

**Библиотека  
психоанализа**

**Джозеф  
Сандлер**

**Кристофер  
Дэр**

**Алекс  
Холдер**

**П**  
**ациент**

**И ПСИХОАНАЛИТИК:**

*основы  
психоаналитического  
процесса*



## Annotation

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

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

---

- [Сандлер и др. Пациент и психоаналитик](#)
  - [ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ](#)
  - [ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ](#)
  - [ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ](#)
  - [ПРЕДИСЛОВИЕ РЕДАКТОРА РУССКОГО ИЗДАНИЯ](#)
  - [ГЛАВА 1](#)
    - [ВВЕДЕНИЕ](#)
  - [ГЛАВА 2](#)
    - [АНАЛИТИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ](#)
  - [ГЛАВА 3](#)
    - [ЛЕЧЕБНЫЙ АЛЬЯНС](#)
  - [ГЛАВА 4](#)
    - [ПЕРЕНОС](#)
    - [ПОЛЕМИКА ПО ПОВОДУ ТРАНСФЕРЕНТНОГО НЕВРОЗА](#)
    - [ТЕОРИЯ ПЕРЕНОСА МЕЛАНИ КЛЕЙН](#)
    - [ПЕРЕНОС И ЭКСТЕРНАЛИЗАЦИЯ](#)
    - [РАССМОТРЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПЕРЕНОСА](#)
  - [ГЛАВА 5](#)
    - [ДРУГИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ПЕРЕНОСА](#)
    - [ЭРОТИЗИРОВАННЫЙ ПЕРЕНОС](#)

- ПЕРЕНОС ПРИ ПСИХОЗЕ И В ПОГРАНИЧНЫХ СЛУЧАЯХ
- ПЕРЕНОС ПРИ НАРЦИСТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
- ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ ДРУГИХ РАЗНОВИДНОСТЕЙ ПЕРЕНОСА
- ГЛАВА 6
  - КОНТРПЕРЕНОС
- ГЛАВА 7
  - СОПРОТИВЛЕНИЕ
  - ИСТОЧНИКИ И ФОРМЫ СОПРОТИВЛЕНИЯ
- ГЛАВА 8
  - НЕГАТИВНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ (НТР)
- ГЛАВА 9
  - ОТРЕАГИРОВАНИЕ
- ГЛАВА 10
  - ИНТЕРПРЕТАЦИИ И ДРУГОЕ УЧАСТИЕ (ИНТЕРВЕНЦИИ)
- ГЛАВА 11
  - ИНСАЙТ
- ГЛАВА 12
  - ПРОРАБОТКА
- ЛИТЕРАТУРА
- notes
  - 1
  - 2
  - 3

**Джозеф САНДЛЕР,**

**Кристофер ДЭР,**

**Алекс ХОЛДЕР**

**ПАЦИЕНТ И ПСИХОАНАЛИТИК:**

**ОСНОВЫ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО**

**ПРОЦЕССА**

# ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

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

Авторы выражают глубокую признательность сэру Денису Хиллу, профессору Института Психиатрии, значительные усилия которого позволили предоставить нам все условия для работы, а также за его постоянную моральную поддержку. Мы благодарны также главному редактору «Британского Психиатрического Журнала» Эмонту Слейтеру, опубликовавшему в своем журнале ряд статей<sup>[1]</sup>, в значительной степени отразивших материал, представленный в настоящей книге.

Ряд коллег, в частности, доктор Макс Эрнандез, доктор Роберт Л. Тайсон и миссис Анн-Мари Сандлер, оказывали нам помощь на различных этапах работы, читая черновики и делая полезные замечания. Финансовая поддержка исследований осуществлялась Вифлеемской Королевской больницей и Фондом научных исследований в области психоанализа в Лос-Анжелесе. Хочется особо поблагодарить представителей последнего,

миссис Лайту Хейзен и Ральфа Р. Гринсона за неоценимую помощь и интерес, проявленный к нашей работе. Выражаем также благодарность компании «Зигмунд Фрейд Копирайте, Лимитед», Институту Психоанализа, миссис Ален Стрейчи и компании «Хогарт Пресс Лимитед» за разрешение использовать цитаты из изданий «Полного Собрания Сочинений Зигмунда Фрейда» под редакцией Джеймса Стрейчи.

**Лондон,**

*Март 1971 г.*

# ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

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

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

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

особая благодарность Алексу Холдеру за его многочисленные полезные рекомендации.

**Джозеф Сандлер и Анна Урсула Дреер.**

*Лондон и Франкфурт.*

*Август, 1991.*



# **ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ**

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

**Джозеф Сандлер**  
*Лондон, март 1995*

# ПРЕДИСЛОВИЕ РЕДАКТОРА РУССКОГО ИЗДАНИЯ

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

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

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

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

Права на русское издание книги были безвозмездно предоставлены Петербургскому Психоаналитическому Обществу Британским

издательством «КАРНАК», за что мы в особенности благодарны Мистеру Чезаре Сасердоти и одному из авторов, Джозефу Сандлеру, Президенту Международной Психоаналитической Ассоциации.

**Валерий Зеленский,**  
*ноябрь 1993 г.*

# ГЛАВА 1

## ВВЕДЕНИЕ

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

целью данного исследования можно считать попытку облегчить распознавание значений понятий как в сфере клинического психоанализа, так и в других случаях: использование психоанализа в лечебных целях помимо клинической ситуации (например, в психотерапии и в патронажной работе), во всех случаях, где возникает необходимость согласования психоаналитических терминов (Sandler, 1969). Это тем более необходимо в связи со все более возрастающим значением, которое на сегодня приобретает психотерапия.

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

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

Задача четкого определения понятия, особенно клинического, не может быть полностью выполнена, если оно будет использоваться в

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

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

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

*Вторым этапом* развития психоанализа является период, начинающийся с момента, когда Фрейд отказался от теории травматического происхождения неврозов, и продолжавшийся до начала 20-х годов, когда он создал так называемую структурную модель психоанализа (Freud, 1923). Здесь отразился переход от идеи, что в основе невроза лежат реальные события (травматическая ситуация), к концентрации внимания на бессознательных желаниях, побуждениях и влечениях, и того, как последние проявляются внешне. Это был период, в котором на первое место стали выдвигаться: внутренний, скрытый ото всех мир человека; то своеобразие, с которым вновь и вновь повторяются в настоящем испытанные когда-то детские переживания; расшифровка



психоаналитиком того, что пациент сознательно привносит в собственное бессознательное. В сущности, цель психоанализа, как ее видел Фрейд, заключается в том, чтобы «бессознательное сделать сознательным». В этом периоде – чего и следует ожидать, рассматривая неизбежные «за» и «против» в развитии теории – имел место резкий сдвиг от учета отношения пациента к внешней реальности к изучению его бессознательных желаний и импульсов. Большинство клинических понятий, которые мы подробно разбираем в этой книге, были первоначально разработаны именно на втором этапе развития психоанализа.

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

На этом этапе, как и в первый период своей деятельности, Фрейд придерживался взгляда, что существует часть разума (mind), «ментальный аппарат», которая составляет сознательную его часть, равно как существует и другая его часть, представляющая бессознательное начало. В связи с этим Фрейд различает два вида бессознательности. Один из них, представленный системой «*Бессознательное*», содержит инстинктивные влечения и желания. Последние, в случае возникающей возможности выхода в сознание, могут создавать опасность, угрозу и вызывать беспокойство и другие неприятные чувства. Влечения в Бессознательном, по мнению Фрейда, устремлены к разрядке, но могут найти свое выражение лишь в искаженной или отцензурированной форме. Другой вид бессознательности представлен системой «*Предсознательное*», которая содержит знание и мысли, находящиеся вне сознания, но не испытывающие давления со стороны контрсил, что имеет место в системе «Бессознательное». Ментальное содержание Предсознательного в соответствующие моменты может проникать в сознание и утилизироваться индивидом не только для рациональных целей, но и для обслуживания желаний из Бессознательного, в попытках последних обеспечить себе выход и сознание. Модель ментального аппарата, разработанная на втором

этапе, получила известность как «(топографическая», а Предсознательная система рассматривалась в тот момент, как лежащая между Бессознательным и сознанием (при этом последнее играет роль качества системы «Сознательное»).

