стала попытка понимания проблем пациента на основании не только теории фиксации на определенной фазе развития, но и в соответствии с характерными для него способами справляться с тревогой.

Школа объектных отношений

В то время как эгопсихология намечала пути теоретического понимания пациентов, психологические проблемы которых описывались структурной моделью, некоторые теоретики в Европе (особенно в Англии) были привлечены другими типами бессознательных процессов и их проявлениями. Разрабатывая теорию и практику детского психоанализа, а также работая с пациентами, которых Фрейд считал бы слишком сильно «нарушенными», чтобы использовать в их лечении психоанализ, представители **британской школы психоанализа**, как и А. Фрейд, пришли к выводу, что им необходим другой язык описания наблюдаемых процессов. Отметим, что долгое время их работы оставались противоречивыми, отчасти из-за личностных качеств, склонностей и убеждений представителей школы, отчасти из-за неизбежных трудностей, сопровождающих попытки научного описания довербальных и дорациональных явлений. Кроме того, несмотря на то что они опирались на концепцию бессознательного, во многих вопросах они расходились с классической теорией Фрейда.

Так, психоаналитики, находившиеся под влиянием Ш. Ференци, занимались изучением примитивного опыта любви, одиночества, творчества, интеграции собственного Я – явлений, не вписывающихся в рамки структурной теории. Они, как и другие представители школы объектных отношений, уделяли внимание не столько тому, какое желание не получило должного обращения в детстве, или тому, какая стадия была плохо пройдена, или какие защитные реакции Эго доминируют, сколько тому, каковы были главные объекты в мире ребенка, как он их переживал¹⁹, как они и их чувственные аспекты были интернализированы и как их внутренние образы и **репрезентации** (представления о них) продолжали существовать в бессознательном взрослого. В традиции объектных отношений тема эдипова комплекса вырисовывалась не так отчетливо, как другие темы, например сепарации и индивидуации.

Акцент на доэдиповых стадиях развития, использование понятий «интроекции» и «проекции» как ключевых, а также введение «влечения к смерти» как клинического понятия образуют основы анализа Мелани Кляйн, которая является одной из ведущих фигур современного европейского психоанализа (хотя ее работы оказали сравнительно небольшое влияние на американские направления).

В своих работах 1920–60-х гг. Кляйн писала, что развитие Эго должно рассматриваться не как прохождение Я по стадиям, на которых используются различные психологические защиты, а как процесс постоянной интроекции и проекции. Так, в первые месяцы жизни ребенок никак не может отличить свое собственное Эго от окружающего мира. В соответствии с этим, в отличие от зрелого взрослого человека, рассматривающего свои эмоциональ-

¹⁹ Причина, по которой аналитики проводят различие между действительными объектами и их восприятием детьми, особенно младенцами, состоит в том, что дети могут неправильно воспринимать важные семейные фигуры и их мотивацию и сохранить это неправильное восприятие при интернализации. Например, девочка, отец которой уехал на заработки, когда ей было два года, будет неизбежно считать, что была для него не очень важна. И напротив, мальчик может рассматривать свою бабушку как чуть ли не святую потому, что она всегда относилась к нему с теплотой. В то же время бабушка может в действительности оказаться деструктивной фигурой, действующей исходя из чувства соперничества со своей дочерью, подрывая расположение ребенка к матери и срывая попытки матери полюбить своего сына. Его внутренние объекты будут включать в себя любящую бабушку и холодную, отвергающую мать.

ные реакции, вызванные внешними объектами, как субъективные, ребенок приписывает их внешним объектам. То, что доставляет ему удовольствие, расценивается им как **«хороший объект»**, а то, что причиняет боль, – как **«плохой объект»**. Таким образом, первоначально мир ребенка становится населенным хорошими и плохими объектами, от которых он ожидает по отношению к себе поведения, соответствующего качествам, которые он им приписал.

Первым объектом ребенка является материнская грудь. Иногда она легко кормит молоком, полностью удовлетворяя потребности ребенка, а порой дает его мало или не дает вовсе. Для младенца голод – пугающая ситуация, и не только потому, что кормление чрезвычайно важно для него, но также и потому, что «очень маленький ребенок, не более чем с минимальным пониманием времени, не способен переносить напряжение; он не располагает знанием, столь утешительным для человеческих существ постарше, о том, что утрата, фрустрация, боль и дискомфорт обыкновенно всего лишь временные явления, за которыми последует облегчение. Следовательно, даже самое малое изменение ситуации (например, менее уютная поза или жмущая одежда, малейшие затруднения при захвате соска или извлечении молока) превратит приятный удовлетворяющий стимул в неприятный и раздражающий. Таким образом, ребенок может как любить, так и ненавидеть один и тот же объект в быстрой последовательности или чередовании, и его любовь и ненависть, вероятно, склонны действовать по принципу «все или ничего» – здесь нет ограничений и количественных вариаций, присущих последующей жизни» (цит. по: Браун). Этот тип эмоциональной реакции маленького ребенка («все или ничего»), а также тот факт, что его эмоции спроецированы во внешний мир, позволяют Кляйн говорить о том, что, в сущности, тот живет в мире, населенном богами и бесами, – в мире, который порой кажется небесами, а порой сущим адом (последовательница Кляйн, Т. Е. Мани–Кирль, полагает, что сами эти понятия развились из забытых воспоминаний раннего детства). Кипение эмоций, связанных с завистью к груди, а также ненавистью и яростью, являющимися проявлениями влечения к смерти, особенно пугающе, поскольку, согласно Джоан Ривьер, находясь в таком состоянии, «...ребенок испытывает припадки удушья; его глаза ослепляют слезы; уши не воспринимают звуков, глотка воспаляется; кишечник спазмирует, его обжигают собственные испражнения» (там же).

В связи с тем что в первые месяцы жизни преобладающее значение имеют два биологических процесса – поглощение и выделение (молоко из материнской груди поглощается при помощи рта и, переварившись, в виде испражнений выделяется вовне), приверженцам кляйнианской теории представляется вероятным, что наиболее ранние психические состояния и представления ребенка основаны на этих физиологических актах. Так, процесс поглощения является тем, что можно описать как «интроецирование», а процесс выделения представляет собой «проецирование». Ребенок желает поглощать только хорошие объекты, например удовлетворяющую грудь, и коль скоро он это делает, он обретает способность мыслить себя самого в качестве хорошего и «целого», а не просто как массу конфликтующих ощущений (Мани–Кирль полагает, что на этом типе интроекции основано понятие устойчивой самости). Однако либо потому, что жадность, с которой он берет грудь, частично агрессивна по своей природе, либо потому, что интроекция используется также в качестве средства контроля или уничтожения плохих объектов, порой плохие объекты кажутся проникшими вовнутрь. От таких проявлений собственной агрессии ребенок может избавиться с помощью либо деструктивных действий, либо процесса проецирования. Когда спроецированные плохие объекты, представляющие собственную агрессию ребенка, вновь осаждают его, возникает то, что Кляйн называет **«шизоидно–параноидной» позицией**. Наглядными проявлениями этих чувств расщепления и преследования являются гневные истерики и негативные состояния периода роста зубов, при которых ребенок может отказываться от пищи и яростно вопить. Однако большей частью нормальные дети перерастают подобные состояния, хотя

некоторый остаточный элемент сохраняется, включаясь позже в чувство вины, представляющее собой черту всякого цивилизованного существа.

Далее, согласно теории Кляйн, на более поздней стадии ребенок совершает новое и очень болезненное открытие – хорошие и плохие объекты, с которыми он сталкивался в первые месяцы жизни, представляют собой различные аспекты его матери. Как раз в то время, когда реальность и воображение еще не достаточно дифференцированы и агрессивные желания представляются обладающими магической силой, ребенку начинает казаться, что он столкнулся с опасностью разрушения или уже разрушил персону, в которой он более всего нуждается и которую больше всего любит. Это открытие приводит к формированию **«депрессивной» позиции**. Именно потому, что это состояние является болезненным, в это время развивается тенденция возвращения к шизоидно–параноидной позиции с ее отделенными друг от друга хорошими и плохими объектами.

Считается, что многочисленные чередующиеся состояния расщепления–преследования и депрессии могут возникать до того, как депрессивная позиция уже вполне достигнута и в конце концов оставлена позади. Ребенок перерастает свой депрессивный период, когда постоянное присутствие матери постепенно приводит к осознанию того, что агрессивные желания менее убедительны, чем опасался ребенок. И все же, как и в случае шизоидно–параноидной позиции, остатки депрессивной позиции всегда сохраняются. Депрессивный элемент чувства вины и тенденции взрослой личности преувеличивать «хорошесть» и «плохость» всего, с чем она сталкивается, являются этими остатками.

Поскольку элементы как шизоидно–параноидной, так и депрессивной позиции включаются в чувство вины индивида, Мани–Кирль полагает, что можно определить два крайних типа Суперэго (или совести), хотя полный спектр, разумеется, будет располагаться между этими двумя полюсами. На одном краю находится тип, почти исключительно сформированный на страхе наказания (шизоидно–параноидной позиции), а на другом – тип, конституировавшийся преимущественно на боязни травмировать или разочаровать любимый объект (депрессивная позиция). Первый будет склонен отвечать на чувства вины путем умиловления, а второй – возмещения, представитель первого будет склонен к авторитаризму, а второго – к гуманизму.

К возрасту двух–трех месяцев, когда начинает разрушаться шизоидно–параноидная позиция, представления ребенка об агрессии начинают обуславливаться оральным уровнем развития. Агрессия принимает форму фантазий о кусании, разрывании и высасывании, которые, будучи спроецированными на мать, порождают образ ужасающей фигуры, призванной рвать, раздирать, потрошить и разрушать (возможно, образ ведьмы, фигурирующий во множестве сказок разных народов мира, порожден именно этой фантазией).

Для более полного понимания нововведений этой школы в теорию и практику психодинамической терапии в табл. 1.3 приведено сравнение взглядов А. Фрейд и М. Кляйн на примере психоаналитической работы с детьми.

В. Фейербейрн, полностью отвергая биологизм классической теории Фрейда, предложил теорию, основанную на понятии центрального Эго, ищущего связи с объектами, в которых оно может найти поддержку. В своей работе 1941 г. «Пересмотренная психопатология неврозов и психоневрозов» он описал психическое развитие личности в терминах объект–отношений, утверждая, что психозы и неврозы отличаются не регрессиями к тем или иным стадиям развития, а использованием различных приемов на протяжении второй стадии развития – переходной стадии, или стадии квазинезависимости. Придавая фундаментальное значение событиям двух оральных стадий (и, заметим, полностью отвергая анальную и фаллическую стадию), он пишет, что во время первой стадии, **стадии инфантильной зависимости**, младенец объективно полностью зависит от естественного объекта – материнской груди, а в связи с этим первоначально в его отношении к ней нет амбивалентности.

Но неизбежный опыт фрустрации и отказов с ее стороны ведет к **шизоидной позиции**, во время которой Эго младенца расщепляется на три части. Две из них – **либидное Эго** (соответствующее Ид в классической теории) и **анти-либидное Эго**, или внутренний диверсант (менее точно соответствующее Супер-эго) – оказываются связанными с двумя противоположными восприятиями груди: как принимаемого (побуждающего) объекта и как отвергаемого (отвергающего) объекта соответственно. Третья часть Эго младенца становится **центральным Эго** (которое соответствует понятию Эго в классической теории).

Таблица 1.3

А. Фрейд	М. Кляйн
<i>По отношению к классической теории</i>	
Признает ортодоксальную теорию, однако претендует на открытие неразработанной области доэдиповых стадий	Признает ортодоксальную психоаналитическую теорию, в то же время придавая Эго и защитным механизмам большее значение, чем это делалось прежде
Факторы окружающей среды гораздо менее значительны, чем думали прежде	Хотя неосознанные и инстинктивные факторы имеют огромное значение, такие факторы окружающей среды, как отношение к ребенку родителей, столь же важны. В значительной степени проблемы ребенка претерпевают изменения вместе с изменениями окружающей среды
Может быть продемонстрировано наличие предшественников Суперэго на протяжении первых двух лет жизни	Суперэго возникает на четвертом году жизни
Важнейшие влечения – агрессивные	Важнейшие влечения – сексуальные
Всякий анализ, оказавшийся не в состоянии проникнуть к стадиям инфантильной тревоги и агрессивности с целью их разрешения, является совершенно неполным	Основная задача анализа – устранение вытеснения и разрушение компромиссных (защитных) образований
<i>В отношении практики</i>	
Детей можно подвергать анализу начиная с трехлетнего возраста и старше	Можно подвергать анализу детей с двухлетнего возраста, для того чтобы успешнее разрешать самые ранние конфликты
Детали применяемого метода зависят от возраста ребенка. Для детей, находящихся в периоде до латентной фазы, расслабление на кушетке и свободные ассоциации являются неподходящими техниками. Поэтому детям разрешается прохаживаться, говорить, рассказывать истории и сны или играть, и все эти виды деятельности используются в интерпретации, которая, как и в случае со взрослыми, носит постепенный характер	Метод сосредоточен вокруг фантазируемой жизни ребенка, раскрывающейся в игре. Интерпретации даются непосредственно, и даже самые глубокие интерпретации могут быть даны во время первой встречи

<p>Материал, с которым аналитик имеет дело (по крайней мере, в виде интерпретаций), включает широкий спектр сексуальных и агрессивных фантазий из первого года жизни (в том числе эдиповы желания, желание разрушить материнское тело, а также стремление инкорпорировать отцовский пенис)</p>	<p>При психоанализе маленький ребенок отличается от взрослого по двум пунктам: 1) Это маленького ребенка не развито, и его основной проблемой является достижение контроля над своими примитивными инстинктами. Поэтому при анализе ребенка (так же как и при анализе психического больного) необходима осторожность при интерпретациях. 2) Маленький ребенок не развивает типичного невроза переноса; он постоянно реагирует на актуальную ситуацию и в своей реакции не репродуцирует переживания прошлого на аналитика</p>
<p>Требуется содружество родителей как в обеспечении регулярности визитов ребенка к аналитику, так и в предоставлении информации и отчетов о прогрессе. Аналитик не делает никаких попыток давать советы или менять семейную ситуацию ребенка. Напротив, аналитик заинтересован в сохранении семейной ситуации без изменений на протяжении терапии, так как он стремится изучить генезис симптомов и характера ребенка</p>	<p>Родители не вовлекаются, так как вымышленная жизнь ребенка намного важнее</p>

По мнению Фейербейрна, шизофрения и депрессия этиологически связаны с нарушениями развития во время стадии инфантильной зависимости. В общих чертах этот процесс сводится к следующему.

В период ранней оральной стадии, пока материнская грудь является хорошей, ее содержимое инкорпорируется. Но в условиях фрустрации возникает тревога по поводу того, что объект вместе с его содержимым может быть инкорпорирован и, таким образом, уничтожен. Поскольку на этой стадии амбивалентной ситуации еще нет, проблема, стоящая перед фрустрированным младенцем, заключается в том, что он мог непреднамеренно разрушить свой любимый объект и что, следовательно, его любовь деструктивна и опасна. Это формирует основание шизоидных реакций у индивида, которые в дальнейшем проявляются в том, что человек на протяжении всей жизни будет испытывать опустошающее чувство, будто его любовь плоха и деструктивна, вследствие чего он будет склонен избегать глубоких эмоциональных взаимоотношений.

В период поздней оральной стадии естественный объект становится матерью с грудью, и когда он представляется плохим, он может быть покусан, а его плохой аспект инкорпорирован с целью установления над ним контроля. Амбивалентность с ее путаницей между любовью и ненавистью в этот период вызывает во фрустрированном младенце основную проблему, заключающуюся в том, как любить объект, не разрушая его ненавистью. Это служит основанием депрессивных реакций, проявляющихся в ощущении индивида, что его любовь по меньшей мере хороша, и следовательно, он сохраняет способность поддерживать отношения с окружающими объектами, однако при этом эти отношения всегда будут амбивалентно окрашенными.

Неврозы же, с точки зрения Фейербейрна, отражают действие различных приемов на протяжении следующей, **переходной стадии, или стадии квазинезависимости**, когда ребенок достигает частичной независимости от матери, манипулируя принимаемыми и отвергаемыми объектами, созданными в период шизоидной позиции. При **обсессивном приеме** он представляет, что оба объекта находятся внутри него, и в связи с этим достигает определен-

ной степени независимости за счет осуществления контроля над «плохим» (отвергаемым) объектом. В случае **истерического приема** он представляет, что принимаемый объект находится вовне, а отвергаемый – внутри него. При **фобическом приеме** он представляет, что принимаемый и отвергаемый объекты находятся вовне. Наконец, при **параноидном приеме** принимаемый объект представляется внутри, а отвергаемый – снаружи.

Третьей и последней стадией Фейербейрн считал **стадию зрелой зависимости**, для которой характерна установка давания, когда как принятые, так и отвергнутые объекты уже экстерииоризированы.

Рене Спитц, исследуя младенцев в детских домах, подчеркивал важность **аффективной взаимности матери и младенца**, благодаря которой в любых отношениях (в том числе и психотерапевтических) стимулируется познавательная активность и интеграция знаний и навыков. Под взаимностью он понимал многоуровневый невербальный процесс, оказывающий влияние как на субъекта, так и на объект и включающий аффективный диалог, который является чем-то большим, чем просто привязанность.

Дальнейший шаг вперед по пути разработки теории объектных отношений сделал английский педиатр Дональд Вудс Винникотт. Многие годы наблюдая в своей практике взаимодействие между матерью и ребенком, он выдвинул тезис о том, что «нет такой вещи, как младенец» (цит. по: Тайсон Р., Тайсон Ф.), чем подчеркивал, что, начиная с самого раннего детства, человеческая психика может развиваться и укрепляться лишь в диадных отношениях субъект–объект. Кроме того, он впервые стал говорить о том, что при развитии личности объект важен не только как внутренний объект, который имеет специфические индивидуальные характеристики из-за особенностей жизненного опыта (например, проективных и интроективных идентификаций), но и как внешний объект. Вводя такие конструкты, как «мать–окружающая среда», «первичная забота матери», «достаточно хорошая мать» и т. д., он говорил о том, что при анализе развития главным должно являться то, как первичный объект – мать входит в отношения с ребенком, как она умеет выполнять свои обязанности, достаточно ли она хороша, чтобы удовлетворить все нужды ребенка, и как все это способствует росту ребенка либо затрудняет его. В построениях Винникотта теория влечений (при которых объект имел вторичное значение) становилась уже не такой важной. Важность приобрел объект, который мог удовлетворять нужды ребенка.

Исследуя диадные отношения «мать–ребенок», Винникотт ввел понятие о **переходных (транзиторных) феноменах**. Наблюдая, как, например, уголок одеяла, будучи ассоциированным с приятным взаимодействием с матерью, помогает младенцу успокоиться во время ее отсутствия, он предположил, что переходный объект является символом, помогающим установить связь между «Я» и «не-Я» тогда, когда младенец осознает разлуку.

Кроме того, в теории Винникотта возникла новая концепция функций объекта: для описания психологических взаимоотношений между матерью и ребенком он ввел понятие **холдинга**. По его словам, «холдинг – это все, что мать делает, и все то, чем она является для своего грудного ребенка» (Винникотт, 1998, с. 5). Согласно концепции Винникотта об «истинном Я» и «ложном Я», младенец с самого начала настроен на объект, и обычная старательная мать наверняка не оправдывает его ожиданий. В результате этого ребенок просто подчиняется ее желаниям, жертвуя потенциалом своего «истинного Я» и образуя «ложное Я». Однако объект–мать помимо того, что она кормит субъекта–ребенка, держит его в телесном контакте с собой, приспособливается к его ритмам и нуждам, защищает и приводит к зрелым психическим процессам (например, символизации), т. е. предоставляет себя ребенку как основу для удовлетворения всех его нужд, а также выполняет функцию создания у него иллюзий. Она допускает и даже пробуждает у ребенка иллюзии о том, что он в своем всемогуществе творит объект–мать, что он соединен с матерью в некую всемогущую цельность. Лишь с помощью этих иллюзий, по мнению Винникотта, ребенок может защититься от ощу-

щения собственного бессилия, способного разрушить его детскую психику. Такой иллюзией мать также создает у ребенка ощущение доверия к миру. Однако по мере созревания ребенка и укрепления его психики мать–объект должна постепенно удаляться и все меньше быть в распоряжении иллюзии их всемогущей цельности.

Объясняя тяжелую психическую патологию, Винникотт пишет, что внешний объект со своим внутренним миром, отягощенным глубокими неосознанными проблемами, специфически исполняя функцию холдинга (например, недостаточно или вообще не «отзеркаливая» аффекты), может сильно отягощать развитие ребенка или даже деструктивно затруднять его. Именно с помощью такого механизма он объясняет депрессивную пограничную и психотическую патологию в семьях.

Оригинальную концепцию **контейнирования** во взаимоотношениях объекта–матери и субъекта–ребенка ввел Уилфред Р. Байон. Он считал, что с помощью доступных ребенку экспрессивных средств он запускает во внешний мир (в форме проективных идентификаций) некие ощущения (**бета–элементы**), которые еще не способен представить в своей незрелой психике. Чтобы понимать и разбираться в них, давая им мыслимое представление в собственном сознании, мать обращается не только к своим познаниям и воображению, но и к тем впечатлениям, которые пробуждаются в ней благодаря сообщениям ребенка (контейнирует их). Опираясь на эти впечатления, связанные главным образом с ее опытом (преимущественно детским), она может возвращать ребенку ответ (**альфа–элемент**), адекватный его потребности, которая произвела изначальную проекцию. Этим она предоставляет ребенку измененное изображение ощущений, возникающих у него и проектируемых в нее. Трансформируя, таким образом, грубые психические элементы в элементы, которые можно представлять в воображении, фантазиях, снах и т. п., она дает ребенку возможность обрабатывать их в процессе мышления. Она как бы одалживает ребенку свой психический аппарат для осмысления психических содержаний. Ребенок постепенно интериоризирует этот аппарат и, таким образом, приобретает способность самостоятельно выполнять функцию контейнирования.

В 1950–1970–х гг. формулировки школы объектных отношений нашли свое подтверждение в разработках американских психотерапевтов, называвших себя «межличностными психоаналитиками» и тоже пытавшихся проводить психодинамическую терапию с глубоко нарушенными пациентами (Г. С. Салливан, Э. Фромм, К. Хорни, К. Томпсон, О. Уилл, Ф. Фромм–Райхманн и др.). Однако, в отличие от аналитиков школы объектных отношений, они делали меньший акцент на стойком сохранении бессознательных образов ранних объектов и их отдельных сторон, а сосредоточили свое внимание в основном на межличностной коммуникации.

В этом они опирались на те предпосылки межличностной теории психотерапии, которые заложил Фрейд, перестав смотреть на переносы пациента как на отклонения, которые следует объяснять, добиваясь их уничтожения, и начав рассматривать их как контекст, необходимый для лечения.

Признание важности взаимоотношений в процессе психодинамической терапии позволило психотерапевтам распространить свое вмешательство в тонкую область переживания клиентами межличностных отношений. Таким образом, теперь они могли расценивать своих пациентов как находящихся в состоянии психологического слияния с другой личностью, где собственное Я и объект эмоционально неразличимы, или пребывающих в диадическом пространстве, в котором объекты ощущались как объекты «за» и «против». Понимание перехода ребенка от симбиотического мироощущения (раннее младенчество) через борьбу «я–против–вас» (около двух лет), через более сложные идентификации (три года и старше) стало преобладающим по сравнению с оральной, анальной и эдиповой озабоченностью данных этапов. Эдипова стадия стала рассматриваться как веха не только в психосексу-

альном, но и в когнитивном развитии, на которой происходит существенный скачок, победа над младенческим эгоцентризмом, заключающаяся в понимании того обстоятельства, что взаимоотношения двух людей (в классической парадигме родителей) могут не иметь ничего общего с самим ребенком (с его собственным Я).

Кроме того, концепции европейских теоретиков объектных отношений и американских межличностных аналитиков позволили понять причины многих тяжелых патологий, с трудом поддающихся анализу в терминах Ид, Эго и Суперэго. Теперь вместо рассмотрения целостного Эго с присущими ему функциями самонаблюдения такие пациенты стали расцениваться как имеющие различные «состояния Эго» – состояния, когда они чувствуют и ведут себя совершенно иначе, чем в другое время. Находясь в тисках этих состояний, они не способны объективно рассматривать то, что с ними происходит, и настаивают, что их нынешнее эмоциональное состояние является естественным и неизбежным в сложившейся ситуации.

Изменились и представления о **контрпереносе** (внутренних реакциях терапевта на пациента). Фрейд рассматривал сильную эмоциональную реакцию на пациента как свидетельство неполного знания аналитика о самом себе и неспособности позитивно относиться к другой личности. Но психоаналитики, работающие с психотическими больными и пограничными пациентами, пришли к выводу, что для понимания настолько дезорганизованных пациентов контрперенос необходим. Так, аргентинский аналитик Генрих Ракер предложил категории **согласующегося (конкорданного)** и **дополняющего (комплементарного) контрпереноса**. Первый термин обозначает эмпатическое ощущение терапевтом того обстоятельства, что пациент, будучи ребенком, чувствовал по отношению к раннему объекту; второй термин означает, что чувства терапевта (неэмпатичные с точки зрения клиента) соответствуют переживаниям объекта по отношению к ребенку. Это допущение базируется на предположении аналитической теории о том, что общение между младенцем и другими людьми основано на мощных невербальных коммуникациях (прежде всего эмоциональных, интуитивных реакциях). Поэтому всякий раз, входя в межличностный контакт, люди склонны прибегать к опыту раннего младенчества, предшествующему и предвосхищающему вербальное логическое общение. Возникающий при этом феномен **параллельных процессов**, проистекающий из тех же эмоциональных и довербальных источников, впоследствии стал широко использоваться в клинических психоаналитических разборах – супервизиях.

Все эти теоретические нововведения привели к существенным изменениям в технике психодинамической терапии. Во-первых, психотерапевт из нейтрального зеркала превратился в новый интерактивный объект, одновременно придуманный и реальный, с которым можно строить более зрелые и более здоровые объектные отношения (что особенно важно для пациентов с глубокими нарушениями). Во-вторых, в психотерапевтическом процессе происходит смещение акцента от рассмотрения «там и тогда» к «здесь и сейчас», а также от вербальных к невербальным процессам. В-третьих, интерпретация больше не является единственным терапевтическим инструментом: психодинамическая терапия стала использовать чувствительность и аффективную включенность пациента. Теперь признается, что пациент может нуждаться в холдинге, контейнировании, эмпатии, уважении к своему психическому пространству, и терапевт должен адекватно реагировать на эти потребности.

В заключение отметим, что представлениям самого Фрейда не были чужды разработки теории объектных отношений. Понимание важности объектов, с которыми актуально взаимодействует ребенок, и того, как младенец их переживает, просматривается в его концепции **«семейного романа»** (описывающей фантазии в эдипов период, посредством которых ребенок в своем воображении изменяет свои связи с родителями, например воображая себя подкидышем), а именно в указании на то обстоятельство, что эдипова стадия может протекать очень различно в зависимости от личности родителей, и, наконец, во все возраставшем

внимании к роли взаимоотношений в лечении. Ричард Стерба, один из последних аналитиков, хорошо знавших Фрейда, указывал, как сильно теория объектных отношений обогатила первоначальные наблюдения Фрейда, подразумевая, что Фрейд приветствовал бы развитие этого направления психоанализа.

Сэлф–психология

В начале 1960–х гг. терапевты, работавшие в рамках психодинамических теорий, вновь столкнулись с тем, что проблемы их пациентов не всегда хорошо описывались на языке этих теорий. Суть жалоб людей, ищущих излечения, не всегда сводилась к проблемам, связанным с влечениями и их фрустрированием, или к негибкому функционированию некоторых защит против тревоги, или к активизации внутренних объектов, от которых пациент неадекватно сепарировался. Как отмечает Н. Мак–Вильямс, «сведение к таким понятиям было возможно, но при этом данному процессу недоставало лаконичности и объяснительной мощи, присущих хорошим теориям» (Мак–Вильямс, с. 56).

Описываемая категория пациентов жаловалась на «внутреннюю пустоту» (т. е. скорее на отсутствие внутренних объектов, чем на охваченность ими), отсутствие жизненных ценностей, смысла жизни и т. п. Внешне они могли казаться очень самоуверенными, но внутренне находились в постоянном поиске подтверждений того факта, что их принимают, любят или ценят. Даже в тех случаях, когда проблемы, о которых говорили клиенты, касались других тем, в них можно было обнаружить внутренние сомнения в собственной ценности и неустойчивость самоуважения.

Первоначально пациенты с хронической потребностью во внимании окружающих расценивались как нарциссические личности. Подтверждением этого, по мнению аналитиков, служил характер контртрансферентных реакций на них: психотерапевты, лечившие таких пациентов, сообщали, что испытывали чувство собственной незначительности, ощущение того, что их не видят, недооценивают либо переоценивают.

В психоаналитических работах этого периода высказывалось мнение, что проблемы подобных пациентов заключаются в их неуверенности относительно того, кто они и каковы их ценности. При этом такие пациенты часто вовсе не казались «нарушенными» с точки зрения большинства психодинамических теорий (так, они контролировали свои импульсы, обладали достаточной силой Эго, стабильностью в межличностных отношениях и т. д.), но не ощущали радости от своей жизни и от того, кем являются.

