

ФРЕЙД О ПОЗИЦИИ ПСИХОАНАЛИТИКА: ЗНАМЕНИТЫЕ МЕТАФОРЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 1912-15гг.

А.Ф.УСКОВ*

Взгляды Фрейда на позицию психоаналитика в ситуации аналитического лечения, которых он придерживался в период расцвета своей клинической карьеры, были сформулированы им в статьях по технике психоанализа первой половины 1910-х гг. Эти взгляды, выраженные как в форме неоднозначных метафор, так и в виде более четких рекомендаций, мы попытались собрать и прокомментировать в рамках единого текста.

Психоаналитик как хирург

Первой в работах Фрейда этого периода появляется метафора хирурга. В статье «Рекомендации для врачей по психо-аналитическому методу лечения» Фрейд пишет:

«Я не могу не рекомендовать со всей настойчивостью своим коллегам брать пример в психоаналитическом лечении с хирурга, который оставляет в стороне все чувства, включая человеческое сострадание, и сосредоточивается на одной цели – на выполнении операции так умело, как это возможно. В нынешних условиях для психоаналитика особенно опасны полные терапевтических амбиций аффективные импульсы: добиться с помощью этого нового и спорного метода чего-то, что может произвести впечатление и убедить окружающих» (*Freud, 1912b, in Ellman, 1991, p.158; Фрейд, 1923, с.117-118*)¹.

Хотя метод спустя 83 года стал гораздо менее новым и спорным – по крайней мере, его спорность теперь в другом, чем во времена Фрейда, – желание произвести впечатление и убедить также присуще нынешним

* *Усков Александр Феликсович* – психотерапевт, член Правления Московского психоаналитического общества.

¹ Приводимые нами цитаты Фрейда взяты из английских переводов его статей, входящих в собрание его сочинений (*Collected Papers...*), которые мы из-за недоступности для нас этого Собрания цитируем по включающей их книге Стивена Элмана (*Ellman, 1991*). Существуют также и их русские переводы с оригинала (*Фрейд, 1923*). В тексте статьи мы используем переведенные нами выдержки из английского перевода, одновременно ссылаясь на текст Собрания сочинений Фрейда, текст книги Элмана и русский перевод М.В.Вульфа.

аналитикам и по-прежнему вмешивается в ход лечения. Как пишет Фрейд далее:

«Это не только создает неблагоприятное для работы состояние ума аналитика, но и делает его впоследствии беспомощным по отношению к определенным сопротивлениям пациента, от борьбы с которыми во многом зависит излечение. Оправданием такой холодности чувств аналитика является то, что это условие дает большие преимущества для обоих участников, обеспечивая необходимую защиту эмоциональной жизни врача и наибольшую степень помощи, возможной в настоящий момент, для пациента. Когда-то старый хирург выбрал для себя девизом слова; «Je le pansai, Dieu le guerit» [«Я перевязал его раны, а Бог вылечит его»]. Аналитику следует довольствоваться тем же» (ibid.).

Эта метафора Фрейда – психоаналитик как хирург – впоследствии очень активно использовалась представителями классического направления в психоанализе, считавшими, что идеальный аналитик должен быть холодным, бесстрастным, отстраненным, молчаливым, недоступным влиянию пациента существом, единственным вкладом которого во взаимодействие с пациентом являются интерпретации. Как известно, сам Фрейд вовсе не соответствовал этому карикатурному образу. Он был весьма непосредственным, тепло и с участием относился к пациентам и не стремился навязывать свои технические взгляды другим аналитикам (см., напр., *Ellman*, 1991). Пафос приведенного нами высказывания Фрейда состоит, возможно, в другом: в том, что Фрейд противопоставляет профессиональную позицию аналитика (аналитический сеанс – это не житейская беседа) позиции обычного человека, свободно проявляющего свои эмоции в ответ на сообщения собеседника: «Какой ужас!..», «Как же вы могли!..», «Как я вас понимаю!..» и т.п. Подобно хирургу, который может резать и шить живую плоть и не падать в обморок при виде крови, аналитик должен иметь силы и самообладание причинять душевную боль и «резать по живому», зная, что это поможет, и не терять сознание при виде кровоточащих душевных ран. Это, однако, не мешает психоаналитику оставаться добрым, участливым и человечным, подобно «старым врачам».