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

До сих пор мы говорили об инстинктивных влечениях и инстинктивных желаниях так, будто они существуют совершенно изолированно. По мнению Фрейда, это далеко не так, поскольку с самых первых дней детского развития инстинктивные влечения ребенка тесно связаны с наиболее важными в его мире человеческими фигурами (или объектами, если использовать не совсем удачный из-за близости термин,

который применяется психоаналитиками для обозначения этих чрезвычайно важных с эмоциональной точки зрения фигур). Любое бессознательное желание, как считает Фрейд, связано с определенным объектом, причем на тот же самый объект могут быть направлены совершенно противоположные желания и чувства; типичным проявлением подобной противоречивости является чувство одновременно любви и ненависти к одному и тому же человеку. Такая *амбивалентность* сама по себе оказывается чрезвычайно мощным источником психического конфликта. Фрейд придерживался взгляда, что взрослый человек в своих отношениях с другими людьми воспроизводит (часто в завуалированной форме) свои детские привязанности и конфликты, и такая тенденция к повторению лежала в основе тех проблем, с которыми приходилось сталкиваться пациентам, посещавшим Фрейда.

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

Эти взгляды на ментальное функционирование и детскую сексуальность явились результатом второго этапа в истории психоанализа – периода интенсивного изучения особенностей бессознательных инстинктивных влечений, прежде всего сексуальных (Freud, 1905d), и связанных с ними желаний. Все это описывается здесь достаточно подробно, поскольку это важно для более детального обсуждения клинических понятий в последующих главах. В контексте психологической

модели второго этапа эти понятия могут показаться относительно простыми и понятными. Однако, как мы покажем ниже, дальнейшее развитие Фрейдом его теории привело здесь к появлению некоторых противоречий.

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

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

остатка ранних конфликтов и идентификаций в детской психике, в особенности связанных с родителями или другими близкими людьми. Эта система относится к сфере совести, включая ту часть, которая именуется бессознательной совестью, поскольку значительная часть супер-эго, равно как и эго, и ид рассматриваются как действующие вне сознания.

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

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

Важным толчком в развитии одной из ветвей психоанализа (хотя эта ветвь отчетливо прослеживается и в творчестве самого Фрейда) явилось появление в 1936 году работы Анны Фрейд «Эго и механизмы защиты», а в 1939 книги Хайнца Хартманна «Психология эго и проблема адаптации». Анна Фрейд привлекла внимание к роли защитных механизмов в условиях нормального умственного (mental) функционирования и расширила понятие защиты, включив в него как защиту против опасностей, угрожающих со стороны внешнего мира, так и против угроз, связанных с внутренними инстинктивными импульсами. Хартманн уделил особое внимание врожденному развитию того, что он назвал сферой эго, свободной от конфликтов. В противоположность Фрейду, которого интересовали, прежде всего, клинические данные индивида и возможности развития у него специфических навыков и способностей, помогающих справиться с конфликтной ситуацией, Хартманн придерживался точки

зрения, что существует множество сторон нормально функционирующей психики, которые следуют достаточно автономному курсу развития и не являются результатом ментального конфликта. То, что называли «эго-психологией», отражало взгляды многих психоаналитиков, в центре внимания которых лежало не только нормальное, но и патологическое функционирование эго. Следует указать, однако, что современная практика психоанализа, особенно клиническая работа, до сих пор базируется на втором этапе развития психоанализа. В настоящее время психоаналитики при описании своих пациентов пользуются топографической терминологией (второй этап) наряду с элементами структурной теории третьего этапа, хотя некоторые специалисты (например, Arlow & Brenner, 1964) делают героические попытки создать современную теорию психоанализа, описанную целиком в терминах структурной теории.

Начиная с шестидесятых годов, эго-психология начала в определенной степени уступать свое место в США ряду новых течений, которые будут рассмотрены в последующих главах. Среди них «психология самости» Ганса Когута и основанная на объект-отношениях система Эдит Джексона, Ханса Лоевальда и Отто Кернберга. Взгляды Кернберга могут рассматриваться как результат развития эго-психологии, с одной стороны, и теории Мелани Клейн, с другой. В Англии большой популярностью пользовалась школа Клейн, а также работы представителей теории объект-отношений Рональда Фэрберна, Майкла Балинта и Дональда Винникотта. В последние годы достаточно большое внимание привлекли к себе работы Уилфрида Байона. В определенных интеллектуальных кругах довольно важную роль в отношении к психоанализу сыграли несколько противоречивые взгляды Жака Лакана. Работы психоанализа «развития» (developmental psychoanalysis), начиная с Маргарет Малер, а затем ее так называемых «наблюдателей за младенцами» (baby watchers), таких как Даниел Стерн и Роберт Эмд, по мнению многих психоаналитиков, играют важную роль для психоаналитического понимания человеческого развития.

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

## **ГЛАВА 2**

## АНАЛИТИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

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

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



а я сидел позади него, наблюдая за ним, но так, чтобы он не мог меня видеть».

В первой главе мы уже касались отказа Фрейда от травматической теории происхождения неврозов и перехода на позицию, что ведущую роль в возникновении неврозов играет конфликт, связанный с выражением бессознательных инстинктивных желаний. Это изменение точки зрения приблизительно совпало по времени с открытием того, какое значение имеет сознательная продукция, в особенности сновидения, которые в начале второго этапа психоанализа рассматривались как наиболее важный источник информации о состоянии пациента. Многие психоаналитики до сих пор считают сновидения важнейшим поставщиком бессознательного материала. Аналитическая работа Фрейда во многом была направлена на требующий мучительного усилия анализ сновидений, анализ, при котором психоаналитик опирается на отношение пациента к фрагментам запомнившегося ему сна. Анализ сновидений лег в основу представлений Фрейда о мыслительных процессах вообще, хотя позднее источником расшифровки подсознательных смыслов пациента стали его свободные ассоциации вообще и анализ переноса (трансфера), особенно трансферного сопротивления, начинает играть большую роль в методах, применяемых психоаналитиками. Именно на втором этапе, продолжавшемся до 1923 года, были разработаны основные принципы лечения с помощью психоанализа и связанные с этим клинические понятия. Хотя на протяжении третьего и четвертого этапа своего развития теория психоанализа претерпела значительные изменения, «классическая» модель, разработанная на втором этапе, в значительной степени оставалась неизменной. К тому времени, когда Фрейд начал создавать свои статьи, посвященные «технике» психоанализа (Freud, 1911e, 1912b, 1912e, 1913c, 1914g, 1915a), техника проведения психоанализа уже достаточно формализовалась. Отметим, что в то время пациенту предписывалось прохождение ежедневных одночасовых сеансов шесть раз в неделю.

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

«Может показаться удивительным, что метод свободных ассоциаций, проводимый в соответствии с *основополагающим правилом психоанализа*, достиг тех результатов, которых от него ожидали, а именно, с его помощью удается привести в сознание подавленный материал, удерживаемый сопротивлениями. Однако, мы должны иметь в виду, что свободные ассоциации в

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

«Базисную модель психоанализа» (Eisler, 1953) можно представить в следующем виде. Как правило, знания пациента, касающиеся личности психоаналитика, незначительны. Сохраняя этот дефицит информации о себе, аналитик поощряет больного как можно откровеннее высказываться относительно мыслей (свободные ассоциации), которые приходят ему в

голову во время ежедневных сеансов, какими бы нелогичными они ни казались и как бы они ни были далеки от того, что говорилось до этого. Превосходное и достаточно детальное описание психоаналитической ситуации дал Стоун (Stone, 1961).

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

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

Обычно психоаналитические сеансы длятся пятьдесят минут и происходят четыре-пять раз в неделю. Участие психоаналитика, как правило, ограничивается вопросами, имеющими целью извлечь необходимую информацию, а также *интерпретациями, конфронтациями и реконструкциями* (см. гл. 10), разработка которых явилась крупным научным достижением. В результате своих ассоциаций пациент начинает избегать определенных тем и оказывать *сопротивление* (см. гл. 7) выражению определенных мыслей и самой процедуре психоаналитических сеансов. Аналитик при этом ожидает, что в сведениях, получаемых от пациента, рано или поздно начнут проскальзывать высказывания, позволяющие судить о тайных и тщательно скрываемых мыслях по поводу самого психоаналитика, мыслях, которые, как правило, отображают реальность искаженно – это свойство получило название *переноса* или *трансфера (transference)* (см. гл. 4 и 5). Возникающее при этом явление искажение реальности есть результат изменения восприятия и мышления пациента, происходящих под влиянием подключения специфических компонентов. Последние происходят из испытанных пациентом в прошлом желаний, пережитых им событий и отношений с окружающими.

Существует известное различие между такими явлениями переноса и рабочими отношениями, которые развиваются между аналитиком и пациентом, отношениями – среди прочего – в значительной степени, зависящими от желания больного выздороветь и самому принять участие в своем выздоровлении. *Лечебный альянс (treatment alliance)* (см. гл. 3) предполагает стремление со стороны больного к продолжению анализа, несмотря на испытываемое чувство протеста против подобной процедуры. Порой ощущения, испытанные в прошлом и переживаемые в настоящем, всплывают в сознании, выражаясь в невербальной форме, в определенных поступках. Такое поведение может иметь место не только в консультационном поведении, но и за его пределами. Данное явление называют *отреагированием (acting out)* (см. гл. 9).