Некоторые аналитики считали подобных пациентов не подлежащими лечению в связи с бытовавшим мнением о том, что цель развития собственного Я (**Сэлф**) является намного более грандиозной, чем изменение или переориентация уже существующего Я. Другие исследователи работали над созданием новых моделей, благодаря которым таких пациентов можно было бы лучше понять и, следовательно, более эффективно лечить. При этом некоторые аналитики оставались в рамках существовавших моделей (например, Э. Эриксон и Р. Мей внутри эгопсихологии, О. Кернберг и Р. Мастерсон внутри теории объектных отношений), другие же искали нечто новое²⁰.

Внутри теории психоанализа Хайнц Когут сформулировал новую теорию развития, возможных нарушений и лечения Сэлф. В ней, среди других процессов, он выделил **нормальную потребность в идеализации**, а также допустил возможность выводов относительно взрослой патологии в тех случаях, когда процесс взросления проходит без объектов, которые могли быть первоначально идеализированы, а затем постепенно и безболезненно деидеализированы. Кроме того, разработки К^о–гута способствовали общей переориентации

²⁰ Так, например, клиент–центрированная терапия Карла Роджерса (о которой речь пойдет в отдельной главе) многими психодинамическими психотерапевтами рассматривается как психодинамическая теория и терапия, утверждающая в качестве основных понятий развивающееся собственное Я и самоуважение.

на рассмотрение пациентов в терминах **сэлф–структур**, представлений о собственном Я (**сэлф–репрезентаций**), образов самого себя и того, как самоуважение становится зависимым от внутренних процессов. Понимание пустоты и мучений тех, кто не имеет надежного Суперэго, заняло свое место рядом с состраданием, которое аналитики уже давно испытывали к тем, чье Суперэго было чрезмерно жестким.

Этот новый путь осмысления клинического материала обогатил психодинамическую теорию и практику понятийным аппаратом Сэлф и подтолкнул исследователей к попыткам понять объемы сэлф–переживаний. Терапевты стали замечать, что даже у тех пациентов, которых нельзя было рассматривать как явно нарциссических, можно было наблюдать действие механизмов, направленных на поддержание самоуважения, чувства связанности и непрерывности сэлф–функции, которым ранее не уделялось большого внимания. Защита была переосмыслена не только как средство против тревоги, вызванной Ид, Эго и Суперэго, но также как способ поддержания непротиворечивого, позитивного чувства собственного Я. Теперь к традиционному пониманию психики и ее отклонений у индивида через акцентирующие вопросы «Чего боится этот человек?» и «Что он делает в случае испуга?» добавилось понимание через постановку проблемы «Насколько уязвимо самоуважение этого человека?» и «Что он делает, когда его самоуважению что–либо угрожает?».

Приведем пример применения категорий сэлф–психологии в клинической диагностике: предположим, два пациента депрессивны и при этом у них наблюдаются одинаковые вегетативные проявления, как то: бессонница, нарушение аппетита, заторможенность и т. п. Но они радикально различаются по своим субъективным переживаниям. Один (на языке традиционного психоанализа с «меланхолией») ощущает себя *плохим* в смысле своего морального несовершенства. Он размышляет о самоубийстве, поскольку полагает, что его существование только обостряет проблемы мира и он лишь сделает планете одолжение, избавив ее от своего дурного влияния. Другой (с нарциссически истощенным состоянием психики) ощущает себя не столько аморальным, сколько внутренне *пустым*, дефективным, безобразным. Он тоже думает о самоубийстве, но не для того, чтобы улучшить мир, – он не видит в этой жизни смысла. Первый испытывает жгучее чувство вины, второй – всеохватывающий стыд.

Структурный психоанализ Ж. Лакана

Взгляды основоположника структурного психоанализа, французского психиатра и философа Жака Лакана остаются одними из самых противоречивых и дискуссионных. Его идейным принципом является девиз «назад к Фрейдю». При этом под возвращением подразумеваются оригинальная переработка первой топики, а также обращение к идеям, связанным с проблемами первичного нарциссизма и комплекса кастрации. При новом взгляде на эти проблемы психоаналитический фокус смещается с фрейдовских «телесных напряжений» на Речь.

Человеческую психику, по Лакану, составляют явления реального, воображаемого и символического порядка (по аналогии с триадой фрейдовской первой топики).

Реальное – это самая сокровенная часть психики, всегда ускользающая от образного представления и словесного описания. Реальное психики настолько непостижимо, что, характеризуя его, Лакан постоянно употребляет кантовский термин «вещь в себе».

Воображаемое есть индивидуальный вариант восприятия символического порядка, субъективное представление человека о мире и прежде всего о самом себе. Это то, что, по мнению Лакана, роднит человеческую психику с психикой животных, поведение которых регулируется целостными образами (гештальтами).

Человек в своем онтогенезе подпадает под власть образов в возрасте между 6 и 18 месяцами, на так называемой «стадии зеркала» (*stade de miroir*), когда ребенок начинает узнавать себя в зеркале и откликаться на свое имя. Как считает Лакан, в это время ребенок ощу-

щает себя внутренне распадающимся на части, неравным себе в разные моменты времени, а окружающие предлагают ему соблазнительный единый и «объективный» образ его Я, образ, накрепко привязанный к его телу. И окружающие, «другие», убеждают ребенка согласиться с ними, поощряют его принять это представление о целостности Я и о его тождественности самому себе во все моменты жизни. Ярким примером этого процесса является узнавание себя в зеркале: «Беспомощный младенец, неспособный к координации движений, предвосхищает в своем воображении целостное восприятие своего тела и овладение им. Этот единый образ достигается посредством отождествления с образом себе подобного как целостной формой; конкретный опыт такого построения единого образа – восприятие ребенком своего отражения в зеркале» (здесь и далее цит. по: Качалов). Но этот момент радостного узнавания себя в зеркале или отклика на свое имя является также и моментом отчуждения, ибо субъект навсегда остается очарованным своим «зеркальным Я», вечно тянется к нему как к недостижимому идеалу цельности. «Чем иным является Я, – пишет Лакан, – как не чем–то, что первоначально переживалось субъектом как нечто ему чуждое, но тем не менее внутреннее. субъект первоначально видит себя в другом, более развитом и совершенном, чем он сам». Лакан доводит свои мысли до радикального вывода: «Либидозное напряжение, вынуждающее субъекта к постоянному поиску иллюзорного единства, постоянно выманивающее его выйти из себя, несомненно, связано с той агонией брошенности, которая и составляет особенную и трагическую судьбу человека». Кроме того, в этом зеркальном двойнике находится источник не только желаний, но и завистливой агрессии.

Но субъект является пленником не только своего зеркального образа. Еще до своего рождения человек попадает под влияние речевого поля других людей, которые выражают свое отношение к его появлению на свет и чего–то от него ждут. Эта речь других людей (по лакановской терминологии – **речь Другого**) и формирует символическое субъекта. Исходя из этого, **символическое** есть априорный социальный порядок, система языка и вообще любая семиотическая система.

Для маленького ребенка знакомство с миром и с «речью Другого» начинается с фрустрации первичного нарциссизма (т. е. с невозможности поддерживать адекватное внутриутробное единство с материнским телом из–за неизбежных упущений самой совершенной матери). Повинуясь социокультурным условностям, не позволяющим современной женщине постоянно держать ребенка рядом со своим телом, мать время от времени покидает ребенка, который не может понять, почему это происходит. Разлуки с матерью кажутся ребенку капризом или жестокостью с ее стороны, пока он, с точки зрения Лакана, не овладеет речью и не узнает об анатомической разнице полов.

Лакан последовательнее других психоаналитиков подчеркивает необычайную важность для бессознательного комплекса кастрации и того отречения (*Verleug–nung*) или незнания (*meconnaissance*), которым люди с самого детства защищаются от факта, что у женщины нет фаллоса. Он цитирует описанный Фрейдом специфический аспект зависти к пенису – символические последствия этого комплекса для отношений женщины со своим будущим ребенком: «Она соскальзывает – благодаря символическому уравнению, можно сказать, – с фаллоса на ребенка». Доводя эту идею до логического конца, Лакан указывает, в каком положении оказывается такая женщина и ее ребенок: «Если желание матери составляет фаллос, ребенок захочет стать фаллосом, чтобы удовлетворить это желание». Такое открытие наконец объясняет то, зачем мать покидала ребенка: она делала это в поисках недостающего ей фаллоса, который она могла получить только у фаллического отца. Овладение человеческой речью позволяет понять, что же именно говорила мать, оставляя ребенка: она называла Имя отца.

Итак, во всех межличностных контактах, для которых отношения между матерью и ребенком становятся первой моделью, фаллос навсегда остается символом, означающим

желание, которое, по определению, никогда не может быть удовлетворено. Лакан подчеркивает, что то, что мы желаем – не сам объект, не Другой, а желание Другого, т. е. мы желаем, чтобы нас желали. Поэтому в структурном психоанализе Лакана «субъекта побуждают заново родиться, чтобы узнать, хочет ли он того, чего желает». Имя отца становится первым словом, возвещающим закон и символический порядок мира патриархальной культуры. Мало того, Имя отца разрывает телесную инцестуозную связь ребенка и матери и устанавливает символический принцип членства в человеческих сообществах.

По мере того как растущий ребенок попадает в речевое поле Другого, он переживает еще одну травму – открытие факта смертности всех живущих. Человек, который желает, чтобы его желали, неизбежно сталкивается с нарциссической травмой собственной нежелательности, что вынуждает его перекраивать себя по чужой мерке и, соперничая с другими, ожидать признания Другого. По мысли Лакана, эти переживания неизбежно ведут к зависти, злобе, агрессии и смертельной обиде на мир и на самого себя.

Отчуждение человека от своей подлинной сущности, начавшееся с идентификации с зеркальным двойником в стадии воображаемого, усугубляется в стадии символического по мере вхождения субъекта в поле речи Другого. Это вызывает запоздалый протест, который изначально безнадежен. Лакан определяет положение ребенка перед лицом ожидания Других выражением «жизнь или кошелек». С помощью этой метафоры он описывает ситуацию вынужденного выбора: субъект либо откажется от удовлетворения своих сокровенных желаний (отдаст «кошелек») и тогда он сможет продолжить жизнь как член культурного общества, либо он не отдаст «кошелек», но тогда он будет исторгнут из жизни и его желания все равно останутся неудовлетворенными (как, например, в случае детского аутизма). Отдавая «кошелек», субъект отдается на милость Другого, а именно он вынужден принять тот смысл, который другие люди припишут его призывам (например, плач мальчика мы склонны приписывать его недовольству, а девочки – испугу). Только Другой своим ответом (речь господина) властен превратить призыв ребенка в осмысленный запрос (т. е. означающее 1, иначе – означающее господина). Покорствуя речи Другого, принимая чуждую интерпретацию своего запроса, ребенок в следующий раз уже выразит свой запрос в подсказанных словах (означающее 2), все более удаляясь от своего единого, единственно подлинного желания. Таким образом, у человека появляются новые желания, подсказанные культурой, но в его Я навсегда залегает глубокая трещина, заставляющая его вечно метаться от означающего 1 к означающему 2 («Не угодно ли тебе этого?» – «Да, именно этого мне и хотелось!»). Такого культурного человека Лакан называет **кроссированным субъектом**. Таким образом, по мере взросления мы все меньше знаем о том, что мы говорим и что хотим сказать. Речь же других людей, окружавших нас в детстве, навсегда входит в нашу психику и становится ее важнейшей, бессознательной частью.

Лакан заимствовал у французского лингвиста Ф. Соссюра и впоследствии значительно изменил формулу знака, используемого в лингвистике, – отношение между означающим и означаемым, между материальным компонентом знака и компонентом, который только обозначен, выступает лишь как намек и может отсутствовать вообще. У Соссюра эта формула выглядела как S/s , где S – означающее, а s – означаемое. Для Лакана эта формула соответствовала формуле вытеснения: черта, разделяющая две части знака, является выражением барьера вытеснения. Следовательно, означаемое уподобляется вытесненному, всегда отсутствующему, ускользающему от обычного сознания и выражаемому при помощи означающего, которое отражает структурированность языка. Таким образом, символическое объективно и представлено в формах языка, в означающем, которое главенствует над означаемым – психическими содержаниями субъекта, его опытом. Однако Лакан подчеркивал отсутствие постоянной, устойчивой связи означаемого с означающим, так что символическое в его концепции нельзя строго определить, равно как и найти его точный смысл.

Цепочки означающих, **символическое**, очерчивают жизнь человека и его судьбу. Субъект, Я есть не что иное, как система связей между означающими, система взаимодействий реального, воображаемого и символического. Все многообразие человеческих отношений укладывается Лаканом в изящный афоризм: «Означающее репрезентирует субъекта другому означающему». Смысл этой фразы состоит в том, что человек в общении использует речь для того, чтобы дать понять другому, чем он является и чего хочет, – а сделать это можно только через слова языка (означающие). Означаемым здесь является сам человек, его Я. Все это справедливо и в отношении собеседника, Другого, также репрезентирующего себя посредством слов.

Если «бессознательное структурировано как язык» (здесь и далее цит. по: Психотерапевтическая энциклопедия), т. е. характеризуется систематической связанностью своих элементов, то отделение их друг от друга играет столь же важную роль, как и «полные» слова. Любой перерыв в дискурсе, независимо от того, с чьей стороны он произошел, есть «пунктуация». Эффекты языка оттеняются «пунктуацией», которая, отражая временные связи и умение психотерапевта, становится, как говорит Лакан, важным средством регуляции переноса. Собственно психотерапия состоит в выявлении временных зависимостей, образующих структуру языка: от одного означающего к другому, через интервалы, выполняющие функцию «пунктуации» всего рассказа или отдельных ассоциаций слов, постепенно все более вырисовывается структура языка – речь Другого.

Задачей психотерапии Лакан считает установление правильных отношений субъекта к Другому, т. е. установление отношений на основе культурных (символических) и субъективных (воображаемых) детерминирующих факторов. Перефразируя знаменитую формулу Фрейда «Где было Оно, там будет Эго» в «Где было Оно, должно быть Эго», Лакан устанавливает разграничение, которое не было проведено Фрейдом – разграничение между Я субъекта и Я его дискурса. Первое остается иллюзорной защитой, второе знает, что такое реальность и каковы налагаемые ею ограничения. Различие между ними – фундаментальное различие между незнанием и осознанием этого незнания: «Чтобы исцелить от душевного недуга, нужно понять смысл рассказа пациента, который следует всегда искать в связи Я субъекта с Я его рассказа».

В таком случае целью психотерапии (которая обратна цели воспитания) становится разделение правды истинных желаний субъекта и навязанных ему идеалов, освобождение пациента от культурного (символического) порядка при неврозе или построение этого порядка заново при психозе. Поэтому процесс психотерапии он уподобил игре четырех игроков в бридж. За двух игроков играет психотерапевт (сознательного аналитика, дающего интерпретации, и смерть, молчаливо пытающуюся втянуть в игру пациента) и за двух – пациент (сознательного пациента, предъявляющего запросы, и Другого, представляющего собой бессознательное).

Динамика психотерапии, согласно Лакану, состоит в следующем. Пациент как кроссированный субъект вначале ожидает, что аналитик будет, как это делали все значимые другие в его жизни, навязывать смысл его призывам, т. е. пациент ожидает, что аналитик ответит ему означающим 1 (означающим господина). Однако, так как «все идеалы непристойны» (здесь и далее цит. по: Качалов), речь аналитика не должна давать никаких идеалов, и хотя аналитику следует физически быть там, откуда пациент ожидает услышать речь господина, при этом он должен быть обманкой – объектом а, т. е. тем, что пациент любил и недолюбливал, ненавидел и недоненавидел в своем детстве, когда его мир был так же фрагментирован, как и он сам (понятие объекта у Ж. Лакана примерно соответствует понятию частичного объекта в психоанализе М. Кляйн и переходному объекту у Д. В. Винникотта). Для того чтобы успешно справиться с ролью маленького а, психоаналитику следует молчать как можно дольше, а самое главное – молчать должны его желания, иначе «игра пойдет, но будет

неясно, кто ведет». Молчание аналитика в ответ на первые пустячные жалобы и поверхностные проблемы (пустую речь) позволяют пациенту регрессировать, «а регрессия не обнаруживает ничего иного, как нынешнее состояние означающих, что прозвучали в запросах давно прошедших лет». Только подслушав речь Другого у пациента, в игру вступает сознательный аналитик, возвращающий пациенту эту речь Другого, т. е. предлагая ему интерпретацию старого запроса. «Изложение запросов пациента в один миг распахивает все его прошлое до самого детства. Ибо дитя может выжить, лишь прося».

Открыв пациенту «правду желаний», аналитик окончательно превращает «пустую речь» в «полную речь» Другого, т. е. возвещает просьбу Оно к субъекту. В этот момент аналитик обычно прерывает сеанс, таким образом внося пунктуацию в речь Другого.

Подводя итог рассмотрению понятий и концепций психодинамической терапии, подчеркнем, что их общей и отличительной чертой является акцент на динамических процессах, происходящих в личности, а не на чертах личности или отдельных отличительных симптомах и синдромах, характерных для медицинских справочников и руководств, а также некоторых других видов психотерапии. Кроме того, психодинамический подход позволяет представлять нормальную и патологическую личности как организованные в значимых для них измерениях, причем выражающих оба полюса выделенного измерения. Так, например, личности с проблемами близости могут быть обеспокоены как близостью в отношениях, так и дистанцированием, а личности с маниакальными проявлениями психологически подобны депрессивным. В связи с этим психодинамический подход является подходом, рассматривающим личность в целостности и снимающим парадокс «недостатки–достоинства».

Психодинамическое учение о психической патологии

Проблема психодинамического диагноза

Психодинамическая диагностика, в отличие от дискретно–описательного диагностического подхода, укоренившегося в отечественных медицинской и психологической традициях, представляет собой прежде всего диагностику структуры личности с точки зрения ее развития. Подобный подход, обеспечивающий целостный и всесторонний анализ личности и ее психопатологии, определяет и специфику терапевтических методов.

В современном виде психодинамический диагноз включает в себя по меньшей мере пять взаимосвязанных факторов, определяющих его значимость в процессе психодинамической терапии:

- 1) планирование стратегии и тактики психотерапевтического процесса;
- 2) вероятный прогноз психотерапии;
- 3) защита интересов пациента;
- 4) помощь в установлении терапевтом эмпатии к своему пациенту и, наконец,
- 5) уменьшение вероятности того, что тревожный пациент уклонится от лечения.

Но необходимо заметить, что в ходе развития психодинамической терапии отдельные диагностические факторы и сам процесс диагностики претерпели значительные изменения.

До появления в XIX в. описательной психиатрии считалось, что существует несколько форм душевных заболеваний, с некоторой частотой встречающихся у людей в «цивилизованном мире». Так, мужчины и женщины с истерическими состояниями, фобиями, Obsессиями, компульсиями, маниакальными или депрессивными тенденциями малой интенсивности расценивались как имеющие психологические трудности, но не сильно отличающиеся от здоровых. Личности с галлюцинациями, бредом и нарушениями мышления считались больными. Личности, совершающие асоциальные поступки, оценивались как «морально безумные», но остающиеся в контакте с реальностью. В общих чертах данная классификация до сих пор сохраняется в судебной психиатрии, уделяющей особое внимание тому, мог ли обвиняемый оценивать реальность в момент совершения преступления или нет.

Эмиль Крепелин, основатель современной классификационной системы, исследовав спектр эмоциональных расстройств, выявил их некоторые общие синдромы и характеристики и выделил экзогенные (т. е. излечимые) и эндогенные (т. е. неизлечимые) расстройства. К первым он относил маниакально–депрессивный психоз, а к последним – шизофрению, считавшуюся по тем временам органическим повреждением мозга.

Основываясь на работах Крепелина, Фрейд провел различие между **невротическими и психотическими уровнями функционирования**. Первый характеризовался полным пониманием реальности, второй – потерей контакта с ней. После появления второй топик в психоанализе данное различие приняло форму комментария к личностной структуре. Невротики считались страдающими оттого, что их Эго–защиты были чересчур негибкими и отрезали их от энергии Ид, психотиков же рассматривали как больных, чьи защиты чересчур слабы, в связи с чем они оказывались затопленными примитивными силами Ид. Психодинамическая терапия невротиков стала рассматриваться как направленная на смягчение его защит и получение доступа к Ид (для использования его энергии в конструктивных целях), в то время как целью терапии психотиков являлось упрочение защит, а также развитие устойчивости к стрессам, улучшение тестирования реальности и оттеснения бурлящего Ид обратно в бессознательное.

В работах эгопсихологического направления в дополнение к различию между неврозом и психозом появилось **различие степени адаптации внутри невротических категорий**. Первым стало введенное Вильгельмом Райхом различие между **симптоматическим**

неврозом и неврозом характера. Для оценки того, с чем конкретно психоаналитикам приходится иметь дело, вводилась определенная схема **первичного интервью с пациентом**, имеющим жалобы невротического уровня. В частности, в ходе беседы необходимо было дать ответ на следующие вопросы.

1. Имеет ли психотерапевт дело с недавно возникшей проблемой или она в той или иной форме существовала с раннего времени?

2. Имело ли место резкое возрастание тревоги пациента или же наблюдалось постепенное ухудшение общего состояния?

3. Пациент сам выразил желание обратиться за лечением или же другие (родственники, друзья, социальные или юридические структуры и т. п.) направили его?

4. Являются ли симптомы пациента эго–синтонными или эго–дистонными?

5. Адекватна ли способность личности видеть перспективу своих проблем (существует ли у нее «наблюдающее Эго») развитию альянса с терапевтом против симптомов или же пациент рассматривает психотерапевта как потенциально враждебного или магического спасителя?

Утвердительный ответ на первую часть каждого варианта предположительно являлся свидетельством симптоматических проблем, а на второй – проблем характера. Ценность этого различия заключена в выводах для практики и прогноза.

В случае, если пациент страдал от невротического симптома, предполагалось, что нечто в его текущей жизни активизировало бессознательный инфантильный конфликт и пациент использует для его решения неподходящие методы. Они могли быть наилучшими из тех, что имелись в детстве, но в нынешней ситуации оказывались неадаптивными. Соответственно задачей психотерапии становилось определение конфликта, помощь пациенту в переживании связанных с ним эмоций и разработка новых путей его решения. Прогноз был благоприятным, и лечение не обязательно предполагало долгие годы работы. В процессе терапии следовало ожидать также создания атмосферы взаимности, когда могут появиться сильные переносные и контрпереносные реакции.

Если же проблемы пациента расценивались как проблемы характера, то терапевтическая задача становилась более сложной, ее решение требовало больше времени, а прогноз был более сдержанным. Это было связано, во–первых, с различием целей пациента и концепцией аналитика относительно реального достижения этих целей. Так, немедленное освобождение от страданий, т. е. то, чего хочет пациент, могло рассматриваться психотерапевтом как незначительная цель по сравнению с более глобальной целью переструктурирования личности. В связи с этим в работах, посвященных терапии с этой категорией пациентов, стала обсуждаться **образовательная роль аналитика**, заключающаяся в том, чтобы «сделать эго–дистонным то, что было эго–синтонным». Во–вторых, с тем, что в работе с пациентом с невротическим характером происходит медленное и трудное возникновение рабочего или терапевтического альянса, основанного на реальных потребностях сотрудничества между терапевтом и пациентом, уровень которого сохраняется, несмотря на сильные негативные эмоции, нередко проявляющиеся в ходе психотерапии. И наконец, в–третьих, процесс терапии характера в отличие от психотерапии симптома чаще всего имеет окрашенность скукой, нетерпеливостью, раздражением и деморализованностью, присущей обеим сторонам.

В течение долгого времени категории симптоматического невроза, невроза характера и психоза являлись основными конструкциями, при помощи которых психодинамические терапевты проводили различия между личностями по степени тяжести нарушений. Так, невроз был наименее тяжелым состоянием, нарушение личности – более серьезным, а психотическое нарушение – самым тяжелым. Но в дальнейшем такая общая схема была признана недостаточной. Так, выяснилось, что некоторые реакции невротического уровня, связанные со стрессом, оказываются более разрушительными для функционирования личности,

чем характерологические нарушения. Кроме того, некоторые нарушения характера выглядели более серьезными и примитивными, чтобы их можно было отнести к невротическому уровню. Многие аналитики жаловались на пациентов, которые, казалось, имели нарушения характера, но в очень странной, хаотичной форме. Поскольку они редко или никогда не сообщали о галлюцинациях или бреде, их нельзя было считать психотическими, но в то же время у них не было стабильности и предсказуемости, свойственной пациентам невротического уровня. В связи с этим в 1940–1960-х гг. многие психоаналитики стали высказывать мысль о существовании промежуточной зоны между невротизмом и психозом. Благодаря теоретическим построениям Отто Кёрнберга, Джона Мастерсона и Майкла Стоуна концепция **пограничного уровня организации личности**²¹ получила широкое признание в психоаналитическом сообществе.

Сегодня в психодинамической терапии принята следующая классификация уровней личности. Люди психотического статуса фиксированы на слитом, досепарационном уровне, на котором они не могут различить, что внутри, а что – вне их. Люди в пограничном состоянии фиксированы на диадической борьбе между тотальным подчинением, которое, как они боятся, уничтожит их идентичность, и тотальной изоляцией, которая для них аналогична травмирующей покинутости. Пациенты с невротическими трудностями являются личностями, прошедшими сепарацию и индивидуацию, но имеющими конфликт между вещами, которых желают и которых боятся (прототипом чего является эдипов конфликт).

В настоящий момент с помощью психодинамического диагноза каждого человека можно описать как имеющего определенный **уровень развития личности** (психотический, пограничный, невротический) и **тип организации личности** (истерический, параноидный, депрессивный, шизоидный, нарциссический, мазохистический, Obsessive-compulsive, психопатический и диссоциативный).

Типология организации личности

В табл. 1.4 кратко охарактеризованы основные типы организации личности, представленные в классическом руководстве по психоаналитической диагностике Н. Мак–Вильямс. В соответствии с предыдущим изложением каждый из них будет рассмотрен с точки зрения драйвов и фиксаций, механизмов психологической защиты и адаптации, паттернов объектных отношений, способствовавших развитию данного типа организации личности и повторяющихся как «скрипты», а также переживаний собственного Я (т. е. осознанных и бессознательных способов восприятия индивидом самого себя и поддержания самоуважения). Порядок представления типов произволен, но, как отмечает Мак–Вильямс, «в целом он соответствует продвижению от более низкого к более высокому уровню объектных отношений» (Мак–Вильямс, с. 191).

²¹ Отметим, что необходимо отличать термин «пограничная психопатология» в психодинамическом подходе от аналогичного термина в отечественной психиатрии. Так, у нас под ним подразумеваются «нерезко выраженные нарушения, граничащие с состоянием здоровья и отделяющим его от собственно патологических психических нарушений», а также расстройства, «характеризующиеся главным образом проявлениями так называемого невротического уровня нарушений» (Александровский, с. 11).

Техника психодинамической терапии

Первичное интервью

Для первого этапа психодинамической терапии – диагностики уровня развития личности и типа организации личности – применяется **первичное (начальное) интервью** – метод первичного диалога с пациентом, несущий в себе как диагностические, так и терапевтические функции. Оно служит нескольким целям. Во–первых, это установление тесных интимных отношений между двумя посторонними: человеком–профессионалом и человеком, который страдает психологически и часто заставляет страдать других. Во–вторых, оно необходимо для оценки актуального психологического статуса пациента и его отбора по критерию пригодности для такого рода психотерапии. И наконец, в–третьих, во время интервью происходит информирование пациента о выбранном виде психотерапии, укрепление желания пациента продолжить терапию (если для нее обнаруживаются показания) и совместное планирование следующих шагов. В качестве метацели всего интервью, как пишут Х. Томэ и Х. Кэхеле, выступает «возможность психоаналитического метода приспособиться к специфическим особенностям отдельного пациента» (Томэ, Кэхеле, с. 248).

Обычно первичное интервью следует за предварительной договоренностью (очной или заочной, например по телефону), происходит в заранее определенном месте и в заранее определенное время и занимает от одной до трех стандартных встреч по пятьдесят минут.