Кроме непосредственных эмоциональных откликов на пациента психоаналитик может быть обуреваем амбициозными страстями во что бы то ни стало излечить его. Время от времени фантазии собственного всемогущества, всеисилия психоанализа или желания что-то кому-то доказать посещают всякого аналитика или психотерапевта. Вопрос в том, почему мы действуем под влиянием этих фантазий. Сейчас мы могли бы сформулировать это как проблему контрпереноса: что в пациенте и в наших отношениях с ним заставляет нас почувствовать свое всемогущество, пожелать произвести впечатление, захотеть кому-то что-то доказать? Как пациент мешает нам просто делать свое дело наилучшим образом? Что это говорит нам о нем?

Свободно парящее внимание и понимание бессознательного пациента

«Бесстрастность» необходима для психоаналитика еще и потому, что это единственное средство сохранения равномерно распределенного или свободно парящего внимания. В той же статье Фрейд пишет:

«Как пациент должен обращать внимание на все, что может обнаружить самонаблюдение, и должен удалять все логические и аффективные возражения, которые заставляют его отбирать материал, так и врач должен действовать так, чтобы использовать все, сказанное ему, для целей интерпретации и обнаружения того, что спрятано в бессознательном, не заменяя собственной цензурой того отбора, который проводит пациент. Это можно выразить следующей формулой: аналитик должен направить свое бессознательное как воспринимающий орган к проявляющемуся бессознательному пациента, быть как телефонная мембрана. Как телефонная мембрана преобразует электрические колебания, вызванные звуковыми волнами, обратно в звуковые волны, так и бессознательная психика врача способна реконструировать бессознательное пациента, которое направляет его ассоциации, на основе тех коммуникаций, которые из него исходят» (Freud, 1912b, in Ellman, 1991, p.158-159; Фрейд, 1923, с.118).

Для того, чтобы его бессознательное могло выполнять такую работу без искажений, аналитик должен сам подвергнуться «психоаналитическому очищению и осознать те свои комплексы, которые могут воздействовать на понимание им того, что сообщает ему пациент» (ibid.). То есть пройти через то, что потом получило название учебного анализа.

Этот образ, предлагаемый Фрейдом, – образ психоаналитика как телефонной мембраны, воспринимающей сигналы бессознательного пациента – предвосхищает более поздние (начала 50-х гг.) идеи об использовании в лечении контрпереноса, т.е. чувств, мыслей, желаний, возникающих у аналитика в ответ на сознательные и бессознательные коммуникации пациента. Учебный анализ в его современном понимании не «очищает» психоаналитика от «зашумляющих» переживаний, не делает его «бесстрастным», а, скорее, помогает ему стать особенно чувствительным к бессознательным коммуникациям пациента, способным осознавать их, в меньшей степени отыгрывать в поведении бессознательные желания, как возникшие у пациента, так и свои собственные.

Психоаналитик как зеркало

Далее в той же работе Фрейд пишет:

«Молодой и нетерпеливый психоаналитик, конечно же, почувствует искушение свободно внести свою индивидуальность в

обсуждение, для того чтобы разговаривать пациента и помочь ему преодолеть ограничения его узкой личности» (*Freud, 1912b, in Ellman, 1991, p.161; Фрейд, 1923, с.120*).

Это может, в частности, привести к тому, что пациент почувствует ненасытный интерес к фактам из жизни врача, и ситуация превратится в анализ врача, а не пациента.

«Ослабление переноса – одна из главных задач излечения – также станет более трудной при столь интимном отношении со стороны врача, так что сомнительное достижение вначале будет более чем аннулировано в конце. Поэтому я, не колеблясь, осуждаю такую технику как неверную. Врач должен быть непроницаем для пациента и должен, как зеркало, не отражать ничего, кроме того, что ему показывают» (*Freud, 1912b, in Ellman, 1991, p.162; Фрейд, 1923, с.121*).