Для того, чтобы вмешиваться в психику пациента, аналитик, естественно, должен хорошо разбираться в той информации, которую он от него получает. Кроме того, аналитик сталкивается с необходимостью непрерывно анализировать свои реакции по отношению к пациенту с тем, чтобы выявить препятствия, порождаемые собственной психикой, при попытке расшифровать получаемый в процессе анализа материал. Подобный самоанализ помогает аналитику глубже заглянуть в происходящее в психике больного. Такая оценка собственных эмоциональных реакций на пациента получила название *контрпереноса* (см. гл. 6). Если пациент сумел понять и сохранить понимание связей между сознательными и бессознательными мотивами своей психики, равно как и между настоящим и прошлым, то говорят, что он достиг определенной ступени *инсайта*, или внутреннего прозрения, или самопостижения (см. гл. 10).

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

Разумеется, описанная здесь «типичная модельная ситуация»

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

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

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

исключая те случаи, когда длятся необычно долго и носят тяжелый характер (Freud A., 1965).

В психоаналитическом лечении одна из функций состоит в том, чтобы позволить регрессии идти своим ходом или даже способствовать ей в ходе психоаналитического процесса. Чаще всего тенденции к регрессии появляются в момент развития явлений переноса и проявляются в форме возвращения характерных для периода детства желаний, ощущений, фантазий, моделей ассоциаций, а также в отношении пациента к своему психоаналитику. Однако, являясь эффективным средством, позволяющим извлечь убедительную и важную информацию, связанную с прошлым пациента, регрессия иногда принимает вредный и разрушительный характер. Особенно часто она бывает сильной и продолжительной у пациентов, вообще имеющих склонность к регрессии. Такие пациенты могут испытывать затруднения в том, чтобы не утратить способность самонаблюдения и инсайта, являющиеся необходимой частью аналитического лечебного альянса (см. главы 3 и 11). Степень, в которой различные психоаналитики (сознательно или бессознательно) поощряют тенденции к регрессии, по-видимому, сугубо индивидуальна.

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

Ряд исследователей указывает на важность способности пациента к регрессии, как в психоаналитической ситуации, так и вне ее. Например, Крис (Kris, 1952) отмечает значение способности к контролируемой и временной регрессии для успешной деятельности в творческих профессиях. Винникотт (Winnicott, 1954) и Балинт (Balint, 1934, 1949, 1965,

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

Регрессия может послужить источником ценной аналитической информации, которая может оказаться чрезвычайно полезной при проведении психоанализа, хотя на эту информацию не следует полагаться как на самостоятельного терапевтического агента; не следует также считать, что регрессия может извлечь из бессознательного какие-то аспекты очень ранних отношений матери и ребенка, отношений, которые психоаналитик не в состоянии получить другими методами. По мнению Балинта, регрессия может способствовать «наступлению новой фазы в лечении», но многие психоаналитики склонны считать, что значение регрессии как терапевтического агента в значительной степени преувеличено (см. например, Freud A., 1969). Эта точка зрения нашла свое выражение в высказывании Моделл (Modell, 1989): «Я не ставлю под сомнение справедливость клинических наблюдений Балинта и Винникотта. В том, что какие-то аспекты ранних отношений матери и ребенка могут

воссоздаваться с помощью переноса, невозможно усомниться. То, что действительно вызывает сомнение, это то, что регрессию можно считать ответственной за терапевтическое воздействие психоаналитического процесса».

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

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

Способность психоаналитика создать соответствующую атмосферу имеет огромное значение. Лечение с помощью психоанализа не есть просто процесс превращения бессознательного в сознательное или поддержки в усилении эго пациента и придании его эго автономности. Важно, чтобы аналитик создал соответствующий фон, на котором может осуществляться психоаналитический процесс, и восстановил связи с отщепленными аспектами самости, против которых пытается защититься психика больного. Райкрофт (Rycroft, 1985) подчеркивает, что способность



психоаналитика обеспечить такой фон зависит не только от его умения правильно интерпретировать материал, получаемый от пациента, но и в том, может ли он постоянно поддерживать в себе интерес к пациенту и сохранять с ним отношения, необходимые для успешного проведения анализа.

## **ГЛАВА 3**

## ЛЕЧЕБНЫЙ АЛЬЯНС

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

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

Описываемое понятие знакомо многим под вывеской «терапевтический контракт» между пациентом и психотерапевтом (Menninger, 1958). Здесь подразумевается «лишенное невротичности рациональное, разумное отношение, которое складывается у пациента со своим психоаналитиком и которое позволяет последнему действовать целенаправленно в ходе психоаналитического процесса» (Greenson &

Wexler, 1969). Понятие лечебного альянса в процессе своего развития вышло за рамки первоначального его понимания как осознанного стремления пациента добиться успеха в лечении и уже не может быть к нему сведено (мы еще вернемся к этому вопросу). Разграничение «лечебного альянса» и других видов взаимоотношений между пациентом и психоаналитиком (таких как перенос) способствует более глубокому пониманию процессов, происходящих в психоаналитической ситуации: как тех, которые можно причислить к терапевтическим успехам, так и тех, что представляют собой неудачи. В психоанализе, как и в других видах лечения, способность возникновения лечебного альянса есть важный фактор, который следует учитывать, когда принимается решение по поводу выбора того или иного курса лечения.

Хотя термин «лечебный альянс» никогда не разрабатывался в работах Фрейда в виде четкого понятия, идею последнего можно проследить в ранней фрейдовской работе (Freud, 1895g), в которой он пишет: «Необходимо сделать пациента нашим союзником». Высказывания такого рода часто встречаются в его трудах, в частности, в 1937 году Фрейд отмечает, что «аналитическая ситуация состоит в том, чтобы мы сумели найти подход к эго человека, подвергающемуся лечению» (Freud, 1937b). Далее он упоминает о «пакте» между аналитиком и пациентом. И, наконец, в своей последней работе (Freud, 1940a, 1938) замечает: «Врач-аналитик и ослабленное эго пациента, основываясь на реалиях внешнего мира, должны образовать единую силовую защиту против врагов, против инстинктивных требований *ид* и сознательных требований *супер-эго*. Мы образуем этот дружественный пакт для того, чтобы вернуть эго пациента утраченную им способность повелевать различными сферами его ментальной жизни. Этот пакт и составляет аналитическую ситуацию».

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

выступает психоаналитик. Такие положительные переносы, вместе с отрицательными, могут привести к сопротивлению лечению со стороны пациента. Компонент дружеских чувств и симпатий в положительном переносе Фрейд называет «залогом успеха как в психоанализе, так и в других методах лечения» (Freud, 1912b).

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

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

Развитие идеи лечебного альянса наряду с работами Фрейда можно увидеть в двух статьях Стербы (Sterba, 1934, 1940), который подчеркивает необходимость для психоаналитика отличать в психике пациента те

элементы, которые сфокусированы на реальности, от тех, которые на ней не сфокусированы. Он называет это «терапевтическим расщеплением в эго» (Sterba, 1934). Элементы, сфокусированные на реальности, позволяют пациенту осознать цели, которые ставятся перед лечебным процессом, а это Стерба полагает существенным условием успешной психоаналитической работы. Последнее соответствует и замечанию Фрейда (Freud, 1933a) о необходимости для пациента как бы наблюдать за собой со стороны, словно за другим человеком. В связи с этим Феникель (Fenichel, 1941) пишет о «разумном» аспекте психики пациента и о том, что он называет «разумным переносом». Анализ психоаналитической литературы показывает, что термины «дружественный перенос», «эффективный перенос», «сфокусированные на реальности элементы», «рациональный перенос», а также способности пациента к наблюдению за собой и критическому отношению к себе часто используются как понятия эквивалентные, хотя было бы удобнее рассматривать их как отдельные элементы того, что можно назвать способностью выработать лечебный альянс. Полезные размышления по поводу элементов, входящих в широкое понятие «альянса» можно найти в работах Фридмана (Friedman, 1969), Дикеса (Dickes, 1975), Гутейля и Хевенса (Gutcheil & Havens, 1979), а также Томэ и Кэхеле (Thomae & Kaechele, 1987).