Таблица 1.4

Тип организации личности	Общая характеристика	Конституционные и ситуативные факторы, драйвы и аффекты	Защитные и адаптационные процессы	Объектные отношения	Собственное Я
Психопатический (антисоциальная)	Потребность ощущать собственное влияние на других, манипулировать ими, «подняться над ними»	Врожденные тенденции к агрессивности и к более высокому, чем в среднем, порогу, приводящему к удовлетворению возбуждения	Всемогущий контроль, проективная идентификация, диссоциация и отыгрывание вовне	Нестабильность, потворство, эмоциональное непонимание, эксплуатация и иногда жестокость	Грандиозное стремление избежать переживания слабости и зависти
Нарциссический	Отчужденность и эмоциональная недоступность, склонность к эксгибиционистскому стилю поведения, переоценка собственных достоинств, фантазии о всемогуществе, тенденции осуждения других при зависимости от их мнений, глубинные чувства недостачи, нелюбимости и обманутости	Конституционально чувствительны к невербальным эмоциональным сообщениям, касающимся невыраженных аффектов, отношений и ожиданий других людей. Кроме того, обладают конституционально обусловленной недостаточной способностью переносить агрессивные импульсы. Главные эмоции – стыд и зависть	Идеализация и обесценивание, перфекционизм	Паттерн «использовать и быть использованным», призванный уравновесить самоуважение и возмещать причиненный ему ущерб	Чувства фальши, стыда, зависти, внутренней пустоты или незавершенности, уродства и неполноценности или их компенсаторные противоположности – самоутверждение, чувство собственного достоинства, презрения, самодостаточности, тщеславия и превосходства

Обсессивный и компульсивный	Методичность, дисциплинированность, скупость, упрямство, склонность к сдерживанию и утаиванию, перфекционизм. Тенденции ритуализации поведения	Фиксированность на анальной стадии. Базовый аффективный конфликт — гнев (в состоянии под контролем), борющийся со страхом (быть осужденным или наказанным). Кроме того, чувство стыда	При обсессивной симптоматике — изоляция, при компульсивной — уничтожение сделанного. Кроме того, у обеих групп — реактивные образования, смещение аффекта	В семейной истории прослеживается наличие чрезмерного контроля либо явный его недостаток. Объектные отношения в настоящем формальны и ритуализированы	Определяют нравственные принципы в терминах контроля, испытывают беспокойство и «замирают» в моменты выбора. Обсессивные личности осуществляют саморегуляцию за счет «думания», компульсивные — «делания». Самокритичны за истинные и мнимые агрессивные проявления. Предпочитают детали целому
Параноидный	Подозрительность и недоброжелательность, мрачность и отсутствие чувства юмора, склонность к образованию сверхценных идей	Врожденные агрессивность или раздражительность и, как следствие, подверженность чувствам страха, стыда, зависти и вины	Проекция и проективная идентификация, реактивные формирования	Формирующиеся в семейной системе переживания угрозы, унижения и механизм проекций, а также одержимотревожные послания в коммуникации	Попеременно беспомощно-уязвимое и всемогуще-разрушительное, с постоянной озабоченностью, происходящей из глубинной хрупкости идентичности и самоуважения
Истерический или театральный (<i>histrionic</i>)	Общительные, с развитой интуицией и неустойчивыми эмоциями людьми, склонные попадать в драматические ситуации. Высокий уровень тревоги, напряженности и реактивности	Преимущественно у женщин, базовые гиперчувствительность и социальность, двойная фиксированность на оральной и эдиповой стадиях, фрустрация, связанные с полом	Репрессия, сексуализация, регрессия и диссоциация. Изредка — отреагирование (в форме стремления к тому, что вызывает страх)	Формирование через неадекватное воспитание родителями, включающее нарциссические и ослабляющие послания, повторяющиеся в более поздних взаимоотношениях и закрепленные вынужденными повторениями	Представление о себе как о маленьком, недоразвитом существе, которому грозит опасность. Самоценка омрачена конфликтами относительно сексуализируемых проявлений силы
Шизоидный	Базальная тревога по поводу безопасности, избегание эмоционально насыщенных и интимных отношений с другими людьми, фантазии о поглощении ими, склонность к уходу в мир воображения и символизму, игнорирование конвенциональных норм, жизненная позиция «наблюдателя»	Возможные конституциональные составляющие — гиперсенситивность и сопутствующее избегание стимуляции. Фиксированность на проблемах оральной стадии	Примитивная изоляция, расщепление Эго, проекция, интроекция и проективная идентификация, идеализация и обесценивание	Паттерн «приближения — избегания», обусловленный таким типом ранних семейных взаимоотношений, как одновременное сосуществование депривации и вторжения, а также противоречивой и дезориентирующей коммуникацией «двойного зажима» (<i>double bind</i>)	Оппозиционность, несмотря на субъективно-болезненное одиночество, стремление к самовыражению, поиск внутренних подтверждений собственной оригинальности и уникальности, самокритичность
Депрессивный и маниакальный	При крайних проявлениях депрессии — непроходящая печаль, сниженная энергетика, агедония, вегетативные нарушения (проблемы питания, сна и саморегуляции). При гипоманиакальности — подвижность и энергичность, невероятная работоспособность, остроумие, высокая социальность	Депрессия: переживание преждевременной потери (как внешней, так и внутренней), фиксация на оральной стадии, бессознательное чувство вины, эмоции чрезмерной печали. Гипоманиакальность: высокие возбудимость, мобильность, переключаемость и общительность. Фиксация на оральной стадии. Проблемы с весом. Склонность к внезапному и неконтролируемому проявлению ненависти	Депрессия: интроекция, обращение против себя и идеализация. Гипоманиакальность: отрицание (игнорирование тревожащих событий), отреагирование (в форме бегства) и обесценивание. На психотическом уровне — всемогущий контроль	Потеря на стадии сепарации—индивидуации, неадекватное оплакивание, родительская депрессия, критицизм, эмоциональное или физическое насилие и непонимание	Депрессия: глубинное переживание своей «плохости» и врожденной деструктивности, глобальной виновности, ранности. Гипоманиакальность: потребность находиться в движении, боязнь привязанности к кому-либо, страх дезинтеграции собственного Я, стремление к очарованию окружающих

Диссоциативный	Склонность к формированию «множественной личности», т. е. диссоциации частей собственного Я	Конституциональный талант к самогипнозу, часто сосуществующий с высоким интеллектом, креативностью и социофильней	Диссоциация	Укоренены в глубокой психотравме в детстве, не облегченной помощью в эмоциональной переработке	Фрагментированное, пропитанное парализующими страхами и самообвинительными когнитивными структурами
Мазохистический, пораженческий, саморазрушительный (<i>self-defeating</i>)	Постоянное выражение жалоб, пребывание в жизненной ситуации страдания (зачастую добровольное), установки на самоповреждение и самообесценивание, скрытое желание мучить других своими страданиями	Имеет гендерную предрасположенность (у мужчин — к садизму, у женщин — к мазохизму). Связан с фиксацией на стадии оральной агрессии. Чувства сознательной печали и бессознательной вины, но могут возникать также гнев, обида и негодование, так как эти люди считают себя страдающими незаслуженно	Интроекция, обращение против себя, идеализация, отреагирование вовне, провокация, умиротворение («Я уже страдаю, поэтому, пожалуйста, воздержитесь от дополнительного наказания»), эксгибиционизм («Обратите внимание: мне больно»), избегание чувства вины («Смотрите, что вы заставили меня сделать!») и морализация	Ранний опыт с объектами, которые нерадиво уделяли внимание растущему ребенку или жестоко обращались с ним, изредка выражая сочувствие, если ребенок страдал	Сравнения с представлениями о себе у депрессивных личностей, но без чувства обделенности). Регуляция самооценки происходит за счет стойкого терпения плохого обращения

Отметим, что чем больше времени проходит между предварительной договоренностью и первичным интервью, тем больший отбор в конечном итоге осуществляет психотерапевт. Это связано с двумя психодинамическими факторами: с одной стороны, пациент, предпринимая шаг, чтобы назначить встречу, уже находится в аналитической ситуации, в сознательных и бессознательных фантазиях он репетирует еще не существующие ситуации переноса на психотерапевта. С другой стороны, его бессознательное сопротивление с неизбежностью усиливается фрустрацией ожидания.

М. и А. Балинт в рамках собственной **эластичной техники интервью** выработали ряд рекомендаций относительно необходимых условий первичного интервью.

Первая рекомендация касается того, что в первичном интервью во избежание фрустрирующей ситуации, связанной с общей неосведомленностью пациента, должно существовать предваряющее вступление, информирующее его о целях и форме проводимой работы. Вторая рекомендация советует на протяжении всего интервью создавать и поддерживать атмосферу, в которой пациент мог бы достаточно полно раскрыться для того, чтобы психотерапевт смог его понять. Третья рекомендация гласит, что психотерапевт в оценке пациента и ситуации интервью всегда должен включать и учитывать созданные им ситуационные параметры, которые могут выступать в качестве своеобразных стимулов. Наконец, четвертая рекомендация говорит о том, что у психотерапевта до того, как начнется интервью, по материалам предварительной договоренности, должна существовать некоторая идея о будущем направлении взаимоотношений.

Первичное интервью может быть стандартизованным (т. е. в его ходе пациенту задают заранее определенный круг вопросов, подразумевающих четкий конкретный ответ) или полустандартизованным, не ограничивающим свободное течение беседы, однако направляемым инициативой психотерапевта.

Рассмотрим примерную схему первичного интервью.

1. Демографический блок:

- 1) возраст;
- 2) пол;
- 3) этническая принадлежность;
- 4) религиозная ориентация;
- 5) образование;
- 6) место работы и должность;
- 7) семейное положение;

- 8) политические взгляды;
- 9) оценка физического, социального, материального и духовного благополучия;
- 10) ассоциативный или метафорический образ.

2. Родители, сиблинги и другие значимые фигуры в жизни пациента:

- 1) возраст;
- 2) этническая принадлежность;
- 3) религиозная ориентация;
- 4) образование;
- 5) место работы и должность;
- 6) семейное положение;
- 7) политические взгляды;
- 8) оценка физического, социального, материального и духовного благополучия;
- 9) ассоциативный или метафорический образ;

10) пять прилагательных, отражающих отношения пациента с ними. *Примечание:* в случае, если кто-либо из перечисленных людей умер, со слов пациента необходимо собрать как можно больше сведений о причинах и обстоятельствах смерти.

3. Блок личной истории (главные события в жизни):

1) Младенчество и детство:

- хотели ли родители рождения ребенка;
- условия в семье после его рождения;
- самые ранние воспоминания;
- семейные истории о детстве пациента;
- проблемы критических периодов развития (нарушения пищевого поведения, туалетный тренинг, проблемы с речью, нарушения двигательной активности, никтурия, ночные кошмары);

– любимые сказки и сказочные персонажи.

2) Латентный период (7–12 лет):

- проблемы со здоровьем;
- социальные проблемы;
- проблемы в учебе;
- проблемы в поведении;
- семейные стрессы этого периода;
- любимые художественные произведения (сказки, мультфильмы и пр.) и их персонажи.

3) Период полового созревания:

- физические, социальные и психологические проблемы, связанные с созреванием;
- успеваемость и социализация в этот период;
- самодеструктивные паттерны (нарушения питания, использование лекарств, алкоголя, наркотиков, суицидальные импульсы, антисоциальное поведение);
- семейные стрессы этого периода;
- любимые художественные произведения (книги, кино, спектакли и пр.) и их персонажи.

– любимые художественные произведения (книги, кино, спектакли и пр.) и их персонажи.

4) Взрослая жизнь:

- с чем был связан выбор работы (учебы);
- как строились и строятся межличностные отношения;
- сексуальные отношения;
- отношения с родителями, братьями, сестрами, детьми;
- текущие проблемы;
- любимые художественные произведения и их персонажи.

4. Оценочный блок:

- 1) как взаимоотношения с родителями повлияли на становление личности пациента;
- 2) тормозилось ли развитие пациента какими-либо аспектами раннего опыта?
- 3) чего пациент в первую очередь желает своим детям (ребенку) в их дальнейшей жизни?

5. Заключительный блок:

- 1) как взаимоотношения менялись по ходу интервью?
- 2) какой важный, по мнению пациента, вопрос вы ему не задали?
- 3) спросите, было ли ему комфортно и не хочет ли он что-либо сказать по поводу интервью.

6. Оценка статуса пациента (часть, самостоятельно заполняемая интервьюером после интервью):

- 1) первое впечатление;
- 2) изменение впечатления в процессе интервью;
- 3) общее впечатление;
- 4) оценка открытости пациента;
- 5) насколько можно доверять полученной информации.

7. Выводы:

- 1) главные текущие темы;
- 2) области фиксаций и конфликтов;
- 3) основные защиты;
- 4) бессознательные фантазии, желания и страхи;
- 5) центральные идентификации;
- 6) контридентификации;
- 7) неоплаканные потери;
- 8) связанность собственного Я и самооценка.

В течение интервью пациент сообщает как объективные, так и субъективные сведения, которые достаточно тесно переплетаются между собой. В связи с этим Герман Аргеландер выделил три уровня восприятия в процессе первичного интервью:

1) уровень получения **объективной информации**, пригодной для определения логических причинно-следственных связей. Например, на этом уровне психотерапевт может проводить связь между возникновением депрессии и смертью родственника пациента;

2) уровень получения **субъективной информации**, на котором связи определяются с помощью принципа «психологической очевидности». Так, в качестве примера может выступать уверенность пациента в том, что его депрессия связана с потерей отца;

3) уровень получения **ситуативной информации**, действуя на котором психотерапевт изучает особенности поведения пациента во время интервью с точки зрения того, как он подает объективную и субъективную информацию, т. е. того, в какого рода отношения его бессознательно втягивает пациент. Так, например, психотерапевт может ощутить острую необходимость немедленно, каким угодно способом помочь пациенту, что может свидетельствовать о том, что пациент пытается вести себя как маленький беспомощный ребенок. В других случаях психотерапевт, напротив, может ощутить, что пациент, несмотря на демонстрируемую беспомощность и страдания, пытается загнать самого психотерапевта в роль маленького ребенка, которого пациент соблазняет «интересным предложением» или пытается заставить почувствовать себя «очень плохим».

Вопрос показаний к психодинамической терапии до сих пор остается дискуссионным и открытым. Первоначально данное психотерапевтическое направление работало в основном с расстройствами невротического круга (преимущественно истерический невроз и невроз навязчивых состояний), сексуальными перверсиями, психосоматическими расстройствами,

считая психозы и состояния зависимости неподходящими для лечения такого рода. Но описанные на сегодняшний день достаточно успешные попытки психодинамической терапии самых разнообразных форм психической патологии различной степени тяжести (пограничная и отдельные виды психотической патологии, наркотические зависимости, девиантное и делинквентное поведение и т. п.) позволяют говорить о том, что главным показанием для ее применения является наличие у пациента длительно существующих интрапсихических конфликтов, продолжающихся в настоящем в активной, но неосознаваемой форме, продуцирующих симптомы, дезадаптацию или характерологические проблемы, достаточные для того, чтобы оправдать длительное и глубинное лечение.

Противопоказания к психодинамической терапии сформулированы более определенно. Первое из них включает отсутствие достаточно рационального и сотрудничающего Эго, способного к терапевтическому расщеплению и образованию «рабочего альянса». Второе определяется тем, что патология может быть столь незначительной, что психодинамическая терапия неоправданна. Третье связано с тем, что патология может иметь проявления, требующие неотложного вмешательства и нет времени для формирования аналитической ситуации. И наконец, четвертое противопоказание состоит в том, что жизненная ситуация пациента может оказаться не поддающейся изменению, поэтому курс психодинамической терапии может привести лишь к увеличению трудностей.

Основные правила психодинамической терапии

На первых сессиях психотерапевт знакомит пациента с правилами создания аналитической ситуации. **Основным правилом** психодинамической ситуации является то, что пациента просят говорить все, что он думает и чувствует, ничего не выбирая и ничего не опуская из того, что приходит в голову, даже если ему кажется, что сообщать это неприятно, неловко, смешно или неуместно. В то же время пациент должен слушать самого себя, пытаться придать сказанному смысл и сотрудничать в этом с психотерапевтом.

В основном правиле скрыты два взаимосвязанных принципа. Во-первых, в нем делается акцент на ценности распознавания и вербализации психических содержаний (мыслей, желаний, чувств и т. п.). Во-вторых, благодаря ему поддерживается принцип избегания непродуманной деятельности, основанной на одном желании. Запрет деятельности перекрывает мышечные каналы разрядки инстинктивных напряжений и направляет их по психологическим путям, где, в зависимости от воздействия сопротивления, они могут быть либо вербализованы, либо выражены в виде эмоций. Влияние этих принципов сдвигает акцент от слепого повторения или отреагирования («отыгрывания») к сознательным воспоминаниям.

Отметим, что некоторые пациенты воспринимают основное правило настолько буквально, что используют его для сопротивления, как оружие против психотерапевта, внешне скрупулезно выполняя все требования (особенно часто это происходит у личностей с обсессивным типом характера). Поэтому некоторые психодинамические терапевты не предоставляют своим пациентам четких указаний относительно основного правила, предпочитая непосредственное общение с анализом встречающихся на пути препятствий.

Правило аналитической ситуации состоит в том, что на протяжении всего времени психодинамической терапии как пациентом, так и психотерапевтом сохраняются одни и те же рамки, именующиеся **сеттингом**. В одно и то же время в одном и том же месте пациент ложится на кушетку (или софу), а психотерапевт садится сзади него, оставаясь большей частью вне поля зрения пациента, и вмешивается в процесс мышления пациента настолько мало, насколько это возможно, и не иначе как посредством собственных интерпретаций. Сессии обычно проходят 4 или более раз в неделю. Пациент в своем поведении руководствуется основным правилом, а психотерапевт старается поддерживать «свободно парящее» внимание, что является ответом на свободное ассоциирование пациента. Большая часть активности терапевта сводится к периодическим интерпретациям свободных ассоциаций.

Использование кушетки в психодинамической терапии является данью традиции, берущей начало от ранних экспериментов Фрейда с гипнозом. Интересно, что даже после прекращения использования гипнотических техник Фрейд считал кушетку полезным инструментом, так как испытывал неудобство при необходимости объяснять некоторые из своих эмоциональных реакций на пристальные взгляды пациентов, которые приходилось выдерживать несколько часов в день. Использование же кушетки позволяло ему чувствовать себя свободнее в выражении эмпатии к ним, что справедливо и для нынешних психотерапевтов.

Кроме того, использование кушетки, как оказалось, имеет и специфическое динамическое значение. Лежащий пациент и сидящий рядом терапевт символически воспроизводят раннюю ситуацию ребенок–родитель, смысловые нюансы которой варьируются от пациента к пациенту. Такая ситуация вполне может вызывать либо усиливать тревогу пациента (уходящую корнями в предэдиповскую тревогу, связанную с ранними отношениями внутри диады мать–ребенок), поэтому в начальной фазе терапии на первый план обычно выступают трудности, которые пациент испытывает в связи с необходимостью доверять «невидимому» терапевту, удержание этого доверия в условиях отсутствия немедленного поощрения и ответа, принятие разделенности пациента и терапевта.

Другой аспект использования кушетки – достижение определенного уровня сенсорной депривации, так как при этом устраняется значительная часть зрительных раздражителей. Кроме того, поскольку интерпретация и вмешательства терапевта довольно редки (особенно на начальном этапе психотерапии), сравнительное уменьшение зрительных и звуковых раздражителей способствует формированию регрессии.

Соблюдение основного правила и правила аналитической ситуации приводит к неизбежному возникновению у пациентов **свободных ассоциаций**. Отметим, что с точки зрения современного этапа развития психодинамической терапии этот термин выглядит довольно неудачным, так как выявлено, что ассоциации вовсе не являются свободными, а направляются тремя видами бессознательных сил: 1) **патогенным невротическим конфликтом**, 2) **желанием выздороветь** и 3) **желанием удовлетворить терапевта**. Взаимодействие этих факторов становится очень сложным и иногда угрожает успешному проведению психотерапии, например когда какое–либо стремление, неприемлемое для пациента и являющееся частью его патологии, вступает в конфликт с его желанием понравиться терапевту, который, по мнению пациента, тоже находит это стремление неприемлемым. С другой стороны, желание выздороветь может оставить отпечаток нереальности на процессе анализа в его начале, поскольку пациент (особенно с нарциссическим типом организации личности) может увидеть в психотерапевте–аналитике копию могущественной и доброжелательной фигуры из его реального или фантастического прошлого.

Ответом терапевта на свободное ассоциирование пациента является особый способ слушания, который подчиняется **правилу «свободно парящего»**, или **равномерно распределенного, внимания**. Согласно этому правилу, 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 степени стимулированы продукцией пациента. Поскольку, по крайней мере теоретически, чувствительность терапевта к мыслям и чувствам превышает возможности контроля пациента, обычно открывается возможность выработать некоторые предположения о том, что пациент пытается скрыть. Таким образом, терапевт может более прямым путем подойти к тому, что пациент пытается выразить косвенно с помощью метафор или действий. Так же 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 ним. В количественном выражении

аффект, с которым приходится сталкиваться терапевту, значительно слабее того, с которым имеет дело пациент, что дает терапевту возможность оставаться более объективным по сравнению с пациентом в отношении продукции последнего.

Чем дольше пациент и психотерапевт работают вместе, чем лучше терапевт знает своего пациента, тем легче достичь «свободно парящего» внимания. Если психотерапия продвигается успешно, терапевт накапливает сложные последовательности ячеек памяти, связанных с данным пациентом и доступных предсознательному терапевта. Иногда терапевт вообще может слушать вполуха или «считать ворон», однако, наблюдая за собственными фантазиями, он может обнаружить нечто весьма отдаленное от того, что говорит пациент, и лишь минутой позже услышать от него рассказ, идентичный собственным переживаниям. Подробные переживания показывают, насколько точно и активно терапевт может идентифицироваться с пациентом, насколько его собственная база данных о пациенте достаточна для возникновения таких свободных ассоциаций, которые могли бы быть и у самого пациента.

В дополнение к основному правилу существует другое правило, **правило нейтральности (абстинентности)**. Часто (и не очень верно) это правило понимают таким образом, что пациент во время курса психотерапии должен отказаться от удовлетворения влечений. Однако согласно этому правилу, пациент должен быть подготовлен к тому, чтобы продлить задержку удовлетворения инстинктивных желаний, с тем чтобы быть в состоянии говорить о них во время лечения. Психодинамический процесс может продвигаться только при условии оптимальной фрустрации желаний пациента, когда пациент может осознавать свои психические напряжения вместо того, чтобы уменьшать их с помощью непродуктивного удовлетворения или вытеснения. Подобно интерпретации, фрустрация должна быть четко выверенной по времени и дозироваться согласно способности пациента выдержать и интегрировать ее в любой момент терапии.

Из правила нейтральности вытекает **принцип оптимальности**, который делает процесс психодинамической терапии (особенно клинического психоанализа) большей частью медлительным и даже скучным. Психотерапевт, соблюдая принципы поддержки оптимального уровня тревоги у своего пациента, оптимального дозирования интерпретаций и удовлетворений, склонен рассматривать любой внезапный порыв как неудачу и потенциально травматическое переживание. Фрейд называл это «совершенной неудачей». Хотя часто целью психодинамической терапии остается устранение вытеснения и восстановление пробелов в воспоминаниях, постепенная интеграция вытесненного материала в целостную структуру личности является основным требованием психодинамической работы. Если работа идет слишком быстро, существует опасность, что психотерапия сама по себе станет опасной ситуацией. К этому особенно стремятся некоторые пациенты с мазохистическим типом организации личности, делая процесс психотерапии настолько травматичным, насколько это возможно.

Специфические и неспецифические средства психодинамической терапии

Эволюция концепций и понятий психодинамической терапии позволяет утверждать, что современный психодинамический метод сформировался в результате постепенного отказа от суггестивных методов и сосредоточения внимания на инсайте и воспоминаниях пациента, поддерживаемых интерпретациями психотерапевта. Поэтому, как отмечают Х. Томэ и Х. Кэхеле, «несмотря на сомнения в связи со смыслом, приписываемым понятиям «специфический» и «неспецифический», терапевтические средства легче классифицировать в рамках этих критериев, нежели по контрасту объектных отношений и интерпретации» (Томэ, Кэхеле, с. 371). При этом они указывают, что эти факторы должны рассматриваться как взаимодействующие. В определенных ситуациях фактор, обычно являющийся неспецифическим и входящий в состав молчаливого фона, может выйти на первый план и превратиться в специфическое средство.

Интерпретация и реконструкция

В литературе, посвященной средствам психодинамической терапии, **интерпретации** отводится особое место. Так, Э. Бибринг отмечает, что «интерпретация есть высшая инстанция в иерархии терапевтических принципов, на которых основывается психоанализ» (здесь и далее лит. по: Сандлер, Дэр, Холдер). М. Жиль утверждает, что «психоанализ есть метод, с помощью которого занимающий нейтральную позицию психоаналитик вызывает у пациента появление невроза регрессивного переноса и затем его прекращение исключительно путем интерпретации». Х. Лоувальд замечает, что «психоаналитические интерпретации основываются на самопонимании, а самопонимание реактивируется в акте интерпретации пациенту». Дж. Арлоу констатирует, что «с самого начала своей истории психоанализ представлял собой науку ума, дисциплину интерпретации: сначала в психопатологии, а позднее – в умственной деятельности в целом... [Интерпретация] рассматривается как существенный элемент психоаналитической техники, способствующий получению терапевтических результатов с помощью психоанализа... интерпретации, – наиболее характерный инструмент в арсенале психоаналитика».

Первые разработки в области психоаналитической интерпретации были связаны с интерпретацией сновидений. В «Толковании сновидений» Фрейд определил интерпретацию как процесс понимания и восстановления психоаналитиком латентного содержания сновидений путем изучения свободных ассоциаций пациента. Поэтому на ранних этапах развития психоанализа интерпретация носила выраженный дидактический характер. Психоаналитик раскрывал пациенту свою интерпретацию и объяснял ее.

По мере дальнейшей разработки техники психоанализа Фрейд стал говорить о том, что психотерапевт не должен открывать пациенту свою интерпретацию его снов и свободных ассоциаций, а держать ее в секрете от него до того времени, пока со стороны пациента не появятся признаки сопротивления. С этого времени Фрейд стал выражать свое «неодобрительное отношение к любому методу, при котором аналитик объясняет пациенту симптомы его болезни, как только сам для себя их раскрывает...». Кроме того, он начал проводить разграничение между интерпретацией и *передачей* интерпретации. Так, он писал: «Когда вы нашли правильную интерпретацию, перед вами встает другая задача. Вы должны дождаться подходящего момента, когда можно было бы сообщить свою интерпретацию пациенту с известной надеждой на положительный эффект... Вы сделаете большую ошибку, если... обрушите свою интерпретацию на голову пациента сразу же, как только ее обнаружили».

В 1927 г. Фрейд ввел еще одно разграничение между интерпретацией и конструкцией (сегодня чаще называемой реконструкцией). Он стал считать, что понятие интерпретации относится к тому, что производится с каким-то единичным элементом психотерапевтического материала (например, ассоциацией или оговоркой). Но когда предметом рассмотрения оказывается какое-то событие из истории жизни пациента, которое он сам забыл, вступает в действие **реконструкция** – «предварительная работа», способствующая появлению воспоминаний или их воспроизведению в виде переноса.

На более поздних этапах, по мере теоретической разработки структурного подхода и переноса акцента в психотерапевтической работе на анализ сопротивления и защит, все большее внимание стали уделять не только тому, *что* психотерапевт выбирает для сообщения пациенту, но и тому, *когда* и *в какой форме* он это делает. Кроме того, стали больше выделять невербальные факторы, которые входят в эффективную интерпретацию. К. Бреннер писал, что «для него тон и аффект коммуникации представляются важными аспектами терапевтического вмешательства в той мере, в какой они вносят свой вклад в то значение, которое им придает психоаналитик, а следовательно, в той мере, в какой они облегчают инсайт». Другие авторы подчеркивали значение контекста отношений между аналитиком и пациентом для создания творческой, обеспечивающей инсайт интерпретации. Х. Блюм «придавал

значение реальностям аналитической ситуации, таким как внешняя обстановка, стиль и действия (возможно, что и действия неправильные) психоаналитика, как экстратрансферентным факторам, имеющим тенденцию активировать или придавать реальность трансферентным фантазиям и упоениям».

На современном этапе термин «интерпретация» используется и как синоним почти всех видов словесного (а иногда и несловесного) воздействия на пациента, с одной стороны, и как специфическое разнообразие вербального участия—с другой. Р. Левенштейн считает, что комментарии со стороны психотерапевта, «создающие условия, вне которых процесс психоанализа был бы невозможен», являются не интерпретациями, а скорее комментариями, цель которых – освободить ассоциации пациента (например, те, «что вынуждают пациента следовать основополагающему правилу, цель которого – ослабить барьер или цензуру, существующие в обычных условиях между бессознательными и сознательными процессами...»). Собственно интерпретации – это вербальное участие, производящее «те динамические изменения, которые мы называем инсайтом». Левенштейн, таким образом, исключил из понятия интерпретации инструкции и объяснения. **Инструкцию** он считает термином, «применимым к тем пояснениям, которые аналитик дает пациентам, они увеличивают знание пациентов о себе. Такие знания извлекаются психоаналитиком из элементов, содержащихся и выражающихся в мыслях, чувствах, словах и поведении пациента».

К. Эйслер, напротив, указывает, что некоторые вербальные интервенции (то, что он назвал «параметрами метода») не входят в «базисную модель психоаналитического метода», но являются также важными для психотерапевтического процесса. Сюда относятся инструкции и **вопросы**, проясняющие получаемый от пациента материал. Он придерживается мнения, что «вопрос как тип коммуникации есть основной и, следовательно, необходимый инструмент анализа, инструмент, весьма отличный от интерпретации».

Р. Гринсон выделил некоторые из вербальных компонентов аналитического метода. Он считает, что «сам термин «анализирование» есть краткое выражение, обозначающее... некоторые приемы, способствующие возникновению инсайта». К таким приемам он относит: 1) **конфронтацию** – процесс привлечения внимания пациента к какому-то конкретному явлению с целью его прояснения и понуждения пациента к признанию того, чего он избегает и что ему в дальнейшем придется признать и осознать еще более четко; 2) **разъяснение** – процесс выявления психологических явлений, с которыми сталкивается пациент (и которые он готов немедленно рассмотреть); 3) **интерпретацию**, в понимании Гринсона означающую «перевод в осознанное состояние бессознательного смысла источника, истории, способа или причины данного психического события», и 4) **проработку**.