Далее в той же статье Фрейд предостерегает аналитиков от дачи пациентам советов и постановки для них целей в жизни, а также слишком активного привлечения их к интеллектуальному сотрудничеству.

Основной смысл метафоры зеркала, на наш взгляд, заключается в том, что задача анализа – помочь пациенту увидеть самого себя, отразить его, как отражает зеркало, а не навязывать ему что-либо извне. Перенос должен развиваться свободно. Материал должен возникать спонтанно, подчиняясь логике внутреннего мира пациента, понять и отразить который – задача психоаналитика.

Психоаналитики классического направления использовали метафору зеркала, как и метафору хирурга, и правило воздержания (или абстиненции), о котором мы будем говорить ниже, для создания модели отстраненного, молчаливого, лишеного любых человеческих проявлений аналитика, считая, что иная позиция аналитика удовлетворяет инстинктивные потребности пациента, искажает развитие переноса и является отыгрыванием контрпереноса. Еще в 1941г. в монографии, посвященной психоаналитической технике, один из крупнейших психоаналитиков, Отто Феничел, так комментировал эту позицию:

«Страх контрпереноса может привести аналитика к подавлению всякой человеческой свободы в своих реакциях на пациентов... Я все время поражался тому, что пациенты, проходившие до этого анализ у других аналитиков, постоянно говорили, как они ошеломлены моей «свободой» и «естественностью» в анализе. Они считали, что аналитик – особое существо, и ему не разрешается быть человеком! Преобладать же должно как раз противоположное впечатление. Пациент всегда должен иметь возможность положиться на человечность аналитика» (*Fenichel, 1941, p.74*).

Кроме совершенно очевидной критики со стороны Феничела (так же, как, например, и Гринсона – *Гринсон, 1994*), имеющей чисто клиническое

обоснование, такая позиция критикуется и с теоретической, с так называемой «социально-конструктивистской» точки зрения (см. напр., *Slavin*, 1994). Суть этой критики состоит в противопоставлении классического и современного идеалов научности. Фрейд считал, что, стремясь к позиции зеркала, аналитик становится нейтральным наблюдателем, что делает психоанализ научным исследованием. Фрейд очень высоко ценил такую научную объективность, исходившую, однако, из критериев научности прошлого века, когда наблюдаемое полагалось существующим независимо от наблюдателя (и наоборот), объект от субъекта и т.п. Нынешние критерии научности утверждают, что это не так, и позиция зеркала сама по себе ничем не «научнее» любой другой позиции, а нейтральность аналитика является лишь одной из возможных форм его поведения по отношению к пациенту и так же, как и любое другое поведение, вызывает ответные реакции пациента – как реалистические, так и реакции переноса. Примерно об этом писал известный аналитик Хайнрих Ракер, утверждая, что не только перенос пациента вызывает контрперенос аналитика (точка зрения Фрейда и классического психоанализа), но и контрперенос аналитика вызывает перенос пациента (*Racker*, 1968). Непонятно, кто запускает этот процесс. Речь, по сути дела, идет о том, что пациент и аналитик совместно конструируют ситуацию межличностного общения. И задача аналитика – не в том, чтобы подавлять себя и быть пассивным зеркалом, а в том, чтобы каждый раз знать (по крайней мере, стремиться к тому, чтобы знать), зачем и почему он делает то, что он делает, и понимать, что все, что он делает или не делает, как-то влияет на пациента и на межличностную ситуацию на сеансе².

Однако приведенная нами критика позиции зеркала относится, скорее, к ее утрированному варианту, культивировавшемуся в одной из психоаналитических традиций после Фрейда. Для нас в России гораздо важнее понять, что такое позиция зеркала, в чем ее важность, и почему Фрейд защищал ее. Продолжим мы этот разговор, обсуждая следующее правило, рекомендованное Фрейдом для аналитика, – правило воздержания.