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

В последние годы ряд авторов, в особенности Бреннер (Brenner, 1976, 1979), ставят под сомнение ценность понятия лечебного альянса, поддерживая при этом ту точку зрения, что это понятие невозможно в

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

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

Ту же опасность имеет в виду и Новик (Novick, 1970), писавший о том, что термин «лечебный альянс» привлекает слишком много внимания к рациональному в противоположность иррациональным аспектам анализа. Сходную точку зрения высказывали Игл и Волицкий (Eagle & Wolitzky, 1989), выразившие озабоченность по поводу того, что такой альянс может помешать разрешению переноса путем интерпретации и инсайта. Они также стремились доказать, что такой подход может привести к тому, что аналитик начнет придавать слишком большое значение не подлежащим

интерпретации факторам в аналитическом лечении, вследствие чего он может оказаться недостаточно внимательным к проявлениям переноса. Не вызывает сомнения, что излишнее стремление добиться лечебного альянса может привести к тому, что ради предотвращения появления враждебного переноса аналитик вступает с больным в нечто вроде сговора.

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

Несмотря на трудности, связанные с точным определением понятия «альянс», по-видимому, все-таки имеется достаточно оснований для выделения его из других аспектов отношения пациента к врачу, которые сами по себе недостаточны для того, чтобы создать основу для успешного психоаналитического лечения (см. например, Adler, 1980). Эти последние аспекты включают в себя возвращение чувства любви или сексуального влечения, первоначально испытанных по отношению к какому-то лицу, сыгравшему большую роль в прошлом пациента; крайним проявлением этого аспекта переноса является ситуация, в которой пациент влюбляется в психотерапевта. К этим аспектам можно добавить идеализацию терапевта, который рассматривается как совершенный человек, наделенный к тому же необычайными способностями, идеализацию, которая может являться для пациента средством завуалировать и отрицать свое бессознательное чувство враждебности к психоаналитику. Подобная идеализация может, однако, легко перетекать в противоположное чувство (зачастую в форме весьма драматической), если больной испытывает разочарование, или если лежащая в ее основе враждебность становится слишком сильной. Предполагается, что способность к лечебному альянсу зависит от качеств, составляющих постоянный компонент той или иной личности. Хотя нельзя отрицать, что эти качества могут развиваться и как результат удачно сложившихся отношений с окружающими людьми в ранний период жизни



пациента. Тем не менее они в значительной степени независимы от тех эмоций и отношений, которые объединены понятием «перенос». Таким образом, лечебный альянс может рассматриваться как «основывающийся на сознательном стремлении пациента к сотрудничеству с психотерапевтом и его готовности воспользоваться помощью последнего в преодолении переживаемых им сложностей. Это вовсе не совпадает с простым посещением сеансов ради получения удовольствия или чего-то в этом роде. Лечебный альянс предполагает *принятие* пациентом необходимости преодолеть свои внутренние проблемы и заниматься психоанализом, несмотря на внутреннее или внешнее сопротивление (в частности, если речь идет о лечении ребенка, внешнее сопротивление может оказываться со стороны родителей)» (Sandler et al., 1969).

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

Очевидно одно: готовность к лечебному альянсу со стороны пациента не следует отождествлять с желанием последнего понравиться. Хотя оно, это желание, есть необходимый элемент такого альянса, но оно часто сочетается с нереальными надеждами на магическое излечение, что само по себе плохой союзник в лечебном процессе. Недостаточность желания понравиться в качестве единственной основы формирования лечебного

альянса отмечалась рядом исследователей, в частности, в тех случаях, когда пациенты немедленно прерывали курс лечения, как только возникали какие-то симптомы улучшения состояния. При этом они теряли и всякое желание исследовать факторы, вызвавшие заболевание, поскольку симптомы смягчались или исчезали. Выздоровление здесь выглядит как «бегство в здоровье». И если лечебный альянс в таких случаях основан лишь на стремлении облегчить симптомы болезни, то не остается никаких адекватных условий для продолжения психоаналитического лечения, хотя предыдущий опыт подсказывает, что переживаемое пациентом облегчение его страданий носит лишь временный характер. Очевидно, что большинство факторов, упоминаемых в работах по психоанализу, – умение взглянуть на себя со стороны, способность выдерживать определенную тяжесть фрустрации, наличие «доверия в широком смысле», идентификация с целями лечения и т. д. – играют существенную роль в успехе терапевтического лечения.

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

Необходимость учитывать способность пациента к лечебному альянсу подчеркивается такими исследователями, как Герстли и др. (Gertsly, 1989), которые считают, что оценка такой способности является важным прогностическим индикатором для пациентов с антисоциальными расстройствами личности.

Более того, оценка способности пациента к лечебному альянсу является существенным прогностическим фактором во всех случаях, когда обсуждается возможность лечения пациента с помощью психоанализа. Большинство психоаналитиков не взяли бы проводить курс психоанализа

пациенту с ярко выраженной формой психоза, зная, что такой пациент не обладает способностью к аналитической и конструктивной работе с аналитиком. Некоторые специалисты не очень склонны работать и с так называемыми пограничными случаями. Сложности формирования лечебного альянса у таких пациентов обсуждаются в работах Шапиро, Шапиро, Зиннера и Берковица (Shapiro E., Shapiro R., Zinner & Berkowitz, 1977), а также Габбарда и др. (Gabbard et al., 1988). Однако, в таких случаях могут быть предприняты определенные меры, способствующие выработке такой способности.

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

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

Причиной, побудившей пациента пойти на прохождение курса психоанализа, может быть стремление удовлетворить свои тайные желания (например, достичь независимости, завоевать любовь и внимание окружающих и даже мазохистское желание пережить страдание). Как следствие, больной в течение многих лет проходит курс психоаналитического лечения, не выказывая какого-либо желания прекратить лечение, но и не достигая сколь-нибудь значимого улучшения.

С другой стороны, возможна и такая ситуация, в которой требуемый лечебный альянс существует, несмотря на изначальную враждебность со стороны пациента. Встречаются люди с ярко выраженными параноидными тенденциями – они способны проявлять крайнюю недоверчивость, но в то же время способны в некоторой степени достигать лечебного альянса с психотерапевтом. По-видимому, в каком-то смысле они осознают необходимость врачебной помощи и готовы «сделать исключение» для психотерапевта.

Хотя курс психоанализа может быть начат и при отсутствии прочного лечебного альянса, некий терапевтический «контракт» все же необходим для начала лечения. Лечебный альянс может (в идеальном случае должен) появиться в ходе лечения. Способствовать выработке такого союза – одна из наиболее важных задач, стоящих перед психоаналитиком. Одним из способов оказания больному помощи в этом направлении является постоянное обеспечение ему возможности коммуникации. Эта помощь должна также включать в себя раскрытие психотерапевтом тенденций больного к сопротивлению выработке лечебного альянса. Примером такого раскрытия может быть проводимое врачом объяснение пациенту того, что, испытывая страх перед пассивным подчинением, он не позволяет в полной мере способствовать успешному проведению лечения. И хотя за этим сопротивлением больного может скрываться целый ряд причин, оно проявляется, фактически, как сопротивление лечебному альянсу, хотя мы могли бы рассматривать это и как сопротивление развитию сексуального переноса. В качестве еще одного примера сопротивления формированию лечебного альянса может служить ситуация с пациентом, который испытывает страх перед возможной регрессией в ходе психоаналитического лечения. Хотя большинство больных в состоянии подавлять (до некоторой степени) возникающие во время лечения тенденции к регрессии, некоторые из них все же опасаются, что, если психоанализ «раскрепостит» их психику, они полностью попадут во власть пережитых в детстве эмоций, и потеряют контроль над своими чувствами и действиями. Вскрытие причин беспокойства у пациента помогает последнему справляться со своими настроениями и вырабатывать необходимый лечебный альянс.

Создание лечебного альянса не является исключительно функцией пациента, поскольку в его развитии важную роль должно играть и личное искусство любого психоаналитика (см. Schowalter, 1976). Чем лучше психоаналитик сумеет, используя эмоциональную сторону общения, показать больному свою терпимость по отношению к тем бессознательным

стремлениям, против которых стремится выставить защиту психика пациента, чем больше ему удастся продемонстрировать свое уважение к защитным реакциям пациента, тем прочнее между ними образуется лечебный альянс. В результате этого пациент сможет воспринять от психоаналитика терпимое отношение последнего и развить в себе большую терпимость к тем сторонам своей личности, которые он ранее был не в состоянии принять (Sandler J., Sandler A., 1984).