Таким образом, термин «интерпретация» используется в литературе по психодинамической терапии в следующих значениях:

- 1) выводы и заключения психотерапевта, касающиеся бессознательного значения и важности коммуникаций и поведения пациента;
- 2) сообщение психотерапевтом своих выводов и заключений пациенту;
- 3) все комментарии, делаемые психотерапевтом;
- 4) вербальные интервенции, специфически направленные на выявление «динамических изменений» посредством инсайта.

Кроме того, иногда проводится различие между интерпретацией и следующими интервенциями:

- 1) инструкциями, даваемыми пациенту относительно процедуры проведения психодинамической терапии для того, чтобы создать и поддерживать соответствующую атмосферу;
- 2) восстановлением некоторых аспектов предшествующей ранней жизни и жизненного опыта пациента на основании материала, получаемого во время психотерапии;
- 3) вопросами, имеющими своей целью извлечение и разъяснение материала;

4) подготовкой к интерпретации (например, демонстрацией повторяющихся паттернов в жизни пациента);

5) конфронтацией (в том виде, как их описывает Гринсон);

6) разъяснениями (также в том виде, как их описывает Гринсон).

Однако до сих пор считается, что ни одно определение интерпретации не является полным.

Отметим еще один момент, касающийся динамики интерпретации. Дж. Арлоу пишет: «Интерпретация не представляет собой простого, прямолинейного процесса. Это процесс сложный, разворачивающийся в логической последовательности... Аналитик интерпретирует динамический эффект каждого фактора, который вносит свой вклад в бессознательные конфликты в психике пациента. Он демонстрирует, как в разные моменты ощущения вины, страха наказания, утраты любви, реальных последствий чего-либо противостоят или накладываются на фантастические желания, пережитые пациентом в детстве. Аналитик разъясняет пациенту, как динамические сдвиги в его ассоциациях свидетельствуют о влиянии многих сил в конфликте, происходящем в психике пациента. Вследствие этого процесс интерпретации может занимать значительный период, в течение которого психоаналитик движется вперед в размеренном темпе, реагируя на динамическое взаимодействие между желанием, защитой и виной на каждом уровне интерпретации».

Содержательный аспект интерпретаций подробно и часто рассматривался в психодинамической литературе, особенно с точки зрения относительной эффективности различных ее типов.

Интерпретация содержания – процесс «перевода» манифестного материала в то, что понимается психотерапевтом как раскрытие его более глубокого смысла (обычно с особым акцентом на сексуальных и агрессивных желаниях и фантазиях детства пациента). Этот тип интерпретации был самым распространенным в первые десятилетия существования психоанализа. Такие интерпретации скорее рассматривают смысл (бессознательное содержание) того, что считалось подавляемым в психике пациента, нежели сами конфликты и борьбу, державшие эти воспоминания и фантазии в сфере бессознательного.

Символические интерпретации, представляющие собой перевод символических значений в том виде, как они проявляются в снах, оговорах и т. п.

Интерпретация защит является особой формой анализа сопротивлений, нацеленной на показ пациенту механизмов и стратегий, которыми он пользуется для защиты от болезненных ощущений, связанных с тем или иным интрапсихическим конфликтом, а если это возможно, то и объяснения происхождения этих действий. Интерпретации защиты считаются неотъемлемым компонентом интерпретаций содержания, поскольку последние рассматриваются как недостаточные в случае, если пациенту не раскрыт способ, с помощью которого он справляется со своими инфантильными импульсами. По этому поводу А. Фрейд замечает: «Техника, которая ограничивается исключительно переводом символов, заключала бы в себе опасность выявления материала, который бы полностью состоял из содержания Ид (оно) ... Оправдать такой метод можно было бы, сказав, что не было необходимости идти более длинным путем через Эго... Тем не менее, результаты такого анализа были бы неполными».

Допуск того, что одни виды интерпретации более эффективны, чем другие, содержится в понятии **мутационной (изменчивой) интерпретации**, под которой, согласно определению Дж. Стрейчи, понимаются интерпретации, вызывающие изменения Суперэго пациента. Непременным условием их эффективности является непосредственная связь с процессами, происходящими в аналитической ситуации непосредственно «здесь и сейчас» (так, по мнению Стрейчи, только интерпретации таких непосредственно происходящих процессов, особенно процессов переноса, обладают достаточной актуальностью и значительностью, чтобы произвести фундаментальные изменения). Это положение сыграло значительную роль в раз-

витии точки зрения, согласно которой психотерапевту следует производить только интерпретации переноса, так как это единственный вид интерпретаций, которые оказываются эффективными (мутационными).

Как отмечают Дж. Сандлер, К. Дэр и А. Холдер, в последнее время наблюдается возобновление интереса к **экстратрансферентным интерпретациям**. Х. Блюм по этому поводу пишет: «Экстратрансферентная интерпретация – это вид интерпретации, в определенном смысле лежащей вне отношений аналитического переноса. Хотя интерпретативное разрешение трансферентного невроза является центральной сферой аналитической работы, перенос не занимает центрального места в интерпретации, равно как он не является и единственной эффективно мутирующей интерпретацией или всегда наиболее значимой интерпретацией... Экстра–трансферентная интерпретация по своему месту и значению не является просто вспомогательной, подготовительной или дополнительной по отношению к трансферентной интерпретации. Анализ переноса играет существенную роль, но экстратрансферентная интерпретация, включающая генетическую интерпретацию и реконструкцию, также необходима... Аналитическое понимание должно охватывать накладывающиеся в некоторых аспектах друг на друга трансферентную и экстратрансферентную сферы, фантазию и реальность, прошлое и настоящее. Приверженность некоторых психоаналитиков к анализу исключительно переноса несостоятельна и может привести к искусственному сведению всех ассоциаций и интерпретаций к трансферентному шаблону и к идеализированному сумасбродству двоих (*folie a deux*)».

Х. Кохут в рамках сэлф–психологии предложил специфическую технику интерпретации, разработанную для проведения психодинамической терапии пациентов с нарциссическими отклонениями, а также пациентов на пограничном уровне функционирования. Согласно Р. Орнштейну, «психоаналитическая психология самости расширила теоретически и клинически центральные понятия психоанализа – понятия переноса и сопротивления, и наряду с этим произошли решительные двойные изменения, касающиеся того, как мы формулируем и фокусируем наши клинические интерпретации. Это был сдвиг: а) от единичных интерпретативных высказываний к более объемным реконструкциям или, как мы сказали бы сейчас, реконструктивным интерпретациям, и б) от преимущественно обосновываемого дедуктивно (*inferential*) к преимущественно эмпатическому методу наблюдения и коммуникации».

Таким образом, структура и содержание интерпретаций в значительной степени зависят от приверженности психотерапевта конкретной психодинамической теории. При этом по поводу оценки эффективности интерпретации также существуют разногласия, определяемые идеологической приверженностью авторов.

Например, Э. Гловер высказал предположение, что неточные и неполные интерпретации в определенных обстоятельствах все же могут способствовать некоторому терапевтическому успеху. Он объясняет этот успех тем, что в данном случае пациент обеспечивается альтернативной системой или организацией, способной действовать в качестве «нового заменяющего продукта» (на месте предшествующего симптома), «который Эго пациента теперь и воспринимает».

С. Айзекс при обсуждении процесса интерпретации придерживалась точки зрения о том, что опытный психотерапевт благодаря своим профессиональным навыкам использует интерпретации как научные гипотезы относительно деятельности пациента. Она пишет, что «такое понимание более глубокого смысла материала пациента иногда описывается как интуиция. Я предпочитаю избегать данного термина из–за его мистического подтекста. Сам процесс понимания, возможно, в значительной степени является бессознательным, но не мистическим. Его лучше назвать *перцепцией*. Мы воспринимаем бессознательное значение слов и поведение пациента как объективный процесс. Наша способность проследить

его зависит... от богатства процессов, происходящих в нас самих, частично сознательных, частично бессознательных. Но это есть объективное восприятие того, что происходит в психике пациента, и оно основывается на реальных данных».

Это понимание интерпретации не разделял Ч. Райкрофт, считавший, что Фрейд не пытался объяснить явление «каузально», а стремился понять и определить его смысл. Соответственно процедура, которой он занимался, была не научным процессом установления причин, а семантической операцией раскрытия его смысла. Действительно, можно утверждать, что работа Фрейда в значительной степени была семантической акцией и что он сделал революционное открытие в семантике, гласящее, что невротические симптомы являются значимыми завуалированными коммуникациями, но из-за своего естественно-научного образования и приверженности к научной форме он сформулировал свои открытия в концептуальной рамке физических наук.

Взгляды Э. Криса являются промежуточными между двумя этими крайними позициями. Он ссылается на «хорошо известный факт, что восстановление событий детства вполне может быть связано и, как я полагаю, в действительности достаточно часто связано с некоторыми мыслительными процессами и ощущениями, которые не обязательно «существовали», когда происходило данное «событие». Они, возможно, либо никогда не достигали сознания, либо возникли гораздо позже во время «цепи событий», с которой увязывалось первоначальное переживание. Через реконструктивные интерпретации они имеют тенденцию стать частью выбранного набора событий прошлого, составляющего биографическую карту, которая в благоприятных случаях поднимается в сознание в ходе психоаналитической психотерапии».

В связи с проблемой зависимости эффективности интерпретации от теоретической ориентации психотерапевта М. Балинт подчеркивал, что конкретный аналитический язык, используемый специалистом в процессе психотерапии, равно как и система ссылок, неизбежно определяет то, как пациент приходит к пониманию самого себя. С этой точки зрения, по-видимому, можно утверждать, что терапевтические изменения, являющиеся следствием действия психотерапии, в значительной степени зависят от создания стройной и организованной концептуальной и эмоциональной системы, в рамки которой пациент может эффективно поместить себя и свое субъективное переживание себя и других. Р. Майкелз пишет о том, что «любая интерпретация представляет собой миф в том смысле, что интерпретация предлагает организующий принцип понимания опыта, пережитого пациентом, принцип интегрирования его прошлого в контексте значения ранее недостижимого для него. Всякая интерпретация есть миф в том же смысле, как и то, что любая история есть миф. Интерпретации не являются либо истинными, либо ложными. Каждому набору «фактов», относящихся к прошлому, соответствует множество мифов. Историческая истина нераскрываема, иметь место могут лишь попытки дать объяснение фактам, которые следует воспринимать только с учетом существующих ограничений».

Развивая эти идеи, Р. Шейфер выдвинул положение о том, что психоанализ следует рассматривать как **повествовательную транзакцию**. Он пишет, что «в действительности аналитик рассматривает и то, о чем говорит пациент, и паузы, которые он делает во время своего рассказа, видя в них специфические особенности выступления пациента в роли рассказчика, т. е. его изложения событий, происшедших с ним в прошлом или происходящих в настоящем. Когда пациент рассматривается как человек, выступающий с рассказом о каких-то событиях, то понятно, что он дает лишь одну версию из целого ряда возможных описаний этих событий. При таком взгляде становится понятным, что мы не имеем доступа к событиям прошлого, ибо эти события могут существовать лишь как часть повествовательных описаний, которые были созданы или могут быть созданы пациентом или психоаналитиком с различными целями и в различных контекстах... можно сказать, что психоаналитик

вовлечен в действия по пересказу или повествовательной ревизии, пересмотру... он следит за развитием определенных линий сюжета, связанного с развитием личности пациента, конфликтными ситуациями, которые тот когда-то пережил, и субъективным переживанием, и специфика этого прослеживания показывает отличительные черты его аналитической теории и его подхода... мы, следовательно, можем говорить о том, что аналитическая интерпретация далека от раскапывания и восстановления старых, давно забытых событий как таковых, имевших место в прошлом, она создает и развивает новые живые, вербализируемые и вербализированные версии изложения этих событий. Только в таком случае эти новые версии могут занять прочное место в непрерывной, убедительной, связной и современной психоаналитической истории жизни пациента».

Д. Спенс отмечает, что истинность интерпретации или реконструкции никогда не может быть известна. Психотерапевт в психодинамической терапии конструирует «историю», которая удовлетворяет определенным эстетическим и прагматическим критериям, и интерпретирует ее в рамках повествовательной традиции, в которой важными аспектами являются связность, последовательность и способность убеждать рассказчика. Вместо исторической истины выступает истина повествовательная, которая создает способ понимания и объяснения фактов прошлого и дает внешнюю уверенность, заменяющую истинные знания, недоступные для психотерапевта.

Инсайт

Понятие **инсайта** широко используется не только в психодинамической терапии, но и в других видах психотерапии, а также в психологии и психиатрии в целом. На ранних этапах развития психоанализа под ним имелось в виду только эмоциональное отреагирование терапевта. С переходом к теории влечений термин «инсайт» стал обозначать понимание психотерапевтом материала, получаемого от клиента. Постепенное осознание необходимости анализировать перенос и трансферентные сопротивления привело к пониманию важности эмоционального контекста, на фоне которого и происходит понимание пациентом своих проблем. Однако большинство психоаналитиков считают, что интеллектуального понимания причин проблем недостаточно для успеха терапии, иначе, как отмечают Дж. Сандлер, К. Дэр и А. Холдер, «пациента можно было бы излечить, предоставив ему учебник по психоанализу». С точки зрения психодинамической терапии прежде всего необходимо определенное эмоциональное переживание, аккомпанирующее интеллектуальному пониманию.

Несмотря на констатацию того, что «интеллектуальные» элементы в инсайте сами по себе неэффективны, в последнее время все большая роль в порождении инсайта отводится когнитивным процессам. Так, Дж. Барнетт замечает, что «знание действительно становится инсайтом только тогда, когда сопровождается значительными изменениями в психической деятельности пациента и способах организации опыта. Наш интерес к инсайту должен сдвинуться в направлении перестройки и переструктурирования познавательной деятельности пациента как моста между инсайтом и терапевтическими изменениями».

Одновременно с признанием когнитивных аспектов инсайта стал разрабатываться вопрос о способности к инсайту. Детский психоаналитик Х. Кеннеди описал изменения в способностях к инсайту, происходящие на протяжении жизни, начиная от ребенка дошкольного возраста до отрочества и взрослого возраста. Эти способности развиваются «от случайных осознаний ребенком состояния удовольствия и боли к сознательному и объективному самонаблюдению взрослого с интрапсихическим фокусом, который, вместе с интегративными функциями Эго, включает инсайт в полезные психические контексты».

А. Фрейд писала о развитии способности к инсайту в детстве и рассматривала вопрос о наличии и отсутствии этой способности как фактора нормального развития. Она пришла к выводу, что для ребенка, не развившего адекватного инсайта, «второй шанс» в этом отношении дает юность.

В связи с признанием важности инсайта в развитии личности П. Грей пишет о том, что каждая новая ступень инсайта, достигаемая пациентом, «сопровождается важным, приобретаемым на опыте инсайтом, что Эго взрослого действительно способно сознательно, силой воли справляться с ограничениями и разрядкой инстинктивных проявлений жизни... Этот аспект терапевтического действия есть форма *познания* своей способности управлять силами Эго *с помощью опыта* автономного постепенного контроля над импульсами, подлежащими коррекции». Он замечает, что «в соответствующие моменты, используя необходимые слова, я приглашаю пациента принять участие в наблюдении за тем, что происходит».

Значение образования у анализируемого «идеала инсайта» подчеркивается Х. Блюмом: «Психоаналитический инсайт в бессознательные процессы и содержания включает в себя постепенную трансформацию внутренних запретов и идеалов путем терпимого отношения к ранее запрещенным любопытству и знанию. Аналитический процесс зависит от послабления цензуры и анализа мотивов и способов самокритики и самонаказания».

М. Хоровиц указывает на то, что процесс открытия и инсайта может продолжаться и развиваться и после того, как курс психотерапии закончен. Он пишет: «Из ряда успешно проведенных психоанализов, по всей видимости, можно сделать вывод о том, что ответные реакции на интерпретацию, ведущие к полезному инсайту, подвергаются постоянному пересмотру как в ходе психоанализа, так и после его завершения. Эта постоянная ревизия позволяет учитывать собственные открытия пациента и связана с его памятью, реконструкцией или его биографией».

Проработка

Клиническое понятие **проработки** впервые появилось в статье Фрейда «Вспоминание, повторение и проработка». В ней он говорил о том, что в первой фазе развития психоанализа цель лечения состояла в **вызывании** в памяти большого патогенного травматического события, послужившего причиной возникновения невроза. Затем, по мере отказа от гипнотических методов, задачей психоаналитического лечения стало **восстановление** важных забытых воспоминаний и связанных с ними последствий через свободные ассоциации пациента, что, в связи с сопротивлением, требовало от последнего «напряженной работы». Впоследствии восстановление важных воспоминаний уступило место **повторению** этих событий в форме переноса и отреагирования. Работа психоаналитика теперь в большей степени рассматривалась как направленная на интерпретацию сопротивлений пациента, а также на раскрытие ему того, как прошлое повторяется в настоящем. Но даже если психоаналитику удавалось раскрыть наличие сопротивления и показать его пациенту, этого оказывалось недостаточно, чтобы добиться улучшения его состояния. По этому поводу Фрейд писал: «Необходимо дать пациенту время осознать это сопротивление, о существовании которого ему теперь известно, *проработать* его и преодолеть, – продолжая аналитическую работу в соответствии с фундаментальным правилом психоанализа... Эта проработка сопротивления может оказаться на практике сложной задачей для пациента и тяжелым испытанием для психоаналитика. Тем не менее, это часть работы, которая производит большие изменения в состоянии больного и которая отличает психоаналитическую процедуру от любого вида лечения суггестивным методом».

Хотя Фрейд позднее дифференцировал ряд различных источников сопротивления, он связывал необходимость проработки с конкретной формой сопротивления, проистекающей от «принуждения к повторению» и так называемого «ид–сопротивления». Кроме того, говоря о необходимости проработки, Фрейд писал о «психической инерции», о «залипании» и «медлительности» либидо как о силе, препятствующей успеху психотерапии. Таким образом, для Фрейда термин «проработка» подразумевал совместную работу психотерапевта и пациента по преодолению сопротивлений к изменению, связанных прежде всего с тенденцией инстинктивных влечений цепляться за привычные для них модели разрядки. Прора-

ботка представляла собой аналитическую работу, *дополнительную* по отношению к работе психоаналитика по раскрытию конфликтов и сопротивлений. Интеллектуальный инсайт без проработки считался недостаточным для достижения терапевтического успеха, поскольку в этом случае сохранялась тенденция повторения привычных способов функционирования.

В дальнейшем исследователи подчеркивали, что важное значение для проработки имеет **прослеживание** конфликта в различных областях жизни пациента. Как пишет об этом Ф. Фромм–Райхман, «...восприятие пациентом любой новой информации, любое осознание, достигаемое интерпретативными разъяснениями, должно завоевываться снова и снова и проверяться в новых связях и контактах с другими, переплетающимися с ними переживаниями, независимо от того, могут ли они или не могут сами по себе подвергнуться интерпретации».

П. Гринейкер подчеркивала важность проработки в тех случаях, когда событие травматического характера, пережитое в детстве, имело обширные последствия для различных сторон личности. «Уже давно признано, что если воспоминания детства восстанавливаются слишком быстро илиотреагируются в переносе, не подвергаясь адекватной интерпретации, абреакция в рассматриваемый момент может стать достаточно ощутимой, но не иметь длительного воздействия. В таких случаях проработка не считалась необходимой для восстановления памяти. Но сейчас признана необходимость поддержания любого терапевтического воздействия: не чтобы уменьшить сопротивление и добраться до воспоминаний, а чтобы вновь и вновь демонстрировать пациенту действие инстинктивных тенденций в различных жизненных ситуациях». Далее она пишет, что «механизмы защитного конфликта в какой-то степени сохраняются, если этот конфликт и его воздействие в различных ситуациях не подвергаются постоянному разбору...». Она также высказывает мысль о том, что заострение внимания на анализе механизмов защиты привело к «признанию необходимости последовательной работы с паттернами защиты... Эта работа в значительной степени охватывает то, что ранее было названо проработкой».

В своих рассуждениях по поводу проработки С. Ноуви высказывал мысль о том, что во взаимоотношениях пациента и психотерапевта существуют факторы, общие с другими методами лечения, которые способствуют необходимости проработки. Эти факторы (поддерживающие методы и т. д.) столь же необходимы, как и правильная интерпретация. Кроме того, С. Ноуви подчеркивал, что проработка встречается не только в аналитической ситуации. «Во многом то, что можно было бы назвать проработкой в подлинном смысле данного термина, это время, используемое на переживание и повторное переживание в интеллектуальном и эмоциональном смыслах, имеющих целью вызвать ощутимые изменения в состоянии пациента». А. Валенштейн высказывался подобным образом в отношении «работы», которая может продолжаться и после завершения психодинамической терапии, в период автономного самоанализа, новые инсайты влияют на структуризацию психического материала.

Р. Гринсон дал определение проработки через инсайт и изменение. «Мы не рассматриваем аналитическую работу как проработку до того, как пациент пройдет через инсайт, проработка начинается лишь после этого. Цель проработки – сделать инсайт более эффективным, т. е. произвести в психическом состоянии пациента как можно более заметные и прочные сдвиги... Анализ сопротивлений, препятствующих тому, чтобы инсайт дал ощутимые результаты, и есть задача проработки. Вклад в эту работу вносят как пациент, так и психоаналитик... проработка есть в значительной степени повторение, углубление и расширение анализа сопротивлений».

Несколько позднее Гринсон добавил, что «только аналитическая работа, ведущая к инсайту, и может быть названа аналитической работой в подлинном смысле, в то время как аналитическую работу, ведущую от инсайта к изменениям в поведении, отношении и структуре, следует считать проработкой». Элементы этой работы заключаются в следующем: 1)

повторение интерпретаций, особенно анализ трансферентных сопротивлений; 2) разрушение изоляции, отделяющей аффекты и импульсы от переживаний и воспоминаний; 3) расширение и углубление интерпретаций, раскрытие множественных функций и детерминант прошлой жизни и производных поведенческих фрагментов; 4) реконструкции прошлого, помещающие пациента и другие жизненно важные фигуры из его окружения в живую перспективу (сюда относятся и реконструкции образа самого себя в различные промежутки прошлого); 5) изменения, ведущие к облегчению в реакциях и поведении, в свою очередь, позволяющие ранее заторможенному пациенту решиться на проявления новых типов реакций и поведения в отношении импульсов и объектов, которые до этого он считал опасными для себя. Обычно пациент сначала подвергает проверке это новое для себя поведение в аналитической ситуации, а затем уже реализует во внешнем мире. Это новое поведение является в какой-то мере менее искаженной производной опыта ранних лет пациента.

М. Шейн предложил рассматривать проработку в процессе развития, подчеркивая, что этот процесс аналогичен процессу, происходящему при нормальном развитии ребенка. Он говорил, что «интерпретация является необходимым, но недостаточным элементом для объяснения терапевтического изменения... процесс проработки состоит не только из повторяющейся интерпретации сопротивления и содержания в многочисленных эпизодах из прошлого пациента, но также и из не менее важного процесса развития». Это развитие рассматривалось как способствующее структуральному изменению, являющемуся результатом ряда шагов, следующих за каждой правильной интерпретацией: 1) получение и понимание нового инсайта (включая преодоление сопротивлений инсайту); 2) применение нового инсайта для реализации других способностей (начало структурного развития); 3) постижение самого себя в новом качестве в результате реализации своих новых способностей (продолжающееся структурное развитие); 4) скорбь по поводу утраты старой самости, преодоление ее и старых объект-привязанностей (с консолидацией структурного развития).

Неоднозначным остается и вопрос о том, является ли проработка работой пациента или психотерапевта. Ранние психоаналитические авторы (например, О. Фенихель, Э. Гловер и др.) считали, что проработка – это преимущественно работа, предпринимаемая психотерапевтом, а не пациентом. Этой точки зрения придерживаются и некоторые сторонники теории М. Кляйн. Так, И. Пик пишет: «Постоянное проецирование пациента на психоаналитика есть сама сущность психоанализа: всякая интерпретация имеет целью движение от параноидно-шизоидного состояния к депрессивному. Это справедливо не только в отношении пациента, но и в отношении психоаналитика, который снова и снова испытывает потребность в регрессии и проработке. Я подозреваю, что истинная проблема выбора глубинной или поверхностной интерпретации коренится не столько в терминах, обозначающих уровень, к которому идет обращение, а в том, до какой степени психоаналитик проработал процесс внутренне в ходе выработки своей интерпретации... проблема состоит в том, в какой степени психоаналитик позволяет себе иметь то или иное переживание, переварить его, сформулировать в виде интерпретации и изложить пациенту».

Другой представитель кляйнианской школы, Э. О'Шоннеси, напротив, подчеркивает работу, проделываемую пациентом: «...когда пациент ощущает, что психоаналитик понимает его слова (меняющиеся интерпретации), он может постепенно проникаться сознанием своих изначальных способов взаимодействия, пока наконец не приобретет способность понимать себя самостоятельно, выражаясь при этом своими собственными словами. Это вызывает структурное изменение и возобновление в развитии Эго, а это и есть момент мутативного изменения. Короче: меняющиеся интерпретации сами по себе не есть изменения. Они ставят пациента в ситуацию изменения. Но он сам должен осуществить активную, варьирующую проработку своими собственными словами».

М. Седлер добавляет по этому поводу: «Психоанализ четко определил проблему невроза, но он не может разрешить ее; это должен сделать сам для себя каждый индивид. Аналитическая ситуация структурирована специально таким образом, чтобы способствовать этому разрешению, и психоаналитик, его технические навыки и ситуация переноса являются неотъемлемыми факторами в общем процессе... проработка обозначает тот аспект процесса, который анализируемый в конечном счете считает для себя самым дорогим, ибо он олицетворяет свой собственный триумф – а отнюдь не наш – над скрытыми действиями своей невротической жизни».

Таким образом, развитие теории психодинамической терапии привело к потере первоначального понимания термина «проработка». Тем не менее, он продолжает широко использоваться и рассматриваться большинством психодинамических психотерапевтов как одно из основных клинических и технических понятий психотерапии. Проработка включает в себя как работу пациента, так и работу психотерапевта и связывается с необходимостью преодоления сопротивления, имеющего самые разные источники. С этим понятием также связаны необходимость подкрепления и вознаграждения в психодинамической терапии с целью завершения научения и образования новых структур (соответственно и подавления или исчезновения старых).

Процессуальные модели психодинамической терапии

Отметим, что сам Фрейд очень мало написал о технике психотерапии. Существующие же технические рекомендации Фрейда по ведению психотерапии, как отмечают Х. Томэ и Х. Кэхеле, «довольно поверхностны, намеренно туманны и неопределенны в отношении общего хода лечения» (Томэ, Кэхеле, с. 470). Э. Гловер пишет, что «хотя по ним можно составить целую серию правил и стратегий, невозможно вычленить какое-либо понимание целого процесса, помимо простого обозначения начальной, средней и заключительной фаз анализа» (здесь и далее цит. по: Томэ, Кэхеле).

Задача развития моделей психодинамической терапии, которые представляли бы собой нечто большее, чем просто свод технических принципов, а с момента ее постановки Э. Бибрингом на Мариенбадском конгрессе в 1936 г. прошло немало времени, оказалась трудно разрешимой. Поэтому приводимые ниже описания попыток сформулировать процессуальные модели отражают актуальное состояние развития теории в этой области.

Классическая психоаналитическая модель предполагает не дифференцированную по фазам проработку интрапсихических конфликтов пациента на эдиповом уровне. Пациенты, чьи проблемы лежат на других уровнях либо, направляются к представителям других видов психотерапии (естественно, психодинамически ориентированных), либо для них создается новая школа психотерапии. Такая ситуация в конце концов привела к специфической дифференциации психоанализа в соответствии с типом заболевания, что вполне соответствует требованиям Фрейда к проведению психоанализа.

Создатель **прогрессирующей модели** П. Фюрстенау (разработавший ее на основе своего опыта клинической супервизии) рекомендует различать в процессе психодинамической терапии два взаимосвязанных процесса, которые вместе составляют **прогрессирующую структуру**: «1) Процесс постепенного структурирования и нормализации Я с периодически возникающими фазами тяжелых структуроформирующих рецидивных кризисов и те способы, какими психотерапевт справляется с ним путем замещения и поддержки, и 2) процесс сценического развертывания и обработки фиксаций, слоя за слоем, через анализ переноса и контрпереноса».

Фюрстенау выделяет семь фаз психотерапии, каждая из которых описывается им с позиций проработки жестких паттернов, которые несет с собой пациент, и построения нового паттерна взаимоотношений. В первой фазе психотерапевт играет в отношении пациента материнскую роль с целью обеспечения атмосферы безопасности. Во второй фазе

пациент разворачивает свою симптоматику. При этом он все еще мало интересуется пониманием бессознательных связей, но делает важные открытия в отношении надежности и уверенности терапевта. В третьей фазе происходит обращение пациента к негативным аспектам ранних взаимоотношений с матерью. В четвертой фазе происходит обращение к себе (к собственному Я) путем выявления скрытой агрессии и оскорблений из области ранних отношений матери и ребенка. На этой фазе возможно улучшение диффузных депрессивных симптомов. Кроме того, пациент на собственном опыте узнает, что аналитик интересуется его скрытыми фантазиями, но делает это ненавязчиво и не заставляет его испытывать чувство вины за свой нарциссический уход. В пятой фазе выявляется сексуальная идентичность пациента. Эта тема продолжается в шестой фазе – фазе эдиповой триангуляции. Завершение лечения в седьмой фазе облегчается вновь развившимися отношениями, которые пациент смог установить как с самим собой, так и с партнерами. В центре внимания находится проработка периода оплакивания, траура и прощания.