Правило воздержания (абстиненции)

В 1915 году Фрейд написал яркую и красивую статью: «Наблюдения над переносом-любовью». Она начинается утверждением, что в психоанализе «единственная настоящая трудность – это совладать с переносом» (*Freud*, 1915, in *Ellman* 1991, p.65; *Фрейд*, 1923, с.102). Далее Фрейд очень живо описывает, какие трудности возникают у мужчины-психоаналитика, когда женщина-пациентка влюбляется в него³, и как ему

² Такое клиническое и теоретическое рассмотрение ситуации «пациент-аналитик» является одним из отличий современных направлений в психоанализе, делающих акцент на межличностных отношениях пациента и аналитика и объектных отношениях пациента, от классического структурно-инстинктивного подхода (см. *Greenberg & Mitchell*, 1983).

³ Можно напомнить, что открытие переноса и создание психоанализа как такового во многом обязаны тому, что

действовать в этой ситуации. Давая рекомендации по этому поводу, Фрейд, в частности, пишет:

«Я уже указывал, что аналитическая техника требует от врача отказываться страстно желающей любви пациентке в удовлетворении ее притязаний. Лечение должно выполняться в состоянии воздержания (абстиненции). Я имею в виду не просто физическое воздержание, и не отказ во всем, чего хочется, так как последнего не выдержит ни один больной» (*Freud, 1915, in Ellman, p.72; Фрейд, 1923, с.107*).

Зачем же необходимо это воздержание, и в чем оно заключается, по мнению Фрейда? Говоря о любви пациентки к психоаналитику, Фрейд пишет:

«Для врача это представляет бесценное объяснение и полезное предупреждение против любой тенденции к контрпереносу, которая может таиться в его уме. Он должен осознать, что то, что пациентка влюбляется в него, вызвано аналитической ситуацией и не должно приписываться чарам его личности, и поэтому у него нет никакого повода гордиться такой «победой», как бы мы назвали это вне анализа»⁴ (*Freud, 1915, in Ellman, 1991, p. 67; Фрейд, 1923, с.103-104*).

Далее Фрейд пишет, что задача врача – не пользоваться этой любовью, а помочь пациентке сохранить ее для реальной жизни и повысить ее способность любить.

«Я не говорю, – продолжает Фрейд, – что для врача всегда просто оставаться в границах, предписанных техникой и этикой. Молодым мужчинам, особенно тем, которые еще не связаны постоянными узами, это может быть особенно трудно. Любовь между полами, несомненно, занимает одно из главных мест в жизни, и то сочетание психического и физического удовольствия, которым можно наслаждаться в любви – действительно одна из кульминационных точек жизни. Кроме немногих извращенных фанатиков, все в мире знают это и строят свою жизнь соответственно. Только наука слишком рафинирована, чтобы признать это. Кроме того, когда женщина просит любви, отвергать и отказываться – болезненная роль для мужчины. И, несмотря на невроз и сопротивление, какое несравненное очарование вызывает прекрасная женщина, когда она признается аналитику в своей страсти. И главное искушение вызывают не чувственные желания пациентки. Они даже отталкивают, и требуется большое терпение, чтобы относиться к ним как к естественному явлению. Скорее, это более тонкие импульсы, «задержанные в своей цели», которые приводят мужчин к опасности забвения технических правил и задачи врача во имя чудесного переживания.

пациентки влюблялись во Фрейда во время лечения.

⁴ Впрочем, некоторые пациенты сами стремятся к «победам» над аналитиками – как женщины над мужчинами, так и мужчины над женщинами.

И все-таки аналитик не должен уступить. Как бы высоко он ни ценил любовь, еще больше он должен ценить возможность помочь пациентке в решающий момент ее жизни. Она должна научиться у него преодолевать принцип удовольствия, отказываться от удовлетворения, которое идет в руки, но не санкционировано миром, в котором она живет, в пользу отдаленного и, более того, возможно, негарантированного, но, однако, социально и психологически безупречного удовлетворения» (*Freud, 1915, in Ellman, 1991, p.78-79; Фрейд, 1923, с.112-113*).