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

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

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

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

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

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

Основываясь на опыте проведения психоанализа у детей, Сандлер, Кеннеди и Тайсон (Sandler, Kennedy, Tyson, 1980) отмечают, что имеется, по крайней мере, два подхода к определению термина «лечебный альянс». Первый из них состоит в том, чтобы рассматривать его как широкое дескриптивное понятие, включающее в себя все те факторы, которые позволяют удержать пациента и не позволяют ему бросить лечение даже в период возникновения сопротивления и враждебного переноса. Второй подход заключается в том, чтобы рассматривать лечебный альянс как более узкое понятие, связанное специфически с осознанием пациентом своей болезни и с его сознательным и бессознательным стремлением предпринять какие-либо меры по этому поводу; здесь это понятие ассоциируется с наличием у пациента способности предпринимать необходимые усилия и терпеть болезненные ощущения, связанные с осознанием внутреннего конфликта. Согласно более широкому определению, терапевтические отношения могут (но лишь в течение некоторого времени) поддерживаться, основываясь преимущественно на чувстве удовлетворения, содержащего инстинктивные элементы, такие как любовь к аналитику и потребность в объекте. Подобные аспекты могут рассматриваться как инстинктивные или ид-элементы лечебного альянса.

Однако отношения между пациентом и психоаналитиком должны обязательно основываться также и на элементах, входящих в его более узкое определение. Говоря об идеальной ситуации, психотерапевт должен проявлять чувствительность к различным составляющим лечебного альянса в том виде, в каком они присутствуют в конкретный момент проведения психоанализа, а также к тому, как изменяется соотношение этих элементов с изменением прочности, состава и стабильности лечебного альянса.

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

Изменения, произошедшие в отношении к психическому здоровью, и принятие принципа добровольности лечения должны безусловно повысить роль клинической оценки не только осознания пациентом его болезни, но и его способности сформировать лечебный альянс со своим психотерапевтом. В частности, это относится к психозам и случаям, называвшимся ранее «психопатией», а также «тяжелым расстройством характера». В начальный период оценка способности пациента пойти на лечебный альянс должна нести в себе как диагностическое значение в отношении серьезности заболевания, так и прогностическое значение в том случае, когда прогноз связан с методом лечения. В случаях, где психотерапия считается показанной, клиническая оценка способности пациента сотрудничать с врачом в ходе длительного и часто болезненного лечения представляется чрезвычайно важной. Совершенно необходимо,

поэтому, чтобы врач сделал свое заключение относительно способности пациента образовывать прочный лечебный альянс, способствующий его излечению. Но даже в тех случаях, где речь о психотерапии не идет, понятие лечебного альянса важно при оценке заинтересованности пациента в предпринимаемом лечении и отношении последнего к медицинскому персоналу, участвующему в процессе лечения. В случае патронажной работы, например, патронажная сестра может достаточно четко охарактеризовать, в какой степени лечебный альянс сложился между нею и больным (или больным и его семьей). Естественно, что на формирование такого союза оказывают свое влияние конкретные требования лечебной ситуации и стиль работы соответствующей организации. Например, некоторые пациенты оказываются в состоянии поддерживать необходимые отношения с такой лечебной организацией лишь до тех пор, пока их посещает ее представитель, но если инициатива для контакта предоставляется пациенту, то он не в силах ее удержать. Совершенно специфические и небезынтересные проблемы возникают и с лицами, находящимися на свободе условно, но обязанными регулярно встречаться с сотрудником организации, к которой они прикреплены. В одних случаях, при этом, сам факт принудительности посещений может помочь в формировании лечебного альянса, а в других он, напротив, может привести к «псевдосоюзу».



## **ГЛАВА 4**

## ПЕРЕНОС

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

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

пережитыми когда-то желаниями (вытесненными из сознания) как бы всплывают на поверхность и, в силу «фальшивой связи», заново переживаются в настоящем. Именно в этом контексте Фрейд отмечает склонность пациентов испытывать невротическую привязанность к лечащему врачу.

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

«Переиздание или факсимиле импульсов и фантазий, вызванных в ходе анализа и имеющих ту особенность, что в них когда-то знакомое пациенту лицо замещается личностью психоаналитика. Это можно сформулировать и иначе: оживляется целая серия психологических переживаний, но не как переживаний, относящихся к прошлому, а как переживаний настоящего момента, связанных с личностью аналитика, проводящего лечение. Некоторые из подобных переносов несут в себе содержание, абсолютно ничем не отличающееся от своего прототипа, исходной модели, за исключением того, что первые – не реальные переживания, а их замена. В таком случае, в рамках той же метафоры, это лишь новые отпечатки или оттиски старого. Другие переносы имеют более сложное строение. В них изобретательно используется какая-то реальная особенность личности аналитика или сложившихся обстоятельств, позволяющие психике пациента воспользоваться последними в качестве отправной точки для переноса. В этом случае мы имеем дело не с новыми впечатлениями, а с их восстановлением в новом варианте».

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

Следует отметить, что Фрейд последовательно проводил различие между анализом переноса как технической меры и так называемым

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

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

Фрейд выдвинул предположение, что конкретные особенности переноса каждого пациента являются результатом специфики переживаемого невроза, а не просто следствием психоаналитического процесса; это явление характерно для всех пациентов (Freud, 1912b).

Мысль об индивидуальном характере переноса получила дальнейшее развитие тогда, когда было выдвинуто понятие «трансферентного невроза» (Freud, 1914g). Вводя этот термин, Фрейд подчеркивал, что испытанные ранее переживания, способствовавшие появлению самого невроза, оказывают решающее воздействие на формирование того, как складываются отношения больного к своему психотерапевту. Фрейд пишет (Freud, 1914g):

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

Понятие «трансферентного невроза» было расширено самим Фрейдом, когда он писал, что пациент, проходящий курс лечения психоанализом «с необходимостью *повторяет* отрицательные переживания прошлого как нечто, происходящее с ним в данный момент, а не вспоминает как нечто, что происходило с ним когда-то (хотя аналитик предпочел бы, чтобы это было именно так). Это воспроизведение прошлого опыта, повторяющееся со столь нежелательной точностью, всегда имеет своей основой какие-то эпизоды сексуальной жизни, пережитые в раннем детстве..., которые неизбежно заново проигрываются в сфере переноса, в сфере отношения больного к лечащему врачу. Когда такая стадия наступает, то можно говорить о том, что старый невроз подвергся вытеснению новым «трансферентным неврозом» (Freud, 1920g). К сожалению, термин «трансферентный невроз» в том смысле, как его использовал Фрейд, очень близок к понятию, которое он применял по отношению к целому классу

психических *расстройств*, так называемых «неврозов переноса», т. е., тех расстройств, при которых можно наблюдать явления переноса. В более ранних работах он придерживался точки зрения, что такие психические расстройства следует отличать от другого типа расстройств, «нарцисстических неврозов», при которых явление переноса развивается не столь легко. Однако большинство психоаналитиков сейчас склоняются к мысли, что явления переноса встречаются у пациентов, принадлежащих к *обеим* группам.

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

Для того, чтобы разобраться в последующем развитии психоаналитической терминологии, необходимо отметить, что понятие «перенос» было введено в тот период, когда Фрейд и его коллега считали психическую деятельность проявлением, по большей части, хаотичного действия инстинктивных стремлений и импульсов энергии, которые, как считалось тогда, управляют ею. Фрейд рассматривал сексуальные желания в отношении человека, занимавшего в прошлом большое место, как вклад («катексис») энергии сексуальных влечений («либидо») в образ данного объекта («объект либидо»). Перенос считался транспортировкой либидо из памяти о первоначальном объекте на личность психоаналитика, становящегося новым объектом сексуальных побуждений, причем сам пациент этого процесса перемещения из прошлого не осознавал.

Все возрастающее внимание, уделяемое анализу переноса, вместе с развитием психологии это привело к тому, что другие исследователи психоанализа пытались рафинировать и расширить понятие переноса, с целью достичь более четкого понимания клинических явлений и соотнести это понятие с другими достижениями психоаналитической теории. История развития понятия переноса является ярким примером того, сколько

проблем может возникнуть, если понятие, появившееся на первом этапе Психоанализа, сохраняет свое употребление в первоначальном виде, даже в тех случаях, когда уже существуют более современные формулировки этого понятия.