Отметим, что в своей модели Фюрстенау различает два класса психических расстройств, которые он называет невротами с относительно интактным Эго и структурными расстройствами Эго. Последний класс включает пациентов психотического уровня функционирования, с нарциссическим и психопатическим типами организации личности, с наркотическими зависимостями, сексуальными перверсиями и психосоматической патологией. В отличие от психотерапии пациентов с неповрежденным Эго, которая проходит все вышеописанные фазы, особенно при первом из двух частичных процессов, в психодинамической терапии пациентов со структурными расстройствами Эго частичные процессы переплетаются. К тому же для последней группы пациентов характер психотерапии меняется, особенно на первых трех фазах лечения. Например, в первой фазе психотерапевту приходится все в большей степени брать на себя замещающие функции. Более того, не существует ясного перехода к четвертой фазе, и во второй половине этого процесса доминирует чередование занятий пациента собой с занятиями с другими. Соответственно происходит постоянная смена вмешательств аналитика, работающего то над переносом и сопротивлением, с одной стороны, то над укреплением Я пациента – с другой.

Существенным аспектом прогрессирующей процедуры Фюрстенау является то, что психотерапевтический процесс делится на фазы, характеризующиеся фиксированным содержанием. Это имеет большое значение, так как само по себе обладает терапевтической функцией: придает терапевту уверенность в своих силах. Недостатком этой модели, по мнению Х. Томэ и Х. Кэхеле, служит лежащее в ее основе предположение о том, что последовательность фаз в каждом процессе организована подобно линейной проработке онтогенетического развития.

Представитель сэлф–психологии, Х. Кохут, в своей процессуальной модели настаивал на фундаментальном различии между психотерапевтической техникой, основанной на теории влечений и эгопсихологии, и техникой, базирующейся на его **теории восстановления Я**. Согласно его представлениям, психотерапевтический процесс определяют следующие составляющие:

- 1) Я–объект ищет себя в других;
- 2) имеется недостаток эмпатического резонанса со стороны матери, что в конечном итоге определяет дефицитарность Я. Эмпатический резонанс состоит из нескольких определяемых развитием стадий: зеркального переноса, двойникового переноса и идеализирующего переноса Я. Они определяют форму, которую принимает эмпатический резонанс, и описываются как базовые потребности человека;
- 3) дефицитарность Я дает основу для всех расстройств. В своих более поздних работах Кохут рассматривает даже эдипову патологию как эманацию лишенных эмпатии матери

или отца. По его мнению, если Я не было первоначально повреждено, не будет иметь места кастрационная тревога с ее патологическими последствиями;

4) после того как сопротивления, направленные против возобновления Я–объектных фрустраций (т. е. фрустраций, являющихся следствием того, что другой не таков, как нам бы хотелось), преодолены, в терапевтическом процессе происходит мобилизация Я–объектных переносов с неизбежными конфликтами в аналитических отношениях. Конфликт имеет место между постоянной потребностью в соответствующих Я–объектных реакциях, с одной стороны, и страхом пациента перед повреждением Я–с другой. Если пациент чувствует, что его понимают, архаичные нужды, от которых он отказался, возрождаются в отношении к Я–объекту в Я–объектном переносе;

5) отношения между Я анализируемого и Я–объектом, т. е. Я–функцией психотерапевта, неизбежно неполны. А поскольку попытка установить полную эмпатическую гармонию с анализируемым обречена на неудачу, имеют место регрессии Я и симптоматика, понимаемые как продукты дезинтеграции;

6) путем своего эмпатического резонанса психотерапевт чувствует обоснованные потребности пациента в его функции Я–объекта, которые погребены под искаженными манифестациями. Он проясняет ход событий и корректирует свое собственное недопонимание;

7) целью психотерапии является трансформация функции Я–объекта аналитика в функцию Я анализируемого – **трансмутационная интернализация**. При этом укрепление структуры Я не означает никакой независимости от Я–объектов; напротив, это означает большую способность находить их и использовать.

Применение этих положений к процессу психотерапии расстройств невротического круга ведет к следующей структуре фаз:

- 1) фаза общих упорных сопротивлений;
- 2) фаза эдиповых переживаний в традиционном смысле, в котором доминируют переживания тяжелой кастрационной тревоги (эдипов комплекс);
- 3) возобновление фазы тяжелого сопротивления;
- 4) фаза дезинтеграционной тревоги;
- 5) фаза легкого беспокойства, перемежающегося с радостными предчувствиями;
- 6) завершающая фаза, для которой Кохут предлагает термин «эдипова стадия», с тем чтобы указать на ее роль здорового и зрелого шага в направлении развития, начало устойчивого, дифференцированного в соответствии с полом Я, что обещает творчески продуктивное будущее.

Сам Кохут указывает, что одно из теоретических положений, лежащих в основе этой классификации фаз, заключается в том, что процесс анализа обычно идет от поверхности вглубь. Из этого он делает вывод, что последовательность переносов обычно повторяет последовательность развития в обратном порядке. Соответственно конечная цель этой процессуальной модели состоит в том, чтобы продемонстрировать пациенту, что в мире действительно существует поддерживающее эхо эмпатического резонанса.

Критика, которой подвергают эту процессуальную модель Х. Томэ и Х. Кэхеле, состоит в том, что используемый во всех работах Кохута объясняющий механизм является современным вариантом принципа безопасности. На место инстинктивного желания помещается регуляция отношений со значимым другим, который при этом понимается в соответствии с теорией нарциссизма.

У. Мозер представил теорию регулирования психических процессов, в которой объектные отношения, аффекты и процессы защиты описаны с использованием терминологии, обычно применяемой в моделях искусственного интеллекта. В этой модели взаимоотношения пациента и психотерапевта понимаются как взаимодействие двух процессуальных

систем, действующих в соответствии с явными и неявными правилами²². Основное положение этой модели заключается в том, что психотерапевт и пациент постоянно создают образы (модели) состояния регулирующей системы, как своей собственной, так и других, и их предполагаемого взаимодействия. Важной особенностью модели является то, что устанавливается специальный регулирующий контекст для создания и поддержания взаимоотношений, в него входят желания и правила для реализации взаимоотношений. Правила, управляющие отношениями, включают также те, которые принадлежат к коммуникативным «жестким конструкциям», регулирующим взаимодействие. Такие правила не представляют интереса для психотерапевтического процесса, кроме тех случаев, когда они серьезно нарушены и проявляют себя в качестве патологических явлений. Общее клиническое значение имеют так называемые Я-релевантные правила отношений, которые важны для поддержания стабильности всей регулирующей системы. Им подчинены объект-релевантные правила, следующие за данными социальными правилами отношений. Первое понимание переноса ведет к различению этих двух наборов правил: перенос происходит только там, где вовлечены Я-релевантные правила.

Согласно этой модели, психотерапевтический процесс начинается тогда, когда пациент стремится получить помощь от регулирующей способности аналитика. Он делает это своим типичным путем, определяемым его развитием. Задачей психотерапевтического процесса служит прояснение бессознательно возникающих ожиданий, которые пациент связывает с терапевтом. Для этой цели в модели определяются четыре главные функции терапевтических отношений:

- 1) расширение процесса когнитивно-аффективного поиска в отношении регулятивной активности, особенно расширение Я-отражающих способностей;
- 2) подготовка и введение модели отношений между терапевтом и пациентом, с помощью чего улучшаются взаимодействия «здесь и сейчас»; впоследствии эта модель должна быть преобразована в реальные отношения вне терапии;
- 3) постепенная модификация терапевтического взаимодействия в смысле пересмотра распределения регуляторных функций между терапевтом и пациентом;
- 4) модификация регулятивной системы анализируемого средствами большей дифференциации Я-отражающих функций.

Анализ переноса и контрпереноса берет начало в применении этих четырех главных функций к терапевтическим отношениям. Вытекающие отсюда процессы проходят различные фазы, в которых разнообразные анализируемые моменты прорабатываются снова и снова. С этой точки зрения инсайт описывается как построение все более точных способов, поиск которых повторяется вновь и вновь.

Группа под руководством Дж. Вайса и Х. Сэмпсона провела критический анализ различных теорий защит (в рамках теории влечений и эгопсихологии) и предложила определять психодинамическую терапию как конфликт между потребностью пациента выразить свои бессознательные патогенные убеждения и усилиями психотерапевта пройти эти критические ситуации таким образом, чтобы пациент не испытал никакого подтверждения своих негативных ожиданий.

Если исход этой работы положителен, то пациент приобретает чувство безопасности, основанное на знании о том, что больше не существует никакого оправдания для его инфантильных паттернов «желание-защита», и поэтому ему нет нужды возобновлять действия по их регулятивной функции. Соответственно ход психодинамической терапии рассматри-

²² В качестве примера процессуальной системы можно представить вторую топикку, в которой взаимодействуют три регулирующих контекста – Эго, Суперэго и Ид. Под «контекстом» понимается «свободная группировка аффективных когнитивных функций, взаимодействие которых является более или менее напряженным» (цит. по: Томэ, Кэхеле).

вается как последовательность некоторых тестирующих реальность актов взаимодействия «пациент–психотерапевт», в которых пробуются и прорабатываются темы, характерные для отдельных пациентов. В дальнейшем было показано, что, если аналитическая ситуация обеспечивает необходимую пациенту атмосферу безопасности, вытесненный материал может появиться без тревоги, даже если не дается развернутой интерпретации. Согласно этой модели, удовлетворительное завершение терапии наступает тогда, когда опровергаются все патогенные ожидания пациента.

По мнению Сэмпсона и Вайса, формальные шаги, характеризующие ход психотерапии, имеют место вообще в любом виде психодинамической психотерапии, независимо от того, имеет ли или разделяет ли психотерапевт какую–либо теоретическую модель или нет. Таким образом, модель исследовательской группы «Гора Сиона» претендует на общую обоснованность, независимо от особенностей проблем пациента, фазы психотерапии или особенностей техники психотерапевта. Но при этом, как отмечают Х. Томэ и Х. Кэхеле, она касается только одного аспекта психотерапии – попыток пациента заставить психотерапевта действовать определенным образом и реакций на это психотерапевта. «Весь процесс, очевидно, рассматривается как серия таких последовательностей, и ничего не говорится по поводу возможности перемен в последовательности хода терапии». Существует лишь различие между кратковременными и долговременными эффектами от опровержения предположений пациента. Кратковременный эффект заключается в том, что беспокойство пациента уменьшается, постепенно он становится более расслабленным, начинает принимать более активное участие в работе и смелее встречает свои проблемы. Критерием долговременного эффекта служит появление новых воспоминаний.

Основные этапы и факторы психодинамического воздействия

Начальный этап

С того момента, как пациент уясняет суть психодинамической терапии, психотерапевт постоянно снижает свою вербальную активность, предпочитая слушать пациента. Этот прием получил название «**пассивной**» манеры поведения психотерапевта. Во многих случаях этот переход, хотя пациента и предупреждают о нем в процессе объяснения процедуры терапии, вызывает ряд вопросов, прежде всего о том, почему терапевт предпочитает молчать, а говорить должен пациент. В этом случае обычно рекомендуется отвечать следующим образом: «Я внимательно слушаю вас. Я хочу получше понять, каким вы видите мир, и не вмешиваться в то, что вы говорите».

Прислушиваясь вместе с пациентом к его свободным ассоциациям, терапевт пытается выявить основные направления течения и способы выражения мыслей и чувств, а также те защитные механизмы, которые препятствуют их свободному выражению. Помимо этого терапевт внимательно наблюдает и за невербальным планом коммуникации, отмечая все моменты ее **инконгруэнтности**, т. е. несовпадения того, о чем говорится, с тем, как это говорится. Идентифицируемые отклонения в направлении течения мыслей, механизмы психологической защиты пациента и проявления инконгруэнтности рассматриваются как действие «сопротивления». Понимание механизма сопротивления приводит к возникновению **трансфера** – процесса, посредством которого бессознательные желания переходят на те или иные объекты в рамках определенного типа отношений, установившихся с этими объектами.

Переход к пассивной манере поведения позволяет терапевту передать пациенту часть ответственности за проводимую работу и выработать ее правильный внутренний темпоритм. Благодаря этому пациент чувствует, что терапевт не только занимается своей профессиональной деятельностью, но и понимает и принимает его уникальность, следуя за ним по мере его готовности к работе и уважая его усилия лучше понять себя, несмотря на возможную боль.

Приведем пример, демонстрирующий важность умения следовать за процессами, происходящими в пациенте, а не руководить ими. Психотерапевт по просьбе коллеги стал работать с пациенткой Е., до этого в течение нескольких месяцев проходившей психотерапию у этого коллеги по поводу приступов сильного удушья, возникавших, как только она оказывалась в метро. На одной из первых сессий, вдохновленный своими наблюдениями, а также используя материалы, переданные коллегой, он сделал довольно быструю интерпретацию, смысл которой сводился к тому, что симптоматика пациентки является символическим выражением ее интрапсихического конфликта, связанного с неудовлетворенностью мужем и желанием завести любовника, с одной стороны, и строгими моральными устоями – с другой. Несмотря на то что для подобного объяснения были основания, такие выводы вызвали у пациентки вначале взрыв негодования и желание немедленно прервать терапию, а затем идеи самообвинения и утяжеление психологического состояния в форме депрессии.

Однако, как и в любой другой психотерапевтической технике, в пассивной манере поведения терапевта не должно быть крайностей, так как многие трудности психодинамической терапии пациент способен переносить лишь при условии проявления заинтересованности и поддержки со стороны терапевта. Его «пассивность» должна служить только одной цели – созданию такой атмосферы психологической безопасности, которая позволила бы пациенту осознать свои глубоко скрытые желания и конфликты.

За счет того, что все, что рассказывает пациент, воспринимается терапевтом с пониманием, без осуждения или критики, пациент приобретает возможность думать менее организованным и менее структурированным образом, открывая доступ к бессознательным чувствам, мыслям и фантазиям. Со временем психотерапевтический кабинет становится своеобразной лабораторией, в которой пациент может подробно исследовать свои чувства, мысли и фантазии, свой опыт по отношению к другим людям (на наглядном примере отношений с терапевтом), находясь при этом в атмосфере полной безопасности, гарантированной ему терапевтическим альянсом. Особенно важно это для тех мыслей, чувств и фантазий, с которыми он раньше боялся сталкиваться (агрессия, сексуальные переживания, идеи собственной ничтожности и т. п.).

Одной из распространенных реакций пациента на пассивную манеру поведения терапевта является чувство разочарования. Эта реакция возникает из-за отсутствия быстрых внешних результатов, снижения эмоциональной поддержки (по сравнению с первичным интервью и этапом информирования), необходимости принятия пациентом ответственности на себя, а также исчезновения инфантильных ожиданий и фантазий по поводу «магического» могущества терапевта. При этом у пациента обычно пробуждаются воспоминания об аналогичных ситуациях в прошлом, когда к нему предъявлялись требования принять на себя определенную меру ответственности (например, начало обучения в школе).

Подобная реакция пациента позволяет терапевту лучше объяснить ему механизм действия терапии. Появление в процессе терапии чувств, которые пациент испытывал в далеком прошлом, приводит его к первым столкновению с содержанием собственного бессознательного и попыткам прореагировать на это как-то иначе, чем он привык.

Пациентка З., 24 года, обратилась к психотерапевту по поводу пониженного настроения и эмоциональной неуравновешенности, возникших вскоре после расставания с молодым человеком, с которым она встречалась 7 лет. В начале четвертой сессии она сообщила терапевту о чувстве тревоги, возникшем у нее вследствие мыслей о том, что в процессе терапии «что-то идет не так», а если быть более точной, что она не справляется со своими обязанностями. На вопрос терапевта, что она имеет в виду, З. ответила, что она недостаточно выполняет основное правило и не высказывает всего, что приходит ей в голову. На вопрос «Почему же так происходит?» она сказала, что терапевт с некоторых пор все время молчит, а если и говорит, то ограничивается двумя-тремя фразами, в то время как в начале

работы он был более общителен, и она пришла к выводу, что то, что она рассказывает, не представляет интереса. На фразу терапевта о том, что он внимательно ее слушает с целью разобраться во всех нюансах того, что она переживает, З. вспомнила, как в первом классе, после самого первого дня в школе, ее мама подошла к учительнице и поинтересовалась, как дочь себя вела. Учительница ответила, что все нормально, вот разве что другие девочки во время урока были более активны. По мере припоминания терапевту стали очевидны вегетативные реакции, сопровождавшие это воспоминание (лицо З. покраснело, дыхание участилось, на глаза навернулись слезы). З. сказала, что тогда она испытала сильную обиду, горечь и разочарование оттого, что ее не поняли. «Я ведь была прекрасно подготовлена к школе и могла свободно ответить на все вопросы, если бы мне их задали... но я просто не знала, что надо самой что-то делать». На вопрос терапевта, не происходит ли сейчас нечто подобное, пациентка, после некоторого удивления и замешательства, согласилась.

В дальнейшем в ходе терапии было еще несколько ситуаций, связанных с разочарованием, и каждый раз обращение к этому детскому воспоминанию позволяло преодолеть их.

Помимо пассивности терапевт старается по возможности не раскрывать перед пациентом какой-либо информации о себе (за исключением работы с психотическими пациентами, речь о которой пойдет ниже). За счет этого он создает психологическое пространство, часто описываемое в психодинамической литературе с помощью метафоры «белого экрана», на который пациент может проецировать картину собственных фантазий.

Поддерживая пациента, вместе с ним выясняя глубинный смысл его поведения и проблем и в некоторых случаях противопоставляя ему свое лишнее всякой критики и отрицаний, но, тем не менее, четко очерченное мнение, терапевт стремится выявить «искажения» реальности, имеющиеся у пациента, и их причины. Благодаря этому на первый план выходит не только работа с явлениями трансфера, но и с процессами сопротивления.

Наиболее сильно сопротивление пациента на начальном этапе проявляется в его высказываниях (или фантазиях) о желании прекратить курс терапии. Обычно рассказ об этом вызывает обиду и даже агрессию со стороны терапевта. Но если он воспримет это как проявление механизма психологической защиты пациента и сможет тактично проработать его, высока вероятность, что пациент продолжит терапию.

В частности, желание прекратить терапию может быть вызвано соприкосновением пациента с такими мыслями и чувствами, о которых большинству людей трудно не только говорить, но даже признаться в них самим себе: сомнения или ненависть к себе, беспомощность, гнев по отношению к другим, влечение к кому-либо и т. п. Часто вне зависимости от того, какие проблемы привели пациента в клинику, эти мысли касаются его взаимоотношений с терапевтом. Это связано не только с явлениями трансфера, но и с тем, что пациент через взаимоотношения с терапевтом надеется получить облегчение страданий. Поэтому для терапевта очень важно внимательно относиться к любым мыслям и чувствам своего пациента (даже о досрочном прекращении терапии) и стараться их понять.

Хорошую возможность для этого предоставляют сновидения. Несмотря на имеющийся стереотип, не все пациенты в процессе психотерапии активно работают со своими сновидениями (точнее, не все продолжают это делать после первой проработки нескольких сновидений). Поскольку на более позднем этапе терапии защитные механизмы делают сны более трудными для понимания, следует попытаться начать эту работу именно на начальном этапе. Часто обнаруживается, что сны, рассказанные на ранней стадии лечения, имеют огромное значение для определения сердцевины конфликтов пациента и последующей работы с ними. Кроме того, они также служат хорошим иллюстративным материалом для объяснения бессознательных феноменов и процессов, происходящих во время сессии.

На одной из сессий с пациенткой Н. терапевт заметил, что она несколько возбуждена и ведет себя игриво, пытаясь представить проводимую работу как экзотическое и утонченное

развлечение. Пациентка частично согласилась с этим, добавив, что она не может объяснить причину подобного поведения. Терапевт выдвинул предположение, что, возможно, кокетливая манера, свойственная повседневному общению пациентки, служит защитным уходом от переживания каких-то других чувств. Н. опять частично согласилась с этим, но, тем не менее, продолжала утверждать, что она не знает и даже не предполагает, что это могут быть за чувства. Все оставшееся время, несмотря на еще несколько попыток психотерапевта обсудить это с ней, она продолжала придерживаться подобного стиля поведения.

На следующей сессии она рассказала сон, приснившийся ей сразу после предыдущей сессии. Ей снилось, что она просто так подбрасывает монету, но она постоянно падает «решкой». Вначале это забавляет ее, потом удивляет, потом вызывает эмоции раздражения, злости, ярости, она швыряет монету куда ни попадя, с силой бьет ее о землю, но та упорно ложится только одной стороной. Говоря об этом сне, она заметила, что особо обидно то, что монета ложится «малоценной», с ее точки зрения, стороной. В связи с этим психотерапевт задал вопрос о том, не возникали ли у нее подобные чувства во время сессий, и, в частности, во время предыдущей сессии. Пациентка призналась, что такие чувства у нее были, и тут же добавила, что они связаны с тем, что психотерапевт излишне серьезен, бывает занудлив и не ценит ее как женщину. На вопрос о том, почему она так думает, Н. ответила, что она с детства привыкла, что все рассматривают ее как красивую игрушку, но она не находит ничего обидного в том, что к ней так относятся. Тогда терапевт высказал интерпретацию, что, вероятно, в ситуации, когда не поддерживается привычное к ней отношение, она чувствует себя неуверенно, а также, возможно, понимает, что с ней не играют, поскольку она неинтересна. После долгой паузы из глаз пациентки потекли слезы, а еще через некоторое время она сказала, что у нее впервые в жизни начинают складываться такие теплые, доверительные и, главное, безопасные отношения с мужчиной и что она очень боится их потерять. А поскольку все мужчины, с которыми ей доводилось сталкиваться в жизни, ценили ее только с точки зрения ее пригодности для «определенных игр», таким поведением она привычным образом пыталась сохранить эти отношения.

В процессе дальнейшей работы с этим сном выяснилось, что помимо желания сохранить сложившиеся отношения с психотерапевтом она одновременно испытывала страх перед любовными эмоциями, которые испытывала к терапевту и которые расценивала как форму зависимости, «игру», в которую она «не может и не хочет» играть. Это позволило выйти на ее проблему невозможности строить и поддерживать длительные дружеские и любовные отношения и лежащий за этим детский опыт эмоционального пренебрежения.

Таким образом, основными задачами пациента на этапе начала лечения являются:

- 1) установление рабочего альянса с психотерапевтом;
 - 2) развитие навыков свободного ассоциирования;
 - 3) прочувствование атмосферы безопасности;
 - 4) принятие разочарования начальной фазы;
 - 5) достижение первоначального понимания трансфера, защиты и сопротивления;
- и наконец,
- б) начало работы со сновидениями.

Срединный этап

Работа с сопротивлением

Как только в ходе психодинамической терапии на первый план выходят процессы противодействия выполняемой работе, психотерапия вступает в новый этап. Его качественная специфика определяется амбивалентностью, которую испытывает каждый пациент по отношению к собственным проблемам. Так, когда он обращается за помощью, то главным его мотивом на рациональном уровне является стремление избавиться от проблем или хотя бы облегчить их. Но зачастую оказывается, что это уровень «казалось бы». На уровне «на самом

деле» проблемы ассоциируются с бессознательными конфликтами, состоящими из травматических воспоминаний, конфликтующих импульсов и болезненных эмоций. Поэтому неудивительно, что пациент (чем глубже заходит психотерапия) не так уж и хочет обращаться к ним. Кроме того, некоторые из динамических сил, вызывающих у пациента симптомы, одновременно предотвращают сознательную реконструкцию воспоминаний, чувств и импульсов, противодействуя целям психотерапии, стремящейся вернуть болезненные эмоциональные ощущения в сознание пациента. Поэтому на этом этапе психотерапии от пациента как никогда требуется мужество, чтобы оказаться лицом к лицу с тем эмоциональным дистрессом, который приносят с собой болезненные воспоминания и чувства.

Сопrotивление может принимать самые различные формы. Фактически, как определяет сам Фрейд, «все, что препятствует прогрессу аналитической работы, является сопротивлением» (цит. по: Сандлер, Дэр, Холдер). Руководствуясь практическими соображениями, Э. Гловер выделил явные (грубые) и неявные формы сопротивления. **Грубые формы** включают опоздания, пропуски сессий, излишнюю болтливость или полное молчание, автоматическое отрицание или неправильное понимание всех высказываний психотерапевта, игру в наивность, постоянную рассеянность, сонливость и, наконец, преждевременное прерывание терапии. К **неявным формам** относится все остальное многообразие проявлений сопротивления, например когда пациент формально выполняет все условия работы, выдает и обсуждает материал, соглашается с интерпретациями («скорее всего так»), но при этом в действительности не прорабатывает проблему. Заметим, что способы проявления сопротивлений индивидуальны и многообразны, они зависят от особенностей личности пациента, взаимоотношений между пациентом и терапевтом, глубины регрессии и т. п.

Классификация видов сопротивления была дана Фрейдом в 1926 г. и включает в себя: **сопротивление вытеснения, трансферентное сопротивление, сопротивления Оно и Суперэго и сопротивление, основанное на вторичной выгоде от болезни.**

Согласно Дж. Сандлеру и коллегам, **сопротивление вытеснения** возникает тогда, когда пациент защищается «от импульсов, воспоминаний и чувств, которые, если они проникнут в сознание, привели бы к болезненному состоянию или угрозе возникновения такого состояния» (Сандлер, Дэр, Холдер, с. 93). Далее они пишут, что этот вид сопротивления «можно также считать отражением так называемой «первичной выгоды» от заболевания неврозом в той степени, в какой невротические симптомы могут рассматриваться как последняя ступень образований, имеющих целью защитить индивида от перехода в его сознание ментального содержания болезненного и угнетающего характера. Процесс свободных ассоциаций во время психоанализа создает постоянную ситуацию, потенциально опасную для пациента в силу того, что этот процесс провоцирует к выходу подавленный ментальный материал, а это, в свою очередь, способствует сопротивлению–подавлению. Чем ближе подавленный материал приближается к сознанию, тем больше возрастает сопротивление, и задача психоаналитика состоит в том, чтобы способствовать с помощью своих интерпретаций переходу материала в сознание в форме, переносимой для пациента» (там же).

Трансферентное сопротивление, хотя по своей сути очень похоже на сопротивление вытеснения, обладает особым качеством, выражающим инфантильные импульсы и борьбу с ними. Это импульсы, вызываемые личностью аналитика и возникающие в прямой или модифицированной форме: аналитическая ситуация в форме искажения реальности в определенный момент оживляет материал, который был вытеснен или проявлялся в форме невротического симптома. Это оживление прошлого в психоаналитических отношениях приводит к переносу–сопротивлению. Такие чувства могут полностью изменить направление психотерапии, отвлекая пациента от цели вскрытия и разрешения конфликтов, обуславливающих его проблемы. Трансферентное сопротивление различается в зависимости от того, какие трансферентные отношения (позитивные или негативные) лежат в его основе.

Пациенты с **эротическим трансфером** (например, с истерическим типом организации личности) могут стремиться к сексуальным отношениям с терапевтом или же демонстрировать сопротивление для того, чтобы избежать в таком трансфере осознания сильного сексуального влечения.

Пациенты с негативным трансфером (например, с нарциссическим типом организации личности) преисполнены агрессивных чувств по отношению к терапевту и могут стремиться через сопротивление унижить его, заставить его страдать или точно так же избежать в переносе осознания этих чувств.

Пациент Д., у которого был диагностирован нарциссический тип личности, на очередной сессии «выдал», с его точки зрения, «довольно изящную» интерпретацию одного из аспектов собственного поведения на этой сессии. Терапевт, расценивший и это поведение, и его интерпретацию как стремление к признанию и демонстрацию собственной значимости, проигнорировал объяснение пациента, предложив подумать, почему именно сейчас, после достаточно долгого периода «пробуксовки», ему удалось так легко это понять. В ответ Д. раздраженно заявил, что терапевт не хочет признать, что кто-то, кроме него, тоже умеет интерпретировать, злится, так как не смог интерпретировать первым, завидует логичности и простоте его объяснения и т. п. «Вы как мой отец, – в запале сказал он, – точно так же не любите признавать, что кто-то умеет что-то делать лучше вас».

Когда негативные и эротизированные формы переноса становятся неразрешимым препятствием для продолжения психодинамической терапии, говорят о проявлении **сопротивления Оно**.

Фрейд считал наиболее сильным **сопротивление Суперэго**, поскольку его трудно выявить и преодолеть. Оно происходит из бессознательного чувства вины и скрывает импульсы, которые пациенту кажутся неприемлемыми (например, сексуальные или агрессивные).

Одним из проявлений сопротивлений Суперэго является **негативная терапевтическая реакция**. Вот как ее описывал сам Фрейд: «Существуют люди, которые во время аналитической работы ведут себя совершенно удивительным образом. Когда с ними говорят обнадеживающе или выражают удовлетворение прогрессом лечения, они выказывают признаки неудовлетворения и их состояние неизменно ухудшается. Кто-то начинает это рассматривать как вызов, как попытку доказать врачу свое превосходство. Но затем можно прийти к более глубокому и справедливому мнению. Можно убедиться, что такие люди не только не могут выносить похвалы или положительной оценки, но и что они обратным образом реагируют на прогресс лечения. Каждое частичное решение, которое должно принести результат и действительно приносит результат у других людей как облегчение или временное прекращение симптоматики, вызывает у них на какое-то время обострение болезни: им становится хуже во время лечения, а не лучше» (цит. по: Сандлер, Дэр, Холдер). Чуть позже он добавил: «Если последовать аналитическому способу мышления, вы увидите в таком поведении проявление бессознательного чувства вины, для которого болеть, со всеми сопровождающими болезнью страданиями и осложнениями, – это именно то, что нужно» (здесь и далее цит. по: Томэ, Кэхеле).