Из приведенных нами выдержек и из статьи в целом можно понять, что Фрейд предупреждал против нарушения психоаналитических рамок – отыгрывания пациенткой эротизированного переноса под маской реальных чувств, «лечения любовью», чем бы оно ни оправдывалось, отыгрывания аналитиком собственного эротизированного контрпереноса. Порой такие ситуации возникают, хотя и считаются одними из тяжелейших нарушений профессиональной этики со стороны аналитика. К сожалению, у нас в России многие психотерапевты смешивают терапевтические отношения с дружескими, сексуальными, рабочими и т.п. Профессиональная этика, профессиональная позиция психотерапевта у нас только формируются (так же, как в Европе во времена Фрейда). Помочь этому формированию и должно правило воздержания. Фрейд предупреждает нас, что если не воздерживаться от таких двойных отношений, то остается лишь видимость терапии. Реальное психотерапевтическое содержание исчезает.

Однако воздержание не означает полного отказа пациенту во всем – это не запрет выражать ему человеческое участие, поддержку и симпатию, а подчас раздражение и даже ненависть. Часть потребностей пациента (и аналитика) в любви (и не только в любви), безусловно, удовлетворяется, и это (помимо частичного неизбежного отыгрывания переноса и контрпереноса) становится основой для возникновения их реальных отношений и терапевтического альянса, без которых невозможно излечение. Вопрос состоит лишь в том, насколько «воздержан» аналитик, насколько он «зеркален» или холоден, как хирург. И это «насколько» – не только вопрос искусства анализа или различия психоаналитических направлений, но и вопрос индивидуальностей пациента и аналитика и их неповторимых взаимоотношений. Фрейду удавалось (или казалось, что удавалось) достигать такой оптимальной аналитической позиции как бы произвольно. В статье «О начале лечения» (1913) он пишет:

«Первая задача лечения состоит в привязывании пациента к лечению и личности врача. Для обеспечения этого не нужно ничего делать, нужно просто дать пациенту время. Если к нему проявляют серьезный интерес, осторожно проясняют первые сопротивления и избегают определенных ошибок, такая привязанность развивается у пациента сама собой, и врач связывается с одним из образов людей, от

которых пациент привык получать добро. Можно потерять этот первоначальный успех, если с самого начала принять иную позицию, чем позиция понимания, например, морализирующую, или если вести себя как представитель или адвокат какого-либо третьего лица, например, мужа или жены» (*Freud, 1913, in Ellman, 1991, p.186; Фрейд, 1923, с.68*).

Однако и сам Фрейд не сразу научился такой позиции, и нынешние кандидаты в аналитики учатся этому, в том числе и на своих ошибках.

Военные метафоры – Фрейд об активности и настойчивости психоаналитика

Метафоры зеркала и телефонной мембраны строят образ поведения аналитика как преимущественно пассивный, созерцательный, рецептивный. Метафора хирурга и правило воздержания – двойственны. Так, хирург должен быть, с одной стороны, отстранен и спокоен, а с другой – активен и агрессивен. Правило воздержания также подразумевает некоторое равновесие или борьбу между двумя противоположными тенденциями: удовлетворением любовно-сексуальных потребностей пациента (и аналитика) и их сдерживанием или направлением их в другое русло – русло формирования терапевтического альянса и углубления анализа. В этом сдерживании страстей и борьбе с желаниями психоаналитик предстает как борец и даже воин, а психоанализ превращается в поле боя, на котором разворачивается жестокая схватка.

Схватка, о которой столько раз говорит Фрейд в своих работах, – это и внутренняя борьба пациента и аналитика с какими-то частями своих личностей, это и борьба, которая происходит между ними, это, наконец, и борьба аналитика с обществом, которое враждебно ему. Приведем несколько цитат.

«Он [пациент] старается разрядить свои чувства, невзирая на реальную ситуацию. Врач требует от пациента, чтобы тот поставил эти эмоции на их место в лечении и в истории своей жизни, подверг их проверке разумом и оценил их действительную психическую ценность. Эта схватка между врачом и пациентом, между интеллектом и силами инстинкта, между осознанием и стремлением к разрядке завязывается почти исключительно вокруг проявлений переноса. Это та почва, на которой надо одержать победу, окончательным проявлением которой будет выздоровление от невроза» (*Freud, 1912a, in Ellman, 1991, p.50; Фрейд, 1923, с.101*).