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

Анна Фрейд говорит также о «*реагировании в переносе*», при котором перенос усиливается и находит свой выход в повседневной жизни пациента. Этим путем чувства и побуждения по отношению к психотерапевту, возникшие во время анализа, могут направляться на других лиц, находящихся в ближайшем окружении больного. «Реагирование в переносе» близко к понятию «*отреагирование*» в ситуации, которая будет обсуждаться в гл. 9. В то же время Анна Фрейд добавляет еще одну категорию, которую рассматривает как подвид переноса и которую, как она считает, следует отличать от собственно переноса. Она вводит понятие *экстернализации*, иллюстрируя его ситуацией, в которой пациент ощущает чувство вины, и, вместо того, чтобы переживать муки совести, ожидает упреков со стороны психоаналитика. Такая экстернализация структурированных аспектов личности (например, супер-эго) считалась отличной от повторения в ходе переноса переживаний детства, связанных, например, с чересчур строгим отцом. Еще один пример экстернализации – появление у пациента предположения (или страха), что психоаналитик намерен соблазнить его. Подобное предположение основано

на экстернализации или, в данном случае, на особой форме экстернализации (обычно называемой «проекцией») на психоаналитика собственных сексуальных чувств пациента по отношению к врачу. То, что подвергается здесь экстернализации, – это бессознательное сексуальное влечение пациента, в некотором смысле связанное с его «Ид», и такая экстернализация необязательно должна рассматриваться как повторение младенческого импульса либидо или как повторение защитных действий в детском возрасте. Небезынтересно, что как Александер (Alexander, 1925), так и сам Фрейд (Freud, 1960) пишут о принятии на себя психоаналитиком доли совести пациента (супер-эго) и рассматривают это явление как важную часть психотерапевтического процесса.

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

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

Второе направление представлено теоретическими формулировками



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

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

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

Такое определение является, по-видимому, сильно расширенным по сравнению с первоначальным определением, данным Фрейдом. В него, например, следует включить и привычные типы реакций на окружающих людей, ставших частью характера пациента (таких, как склонность испытывать страх перед начальством), реакций, которые не могут

рассматриваться как адекватные текущей ситуации. Такое определение «характерного переноса» (character transference) (Sandler et al., 1969) отличается от понятия переноса как развития в процессе проведения психоанализа чувств и фантазий, направленных на аналитика и незаметных в начале лечения, но впоследствии как бы всплывающих на поверхность в результате применения психоанализа.

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

следует согласиться с тем, что аналитическая ситуация, по-видимому, действительно создает условия для развития переноса и позволяет проследить это явление в относительно чистых формах (Stone, 1961).

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

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

Принимая выдвинутое Купером различие между историческим и современным подходом к явлению переноса, уместно рассмотреть переход

от одной точки зрения к другой под такими заголовками, как *Полемика по поводу трансферентного невроза, Теория переноса Мелани Клейн, Перенос и экстернализация Рассмотрение генетических аспектов переноса.*

## ПОЛЕМИКА ПО ПОВОДУ ТРАНСФЕРЕНТНОГО НЕВРОЗА

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

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

«сам термин „трансферентный невроз“ есть тавтология. Это

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

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

## ТЕОРИЯ ПЕРЕНОСА МЕЛАНИ КЛЕЙН

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

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

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

«выражение сил, действующих в клинической ситуации и отношений, существующих во внутреннем мире больного. Этот внутренний мир рассматривается как результат непрерывно длящегося процесса развития, как продукт постоянного взаимодействия между бессознательной фантазией, защитными реакциями, с одной стороны, и опытом, связанным с внешней реальностью, с другой; реальностью как прошлого, так и настоящего. Акцент Мелани Клейн и ее последователей на извращенном характере переноса, является результатом того, что Клейн использовала понятие бессознательной фантазии, постигаемой в качестве основы всякой мысли, – как рациональной, так и иррациональной. Она не выделяла особую категорию мыслей и чувств, относящихся к рациональному началу и, соответственно, не требующих анализа, с одной стороны, и другую категорию, иррациональных мыслей и чувств,

соответственно, неадекватных, отражающих перенос и требующих аналитического вмешательства».

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

Спиллиус отмечает, что в методе интерпретации, применяемом Клейн, постепенно происходили изменения. С течением времени она отходит от излишнего подчеркивания деструктивных намерений пациента и использования парт-объектного языка, а в интерпретации переноса все больше начинает преобладать понятие проективной идентификации (введенное Мелани Клейн в 1946 году). Большой акцент ставится на изживание пациентом в переносе своего прошлого опыта, нежели на размышления и разговоры об этом; все больше подчеркивается бессознательное давление на аналитика со стороны пациента с задачей последнего заставить аналитика участвовать в его переживаниях. Все больший интерес она начинает проявлять к роли прошлого, в том его аспекте, в котором оно отражается на отношениях пациента и психоаналитика. Спиллиус отмечает, что интерпретации, сформулированные ранее в терминах вербального и поведенческого содержания, рассматриваемого в строго символической форме, «могут показаться сейчас способными нанести ущерб признанию живости тех или иных моментов эмоционального контакта. Такие интерпретации основываются не на восприимчивости аналитика по отношению к пациенту, а на желании психоаналитика обнаружить в материальных свидетельствах пациента уже сложившиеся у него представления и концепции».

Дальнейшим развитием теории переноса Клейн явилась статья Джозеф (Joseph, 1985) «Перенос: общая ситуация». Она расширяет понятие переноса, рассматривая его, как «рамку, внутри которой постоянно что-то происходит, идет непрерывное активное движение». Она не только считает происходящее во время переноса повторением прошлого, но обратным образом, полагает, что все, происходящее в анализе, является переносом. Иллюстрируя это, Джозеф рассказывает о своей коллеге, испытывавшей сложности в работе с необычайно трудным пациентом. Она была



неудовлетворена тем, как проходит курс психоанализа, и эта проблема была вынесена для обсуждения на семинаре. Участникам семинара было трудно разобраться в ситуации, пока им не стало очевидно, что трудности, испытываемые аналитиком, возможно, связаны с переносом. Они пришли к выводу о связи трудностей с тем, что пациентка проектирует свой собственный искаженный внутренний мир на психотерапевта, а неудача последней интерпретировать значение ассоциаций пациентки является отражением ее собственной системы защиты, стремлением «внести псевдосмысл в непостижимое». Далее, Джозеф комментирует: «Если мы работаем только с вербализованной частью материала, то, в действительности, мы не принимаем во внимание объект-отношения, отреагированные в переносе». Основопологающим во всем этом является экстернализация внутренних объект-отношений посредством механизма проективной идентификации (Klein, 1946). Отсюда следует то большое техническое значение, придаваемое способности аналитика осознавать проекции пациента, направленные на него и воспринимать их, а также переживать их в виде контрпереноса (глава 6) и возвращать пациенту в форме соответствующих интерпретаций. Следует заметить, что в то время как для Клейн интроектная идентификация являлась процессом вбирания внешнего объекта в эго или самость, проективная идентификация рассматривалась как процесс обратного помещения некоторого аспекта собственной самости в объект, то есть как процесс, в результате которого объект начинает содержать в себе некий аспект самости пациента (более подробное обсуждение данного вопроса см. Sandler, 1987).

При таком техническом подходе внимание аналитика направлено преимущественно на то, чтобы установить эмоциональный контакт с пациентом непосредственно во время проведения анализа. Нам кажется, однако, что искушение считать переносом все происходящее в аналитическом процессе, и рассматривать этот перенос на основе контрпереносных эмоций и фантазий, может привести к варианту «дикого контрпереносного анализа». Спиллиус (Spillius, 1988) демонстрирует свою осведомленность по поводу этой опасности, когда отмечает, что возможна тенденция, в особенности, когда речь идет о неопытных психоаналитиках, «уделять слишком большое внимание своим собственным ощущениям, как некоему ключу к тому, что происходит на сеансе, в ущерб прямому контакту с теми сведениями, которые аналитик получает непосредственно от пациента».

В противоположность позиции, занимаемой сторонниками школы Клейн, многие психоаналитики, включая и авторов настоящей работы,

придерживаются мнения, что вовсе не все из того, что удастся узнать от пациента во время анализа, следует рассматривать как перенос. Анна Фрейд, например, подвергла критике точку зрения тех, кто столь неразборчиво использует понятие переноса; полезное обозрение полемики по данному вопросу можно найти в работе Лейтеса (Leites, 1977) «Интерпретировать только как перенос?».

Трактовать все, что исходит от пациента во время анализа, как перенос, представляется нам не совсем верным и чересчур упрощенным. По-видимому, такая точка зрения возникла благодаря тому, что многие аналитики принципиально фокусируют свое внимание на тех аспектах информации, которые связаны с переносом, в ущерб тем аспектам, которые с ним не связаны. Именно, аспекты, имеющие отношение к переносу, прежде всего поддаются *анализу* и интерпретации, а отсюда вытекает и то, что центральное место, занимаемое переносом, есть, до некоторой степени, технический артефакт, в основе которого лежит точка зрения о том, что только с помощью интерпретаций переноса можно добиться изменений в психическом состоянии пациента.