В своем сообщении о случае «человека-волка» Фрейд так объясняет необычное поведение своего пациента: «Каждый раз, когда что-то совершенно прояснялось, он пытался противоречить этому результату усилением на какое-то время того симптома, который был прояснен. Как известно, существует правило, по которому дети таким же образом относятся к запретам. Когда их за что-либо упрекают (например за то, что они создали невыносимый шум), они повторяют это еще раз после запрета, прежде чем остановиться. Так они достигают того состояния, при котором они останавливаются, как предполагается, по собственной инициативе, а не повинувшись запрету».

Позже было выдвинуто еще несколько гипотез относительно бессознательной мотивации негативной терапевтической реакции. Так, У. Грунерт считает, что ее следует рассматривать как повторение процесса сепарации–индивидуации. Представитель школы объектных отношений, А. Паркин, дает объяснение через ситуацию «мазохистической зачарованности». Согласно его представлениям, в детстве пациентам приходилось подчиняться родителям, которые, как они чувствовали, не любили, а презирали их. Чтобы защититься от последствий такого мироощущения, ребенок идеализировал их и их жесткие требования. Он пытался удовлетворить эти требования, обвиняя и обесценивая себя, чтобы сохранить в себе иллюзию, что он любим своими родителями. Когда эта форма отношений возобновляется в переносе, пациент должен ответить на интерпретации терапевта негативной терапевтической реакцией, так как он меняется с ним ролями. Он занимает положение матери, которая высмеивала его мнения, и помещает терапевта в положение ребенка, с которым постоянно обходились несправедливо, но который отчаянно добивается любви.

Соппротивление, связанное со вторичной выгодой от проблемы, основано на ассимиляции симптомов в Я. Некоторые пациенты настолько привыкают к своему «привилегированному» положению в качестве больных, что очень сильно сопротивляются всему, что может его нарушить. При этом имеются в виду не только материальные или социальные блага, но и физическая и психологическая поддержка со стороны окружающих, получаемая во время заболевания.

Фрейд пишет: «При неврозе навязчивых состояний и при паранойе формы, которые принимают симптомы, становятся очень ценными для Я, потому что они дают ему не какие-то преимущества, а нарциссическое удовлетворение, без которого Я осталось бы в ином случае. Системы, создаваемые невротиком с навязчивыми состояниями, льстят его самолюбию, давая ему возможность ощущать, что он лучше, чем другие люди, потому что он особенно чист и совестлив. Бредовые конструкции параноика предлагают его обостренным силам восприятия и воображения поле деятельности, которое он не смог бы легко найти где-нибудь еще. Результатом всего этого является известная нам «выгода от болезни», которая сопутствует неврозу. Эта выгода приходит на помощь Я в его попытках включить в себя симптом и способствует закреплению симптома. Когда аналитик пытается помочь Я в его борьбе с симптомом, он обнаруживает, что эти примиряющие связи между Я и симптомом действуют на стороне сопротивления и что ослабить их нелегко».

Помимо вышеописанных видов сопротивления противодействию терапии также могут способствовать удовольствия, связанные с отреагированием чувств, что проявляется в разного рода действиях (например, вредных привычках), через которые пациент стремится удовлетворить конфликтующие импульсы, отвергая всякую возможность их сдерживания и интерпретации. Например, во время прилива враждебного или эротического трансфера по отношению к терапевту такие пациенты могут найти партнеров за пределами психотерапевтического кабинета, на которых они перенесут и реализуют свои чувства, вместо того чтобы обсуждать их, интерпретировать и овладевать ими во время сессии. Сопротивление может выражаться в разочаровании и сомнениях по поводу профессионализма терапевта. Таким образом Суперэго наказывает пациента за успехи в терапии.

Необходимо различать сопротивление и нормальные защитные реакции пациента, вызванные неадекватными действиями терапевта. Например, терапевт может поощрять самоуничижительные тенденции в психике пациента с депрессивной или мазохистической организацией личности, расценивая их как проявления рефлексии; выдавать преждевременные или неправильные интерпретации; плохо поддерживать рамки терапевтической ситуации и т. п. Если терапевт вовремя поймет, что происходит, и признает свою ошибку, то терапия может быть продолжена; в противном случае она начинает приносить больше вреда, чем пользы.

Все описанные виды сопротивления тесно связаны друг с другом, поэтому психодинамическая терапия рассматривает сопротивление как многомерное образование, каждое проявление которого является защитой по отношению к другому, лежащему глубже. Так, например, проанализировав чувство вины и преодолев сопротивление Суперэго, пациент сталкивается с проблемой повышения гетеросексуальной активности, которая, в свою очередь, может быть защитой от гомосексуальных импульсов.

Анализ сопротивления повторяет развитие невротического конфликта в обратном порядке, поэтому в психодинамической терапии уделяется так много внимания анализу сопротивления.

На заре психоанализа Фрейд интерпретировал бессознательные темы, не обращая внимания на противодействие сопротивления. Но вскоре он осознал, что интерпретация бессознательного материала, который продолжает отвергаться защитными механизмами, не ведет к интеграции отраженных психических конфликтов. Психические конфликты вновь становятся объектом действия той же защиты и возвращаются в бессознательное.

По этой причине Фрейд сформулировал следующий принцип анализа сопротивления: интерпретация сопротивления проводится до интерпретации содержания («интерпретация с поверхности вниз»).

Условная схема работы с сопротивлением состоит в следующем.

1. **Распознавание.** На этом этапе сопротивление очевидно только для терапевта, поэтому задача состоит в том, чтобы его заметил и пациент.

2. **Демонстрация.** Лучшим способом продемонстрировать пациенту наличие сопротивления без интерпретации его содержания и источника является **конфронтация**. Подчеркивая естественность и закономерность сопротивления, терапевт может сказать: «Мне кажется, вам трудно говорить на эту тему?», «Я замечаю, что каждый раз, когда мы заговариваем на эту тему, вы говорите очень немного или стараетесь перевести разговор на другую тему» и т. п.

3. **Прояснение сопротивления** предполагает конфронтацию с тем, чего пациент избегает, почему он это делает и как. Если терапевт уверен в том, что стоит за сопротивлением, он может сказать об этом прямо: «Вопрос не в том, о чем конкретно вы не хотите (или затрудняетесь) сказать. Вопрос в том, почему так происходит. Может быть, вы боитесь?». Если же у него нет такой уверенности, он может спросить: «Что вы чувствуете, когда рассказываете об этом человеке (или эпизоде из вашей жизни)?»

Обычно при описании возможных мотивов сопротивления рекомендуется уходить из пространства психологической терминологии в простой, обыденный язык для того, чтобы облегчить доступ и проявление переживаний. Если пациент говорит, что не может объяснить, почему он поступает тем или иным образом, можно предложить ему вместе пофантазировать на тему, что бы это могло быть.

1. После прояснения причины сопротивления анализируется его форма. Результатом данного этапа становится обнаружение инстинктивного побуждения, попытка удовлетворения которого привела к конфликту.

2. После этого методом интерпретации выясняется **история переживания**. На этом этапе выясняется, каким образом возник конфликт, как он проявлялся и проявляется в течение жизни пациента, какие паттерны поведения и эмоционального реагирования он породил и т. п. История переживания позволяет включить выявленный конфликт в более широкий контекст препятствий на данном этапе психодинамической терапии. При этом терапевт всегда должен помнить, что точно так же как «сигара иногда может быть просто сигарой», критика или несогласие с чем-то пациента еще не всегда означает проявление сопротивления: в качестве тестового критерия может выступать адекватность и интенсивность такой реакции.

3. Наконец осуществляется проработка сопротивления, вызванная тем, что Фрейд называл «залипанием либидо». Она является прослеживанием влияния уже осознанного конфликта на различные жизненные события с целью повторения, углубления, расширения проведенного анализа сопротивления. Проработка позволяет усилить понимание клиента за счет увеличения количества привлекаемого материала. Сюда может также включаться интерпретация возникающих новых сопротивлений, что еще больше проясняет базовую проблему и ведет к более устойчивым результатам. Этот этап не ограничивается во времени, его продолжительность зависит от индивидуальных особенностей пациента, формы и содержания сопротивления, этапа психотерапии, состояния рабочего альянса и многих других факторов.

Например, при работе с пациенткой И. терапевт заметил, что она всячески избегает тем, связанных с собственной привлекательностью, а если и говорит о ней, то только в негативном ключе, тем или иным способом подчеркивая свои «отталкивающие», по ее мнению, черты. Выбрав момент, когда на одной из сессий это произошло в очередной раз, терапевт задал ей вопрос: «Что вы сейчас делаете?». И. ответила, что пытается рассказать о том, что произошло в ее жизни несколько дней назад, но в ее голосе терапевт уловил нотки растерянности, смущения и неуверенности. Воспользовавшись этим, но избегая давления и индукции собственных идей, он спросил, так ли это на самом деле, или ей кажется, что наряду с этим происходит что-то еще. После некоторого раздумья пациентка сказала, что, возможно, она стала рассказывать, потому что ей не хотелось говорить о чем-то другом. Тогда терапевт спросил, что это за тема, на которую она не хочет говорить. И. тут же ответила, что ей давно не нравится и вызывает раздражение, когда терапевт пытается «убедить ее в том, что она красива». На вопрос о том, почему это так, она ответила, что это связано с тем, что ей не хочется, чтобы на нее «смотрели как на самку, а не как на человека». Дальнейшее прояснение показало, что это связано с глубинным чувством отторжения собственной женственности, возникшим в связи с психотравмой в подростковом возрасте, причиной которой были естественные изменения тела. Эта же причина определяла специфику и многих других ее трудностей: общение с противоположным полом (заклучавшееся в установлении сугубо дружеских отношений), сильную карьерную ориентацию, периодические приступы субдепрессивного настроения, проблемы доверия терапевту и т. п.

Работа с трансфером

Один из немногих постулатов Фрейда, не оспариваемый практически никем из современных психодинамических терапевтов, заключается в том, что люди повсеместно строят свои взаимоотношения в настоящем с помощью репродуцирования эмоционально значимых аспектов своих взаимоотношений в прошлом. Это связано как с универсальной психологической тенденцией использовать прошлое в качестве «сравнительного образца» для понимания настоящего, так и с тем, что все люди испытывают психологическую потребность повторять прошлое, чтобы овладеть им и быть способным регулировать то, что было либо трудным для восприятия, либо связанным с травмирующими переживаниями. В связи с этим анализ феноменов переноса (трансфера) в процессе психодинамической терапии приобретает первостепенную значимость.

Отметим, что в ходе развития психоанализа отношение к переносу существенно изменилось – если первоначально его рассматривали как основное препятствие для терапии (в связи с такими феноменами, как трансферентное сопротивление и сопротивления Оно), то затем был сделан вывод, что основным условием эффективности психотерапии является новая форма невроза у пациента, искусственно вызываемая терапевтом, которая объединяет различные проявления трансфера. Такой невроз получил название **невроз переноса (трансферентный невроз)**. Различие между трансферентными реакциями и трансферентным неврозом заключается в том, что при трансферентном неврозе патологическое поведе-

ние пациента полностью сосредоточено на его отношениях с терапевтом. При таком подходе соответственно идеальная модель работы психоанализа выглядит как преобразование клинического невроза в трансферентный невроз, прояснение которого, в свою очередь, приводит к осознанию детских конфликтов. Сам Фрейд описывал это следующим образом: «... если только пациент проявляет достаточное согласие уважать необходимые условия проведения психоанализа, то улучшение его состояния наступает регуляторным образом, а все симптомы его болезни получают новое трансферентное значение, заменяя его изначальный невроз «трансферентным неврозом», от которого его можно излечить с помощью соответствующей психотерапевтической работы. Таким образом, перенос создает промежуточную область между болезнью и реальной жизнью, через которую возможно осуществление перехода из одного состояния в другое. Это новое состояние принимает все симптомы болезни, но оно как бы представляет искусственно созданную болезнь, во всех проявлениях доступную для врачебного вмешательства. Это отрезок реального существования, но создать его удалось благодаря необычайно благоприятному стечению обстоятельств, вследствие чего он носит лишь временный характер» (цит. по: Сандлер, Дэр, Холдер). В психодинамической терапии психотерапевт также стремится создать атмосферу, усиливающую трансферентные реакции, хотя и в меньшей степени по сравнению с трансферентным неврозом в психоанализе.

Признаками возникновения трансферентных реакций являются: 1) неадекватность переживаемых эмоций актуальной ситуации; 2) признаки повторения прошлых переживаний и конфликтов; 3) признаки регрессии; 4) смещение чувств со значимого лица из прошлого на психотерапевта.

В психодинамической терапии перенос возникает сразу после погружения пациента в аналитическую среду. Первым свидетельством возникновения переноса служат признаки разочарования в терапии. Поэтому психотерапевт с самого начала должен быть очень внимателен к тому, что о нем думает пациент, какие чувства испытывает, и не позволять себе считать слова пациента нейтральными замечаниями о некоем абстрактном опыте. Терапевт обязан учитывать, что, несмотря на внешнюю видимость делового характера их взаимоотношений, «в силу жанра» пациент обязательно будет использовать любое взаимодействие так, чтобы преломить настоящее в стиле прошлого и любым способом отыграть «принуждение к повторению» (вторичную компульсию). Это может выглядеть, например, как расспросы о возможностях увеличения эффективности психотерапии, любопытство по поводу личности и условий жизни психотерапевта, предложения взаимного обмена услугами и т. п. Пациент может жаловаться на то, что, по его мнению, терапевт не уделяет достаточно внимания его проблемам, проявлять полное безразличие к усилиям терапевта или, наоборот, утверждать, что терапевт добился таких успехов, что пора прекращать терапию.

В зависимости от положительного или отрицательного характера эмоций пациента выделяют **эротический** и **агрессивный виды трансфера**. В обоих случаях трансферентные эмоции идентичны чувствам, которые пациент испытывал в детстве к родителям, братьям, сестрам и другим значимым людям. Столкнувшись с трансферентными реакциями, терапевт должен не прекращать развитие трансфера, не исправлять искажения в восприятии его пациентом, но и не принимать роль, которую ему навязывает пациент, не провоцируя трансферентные реакции. Это вовсе не означает позиции «недеяния». Поведение терапевта должно создавать фон, на который пациент сможет перенести образы своего детства и увидеть их.

Процесс работы с трансфером проходит этапы, сходные с анализом сопротивления. Вначале трансфер демонстрируется. Для этого терапевт конфронтирует пациента с выявленными трансферентными реакциями, например с помощью вопросов типа: «Судя по тому, как вы это сказали, мне кажется, что я вызываю у вас раздражение? Почему?» или «Скла-

дывается впечатление, что я вызываю у вас какое-то сильное чувство. Может быть, стоит поговорить о нем?».

Затем терапевт старается прояснить ситуацию, рассматривая детали и отыскивая те моменты общения, которые послужили пусковым механизмом для запуска трансферентной реакции. Например: «Мне кажется, вы злитесь на меня, потому что я не поддержал ваше мнение по поводу неправильного поведения вашего начальника. Я вспомнил, как вы рассказывали, что в детстве, в ситуациях, когда ваш отец не поддерживал вас, вы испытывали очень сильные негативные чувства по отношению к нему, но, боясь его, никогда их не проявляли. Может быть, сейчас происходит то же самое?»

На этапе интерпретации исследуются чувства и фантазии пациента в отношении терапевта с целью прояснения того, как и почему в определенные поведенческие реакции канализируется инстинктивная энергия и как возникает защитный барьер на ее пути. Например: «Мне кажется, вы злитесь на меня не только потому, что я не разделил ваше мнение, но и потому, что для вас поддержка вне зависимости от вашей правоты является показателем «настоящей» любви к вам. Вам хочется, чтобы я любил вас, но в силу определенных причин вы не можете мне прямо сказать об этом и предпочитаете реагировать агрессией, не так ли?»

В ходе проработки выясняется, какие люди и ситуации в прошлом вызывали чувства, ныне воскресшие по отношению к терапевту. При этом главная задача этого этапа состоит в том, чтобы найти первоначальный объект, который определил данную трансферентную реакцию. Как отмечает И. Грабская, в этот период реконструкции прошлого ведут к воспоминаниям, за которыми следуют изменения.

Следует учитывать, что не все аспекты отношений пациента и терапевта являются трансферентными. Например, тревога на начальном этапе терапии не обязательно имеет трансферентную окраску, хотя и может, как мы уже отмечали, повторять тревогу по поводу другого важного события в жизни пациента.

При работе с трансферентными реакциями важнейшим параметром становится выбор времени для терапевтической интервенции. Для того чтобы она была максимально эффективной, психотерапевт должен дождаться пиковой точки развития трансферентной реакции, когда трансфер уже успел достаточно проявиться, но возникшие эмоции еще не настолько болезненны, чтобы вызвать защитную реакцию. Чаще всего это происходит тогда, когда трансфер проявляется в форме сопротивления.

Работа с контртрансфером

В то время как перенос за короткое время превратился из основного препятствия в самый мощный фактор психодинамической терапии, контрперенос сохранял свой негативный образ почти 40 лет. На основании работ Фрейда (изобилующих такими метафорами, как «отражать подобно зеркалу», «действовать подобно хладнокровному хирургу» и т. п.) контртрансфер долгое время рассматривался как более или менее сильная невротическая реакция психотерапевта на трансферентные реакции пациента, чего следовало избегать, насколько это возможно (в одной из работ Фрейд даже писал о «психоаналитическом очищении»). Только в середине 1950-х гг., прежде всего благодаря работам П. Хайманн, контрперенос стал рассматриваться как неотъемлемая и всеобъемлющая часть отношений в психодинамической терапии, включающая все чувства, испытываемые психотерапевтом по отношению к пациенту.

Хайманн писала: «Эмоциональная ответная реакция аналитика на пациента внутри аналитической ситуации представляет собой один из наиболее важных инструментов его работы. Контрперенос аналитика является инструментом исследования бессознательного пациента. . . Недостаточно подчеркивалось, что это отношения между двумя людьми. То, что отличает эти отношения от других, – это не присутствие чувств у одного партнера, пациента, и их отсутствие у другого, аналитика, но более того, это степень испытываемых чувств

и польза, извлеченная из них, причем эти факторы взаимосвязаны» (здесь и далее цит. по: Томэ, Кэхеле).

Подчеркнув важность того, что психотерапевт, в отличие от пациента, не переводит возникшие у него чувства в действия и неотреагирует их, она заключила: «Аналитик, наряду со свободно распределенным вниманием, нуждается в свободно возникающей эмоциональной чувствительности, чтобы следовать за эмоциональными движениями пациента и его бессознательными фантазиями. Наше основное положение заключается в том, что бессознательное аналитика понимает бессознательное пациента. Это взаимопонимание на глубинном уровне достигает поверхности в форме чувств, которые отмечает аналитик в реакции на своего пациента, в своем «контрпереносе». Это наиболее динамичный путь, когда голос пациента достигает сознания аналитика. Сопоставляя чувства, возникающие в нем самом благодаря ассоциациям и поведению его пациента, аналитик владеет наиболее ценными средствами для проверки того, понял ли он или не смог понять пациента».

Источниками контртрансфера психотерапевта являются:

- 1) жизненные события, повышающие его чувствительность к определенным темам ассоциаций пациента;
- 2) проблемы жизненного этапа, на котором находится терапевт (например, вопросы сексуальности, профессиональных достижений, взаимоотношений с детьми, тревоги по поводу старости и смерти);
- 3) элементы прошлого, отзывавшиеся на интенсивные трансферы любого вида со стороны пациента;
- 4) бессознательное понимание происходящих в пациенте бессознательных процессов.

В отличие от многих других видов психотерапевтической помощи, в психодинамической терапии терапевт расценивает свои эмоциональные реакции, ассоциации и желания как возможные пути проникновения в область личного опыта пациента. Чем интенсивнее и даже запутаннее реакции терапевта, тем скорее они отражают бессознательные чувства и конфликты пациента.

Как мы уже отмечали, развитие теории психодинамической терапии привело к разграничению двух основных видов контртрансферентных реакций – «согласующегося» контртрансфера и «дополнительного» контртрансфера. В качестве основания для подобного разграничения выступает процесс идентификации. При **согласующемся** (конкордантном) контрпереносе психотерапевт эмпатически идентифицируется с эмоциональным состоянием пациента, а при **дополнительном (комплементарном) контрпереносе** – с позицией какой-то личности из его прошлого (обычно с одним из родителей).

Контртрансфер обладает огромной эмоциональной силой. Дополнительный контртрансфер может подорвать обычно доброжелательно-нейтральную позицию психотерапевта и привести к повторам в терапии. Напротив, использование контртрансфера для формулировки и представления интерпретаций может стать одним из самых действенных терапевтических инструментов.

Пациентка А., страдавшая от проблем с установлением и поддержанием длительных отношений с мужчинами, во время проработки смутного напряжения во взаимоотношениях с терапевтом, возникшего на одной из сессий, высказала ряд фантазий о садомазохистских сексуальных отношениях с ним. Учитывая наличие аналогичных тенденций в ее отношениях с другими мужчинами, терапевт предположил, что это проявление реакций переноса, и предложил их проанализировать. Однако пациентка гневно отвергла это предложение, заявив, что «здесь нет никакого переноса», что «это касается исключительно их двоих», и обвинила терапевта в предвзятом отношении к ней. До конца сессии терапевт еще несколько раз предлагал ей разобраться в этой ситуации, но она отказалась, а в конце концов прямо предложила ему вывести их «связь» за рамки терапевтических отношений и постаралась

его соблазнить. Когда терапевт ответил, что подобные фантазии могут служить хорошим материалом для понимания ее проблем, она обвинила его в бесчувственности и импотенции, после чего покинула кабинет, заявив о прекращении терапии.

Несмотря на чувства раздражения и гнева, вызванные подобным поведением, терапевт был «задет» обвинениями пациентки, так как ловил себя на мыслях оправдательного характера и чувствах сомнения и неуверенности в том, что правильно себя вел. Поэтому он обратился за супервизией. Благодаря ей терапевту удалось выявить собственные конкордантный и комплементарный контртрансферы, заключающиеся в ощущениях садистического «использования» его пациенткой, и одновременно в не продиктованных терапевтической необходимостью ее настойчивых желаниях побыстрее вывести этот материал в сознание, чтобы доказать свою «практическую компетентность» и, возможно, спровоцировать прекращение терапии.

На следующей сессии, куда А. все же явилась (как всегда с опозданием), она сразу же, без попыток обсудить их предыдущую встречу, стала рассказывать свои сексуальные фантазии подобного рода, а также опыт таких отношений в реальности, перегружая терапевта обилием материала и в то же время не позволяя его использовать. При этом у терапевта возникла фантазия, что пациентка поступает так потому, что таким образом «подчиняется» ему, «удовлетворяя» высказываемое им желание разобраться в специфической ситуации взаимоотношений. Поэтому, дождавшись паузы, терапевт сказал: «Я помню, что когда вы рассказывали о своих проблемах во время первичного интервью, вы говорили о том, что практически все ваши отношения с мужчинами расстраивались через 2,5–3 месяца после их начала, не так ли?». Пациентка замерла и неохотно подтвердила. «Я хочу обратить ваше внимание на то, что мы тоже работаем с вами ровно 12 недель, т. е. мы с вами находимся в критической точке. Не кажется ли вам, что есть что-то общее между вашими проблемами во внешней жизни и теми проблемами во взаимоотношениях, которые возникли в этом кабинете?» Все еще демонстрируя негативные чувства (но уже менее выраженные), А. сказала, что она тоже задумывалась над этим и что здесь происходит повторение одной и той же схемы: «Когда я все отдаю мужчинам, они предпочитают просто использовать меня, не давая в ответ даже самую малость того, что требуется мне». «Это доставляет вам удовольствие?» – спросил терапевт. Пациентка ответила отрицательно. «Тогда зачем вы сами сознательно предлагаете такие отношения и бессознательно провоцируете их?» Пациентка с искренним недоумением попросила пояснить, что терапевт имеет в виду. Рискнув, терапевт рассказал ей о своих ощущениях в прошлую и нынешнюю сессии, а затем сказал: «Вы не хотите и в то же время делаете все, чтобы я так с вами поступил. Я думаю, важно понять, зачем?».

Работая с контртрансферентными реакциями, необходимо помнить, что пациенты (особенно пограничного уровня) могут стремиться нанести поражение своим психотерапевтам. Например, нередко пациенты заявляют о том, что их проблемы неразрешимы, что сколько они ни стараются что-то сделать, все заканчивается неудачей и исправить это «фатальное невезение» уже невозможно. Еще один способ разрушающей конкуренции с терапевтом, которого пациент с завистью рассматривает как более могущественного и менее страдающего человека, – сопротивление и обесценивание всех его усилий помочь. Такие враждебные попытки пациентов по отношению к терапевту могут разрушать его самоуважение, что закономерно будет приводить к возникновению контртрансферентной ненависти, скрывающейся под маской скуки, отстраненности, ухода в себя, а также скрытого желания преждевременного окончания терапии.

Особые сложности возникают в ходе психодинамической терапии пограничных и психотических пациентов с суицидальными тенденциями. Непроработанная контртрансферентная ненависть может усиливать суицидальный риск, так как такое отношение терапевта свидетельствует о его отречении от пациента и предоставлении последнего самому себе. Как

пишут Р. Урсано, С. Зонненберг и С. Лазар, «опытные клиницисты в таких случаях обычно стараются смирить свои эмоции или продемонстрировать умеренное терапевтическое рвение, чтобы защитить себя от такой особенно опасной трансферентно–контртрансферентной позиции» (Урсано, Зонненберг, Лазар, с. 80).

Сдерживание и переработка контртрансфера неизбежно приводят к «расщеплению» в психике самого терапевта. В эти моменты одновременно действуют и та его «часть», которая реагирует чувственно, т. е. субъективно, и та «часть», которая наблюдает за происходящим честно и объективно, стараясь использовать материал такого наблюдения для формулировки интерпретаций. Поэтому терапевт должен уметь своевременно замечать и сдерживать чувства, являющиеся реакциями на провокацию со стороны пациента (например, раздражение или гнев). В случае реактивной интерпретации пациенты обычно мало внимания уделяют ее содержанию, зато очень чутко улавливают переживания терапевта по форме ее изложения (например, по жестам или тону голоса).

Еще одним важным техническим приемом при работе с контртрансфером являются навыки диагностики в себе самом как согласующегося, так и дополнительного контртрансфера. Так, когда в разгаре трансфера пациент отводит терапевту роль «плохого объекта», подобного тем, с которыми ему уже приходилось сталкиваться в прошлом (дополнительный контртрансфер), терапевт, обнаружив в себе контртрансферентные согласующиеся чувства, может интуитивно войти в актуальные переживания пациента. Часто именно это интуитивное понимание позволяет пациенту достичь инсайта относительно тех чувств, которые он проецирует на терапевта.

При возникновении негативного контртрансфера очень важно понять и ликвидировать его до того, как начнется работа по интерпретации и ликвидации негативного трансфера. Чтобы понять причины враждебности пациента, терапевт обязан поставить себя на его место. Простое указание на агрессивность пациента вне общего контекста его чувств и поведения будет восприниматься как проявление недружелюбной критики или нападение.

Помимо раздражения, скуки, оборонительной позиции и отстраненности контртрансферентные реакции могут проявляться в виде множества других чувств, причем не обязательно негативных. Так, например, возникновение у терапевта желания защитить пациента может объясняться как базовой чувствительностью последнего, требующей от терапевта осторожности и такта, так и бессознательным тайным сговором между трансфером пациента и контртрансфером терапевта, направленным на игнорирование конфликтных областей. Удовлетворение или гордость терапевта по поводу проделанной работы могут быть проявлением контртрансферентных реакций на идеализирующий перенос пациентов с нарциссическим типом личности. Эротический контртрансфер, служащий излюбленной областью спекуляций вокруг психодинамической терапии, может скрывать как проблемы сексуальности, так и проблемы агрессивности, возникающие во взаимоотношениях пациента и терапевта. Кроме того, высокоэротизированный трансфер и контртрансфер часто являются следствием идеализации терапевта, содержащей достаточно мало сексуальных чувств как таковых.

Так как психодинамическая терапия целенаправленно пробуждает в самом терапевте как сознательные, так и бессознательные желания, страхи и конфликты, основным условием корректной и эффективной профессиональной деятельности является глубинное понимание собственной личности. Кроме того, психотерапевтическая практика взаимодействия с бессознательными процессами пациента приводят к возникновению определенных резонансов в бессознательном терапевта, своего рода «профессионально деформируя» его. Учитывая это, Фрейд жестко требовал от своих последователей не только психодинамической подготовки, но и периодического прохождения курса личной психодинамической терапии, а также регулярного самоанализа. Естественно, что психотерапевту, как и любому другому человеку, невозможно полностью «познать самого себя». Однако игнорирование или недопонимание

подобных требований может вести к нарушению основной заповеди человека, взявшего на себя обязанность оказывать помощь другому, – «не навреди!».