«Аналитический психотерапевт поэтому сражается сразу в трех битвах – в своем уме с силами, которые тянут его вниз, ниже уровня анализа; вне анализа против оппонентов, которые оспаривают важность, которую он приписывает сексуальным инстинктивным силам, и препятствуют ему в использовании их в своем научном методе; и в

анализе против своих пациентов, которые вначале ведут себя как его критики, но затем раскрывают ту переоценку сексуальной жизни, которая заключила их в рабство, и которые хотят поймать его в сеть своих социально не укрощенных страстей» (*Freud, 1915, in Ellman, 1991, p.79; Фрейд, 1923, с.113*).

Симптомы пациента и его болезнь в целом превращаются во врагов. Их олицетворением на аналитических сеансах является сопротивление, с которым борются и аналитик, и пациент. Причем пациент каждый раз достает из арсеналов прошлого новое оружие, взамен только что выбитого у него из рук аналитиком. Полем боя, тактическими рубежами становятся проявления переноса. Аналитик также борется с действиями вовне (*acting out*), с помощью которых пациент стремится реализовать в своей жизни различные психические импульсы, вместо того чтобы анализировать их на сеансах (*Freud, 1912a, 1914; Фрейд, 1923*).

Атмосфера борьбы и военных действий, которая оживает в этих высказываниях Фрейда, может быть навеяна общей атмосферой того времени – кануна и начала Первой Мировой войны. Возможно, она отражает личную позицию Фрейда, активного «воспитателя» и строгого «отца» своих пациентов, неутомимого борца с враждебным ему обществом за признание психоанализа, страстного человека, боровшегося со своими страстями и гениально использовавшего их.

Такая борьба всегда является смесью агрессии и любви. Пациент одновременно и антипатичен, и симпатичен аналитику, и аналитик борется с тем, что ему антипатично в пациенте – с симптомами, сопротивлениями и т.п. Свой вклад в психоанализ вносят как агрессивные, так и сексуальные желания. Однако мы не собираемся останавливаться на этой особой теме, а хотим перейти к близкому, но более общему и технически насущному вопросу об активности и настойчивости психоаналитика.

По Фрейду, активность и настойчивость необходимы на каждом этапе работы, а именно, когда аналитик устанавливает и поддерживает «настойчиво и повторно» аналитические правила, сталкивается с сопротивлением, препятствует пациенту действовать вовне, интерпретирует и занимается проработкой.

Например, аналитик вмешивается, когда пациент перестает свободно ассоциировать. «Это препятствие можно каждый раз устранить, уверив пациента, что он сейчас одержим мыслями, касающимися личности врача или чего-то связанного с ним» (*Freud, 1912a, in Ellman, 1991, p.40; Фрейд, 1923, с.95*). То есть, когда перенос проявляет себя как сопротивление. В другом месте Фрейд пишет:

«Пока пациент продолжает беспрепятственно сообщать мысли и идеи, приходящие ему в голову, тему переноса затрагивать не следует [курсив Фрейда]. Нужно подождать, пока перенос, который является для нас наиболее тонкой материей, будет использован как

сопротивление...» – и далее: «Когда мы начинаем приоткрывать что-то пациенту? Когда наступает время обнаружить ему скрытое значение его мыслей и ассоциаций, ввести его в круг *постулатов* психоанализа и его технических средств? Ответ один: только когда установлен надежный перенос, хорошо развитый раппорт... Необходимо также отбросить желание сообщать пациенту интерпретации так быстро, как они возникают у аналитика» (Freud, 1913, in Ellman, 1991, p.185-186; Фрейд, 1923, с.67-68).

Далее в той же статье Фрейд пишет о том, что интерпретации нельзя давать преждевременно, потому что это вызывает очень сильные возражения пациента и сопротивление с его стороны, и что их необходимо делать, когда пациенту «остался только один короткий шаг, чтобы найти объяснение самому». Наконец, Фрейд делится опытом, что преждевременные интерпретации приводят к преждевременному окончанию лечения (Freud, 1913; Фрейд, 1923, с.58-77).