В отношениях, которые складываются в результате переноса, психоаналитик не выступает в роли пассивного партнера. Хотя данный аспект будет более подробно обсуждаться ниже (см. глава 6), здесь следует подчеркнуть, что в определении того, как сложатся отношения между пациентом и аналитиком, личность последнего играет немаловажную роль. Те же, кто утверждает, что все, происходящее во время психоанализа, есть перенос, имеют тенденцию преуменьшать участие психоаналитика в качестве реально существующей личности, вовлеченной в совместный процесс работы с пациентом и придавать слишком большое значение искаженным в ходе переноса восприятиям пациента и фантазиям последнего, связанным с психоаналитиком (Escoll, 1983; Thoma, 1984). Гринсон проводит различие между «лечебным альянсом» (Greenson, 1965a) и «реальным» отношением пациента к своему аналитику (Greenson & Wexler, 1969). Сас (Szasz, 1963) делает попытку рассмотрения трудностей, возникающих при отделении переноса от реальности; той же проблеме посвящена и работа Лапланша и Понталиса (Laplanche & Pontalis, 1973).

Хотя попытка сформулировать определение переноса исключительно в терминах той или иной формы экстернализации внутренних объект-отношений, как это делают сторонники школы Клейн, несомненно, приводит к сваливанию в одну кучу разных явлений, очевидным является и то, что такие взгляды во многом определяют современное отношение к понятию переноса. Ниже этот вопрос будет подвергнут более подробному

обсуждению.

## ПЕРЕНОС И ЭКСТЕРНАЛИЗАЦИЯ

Обсуждение попыток расширить понятие переноса, проведенное в данной главе, показало, что этот термин вышел за пределы своего первоначального значения простого повторения каких-то важных отношений, связанных с детством пациента. Важным фактором, повлекшим за собой расширение данного понятия, явилось увеличение роли так называемых внутренних объект-отношений в психической деятельности. Разработка теоретических идей, связанных с внутренними объектами, привела к такому взгляду на перенос, при котором «проекция» или «экстернализация» внутренних объект-отношений» играет главную роль. Кернберг (Kernberg, 1987) формулирует это так:

«Анализ переноса состоит в анализе реактивации здесь и теперь прошлых интернализированных объект-отношений. Анализ прошлых интернализированных объект-отношений в переносе представляет в тоже время анализ составляющих структур эго, супер-эго и ид, и их межструктурных конфликтов».

Далее он добавляет:

«Я представляю себе интернализированные объект-отношения не как отражающие действительные объект-отношения из прошлого. Они, скорее, отражают комбинацию реалистичных и основанных на фантазиях, – часто сильно искаженных, – интернализаций таких прошлых объект-отношений и защиту против них под воздействием активации и проекции дериватов инстинктивного влечения. Другими словами, существует динамическое напряжение между здесь-и-теперь, которое отражает интрапсихическую структуру, и там-и-тогда бессознательных генетических детерминант, проистекающих из „реального“ прошлого, из самой развивающейся истории пациента».

Лоувальд (в сообщении, сделанном Valenstein, 1974), комментирует в связи с этим, что «когда мы говорим о пережитом опыте, то не имеем в виду „объективные факты“. Мы говорим об опыте, который переживает ребенок на различных уровнях своего развития в его взаимодействии с

внешним миром, с объектами. Эти переживания могут повторяться в переносе, и можно сказать, что это фантазии, что это не факты, наблюдаемые сторонним наблюдателем, но продукт осмысления того, что „действительно случилось“, что произошло с пациентом в детстве. На наш взгляд, именно по причине того, что на внутреннее представление объекта, так же как и на представление самости в процессе развития, в большей степени влияют защитные процессы, такие как проекция, идентификация и смещение, нам следует говорить скорее о „внутренних“, а не об „интернализированных“ процессах.

Шафер (Shafer, 1977) делает ряд важных замечаний относительно нашего понимания внутренних объектов. Приведя пример анализа, проведенного с пациентом-мужчиной, он говорит:

«Во-первых, когда я говорю о „его отце“, то подразумеваю отцовское имаго, которое лишь в относительной степени соответствует отцу, рассматриваему объективно. Это имаго в значительной степени удерживаемо бессознательно, и оно создавалось на протяжении различных фаз психосексуального развития. Во-вторых, оно определялось, в основном, путем тщательного рассмотрения различных отцовских переносов и моих контрпереносных реакций на них. В третьих, определить четко эти переносы оказывалось возможным лишь отделив их от всего набора переносов на мать, каждый из которых содержит свои собственные сложности, связанные с саморазвитием и установкой. В четвертых, релевантные аналитические данные включали в себя широкий набор явлений, простиравшихся от телесных фантазий и реальных состояний, таких как запор, мастурбации и архаические идеи о возмездии или наносимом ущербе до трезвых попыток вспомнить и восстановить реальный ход событий, долгое время хранящихся в памяти пациента в искаженном невротической психикой виде».

Как мы видели, сторонники школы Клейн, рассматривающие перенос как экстернализацию, обычно стремятся дать формулировку переноса в конкретных терминах, используя такие выражения как «помещение отцепленных частей самости или частей внутреннего объекта в аналитика» или представления аналитика как «контейнера» (Bion, 1962). С другой стороны, исследователи, не принадлежащие к школе Клейн (например, Bollas, 1987), предпочитают говорить о ней в терминах экстернализации

внутренних объект-отношений, а не проективной идентификации (см. Berg, 1977). Сандлер (Sandler, 1983) отмечает, что

«Для понимания переноса, возможно, полезно учитывать, что интроекты постоянно экстернализируются, в каком-то смысле *актуализируются*, так что могут рассматриваться скорее как внешние объекты, нежели внутренние. Такая тенденция экстернализации интроектов, вероятно, является достаточно общей... Ее особенно хорошо можно наблюдать в психоаналитической ситуации, и мы постоянно наблюдаем попытки навязать психоаналитику, или заставить его, или соблазнить принять роль того или иного интроекта, с тем, чтобы сценарий внутренней фантазии, включающий в себя диалог между самостью и интроектом, мог быть разыгран. Подобная экстернализация имеет такое же отношение к переносу, как и все остальное, что мы подразумеваем под этим словом, и совершенно очевидно, что рассматривать экстернализацию внутренних объект-отношений просто как прямое или косвенное осуществление бессознательных желаний, связанных в прошлом с каким-то лицом и в завуалированной форме перенесенных на аналитика, является грубой ошибкой».

## РАССМОТРЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПЕРЕНОСА

Одной из причин критики понятия трансферентного невроза явилось открытие невозможности полной связи переноса с проявлениями эдипова комплекса и связанными с ним конфликтами, как это считалось раньше. Первоначальная точка зрения состояла в том, чтобы рассматривать любые проявления переноса со следами доэдиповых черт как регрессивный отход от невыносимого эдипова конфликта. Поскольку все больше утверждается точка зрения, что доэдиповы конфликты можно рассматривать как существующие самостоятельно, все возрастающее внимание направляется на те аспекты переноса, которые связаны с развитием (см. Escoll, 1983). Арлоу (по сообщению Valenstein, 1974) пишет:

«Развитие детского психоанализа, непосредственные наблюдения над детьми, а также широкий спектр разнообразного опыта, приобретенного при анализе различных психических нарушений, извращений, пограничных случаев и случаев нарцисстических пациентов привели, ко все более заметному снижению роли ранних объект-отношений в контексте формирования эго по мере того, как оно развивается – нормально или дефективно – из ранних отношений матери и ребенка».

Сетладж (по сообщению Escoll, 1983) комментирует это так:

«С прекращением или нарушениями процесса развития наблюдается постоянная потребность в его возобновлении... В аналитической ситуации интерпретация переноса освобождает процесс развития разграничением объекта патологической связи из прошлого, с которым связан перенос, и психоаналитика, как нового, нейтрального и реального объекта в настоящем... В клинической работе с детьми и взрослыми сейчас стало более возможным, чем раньше, выделить представленные в переносе патологические структуры и конфликты, связанные с ранним периодом развития, и расшифровать их связи со структурами и конфликтами более позднего развития».

Пост-эдиповы процессы развития, включая и те, что происходят во взрослом периоде жизни человека, также имеют большое значение для личности и психических патологий. Коларуссо (Escoll, 1983), сообщая о своей предыдущей работе (Colarusso & Nemiroff, 1979), указывает, что

«У взрослого человека развитие есть постоянно происходящий динамичный процесс... Развитие у взрослого связано с постоянной эволюцией существующей психической структуры и с ее использованием... Но процессы развития у взрослого оказываются под влиянием как детского, так и взрослого прошлого. Если принять такую концепцию, станет очевидным, что прошлое, связанное со взрослым периодом жизни, может стать важным источником переноса... фундаментальные проблемы, относящиеся к развитию в детский период, продолжают оставаться центральными аспектами и во взрослой жизни, но в измененной форме».