В отечественной практике психодинамической терапии, в отличие от подобной практики в западных странах, эти требования часто игнорируются. Такое состояние дел во многом связано с малой разработанностью процедур и норм стандартизированной подготовки и лицензирования в этом направлении, небольшим количеством специалистов, имеющих право проводить такую подготовку, длительностью и дороговизной обучения, общей слабостью психотерапевтической культуры в обществе, отсутствием профессионального контроля за деятельностью людей, именующих себя «психодинамическими терапевтами», «психоаналитиками» и т. п. Следствием является широкое распространение того, что Фрейд называл «диким психоанализом», – практики неопытных аналитиков или дилетантов, пользующихся понятиями психодинамической терапии для оказания психотерапевтической помощи.

В своей статье, посвященной этому виду непрофессионального психоанализа, Фрейд считал его определяющим признаком невежества, проявляющегося в ошибках научного и методического характера. Но психотерапия может быть непрофессиональной даже тогда, когда диагноз поставлен верно и специалист в основном правильно пользуется имеющимися техниками. «Нам давно уже пришлось отказаться от мысли, что больной страдает от собственного невежества и что устранение этого невежества – когда мы рассказываем больному о причинных связях между его болезнью и его жизнью – уже само по себе обеспечивает излечение. Патогенным фактором оказывается не незнание как таковое, но тот факт, что это незнание основано на некогда его породивших и по-прежнему его питающих внутренних сопротивлениях. Рассказывая больным об их бессознательном, мы тем самым лишь неизбежно обостряем их конфликты и усиливаем их страдания» (цит. по: Лапланш, Понталис), – писал Фрейд 90 лет назад, очень точно характеризуя печальную картину, складывающуюся на просторах психотерапевтического пространства СНГ.

Принимая во внимание тот факт, что трудно обеспечить прохождение личного обучающего или профилактического курса каждым терапевтом, практикующим психодинамическую терапию, единственным реальным выходом из сложившейся ситуации представляется развитие практики **супервизии** – специфической формы консультирования терапевта более опытным коллегой. Цель супервизии – совершенствование знаний и профессиональных навыков психотерапевта.

Теоретические принципы, основные концепции и методики супервизии являются отдельной и очень обширной темой, требующей самостоятельного изложения. Поэтому наиболее целесообразным представляется порекомендовать заинтересовавшимся читателям соответствующую специальную литературу.

Подходы к работе со сновидениями

В современной психодинамической терапии все большее значение приобретает концепция **сновидений как средства Я-репрезентации**, противостоящая первичной психоаналитической концепции сновидений как исполнения желаний и способствующая, как считают Х. Томэ и Х. Кэхеле, расширенному пониманию процесса сновидения, предложенному Фрейдом. Кратко ее суть сводится к следующему: в латентных мыслях сновидения и желания помимо бессознательных элементов Я, вовлеченных в конфликт и содержащих описание проблемы (а возможно, даже попытки решения проблемы), также презентуются представления сновидца о себе, о своем теле, о паттернах своего поведения и т. п. При этом соотношение между решением проблем в настоящем и в прошлом не только выявляет вытесненные желания и конфликты, но и служит репетицией будущих действий. Благодаря такому подходу психотерапевт начинает обращать внимание на то, что наиболее важно для сновидца, и оценивать успешность своих интерпретаций не только с точки зрения того,

насколько они вносят вклад в понимание актуального функционирования пациента, но также учитывая то, насколько они помогают пациенту достичь новых и лучших способов видения мира и усовершенствовать паттерны поведения. Принимая важность прошлого пациента со всеми препятствиями, затрудняющими его развитие, терапевт в своей работе переносит акцент на «здесь и сейчас» и ориентирует ее на будущее. Таким образом, интерпретация сновидений может внести значительный вклад в изменение не только настоящего, но и будущего пациента.

Основываясь на этих теоретических позициях, перейдем к рассмотрению техники интерпретации сновидений. Сформулировав множество советов по технике в «Толковании сновидений», Фрейд обобщил свои рекомендации в «Замечаниях по теории и практике толкования сновидений»: «При интерпретации сновидения во время анализа можно выбрать одну из нескольких технических процедур. Можно а) двигаться хронологически и стимулировать сновидца приводить свои ассоциации к элементам сновидения в том порядке, в котором эти элементы встречаются в его сообщении о сновидении. Это первоначальный классический метод, который я все еще считаю самым лучшим в случае, если кто-либо анализирует свои собственные сновидения. Или можно б) начать работу по интерпретации с какого-либо одного отдельного элемента сновидения, который выбирается из его середины. Например, можно выбрать наиболее впечатляющий отрывок или фрагмент, отличающийся наибольшей ясностью или сенсорной интенсивностью; или опять же можно начать с некоторых произнесенных в сновидении слов, ожидая, что они приведут к воспоминанию каких-нибудь слов, произнесенных в состоянии бодрствования. Или можно в) сначала совершенно игнорировать явное содержание и вместо этого спросить сновидца, какие события предыдущего дня ассоциируются в его голове со сновидением, которое он только что описал. Наконец, можно г), если сновидец уже знаком с техникой интерпретации, не давать ему никаких инструкций и позволить самому решить, с каких ассоциаций к сновидению он начнет. Я не могу утверждать, что одна или другая из этих техник предпочтительна или в целом приведет к лучшим результатам» (здесь и далее цит. по: Томэ, Кэхеле).

Несмотря на то что позже специальная литература, посвященная работе со сновидениями, выросла количественно, более точные или расширенные рекомендации по технике интерпретации встречаются достаточно редко.

Так, рассматривая сновидение как процесс решения проблем, Т. Френч и Э. Фромм приводят три условия, которым должны соответствовать интерпретации:

- 1) различные смыслы сновидения должны соответствовать друг другу;
- 2) они должны соответствовать эмоциональному состоянию сновидца на момент видения сна;
- 3) должна быть доступна непротиворечивая реконструкция мыслительных процессов.

Френч и Фромм связывают эти условия с «когнитивной структурой сновидения», рассматривая их как своеобразный тест на валидность реконструкции и, следовательно, интерпретации. Они подчеркивают, что Эго в сновидениях не только встает перед задачей решения проблемы, но и должно избегать (дистанцироваться) слишком большого вовлечения в фокусируемый конфликт, что только затруднило бы решение проблемы. Одним из способов дистанцирования является «деанимация»: конфликт с другими людьми лишается эмоций или техницируется, чтобы облегчить поиск решения проблемы, которая теперь выглядит как всего лишь техническое препятствие.

Интерпретация сновидений, как и другие формы интерпретации, должна учитывать три компонента: трансферентные отношения, текущие внешние отношения и историческое измерение, так как проблема не может быть решена пациентом во всех этих трех областях сразу. Поэтому в своих рекомендациях Френч и Фромм советуют очень скрупулезно искать узнаваемые значимые связи в материалах актуальной и нескольких предыдущих сессий.

При этом они считают, что любые пробелы и противоречия полезны тем, что заставляют проверять другие, возможно, лучшие гипотезы. Ни в коем случае не являясь противниками интуиции, эти авторы, тем не менее, не доверяют интуитивной интерпретации сновидений, поскольку такая интерпретация, скорее всего, затрагивает лишь один из аспектов сновидения и заводит аналитика в ловушку техники «прокрустова ложа», т. е. вызывает искушение подогнать материал к гипотезе, а не наоборот.

Френч и Фромм считают, что для успешной интерпретации сновидений необходимы следующие условия:

- 1) различные смыслы сновидения должны соответствовать друг другу;
- 2) они должны соответствовать эмоциональному состоянию сновидца «в момент сновидения»;
- 3) не следует принимать часть за целое;
- 4) не следует использовать технику «прокрустова ложа»;
- 5) работа должна осуществляться в два этапа:
 - текущая проблема;
 - подобная проблема в истории (учитывая аспект переноса);
- 6) успешная историческая интерпретация может быть осуществлена только на основе нескольких сновидений.

С. Лоуи, обсуждая вопрос интерпретации сновидений, предлагает не интерпретировать те аспекты, которые помогали бы и поддерживали сновидца. Это в целом соответствует технике неинтерпретирования мягкого позитивного переноса, прежде чем он превращается в сопротивление. Он активно предостерегает против слишком поспешных интерпретаций: «Необдуманные интерпретации подавляют, и это может привести к тому, что субъект будет лишен необходимого эксплицитного переживания определенных создаваемых им самим фигур и сцен».

Предпосылкой и основой интерпретации сновидений являются ассоциации. Благодаря им психотерапевт строит свое понимание сновидения и проблемы, выстраивает свое альтернативное решение для сновидца, которое составляет важную часть того, что обозначается термином «контекст» сновидения.

Фрейд постулировал качественные отношения между сопротивлением и требованиями к ассоциациям, необходимые для понимания элементов сновидения. Он писал: «Иногда требуется всего лишь одна ответная реплика или несколько, чтобы привести нас от элемента сновидения к бессознательному материалу, который за ним стоит, в то время как в других случаях для этого требуются длинные ассоциативные цепочки и преодоление многочисленных критических возражений. Мы сделаем вывод, что эти различия имеют отношение к изменяющейся силе сопротивления, и, возможно, мы окажемся правы. Если сопротивление невелико, смещение не может быть очень далеким от бессознательного материала; но большее сопротивление означает, что бессознательный материал будет в большей степени искажен и что путь от смещения обратно к бессознательному материалу будет длинным».

Отметим, что именно в области интерпретации сновидений особенно укреплялась и оттачивалась техника свободных ассоциаций. В то же время эта техника получала теоретическое обоснование в предположении об обратной симметрии между работой сновидения и генезисом свободных ассоциаций. Фрейд полагал, что пациент, который свободно передается ассоциациям на кушетке, находится в регрессии, сходной с регрессией сновидца. Следовательно, пациент находится в особенно благоприятных условиях для описания образов сновидения, а также их интерпретации. Благодаря процессу ассоциаций один за другим компоненты сновидения становятся доступными осознанию в бодрствующем состоянии, т. е. пациент может разобрать по частям то, что было соединено в сновидении.

Поскольку метод свободных ассоциаций в современной психодинамической терапии больше не рассматривается как простая инверсия работы сновидения, рекомендуется относиться к свободным ассоциациям прагматически, с учетом значительной роли, которую активно слушающий психотерапевт играет в создании связей, которые он интерпретирует.

Для описания ассоциаций, которые дает сновидец, побуждаемый терапевтом к связи между отдельными элементами сновидения, Х. Томэ и Х. Кэхеле используют старый аналитический термин «ассоциации в связи с темой». Они отмечают, что «при ассоциациях в связи с темой вскоре возникает вопрос, какие из ассоциаций пациента все еще связаны с самим сновидением и, что еще важнее, какие из них связаны с латентными мыслями и его специфическими бессознательными желаниями. Однако сопротивление ассоциированию, хотя и в определенных пределах, дает некоторые указания на тот путь, по которому надо следовать в контексте сновидения».

Непосредственно после каждой интервенции (перерыва в речи пациента) сессия начинает вращаться вокруг одной из тем. Даже полное отсутствие какой бы то ни было ответной реакции на интерпретацию расценивается терапевтом как реакция. Соответственно «свободно парящее» внимание терапевта сосредоточивается на теме в той же степени, в какой на этой теме сосредоточивается и пациент, реагирующий на вмешательства терапевта, а не игнорирующий их. Чем более разнообразны и подробны ассоциации пациента, тем большие трудности возникают у терапевта, так как ему необходимо сделать и обосновать выбор материала. Поэтому, как рекомендуют Томэ и Кэхеле, с одной стороны, целесообразно рассматривать то, что говорит пациент, с позиции непрерывности («что из прошлой сессии продолжается сегодня?»), а с другой – рассматривать текущую сессию как самостоятельную («какую проблему пытается решить пациент?»).

Рассматривая проблему уменьшения многообразия потенциальных смыслов сновидений, Д. Спенс предлагает делить ассоциации на «первичные» и «вторичные» согласно «правилам трансформации». Основой использования ассоциаций служит «постулат соответствия»: ассоциации соответствуют мыслям сновидения, так как регрессия во время ассоциирования соответствует состоянию «доброкачественной регрессии» во время сна или влюбленности. Первичными ассоциациями являются те, которые причинно связаны со сновидением; они приводят к подробностям сновидения. Вторичные ассоциации – это те, что подсказаны самим сновидением; они уводят от сновидения. Он пишет: «Мы должны разделять ассоциации сновидца на первичные (предполагаемые причины сновидения) и вторичные (вызванные сном, как он приснился, но не имеющие никакого существенного отношения к созданию сновидения). Все вторичные ассоциации должны исходить приблизительно из одного и того же периода жизни пациента – как рабочую гипотезу возьмем двадцать четыре часа до сновидения. Чем более ограничен во времени этот период, тем больше мы можем быть уверены, что верно идентифицировали первичные ассоциации. С другой стороны, если мы значительно увеличиваем пространство наших поисков (например, включив всю жизнь пациента), тем самым мы уменьшаем возможность обнаружения чего-либо, связанного с причиной сновидения, и повышаем шансы уловить только вторичные ассоциации».

В заключение остановимся еще на нескольких практических проблемах, связанных с расхождениями между воззрениями психоаналитиков ранних этапов развития психоанализа и современными психодинамическими терапевтами. Первая из них касается запоминания сновидений и сообщений пациента о сновидениях. Большинство современных психодинамических терапевтов полагают, что терапевтическая полезность сновидений не ограничивается исключительно толкованием содержащихся в них латентных мыслей с помощью ассоциаций. Так, К. де Моншо считает функцию видения сна и сообщения о сновидениях (в

смысле бессознательного желания и защиты в трансферентных отношениях) настолько же важной для сновидца, как и сновидение само по себе.

Вторая проблема связана с фиксированием приснившегося пациенту сновидения. Фрейд совершенно четко высказывался против стимулирования пациентов записывать свои сновидения, считая, что сновидения не забываются, когда основное бессознательное содержание готово к проработке. Дж. Слэп, наоборот, полагает, что подобные действия помогают лучше понимать сновидения; в качестве примера он приводит случай, когда его просьба к пациентке записать часть одного сновидения, которое вызывало у нее трудности при устном сообщении, привело к возникновению инсайта по поводу его содержания.

Третьей проблемой является то, что зачастую сообщение пациентом о сновидении обладает или приобретает отчетливое сходство с теоретической ориентацией психотерапевта. Так, например, исследователи сновидений, независимые от психотерапевтической практики, отмечают, что пациентам, проходящим психоанализ, в большинстве своем снятся сновидения, преисполненные традиционного фрейдовского символизма; пациентам аналитической психотерапии – образы и сюжеты, описанные в работах К. Г. Юнга и т. д. Х. Томэ и Х. Кэхеле считают, что этот факт не является свидетельством в пользу теории, которой придерживается психотерапевт, но говорит лишь о том, что пациент и терапевт оказывают взаимное влияние друг на друга. Они пишут: «Не следует особенно удивляться, если два участника сближаются при рассказе, общем исследовании и окончательном понимании сновидения». Продуктивность пациента в смысле его сообщений о сновидениях, естественно, также во многом определяется тем, каким образом терапевт реагирует на эти рассказы и есть ли у пациента ощущение, что они ему интересны. Как показывает в своем исследовании Томэ, это сближение не является результатом терапевтического внушения. Для того чтобы пациент мог сообщать о сновидении, он должен чувствовать себя достаточно безопасно в терапевтических отношениях.

И наконец, У. Грунерт возражает против мнения Фрейда о том, что само по себе содержание явного сновидения, без включения ассоциаций сновидца, может оказаться бесполезным для интерпретации. Она пишет: «В отличие от практики Фрейда аналитику не следует бояться придавать серьезное значение образам и событиям в сновидениях и в сопровождающих их или символизируемых эмоциях и аффектах». Из этого следует, что он должен давать и соответствующие интерпретации.

Завершение психодинамической терапии

В большинстве случаев невозможно назвать точную дату окончания психодинамической терапии. Во время обсуждения условий терапевтического контракта психотерапевт обычно объясняет такую открытость временных рамок пациенту тем, что длительность проводимой терапии прежде всего зависит от того, сколько времени потребуются для выявления и разрешения внутренних бессознательных конфликтов пациента. Иногда этот процесс может продолжаться несколько лет, так как изменения происходят через накопление минимальных, часто медленно распознаваемых сдвигов состояния.

Однако все же наступает время, когда и терапевт, и пациент приходят к выводу о том, что терапия вступает в свою завершающую фазу. В этот период как терапевт, так и пациент замечают, что больше не поступает нового материала и не отмечается никаких новых сопротивлений. Скорее отмечается продуктивный день ото дня работа пациента, который самостоятельно использует в практике своей повседневной жизни то, чему он научился в кабинете психотерапевта.

О необходимости завершения психодинамической терапии свидетельствует:

- 1) разрешение проблем пациента;
- 2) осознание пациентом своих проблем как дистонных образований;

3) понимание пациентом особенностей своего личностного развития, защитных и адаптивных механизмов, объектных отношений, переживаний собственного Я и т. п., служащих причинами проблем;

4) способность пациента распознавать и овладевать своими трансферентными реакциями;

5) выработанные навыки самоанализа в качестве метода диагностики и разрешения своих внутренних конфликтов.

В идеальном случае вопрос о завершении психотерапевтического курса поднимает сам пациент. Часто пациенты поднимают вопрос о завершении психотерапии не прямо, а косвенно, в виде фантазий или гипотетических обсуждений. В связи с этим психотерапевту, прежде чем переходить к обсуждению такого завершения, обычно рекомендуется послушать пациента еще некоторое время, внимательно анализируя новые вопросы и новые конфликты, которые может вызвать эта тема, и пытаясь определить, не является ли вопрос об окончании психотерапии проявлением сопротивления.

Но может случиться и так, что вопрос завершения работы «витают в воздухе», а пациент избегает всякого упоминания о такой возможности. В этой ситуации терапевт должен расценивать это как проявление психологической защиты против завершения.

В любом случае терапевт должен обозначить свое видение ситуации. Этим он стимулирует начало процесса завершения терапии. Конечная дата устанавливается по взаимному согласию. Обычно она назначается за несколько недель, но иногда выясняется, что для окончательной проработки чувств, связанных с завершением психотерапии, потребуется несколько месяцев.

На завершающем этапе перед терапевтом и пациентом стоят следующие главные задачи. Для пациента это прежде всего: 1) переживание и овладением чувствами разлуки и утраты, 2) окончательная проработка трансферентных чувств по отношению к терапевту и 3) начало самоанализа.

Подводя итоги психотерапии, пациент ретроспективно обращается к личной истории и проблемам, приведшим его на терапию, и оценивает свои достижения по изменению. Такое подведение итогов помогает пациенту завершить курс терапии с сознанием исполненного долга, испытывая очень важные чувства гордости за себя и глубокой благодарности к терапевту, сыгравшему важную роль в этом процессе. Кроме того, подведение итогов терапии позволяет облегчить последующий самоанализ пациента, еще раз повторяя и «освежая» те знания о себе, которые он накопил.

Оценивая эффективность оказанной помощи с точки зрения избавления пациента от проблем, приведших его на психотерапию, терапевт всегда должен помнить, а пациент понимать, что цели, преследуемые при терапии, хотя и связаны с целями пациента в жизни, все же существенно отличаются от них. Цели терапии всегда в значительной степени зависят от реальных требований и возможностей, выдвигаемых самой жизнью, т. е. от того, «что возможно в данное время в данном контексте» (Урсано, Зонненберг, Лазар, с. 98). Успешность психодинамической терапии вовсе не означает свободную и полную реализацию пациентом всех своих надежд и желаний. Скорее всего пациент, вступающий в завершающую стадию психотерапии, должен чувствовать, что благодаря ей он может постоянно функционировать на качественно более высоком уровне, зная о тех особенностях собственной личности, которые могут предрасполагать к возникновению интрапсихических конфликтов, и обладая навыками овладения ими, принимая разочарования, связанные с невозможностью утратой каких-либо возможностей.

В завершающей фазе психотерапии пациент испытывает весьма болезненное, универсальное для всех людей переживание утраты взаимоотношений с человеком, который оказал ему большую помощь и которого он обычно воспринимает как человека доброго, понима-

ющего и не несущего опасности. Эти переживания предоставляют еще одну возможность для личностного роста пациента через проработку трансферентных чувств, пробуждаемых таким опытом (например, имеющих отношение к утрате и воскрешению детских надежд на волшебное воссоединение с каким-либо из трансферентных объектов своего детства). Отметим, что, в свою очередь терапевт тоже чувствует схожее чувство утраты. Вместе с пациентом он теряет своего «коллегу» и ту часть жизни, которая была прожита вместе. Поэтому терапевту необходимо обращать пристальное внимание на свои контртрансферентные чувства, которые могут привести к попыткам избежать утраты пациента.

Отметим, что в связи с переживанием утраты нередко наблюдается рецидив проблем и возврат к старым трансферентным образцам и стилям взаимодействия с терапевтом. Подобная ситуация может оказаться хорошим «пробным камнем» для применения пациентом своих знаний и навыков на практике. Кроме того, опыт разлуки приводит к проявлению важных последних трансферентных элементов.

В связи с этим в этот период от терапевта требуется максимум внимания и поощрения тенденций самоанализа у пациента. Поддерживая его независимые усилия по интерпретации трансфера, терапевт может в мягкой манере руководить им, например указывая ему на незамеченные остаточные проявления трансферентных чувств и поясняя, каким образом они могут препятствовать его возросшей способности независимо размышлять о себе.

Кроме того, завершая процесс психотерапии, терапевт должен совместно с пациентом определить чувства, связанные с разочарованием в проведенной терапии, ее границы и неудавшиеся аспекты, обсудить возможность повторного курса в будущем и, насколько это необходимо, планы пациента на будущее.

Иногда психотерапевт осознанно или неосознанно испытывает нежелание заканчивать курс терапии из-за своего разочарования в том, что было сделано, или же сознательного или бессознательного чувства вины перед пациентом. Подобные чувства со стороны терапевта могут тормозить попытки развития автономных способностей пациента.

Обсуждая границы лечения, терапевт должен обсудить возможность будущего продолжения психотерапии. Если вопрос об этом ставится пациентом, терапевту следует рассмотреть его с точки зрения соотношения реальности и остаточных трансферентных чувств. Если терапевт считает, что показано продолжение терапии, а пациент при обсуждении этого вопроса остается безразличным, то терапевт должен трактовать эту полную удовлетворенность лечением как сопротивление дальнейшей работе.

На этой стадии также полезно обсудить с пациентом (особенно с тем, который проходил продолжительный курс) то, что процесс завершения распространяется за пределы последней сессии. В течение определенного времени после прекращения терапии пациент будет чувствовать, что он все еще интегрирует различные аспекты такого завершения.

В случае неудачного исхода курса психодинамической психотерапии завершение может происходить по инициативе как терапевта, так и пациента (даже в случае интерпретации его как сопротивления). В такой ситуации и пациент, и терапевт могут испытывать сильное разочарование друг в друге, в самих себе и в самой психотерапии со всеми ее теориями и техниками, не оправдавшими ожиданий. Поэтому, во-первых, психотерапевт должен создать такую атмосферу, чтобы все негативные чувства выражал только сам пациент. Во-вторых, как бы высоко он ни оценивал психодинамическую терапию как вид помощи, при любой возможности он должен помочь пациенту при рассмотрении им альтернативных видов психотерапии. И наконец, в-третьих, терапевт должен постараться развенчать сложившийся у пациента миф о том, что если «такая психотерапия» была неэффективной, то это означает полный и окончательный провал.

Р. Урсано, С. Зонненберг и С. Лазар в своем кратком руководстве по психодинамической терапии описывают некоторые приемы, которые могут помочь терапевту преодолеть

ощущение полной неудачи, возникающее у пациента. Первый из них состоит в напоминании пациенту тривиальной психологической истины о том, что каждому человеку свойственно меняться, независимо от его специфических черт и психологических проблем. Соответственно если психотерапия не помогла на этом жизненном этапе, то совсем не означает, что она не сможет помочь им позже. Второй заключается в рассказе о существующей в психотерапии проблеме совместимости терапевта и пациента. Направленность подобного рассказа должна быть сориентирована на снятие у пациента чувства вины из-за негативного результата психотерапии и стимулирование его на поиски другого вида психотерапии или другого психотерапевта. Еще одним приемом может служить обсуждение возможности перехода пациента к другому терапевту на основании взаимного признания трансферентной «подоплеки» решения о завершении курса.

Техники психодинамической терапии при работе с пациентами, имеющими различные уровни нарушений

Вскрывающие техники при работе с пациентами невротического уровня

Очевидно, что психодинамическую терапию легче проводить с пациентами, у которых достаточно развито чувство базового доверия, имеется высокая степень автономии и хорошо сформировано чувство идентичности. Исходя из этого, для невротических пациентов целью терапии является устранение бессознательных препятствий для получения полного удовлетворения в любви, работе и развлечениях.

Как указывает И. Мак-Вильямс, невротический пациент достаточно быстро устанавливает с терапевтом рабочий альянс, заключающийся в том, что наблюдающие Эго психотерапевта и пациента объединяются в раскрытии прежде бессознательных защит, чувств, фантазий и конфликтов. При быстро сформированном и устойчивом терапевтическом альянсе возможно проведение **интенсивного курса психодинамической терапии**, позволяющего достичь максимальных результатов за достаточно короткий срок. В настоящее время отечественные психодинамические терапевты, согласно канонам западных руководств, стремятся добиться от большинства пациентов обязательства приходить на «три или четыре сессии в неделю». Но тот же западный аналитический опыт свидетельствует, что пациенты невротического уровня после периода менее интенсивной терапии решают, что хотят «пойти глубже», и переходят от психодинамической терапии к психоанализу. Психоанализ занимает годы, но это не исключает того, что у более-менее здоровых людей улучшение в симптоматике или поведении наступает столь же быстро, как и при проведении любой другой терапии.

Тем людям, которые не готовы взять на себя обязательства относительно времени, денег и эмоциональных усилий, необходимых для проведения интенсивного анализа, значительную помощь может оказать психодинамическая терапия, когда пациент и психотерапевт встречаются менее трех раз в неделю и, как правило, лицом к лицу. В этом случае терапевт в меньшей степени поощряет эмоциональную регрессию, в меньшей степени способствует развитию невроза переноса и более активен в определении тем и акцентировании того, что в более интенсивной терапии было бы идентифицировано самим пациентом.

Другим привлекательным (если позволительно так говорить) качеством пациентов невротического уровня является их пригодность для краткосрочной психодинамической терапии, которая будет рассмотрена отдельно. Так называемым высокофункциональным пациентам также хорошо помогает работа в групп-аналитическом и семейном вариантах психодинамической терапии, в то время как пограничным и психотическим пациентам она часто не приносит облегчения.

Из всего вышесказанного следует, что, по существу, пациентам невротического уровня будет полезен любой терапевтический подход (а не только психодинамический). Обладая достаточным опытом длительных позитивных объектных отношений, они способны принимать благожелательность терапевта и успешно работать вместе с ним.

Кроме того, в отношении невротических пациентов нельзя не учитывать тот факт, что они служат хорошей рекламой для своих терапевтов, в отличие от пограничных пациентов, которые могут (даже при условии, что терапия им помогает) безжалостно порочить своих терапевтов или идеализировать их в такой преувеличенной манере, что у других создается впечатление, будто ими занимается виртуозный шарлатан.

Поддерживающие техники при работе с пациентами психотического уровня

Для понимания пациентов, функционирующих на симбиотическом уровне, даже если они не явно психотические, наиболее важно то, что эти люди находятся в состоянии паники (неслучайно, что лекарства, помогающие при лечении, например шизофрении, оказывают в основном успокаивающее действие). Пациенты, склонные к психотической дезорганизации, страдают от ощущений незащищенности и внутреннего распада, поэтому при работе с ними недопустимо применять какие-либо техники, связанные с ослаблением или изменением границ (как это делает традиционная аналитическая терапия при работе с невротическими пациентами). Соответственно наиболее подходящей техникой при лечении подобных пациентов обычно является **поддерживающая техника** психотерапии.

В качестве первого аспекта поддерживающей техники выделяют **демонстрацию психотерапевтом своей надежности**. Тот факт, что люди психотического уровня часто соглашаются с терапевтом, вовсе не означает, что они доверяют тому, кому уступают. Мало того, их податливость может означать и обратное: страх того, что авторитетные фигуры убьют их за то, что они имеют собственные желания. Поэтому первая и важнейшая задача терапевта состоит в том, чтобы постоянно демонстрировать свое отличие от примитивных образов враждебных и всемогущих авторитетов, на которых зафиксирован пациент психотического уровня.

Справиться с этой задачей довольно трудно. Для невротика, находящегося во власти параноидальных идей, достаточно проинтерпретировать перенос, т. е. объяснить, как пациент путает кого-либо с негативной фигурой из своего прошлого или как он проецирует на него какую-либо негативную часть самого себя. С глубоко нарушенными людьми интерпретация подобного рода бесполезна; фактически они воспримут ее как попытку психотерапевта хитрить с ними с каким-то коварным замыслом. Вместо этого с психотическим пациентом психотерапевту необходимо придерживаться точно выверенной линии поведения, максимально удаленной от угрожающих фантазий пациента. Это могут быть как сложные, тщательно продуманные ходы, так и вполне простые коммуникации. Например, терапевт может попросить пациента сказать, что в атмосфере психотерапевтического кабинета вызывает у него психологическое напряжение или чувство дискомфорта, предоставить возможность продемонстрировать свои знания и умения, поинтересоваться мнением относительно некоторых тем, не связанных с психотерапией.