В современном психоанализе существует много точек зрения на то, когда следует начинать интерпретировать, когда интерпретировать перенос и т.п. Большинство авторов согласны с Фрейдом, что интерпретировать нужно начинать постепенно, по мере установления контакта с пациентом. Обычно делается лишь оговорка относительно «пробных интерпретаций», которые даются на первых сеансах (первичное интервью) для определения того, как пациент реагирует на интерпретации. Что касается интерпретации переноса, то тут нет такого единства. Такие авторы, как Бреннер или Гилл (Brenner, 1976; Gill, 1982), пишут о том, что нужно стремиться интерпретировать как можно больше проявлений переноса в любой момент лечения. Кохут рекомендует интерпретировать лишь проявления негативного переноса (Kohut, 1971), Кернберг в работе с пограничными пациентами вообще рекомендует интерпретировать только перенос (интерпретации «здесь и теперь»), избегая интерпретаций «там и тогда», касающихся текущих событий жизни пациента и его прошлого (Kernberg et al., 1991). Гилл придерживается той же точки зрения, но по отношению к любым пациентам (Gill, 1982).

Что же касается выбора момента для интерпретации переноса, на который указывает Фрейд, момента, когда перенос становится сопротивлением свободному ассоциированию, а значит, по мнению Фрейда, и самому лечению, то этот критерий выбора имеет сейчас только историческую ценность, так как само понятие сопротивления, относящееся к тому же арсеналу военных метафор, сейчас употребляется гораздо реже. То, что Фрейд называл сопротивлением, сейчас понимается, скорее, как одна из реакций переноса. В частности, то сопротивление при проработке, о котором Фрейд пишет ниже (см. следующий абзац нашей статьи), мы бы сейчас назвали проявлением негативного переноса и говорили бы именно о работе с негативным переносом или о его

проработке, при которых, безусловно, необходимы настойчивость и терпение.

Итак, активность и настойчивость необходимы, по мнению Фрейда, не только при интерпретациях, но и при проработке.

«У меня часто просят совета в случаях, когда врач жалуется, что он указывает пациенту на сопротивление, но никакого изменения не происходит. Сопротивление становится только более явным, а ситуация более мрачной, чем прежде. Лечение не продвигается. Это унылое впечатление ошибочно. Лечение, как правило, прогрессирует вполне успешно. Просто аналитик забыл, что называние сопротивления не вызывает его немедленного исчезновения. Нужно позволить пациенту познакомиться с сопротивлением, о котором он не знал, «проработать его, преодолеть его, продолжая работу согласно аналитическому правилу, невзирая на сопротивление. Только на высоте сопротивления аналитик при сотрудничестве пациента обнаружит инстинктивные тенденции, питающие сопротивление; и только проживая их таким образом, пациент убедится в их существовании и силе... Врачу не остается ничего, кроме как ждать и предоставить событиям идти своим чередом... Такая «проработка» сопротивления может быть на практике тяжелой задачей для пациента и испытанием в терпении для врача» (Freud, 1914, in Ellman, 1991, p.62-63; Фрейд, 1923, с.85-86).

Особым проявлением активности аналитика является борьба с тенденцией к действиям вовне, т.е. стремлением пациента к реализации своих бессознательных желаний, активизировавшихся во время лечения, вместо их осознания и анализа. Фрейд обычно препятствовал некоторым наиболее важным поступкам такого рода, например, запрещая пациентам жениться во время лечения. Менее важным он позволял реализовываться, одновременно анализируя их, чтобы пациенты сами учились на своих ошибках (Freud, 1914; Фрейд, 1923, с.78-86). В наше время подобные запреты стали достоянием истории. Однако и сейчас аналитики в таких ситуациях стремятся к подробному обсуждению этих вопросов с пациентами и не избегают давать им советы (но не запреты или предписания), стараясь по-человечески помочь в сложной жизненной ситуации, пусть и выходя на какой-то период за пределы аналитических рамок.

Итак, хотя Фрейд и дает указания: когда вмешиваться, когда проявлять активность, настойчивость, лишь некоторые из них имеют вид точных рецептов и отвечают на вопрос, в какой конкретной форме это делать. Многие из них, к тому же, отражают лишь личный опыт Фрейда или исторический этап развития психоанализа, на котором они давались, и утратили свою актуальность сейчас. Впрочем, точные рецепты, точные указания дать невозможно – это уже вопрос клинической интуиции и терапевтического искусства в каждом конкретном случае. Кроме того, известно, что Фрейд сознательно избегал этого, так как не хотел слишком

уж подробными рекомендациями сковывать своих последователей, препятствуя им в поисках оптимальной техники или в выработке личного стиля.

Заключение

Подводя итоги, можно сказать, что каждое психоаналитическое направление, каждый аналитик в своем профессиональном становлении по-разному относятся к каждой из приведенных нами метафор, по-разному интерпретируют их, делают акцент на одних и игнорируют другие. В самом деле, это непростая задача – быть одновременно и хирургом, и зеркалом, и телефонной мембраной, проявлять к пациенту серьезный интерес, но воздерживаться от более глубоких чувств, бороться с пациентом и даже с самим собой, проявлять активность и настойчивость и одновременно ждать и терпеть.

И хотя со времен Фрейда прошло много лет, психоанализ (эта «невозможная профессия», по выражению Фрейда) изменился и возмужал, было написано много книг о позиции и поведении аналитика, о технике его работы⁵, нам в России было бы полезно вспомнить эти первые метафоры Фрейда, понять и обсудить свое отношение к ним в собственной практике психоаналитической психотерапии и психоанализа.

ЛИТЕРАТУРА

- Гринсон Р. *Техника и практика психоанализа; пер. с англ.* – Воронеж: НПО МОДЭК, 1994.
- Фрейд З. *Методика и техника психоанализа; пер. с нем.* – М. – Пг.: Госиздат, 1923.
- Brenner C. *Psychoanalytic Technique and Psychic Conflict.* New York: International Universities Press, 1976.
- Ellman S.J. *Freud's Technique Papers: a Contemporary Perspective.* Northvale: Jason Aronson Inc., 1991.
- Fenichel O. *Problems of Psychoanalytic Technique.* New York: Psychoanalytic Quarterly, 1941.
- Freud S. (1912a) *The Dynamics of Transference.* In *Collected Papers, vol.2, p.312-322,* New York: Basic Books, 1959.
- Freud S. (1912b) *Recommendations to Physicians on the Psychoanalytic Method of Treatment.* *Ibid;* p.323-333.
- Freud S. (1913) *Further Recommendations in the Technique of Psycho-Analysis – On Beginning the Treatment.* *Ibid.;* p.342-365.
- Freud S. (1914) *Further Recommendations in the Technique of Psycho-Analysis – Recollection, Repetition and Working Through.* *Ibid.,* p.366-376.
- Freud S. (1915) *Further Recommendations in the Technique of Psycho-Anaiysis – Observations on Transference-Love.* *Ibid.,* p.377-391.
- Gill M.M. *Analysis of Transference, 2 vol.,* New York: International Universities Press, 1982.

⁵ В том числе и сильно отличающихся в трактовке техники и практики психоанализа от взглядов Фрейда.

- Greenberg J. and Mitchell S. Object Relations in Psychoanalytic Theory. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1983.*
- Kernberg O.P., Selzer M., Koenigsberg H., Carr A., Appelbaum A. Psychodynamic Therapy of Borderline Patients. – Basic Books; a division of Harper Collins, 1991.*
- Kohut H. The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. New York: International Universities Press, 1971.*
- Racker H. (1968) Transference and Countertransference. London: Maresfield Library, 3d printing, 1988.*
- Slavin J. On Making Rules. Toward a Reformation of the Dynamics of Transference in Psychoanalytic Treatment. In: Psychoanalytic Dialogues, 1994, 4 (2), p.253-274.*