Например, с пациентом Д., страдающим расстройствами шизофренического круга, мы периодически разговаривали об истории и культуре Испании, которыми он увлекался. После таких бесед, позволявших пациенту продемонстрировать свою эрудицию и в то же время почувствовать себя активным (что в его понимании означало «нормальным») участником диалога (с мнением которого, в отличие от матери или лечащих врачей, терапевт в некоторых случаях имел смелость не соглашаться), его тревога и дезорганизованность уменьшались, а иногда имело место улучшение психического функционирования.

Кроме того, терапевт может давать комментарии по поводу созидательных и позитивных аспектов даже самых причудливых симптомов. Так, например, у того же Д. наблюдалась следующая навязчивость: он стремился к идеальной (и в связи с этим практически недостижимой) укладке пробора, что отнимало много времени и нередко приводило к взрывам агрессии. По этому поводу была высказана следующая интерпретация: «Наверное, твое стремление добиться такого пробора, который бы целиком и полностью тебя устраивал, свя-

зано с желанием нравиться окружающим, иметь возможность нормального общения с ними. И это очень здорово, так как показывает, что ты осознаешь тяжесть своей болезни и связанных с ней ограничений. Тем не менее, ты не опускаешь руки, а пытаешься преодолеть их, пытаешься бороться с болезнью по мере своих возможностей. А это означает, что у тебя есть не только желание, но и силы». После этого навязчивость постепенно потеряла свою остроту и в последующем возникала только в периоды, следующие непосредственно после рецидивов.

Другой аспект демонстрации надежности психотерапевта состоит в том, чтобы вести себя с безусловной искренностью. Психотические пациенты (особенно страдающие шизофренией) обладают особой восприимчивостью к оттенкам чувств и честности своего терапевта. В связи с этим в общении они требуют значительно большей эмоциональной открытости терапевта, чем другие пациенты. Если же терапевт остается закрытым, они начинают интерпретировать его поведение на основе своих фантазий. Н. Мак–Вильямс иллюстрирует это положение на примере такого чувства, как раздражение: «Если человек невротического уровня спрашивает: «Вы на меня сердитесь?», полезно ответить что–нибудь вроде: «А что бы вы почувствовали или подумали, если бы я на вас рассердился?». Если тот же вопрос будет задан потенциально психотическим пациентом, психотерапевт должен ответить, например, так: «Вы очень чувствительны. Видимо, я действительно чувствую легкое раздражение – не только на вас, но и на себя. Я слегка недоволен тем, что не могу помочь вам так быстро, как бы мне хотелось. А почему вы об этом спросили?»».

Заметим, что поддерживающий стиль психотерапии все равно побуждает пациента проводить некоторую внутреннюю работу над своими проблемами, но только после того, как первоначальная паника, вызванная примитивными представлениями об опасном всемогуществе психотерапевта, нейтрализуется некоторой объективной информацией и положительным эмоциональным опытом.

Принципы открытости и прозрачности распространяются не только на личность психотерапевта, но и на весь психотерапевтический процесс в целом. Например, в вопросах оплаты услуг психотерапевта психотические пациенты могут иметь всевозможные тайны и своеобразные представления о значении денежного обмена – не в форме фантазий, которые сосуществуют с более разумными обоснованиями, а в виде личных убеждений.

Так, пациентка А., страдающая депрессивным расстройством психотического уровня, на одной из сессий сообщила, что, по ее мнению, если психотерапевт действительно считает себя ее единственным другом и искренне желает ей помочь, он должен уменьшить свой гонорар (и так минимальный), так как обязан понимать, что для полноценного и, главное, «радостного» существования ей необходимы «маленькие развлечения», в которых она себе отказывает из–за нехватки денег. Впоследствии эта идея трансформировалась в то, что «настоящий друг не может брать за дружбу деньги».

Анализ подобных мыслей при работе с психотиками, в отличие от невротиков, не помогает, поскольку такие представления синтонны. Следовательно, если психотический пациент ставит вопрос об оплате, ему рекомендуется отвечать, например, так: «Я беру деньги, поскольку зарабатываю себе на жизнь, помогая другим людям в решении их психологических проблем. Если я перестану это делать, то просто–напросто останусь без средств к существованию. Кроме того, если я стану брать меньшую плату, чем это принято среди моих коллег, то буду чувствовать неудовлетворенность и обиду на вас. А разве можно по–настоящему помочь человеку, на которого обижаешься или злишься?» Подобное заявление к тому же способствует лучшему пониманию пациентом сути психотерапии, что корректирует искаженные представления о терапевтических взаимоотношениях.

Мак–Вильямс рекомендует вести себя с психотическими пациентами очень открыто, т. е. по мере необходимости рассказывать о своей личной жизни. Это мотивируется тем, что

в такой ситуации пациент чувствует себя максимально непринужденно. Но это таит в себе риск, связанный с тем, что некоторые аспекты раскрывшейся индивидуальности терапевта могут вызвать у пациента психотическую реакцию. Однако учитывая, что непроницаемость терапевта порождает подобные реакции с большей вероятностью, преимущества открытого поведения терапевта перевешивают риск.

Свою заботу, а следовательно, и надежность пациенту психотического круга можно продемонстрировать и другим способом: предложить ему помощь в разрешении более специфических проблем (например, дать прямой совет по решению той или иной житейской проблемы). Еще один способ – готовность разделить позицию пациента по некоторым вопросам, имеющим для него большое значение.

Необходимо отметить, что как самораскрытие, так и советы являются теми аспектами поддерживающей терапии, которые делают ее «необратимой». Если пациент диагностирован неправильно, психотерапевт уже не сможет стать снова непроницаемым для него. Терапия может смещаться от вскрывающей к более экспрессивной или от экспрессивной к более поддерживающей (если первоначальный диагноз был слишком оптимистичным), но терапевт не сможет восстановить свою способность анализировать перенос после того, как пациент видел его «подлинным».

Таким образом, с людьми психотического уровня следует вести себя более авторитетно (но не авторитарно), чем с высокофункционалирующими пациентами. Действуя наравне, но профессионально более компетентно, психотерапевт позволяет напуганным пациентам почувствовать себя более защищенными. Естественно, что терапевт должен быть по-настоящему уверенным в правильности предлагаемых решений. В этом случае по ходу терапии даже самые нарушенные пациенты убеждаются в том, что находятся в безопасности, и решаются высказывать собственное мнение, что способствует развитию их психологической независимости.

Вторым аспектом поддерживающей терапии является **просветительская роль психотерапевта**. У людей психотического уровня существуют зоны сильного когнитивного замешательства, связанные с эмоциями и фантазиями. Как показывают многочисленные исследования семейной динамики шизофрении, психотические пациенты выросли в системах, где использовался очень противоречивый и сковывающий эмоциональный язык: члены семьи могли говорить о любви, а вести себя с ненавистью и т. д. В результате пациентам психотического уровня необходимо объяснять, что чувства – это вполне естественные человеческие реакции, что они отличаются от действий, что часто они тесно переплетены с фантазиями. Кроме того, до психотических пациентов очень важно донести представление о том, что их уникальные пугающие чувства могут быть универсальными и понятными многим другим людям.

Одним из компонентов просветительской роли является нормализация чувств, разрушающих пациента или воспринимаемых им как проявления болезни. При таком подходе терапевт обращается ко всей накопленной человечеством мудрости, обобщая в интересах пациента все, что ему известно о человеческой психологии. Н. Мак-Вильямс приводит следующий пример: одна из ее пациенток очень встревожилась, когда обратила внимание на ноги терапевта, открывавшей окно, и пришла от них в восхищение. Она забеспокоилась, что это признак лесбиянства. Мак-Вильямс отмечает, что при работе с менее нарушенной пациенткой ее можно было бы попросить проследить свои ассоциации, что выявило бы ряд скрытых аспектов личности. Но поскольку она имела дело с маниакально-депрессивной пациенткой, в испуге ожидавшей крайне негативной реакции терапевта, терапевту пришлось сообщить, что ей лестно такое замечание. Далее она сказала, что на основании истории пациентки заключает, что она не лесбиянка, хотя у любого человека возникают сексуальные чувства по отношению к людям обоих полов, но у большинства это остается на бессознатель-

ном уровне. Таким образом, она представила беспокойство пациентки в новом контексте, рассмотрев его в качестве еще одного примера ее повышенной чувствительности.

Активная образовательная позиция благотворно влияет на эмоциональное равновесие психотически встревоженного человека, поскольку смягчает его ужас перед психическим заболеванием. Кроме того, такая позиция «включает» пациента в более сложный психологический мир. Учитывая, что многих людей, обладающих симбиотической структурой личности, с детства определяли как ненормальных, такое доброжелательное участие само по себе оказывает на них корректирующее воздействие. В связи с этим в просветительской беседе важнее передать общую надежду на возможность понимания, чем быть предельно точным. Поскольку никогда ничего нельзя знать точно, лучше смягчать формулировки, называя подобного рода объяснения «догадками» или «предварительными гипотезами».

Подобный стиль воздействия первоначально был разработан для детей, у которых примитивные предубеждения сочетаются со страхами регрессии, и получил название **восходящей реконструкции (восходящей интерпретации)**. Эти названия указывают на отличие данной интерпретации от интерпретаций, применяемых с пациентами невротического уровня, когда работа идет «вглубь» и направлена на защиту, ближайшую к осознанию. При восходящей интерпретации терапевт прямо вскрывает глубинный материал, проговаривает его содержание и объясняет, почему данный материал вошел в жизненный опыт пациента.

Третьим принципом поддерживающей терапии является **первоочередная интерпретация чувств и стрессов, а не защит**. Например, психотерапевту, работающему с глубоко нарушенными индивидами, часто приходится выслушивать бурные речи возбужденного пациента. Оставаться безучастным в этой ситуации антитерапевтично, а попытки интерпретировать проективную защиту или противопоставить искаженным представлениям пациента собственное видение реальности могут вызвать у пациента подозрение, что терапевт находится в тайном сговоре с мучителями. И. Мак-Вильямс в этом случае рекомендует следующую тактику: во-первых, необходимо дождаться того момента, когда пациент сделает паузу, чтобы передохнуть (со стороны психотерапевта это может выражаться в спокойном сидении и сочувственных кивках в течение большей части сессии). По крайней мере, такой аффективный всплеск свидетельствует, что пациент теперь достаточно доверяет терапевту, чтобы бесконтрольно выражать свои чувства. Во-вторых, можно произнести фразу наподобие следующей: «Сегодня вы, кажется, более подавлены, чем обычно», никак не указывая на то, что по своему содержанию расстройство является патологией. И наконец нужно постараться помочь пациенту установить, что же вызвало такую бурю чувств, учитывая, что часто главная причина расстройства пациента только внешне связана с темой его излияний.

Приведем пример. Иа одной из сессий пациент Д. сообщил, что очередное обострение военной обстановки в Югославии напрямую связано с тем, что накануне вечером он сделал то, чего ни в коем случае не должен был делать (как позже выяснилось, прочитал в газете статью на тему, на которую он самостоятельно наложил запрет в связи с тем, что она вызывает у него слишком бурные эмоции). В ответ терапевт заметил, что, наверное, достаточно тяжело нести ответственность за поддержание равновесия в этой «горячей точке» и поинтересовался, каким образом Д. справляется с подобной задачей. В этом случае терапевт не выразил несогласия с интерпретацией событий, данной пациентом, но и не нанес удара по его самолюбию, отвергая их. И что самое важное, терапевт спровоцировал дальнейшее обсуждение. Обычно стоит пациенту выпустить пар, как на смену его параноидальным идеям постепенно приходит более реалистичное понимание происходящего. Иногда терапевт может помочь, мягко спрашивая пациента о других возможных объяснениях подобного восприятия, но только после того, как пациенту дали возможность выговориться. В результате таких действий пациент начинает воспринимать ситуацию реалистично, и его состояние улучшается.

Поддерживающая терапия с психотичными и потенциально психотичными людьми имеет разные цели и разные критерии по сравнению с терапией менее нарушенных пациентов. Несмотря на некоторые предрассудки, психотерапия психотиков эффективна и несет в себе большой заряд душевного удовлетворения. Зачастую она может быть эмоционально тяжелой, опустошающей, угнетающей и требовать работы на пределе своих возможностей, но в то же время она эмоционально и интеллектуально стимулирует, повышает творческий потенциал психотерапевта.

Экспрессивные техники при работе с пограничными пациентами

Как уже отмечалось, термин «пограничный» имеет разнообразные значения. Дело не только в том, что депрессивный человек с пограничными чертами сильно отличается от нарциссического, параноидного или истерического пограничного пациента, но и в том, что внутри категории пограничного существует широкий диапазон тяжести состояния, простирающийся от невроза, с одной стороны, до психоза – с другой. Поэтому для людей с организацией личности пограничного уровня следует выбирать экспрессивную психотерапию.

Целью терапии, проводимой с пациентами, обладающими пограничной структурой, является развитие целостного, надежного, комплексного и позитивно значимого ощущения самих себя. Наряду с этим процессом происходит развитие способности полноценно любить других людей, несмотря на их отрицательные качества и противоречия. Для пограничных индивидов возможно постепенное продвижение от неустойчивой реактивности к стабильному принятию своих чувств, ценностей и восприятия жизни, несмотря на трудности, которые они представляют для терапевта, особенно на ранних стадиях терапии.

Экспрессивная терапия имеет много общего как с поддерживающей, так и с вскрывающей терапией. Пациента просят говорить все, что приходит ему в голову, психотерапевт помогает ему в этом разобраться, обе стороны ожидают, что в результате череды инсайтов и налаживания благоприятных дружеских отношений будут происходить изменение и рост личности. Но существуют и различия, причем они довольно существенны. Большинство из них проистекает из того обстоятельства, что пограничная личность, по определению, не имеет интегрированного Эго, наблюдающего объекты так, как их видит психотерапевт. Вместо этого пограничная личность подвержена хаотичному метанию между различными состояниями Эго, не обладая способностью собрать их воедино.

Несмотря на то что пациенты в пограничном состоянии обладают большей способностью к доверию, чем психотически организованные люди, и не требуют от терапевта постоянной демонстрации того факта, что в его кабинете они находятся в безопасности, может потребоваться достаточно много времени (вплоть до нескольких лет), чтобы добиться такого терапевтического альянса, который при работе с невротиком возникает через несколько минут после знакомства. В то время как психотический пациент скорее стремится психологически слиться с терапевтом, а невротический пациент – сохранить свою отдельную идентичность, пограничная личность мечется, «дезориентируя себя и других», между двумя угнетающими состояниями: симбиотической привязанностью (вызывающей ощущение поглощения) и злобной изолированной отделенностью (связанной с чувством покинутости).

Ввиду нестабильности состояния Эго решающим моментом терапии таких пациентов является **установление постоянных условий психотерапии** – то, что Роберт Лангс назвал **терапевтическими рамками (сеттингом)**. Это включает в себя не только упоминавшиеся ранее время, место, оплату и т. п., но и многочисленные решения по поводу границ взаимоотношений, которые редко приходится принимать в работе с другими пациентами. Обычно это связано с изматывающими психотерапевта проблемами следующего свойства: звонки домой, нахождение рядом с психотерапевтом помимо времени терапевтической сессии, шан-

таж по поводу суицида, затягивание и пропуски сессий, упреки в нарушении конфиденциальности, попытки манипуляции своим состоянием и т. п.

Некоторые из этих ситуаций находят свое выражение в форме вопросов, другие проявляются в виде действий, которыми проверяются границы взаимоотношений. Так, пациентка А., 30 лет, предъявляющая жалобы по поводу сильных трудностей в общении и диагностированная как мазохистический тип организации личности пограничного уровня, в одну из первых терапевтических сессий, на которой она преимущественно предъявляла агрессивные претензии к терапевту, связанные с невозможностью их общения вне рамок «психотерапевт–пациент», заявила, что времени сессии ей не хватило (хотя она сама значительно опоздала) и она требует немедленного продолжения работы. Все доводы терапевта о том, что, согласно заключенному психотерапевтическому контракту, их следующая встреча должна состояться через несколько дней, в согласованное время, а сейчас у него другие дела, в том числе связанные с оказанием помощи другим пациентам, она проигнорировала, ответив, что ей очень плохо и она нуждается в экстренной помощи. При этом она отказывалась выйти из кабинета, заявляя, что будет сидеть там столько, сколько понадобится, чтобы психотерапевт снова начал с ней работать, и заставить ее уйти можно только силой. В такой ситуации терапевт был вынужден сам покинуть кабинет и обратиться за помощью к коллегам, которые предоставили ему другой кабинет и стали осуществлять периодическое профилактическое наблюдение за поведением пациентки в его собственном кабинете. Через некоторое время терапевт вернулся и попытался вновь вступить в диалог с пациенткой, которая уже пошла на уступки и соглашалась вне кабинета подождать, когда терапевт закончит другую работу. Поскольку терапевт не принял ее условий, она обратилась за помощью к его коллегам, которым жаловалась на своего терапевта и требовала, чтобы они заставили его сделать так, как она хочет. Не добившись желаемого, она, в момент когда терапевт провожал другого пациента, стала громко угрожать ему, в том числе обещая повеситься перед дверью кабинета. Увидев, что и это не приводит к желаемому результату, она ушла, но только затем, чтобы на улице подкараулить терапевта и сначала продолжить свои претензии, а потом просто молча следовать за ним на некотором расстоянии. Однако увидев, что терапевт не реагирует и на это, она разозлилась, опрокинула урну и в слезах убежала. На следующей сессии ее поведение стало материалом для обсуждения, в результате чего выяснилось, что аналогичные ситуации случались и раньше, были связаны с особенностями ее семейных (родительско–детских) отношений и в прошлом заканчивались более эффективно.

У пограничного пациента может возникать бесконечное количество подобных проблем, и терапевту важно знать, что главное не то, какие условия будут поставлены (они могут варьироваться в зависимости от личности пациента и предпочтений терапевта), а то, чтобы они были поставлены, постоянно проверялись и подкреплялись особыми санкциями, если пациент им не следует. Подчеркнем, что большинство пограничных пациентов ведут себя провокационным образом в отношении границ, напоминая подростка, которого родители не приучили к ответственному поведению.

Таким образом, при работе с пациентами пограничного уровня вся работа, связанная с условиями психотерапии, является психотерапией. Когда достигается терапевтический альянс по невротическому типу, пациент, по определению, делает гигантский шаг в собственном развитии. Зачастую эта необходимость тратить столько времени и усилий на установление границ с людьми, нередко интеллектуальными, здравомыслящими и владеющими хорошей речью, приводит терапевта в замешательство. Терапевту начинает казаться, что более «правильным» было бы заниматься другими вещами. Поэтому терапевты, особенно впервые работающие с пограничными пациентами, периодически испытывают приступы сомнения в своей профессиональной компетентности.

Другой аспект условий работы с пограничными пациентами состоит в том, что за исключением немногих людей, находящихся ближе к границе с неврозом, терапевту, как правило, лучше работать с ними лицом к лицу. Пограничные пациенты не подвержены таким всепоглощающим переносам, как психотические больные, но все же испытывают большое количество переносов, и терапевт не должен усугублять их ощущение неопределенности, уходя из поля зрения. Кроме того, у пограничных пациентов не следует поддерживать состояние напряженности, поэтому только особый набор обстоятельств (например, временная тенденция к суициду или потребность в интенсивной помощи в процессе излечения от наркотической зависимости) может потребовать более трех сессий в неделю.

Следующее обстоятельство, на которое следует обратить внимание при работе с пограничными пациентами, связано с формулировкой интерпретаций. Как мы уже отмечали, с невротиками комментирование должно происходить не чаще, чем это требуется для поддержания внимания пациента (чем реже, тем лучше). Сама интерпретация обычно направлена на вскрытие некоего конфликта, когда пациент знает только об одной стороне чувств, в связи с чем пациент чувствует себя понятым, хотя и слегка задетым. Но пациенты пограничного уровня воспримут это как критику и унижение, поскольку, если не выразить интерпретацию по-другому, главное, что они услышат, будет состоять в следующем – «вы полностью заблуждаетесь по поводу своих истинных чувств». Это непонимание проистекает из их тенденции находиться в том или другом состоянии Эго, а не в состоянии комплексного личностного отождествления, когда неопределенность и амбивалентность можно перенести.

По этим причинам при работе с пограничными пациентами возникают ситуации, когда терапевт полагает, что он проявляет заботливое понимание, в то время как пациент реагирует таким образом, будто на него нападают. Обойти эту проблему можно, если вспомнить, что у пациента в пограничном состоянии отсутствует наблюдающее Эго, воспринимающее интерпретацию как дополнительную информацию о себе, и соответственно этой функцией следует наделять интерпретацию. Пограничные пациенты склонны воспринимать терапевта эмпатически.

Например, в случае пациентки И., из сессии в сессию жаловавшейся на «невозможность поддерживать спонтанную беседу», «запомнить прочитанный материал», «понять в полной мере, что говорят другие» и, самое главное, «невозможность что-либо изменить, несмотря на титанические усилия» (все органические причины подобной симптоматики были исключены неврологическим и психиатрическим обследованием), при очередной интерпретации терапевт высказал следующую мысль: «Как показывает опыт наших встреч, вы хорошо осознаете всю тяжесть вашей болезни и пытаетесь с ней справиться всеми возможными способами, не теряя присутствия духа даже при неудачах. Но, похоже, наряду с этим в вас одновременно уживаются и некоторые другие тенденции, иногда противоположные, например раздражительность по отношению к тем, кто не согласен с вашим медицинским диагнозом, или желание, чтобы все окружающие уделяли все свое внимание вам, как человеку тяжело и неизлечимо больному».

Подобные интерпретации не столь сильны и красивы по сравнению с интерпретациями для невротиков, зато ввиду специфики Эго пограничных людей они скорее будут восприняты должным образом.

Третьей характеристикой эффективной психотерапии пациентов пограничного уровня является **интерпретация примитивной защиты по мере ее проявления во взаимоотношениях**. Поскольку у людей, находящихся в пограничном состоянии, защита носит слишком глобальный характер и они по-разному чувствуют и ведут себя в разных состояниях Эго, анализ защиты требует специального подхода.

С пациентами, находящимися в пограничном состоянии, не рекомендуется проводить генетическую интерпретацию, во время которой реакция переноса «привязывается» к чув-

ствам, соотносимым с определенной фигурой из прошлого пациента. Работая на невротическом уровне, можно достичь хороших результатов, делая интерпретации типа «Возможно, вы злитесь на меня, потому что воспринимаете меня как своего отца». Невротичный пациент часто соглашается, отмечает различие между психотерапевтом и своим отцом, интересуется, в чем еще может проявляться это искаженное восприятие. Реакция пациента в пограничном состоянии варьируется от «Ну и что?» до «И как это может мне помочь?», что делает генетические интерпретации бесполезными. Поэтому при работе с пограничными пациентами следует интерпретировать природу эмоциональной ситуации, сложившейся в данный момент. Дело в том, что у пограничного пациента защита при работе, скорее всего, не является переносом или проекцией, как это происходит у невротика, а представляет собой проективную идентификацию: он пытается избавиться от ощущения «я плохой» и связанного с ним озлобления, перекладывая их на терапевта, но перенос образа и представления не является «чистым» и, несмотря на проекцию, ощущение собственной «нехорошести» сохраняется.

Пограничные пациенты не могут избавиться от ощущения проецирования и безразлично отнестись к тому, насколько реалистично то, что происходит, поскольку, в отличие от психотиков, связь с реальностью у них не нарушена. Они также не могут переложить ответственность за проекцию на бессознательную часть Эго, поскольку, в отличие от невротиков, в их личности отсутствует дифференциация наблюдающего и переживающего Эго. Поэтому они продолжают ощущать то, что проецируют, наряду с потребностью сделать это соответствующим реальности, чтобы не чувствовать себя сумасшедшими. В результате терапевт постоянно ощущает сильные чувства пациента и испытывает контрперенос гнева, поскольку пациент пытается утвердить свою проекцию, настаивая на том, что злится из-за неприятного поведения терапевта. Вскоре терапевт действительно начинает вести себя неприятно, так как чувствует, что его «переиграли». Подобные стычки являются причиной плохой репутации, которой пограничные пациенты пользуются у терапевтов, несмотря на то что они нередко бывают приятными людьми и обычно хорошо реагируют на квалифицированное лечение.

В этих непростых условиях необходимы дополнительные усилия, чтобы довести интерпретацию до пограничного пациента. Н. Мак-Вильямс рекомендует сказать следующее: «Похоже, у вас сложилось убеждение, что вы плохой. Поэтому вы злитесь и пытаетесь справиться со своей злостью, утверждая, что плохой именно моя злость вызывает в ответ вашу. А вы можете представить себе: и вы, и я сочетаем в себе плохое и хорошее? Так, может быть, не стоит это так раздувать?».

В данном примере терапевт пытается заменить полярные взгляды пациента, в которых присутствуют только два цвета – черный и белый, мироощущением, допускающим целый спектр эмоций в отношении одной и той же личности. Отметим, что подобные попытки приходится предпринимать в различных формах в течение длительного времени, однако в конце концов они оказываются эффективными.

Четвертым направлением психодинамической работы с пограничными пациентами является обращение к пациенту за помощью при решении дилемм «или/или», с которыми как правило сталкивается терапевт. Здесь пациент становится своего рода супервизором терапевта.

Пограничные пациенты стремятся создать у терапевта ощущение, что в данной ситуации существуют два взаимоисключающих решения, оба из которых неверны по разным причинам. Обычно это представляет собой проверку. Если терапевт действует одним образом, он терпит поражение на одном полюсе конфликта с пациентом, а если избирается другая альтернатива – поражение произойдет на противоположном полюсе.

Уже упоминавшаяся пациентка А. с первых же сессий предпочитала большую часть времени молчать, реагируя на все попытки терапевта начать диалог формальными ответами, не дающими возможности для развертывания беседы. Иногда она всю сессию молчала.

Поскольку она расценивалась как человек с пограничным уровнем функционирования психики, терапевт считал, что традиционный анализ сопротивления, который мог бы начаться с напоминания об основном правиле, в этом случае будет малоэффективным, так как он больше рассчитан на невротиков. Предполагая, что это молчание связано с примитивным удержанием равновесия между страхом быть поглощенной и страхом оказаться покинутой, а также не имея установившегося рабочего альянса, терапевт посчитал возможным обратиться к самой пациентке. Он спросил, как бы она хотела, чтобы он реагировал на ее молчание. А. ответила, что она предпочитает, чтобы ей задавали вопросы и буквально «вытаскивали» из нее ответы. Вспомнив о том, что пациентка рассказывала о своем опыте общения, в том числе с психотерапевтами (не выдерживая ее медлительности, эмоциональной отстраненности и вспыльчивости, все стремились свести общение с ней к минимуму), терапевт заметил, что он мог бы начать делать это, но, к сожалению, он не умеет читать мысли и поэтому боится ошибиться. Тогда пациентка пообещала стараться говорить, но не стала этого делать, ссылаясь на неготовность к разговору и прося некоторое время для того, чтобы «суметь это выдержать». Такая ситуация продолжалась еще около трех месяцев, однако теперь уже спокойно воспринималась и пациенткой, и терапевтом. Впоследствии, после того как работа перешла в более активную фазу, пациентка призналась, что это молчание играло для нее очень важную роль – с его помощью она выясняла, насколько терапевт сильнее ее в плане выдержки психического напряжения. Она сказала, что благодаря выдержке и пониманию, проявленным психотерапевтом, смогла почувствовать, что он действительно тот человек, которого она может пустить в свой «ужасный внутренний мир», потому что он не испугается, не разозлится, «ничего там не станет ломать», а будет вести себя, «руководствуясь здравым смыслом, как взрослый». Это доверие, сформировавшееся в молчании, позволило позже, в кризисные моменты психотерапии, обращаться к этому опыту за поддержкой.

Таким образом, этот метод снижает чувство неловкости у терапевта и, что более важно, моделирует принятие неопределенности, укрепляет чувство собственного достоинства и творческое начало, а также напоминает обеим сторонам психотерапевтического процесса о кооперативной природе их совместной работы.

Людям с пограничным уровнем организации личности эмпатия требуется не меньше, чем остальным, но их изменения в настроении и флуктуации состояния Эго мешают психотерапевту понять, когда и где ее следует выражать. Поскольку пациенты вызывают контрпереносы любви, когда подавлены или напуганы, и контрпереносы ненависти, когда ведут себя отвергающе, терапевт может обнаружить, что непреднамеренно поощряет в них регрессию и наказывает за проявление индивидуальности. Однако правильная оценка их психологии дает терапевту основание для более осознанного поведения. Следует быть относительно невосприимчивым к состояниям субъективной беспомощности и демонстрировать понимание самоуверенности пациента (даже если она принимает форму сердитого противостояния).

В исследованиях Дж. Мастерсона и коллег предлагается терапевтический подход, основанный на внимании к проявлениям близости и отчужденности. Мастерсон считает, что матери пациентов, диагностируемых как пограничные, были сильно привязаны к детям и отзывчивы к ним в раннем младенчестве, но подавляли их индивидуальность, обычно начинающую проявляться в возрасте от 18 месяцев до 3 лет. В результате подобного воспитания эти пациенты значительно позже приобретают способность чувствовать себя безопасно, находясь в зависимых взаимоотношениях. В одиночестве же они страдают от мучительной

зброшенности, которую Мастерсон назвал «депрессией покинутости». Таким образом, близость комфортна, но с ней приходит чувство, что тебя поглощают, контролируют и инфантилизируют. Отделенность, несмотря на свою объективную болезненность, в конечном счете наделяет силой.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

Стоимость полной версии книги 259,00р. (на 12.04.2014).

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