Он добавляет:

«Появление невроза у взрослого есть результат предрасположения к нему у ребенка, последующего развития этого предрасположения и опыта, имеющего место в данный момент, соединенных в единое целое психическим аппаратом на его нынешней стадии развития... условия развития взрослого человека добавляют переносу новые измерения. Проливая свет на процессы развития взрослого и связывая эти процессы с опытом, пережитым в детстве, система развития взрослого оказывает влияние на отношение аналитика к пациенту и способствует его пониманию материала, получаемого от переноса».

Представляется полезным завершить эту главу, прокомментировав различные значения, в которых может употребляться термин «перенос»:

1. Он включает в себя все то, что обсуждалось нами в разделе «лечебный альянс» (глава 3);
2. термин употребляется для обозначения пережитых в детстве чувств и отношений, возникающих во время анализа в завуалированной форме и направленных на психоаналитика в том виде, как это описал Фрейд;
3. термин включает в себя «перенос защиты» и «экстернализацию»



психических посредников, как это описано Анной Фрейд;

4. термин охватывает все «несоответствующие» мысли, реакции, фантазии и эмоции, которые представляют собой оживление прошлого и которые пациент развивает (осознавая это или нет) по отношению к своему психоаналитику. Сюда относятся первоначальные «Иррациональные» беспокойства по поводу необходимости начать лечение и специфические отношения к окружающим людям, образующие часть его личностной структуры и актуализирующиеся в отношении к психоаналитику;

5. термин относится к экстернализации текущих внутренних объект-отношений, так что они оказывают влияние на восприятие пациентом психоаналитика. Все это охватывает набор механизмов, объединенных под названием «проективная идентификация»;

6. термин включает в себя все аспекты отношения пациента к психоаналитику. Данная точка зрения рассматривает все стороны отношения больного к врачу как повторение прошлых (обычно очень ранних) взаимоотношений. По существу, каждая вербальная и невербальная коммуникация или выражение со стороны пациента во время психоаналитического курса рассматривается как перенос. Исследователи, придерживающиеся этого взгляда, полагают все ассоциации пациента имеющими непосредственное отношение к мыслям и чувствам, связанным с психоаналитиком.

Расширение понятия переноса до крайности, когда в него включаются все коммуникации и стереотипы поведения, составляющие психоаналитическую ситуацию, лишает всякого смысла употребление этого понятия вне психоаналитического контекста, ибо в таком случае любое поведение пациента и любые отношения могут быть отнесены к переносу и восприниматься как повторение прошлого. Хотя не вызывает сомнения, что какие-то аспекты прошлых реакций и даже опыт, пережитый в раннем младенчестве, имеют тенденцию повторяться в настоящем во всевозможных ситуациях и отношениях, и что реальность настоящего в какой-то степени воспринимается в терминах прошлого, тем не менее, существуют факторы, противостоящие такому искажению действительности. Например, в обычных человеческих отношениях лицо, на которое направлен перенос, часто действует таким образом, чтобы исправить искаженное в результате переноса восприятие действительности: он может взять на себя ту роль, которая ему навязывается переносом, но может на это и не пойти (глава 6). Однако, недостаточность возможностей «проверить» реальность в

психоаналитической лечебной ситуации, по-видимому, позволяет искажениям, связанным с переносом, с легкостью развиваться; при этом эти искажения легко наблюдать. Психоаналитик, с одной стороны, создает возможность появления искажений, связанных с переносом, тем, что не подключает «обратную связь», что позволило бы исправить искаженное восприятие пациента, с другой стороны, не принимает роли, навязываемой ему переносом, что позволяет обследовать иррациональные детерминанты переноса.

На основе обследования материалов, полученных при анализе у детей, Сандлер и др. (Sandler et al., 1969) отвергли точку зрения о том, что любое поведение пациента в психоаналитической ситуации может рассматриваться как перенос; вместо этого они подчеркивают, что само понятие переноса как унитарного или «одномерного» явления может препятствовать пониманию того, что в действительности происходит в отношениях между пациентом и психоаналитиком. Они считают, что психоаналитику не следует думать исключительно в терминах того, что является переносом и что им не является, ему следует изучать многочисленные и разнообразные оттенки отношений, возникающих в процессе анализа, в особенности отношений, направленных на психоаналитика. Высказывается точка зрения о том, что в случае стремления получить клиническое понятие переноса с точки зрения общей психологии, следует изучать отношения, как таковые, вообще. Перенос – это специфическое клиническое проявление множества различных компонентов обычных отношений. Авторы подчеркивают, что особая психоаналитическая ситуация может ускорить возникновение отдельных аспектов отношений, в частности, аспектов, связанных с прошлой жизнью пациента, но настаивают на необходимости различать отдельные элементы таких отношений, а не рассматривать все аспекты отношения больного к психоаналитику только лишь как повторение отношений к окружавшим его людям в прошлом.

По-видимому, важно отличать общую тенденцию к повторению прошлых отношений в настоящем (это можно наблюдать, например, на устойчивости таких черт характера, как «капризность», «провокационность», «нетерпимость к авторитетам» и т. д.) от *процесса*, характеризующегося появлением чувств и установок к другому лицу (или институции), которые представляют собой концентрацию прошлых чувств и отношений, не соответствующих настоящему и направленных, *совершенно специфически*, на другое лицо или другую институцию. С этой точки зрения, чувство страха, которое пациент может испытывать в начале

лечения, не следует рассматривать как перенос, хотя это беспокойство может быть на самом деле повторением пережитого когда-то ощущения по поводу события, сыгравшего важную роль в жизни больного. С другой стороны, у пациента, уже посещающего психоаналитические сеансы в течение некоторого времени, могут появиться отрицательные эмоции по поводу того, что необходимо являться на аналитические сессии. Пациент обычно считает, что это есть следствие каких-то специфических качеств психоаналитика, даже если в действительности имеется мало оснований для таких трансферентных предположений и эмоций. В таком смысле, перенос может рассматриваться как *специфическая иллюзия*, развивающаяся по отношению к другому лицу, иллюзия, которая – неведомо для самого субъекта – в некоторых своих чертах представляет повторение отношения больного к какому-то человеку в прошлом или экстернализацию отношения к внутреннему объекту. Следует подчеркнуть, что пациент воспринимает свои переживания как относящиеся сугубо к настоящему и направленные исключительно на то лицо, с которым он их связывает.

Шафер (Shafer, 1977) делает интересное замечание по поводу соотношения прошлого и настоящего в переносе. Он говорит:

«Явления переноса, которые, в конечном счете, составляют трансферентный невроз, следует воспринимать как регрессивные только в некоторых из своих аспектов. Рассматриваемые как достижения анализа, они как таковые до него никогда не существовали; они, скорее, представляют собой результат, достигнутый благодаря новым отношениям, в которые вступают сознательно и по рациональному намерению... Более сбалансированной и разумной представляется точка зрения, рассматривающая явления переноса как многозначные, а не просто регрессивные или как обычное воспроизведение прошлого. Это означало бы смотреть на них так же, как мы смотрим на произведение искусства. Мы рассматривали бы перенос как воспроизведение прошлого в настоящем особым аналитическим путем и при благоприятных обстоятельствах. Они в существенной степени представляют собой движение вперед, а не назад».

Следует добавить, что перенос не обязательно ограничивать иллюзорной апперцепцией другого человека, можно придерживаться и той

точки зрения, что перенос включает в себя бессознательные (и часто очень хитроумные) попытки манипулировать другими или провоцировать их, что является скрытым повторением ранее пережитых событий и отношений. Уже указывалось на то, что когда такие манипуляции переноса или провокации происходят в обычной жизни, человек, являющийся их объектом, может либо дать понять, что он не принимает навязываемую ему роль, либо, – если он бессознательно склонен к этому, – принять ее и действовать в соответствии с этой ролью. Скорее всего, такое принятие или непринятие роли, навязываемой переносом, не основано на сознательном восприятии происходящего, а, скорее всего, на бессознательном намеке. Элементы переноса в разной степени проникают во все отношения, а последние (например, выбор супруга или работодателя) часто определяются какими-то характерными чертами другого лица, которое (сознательно или нет) воспроизводит определенное качество важной фигуры из прошлого.

Представляется полезным различать элементы переноса и непереноса, а не стараться идентифицировать все элементы отношений пациента к психоаналитику как перенос. Это может дать более точные результаты при определении клинически важных элементов и целом ряде ситуаций и выяснить соответствующую роль многих факторов, которые вносят свой вклад во взаимодействие пациента и лечащего врача.

## **ГЛАВА 5**

## ДРУГИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ПЕРЕНОСА

Понятие переноса, в том виде, как его понимал Фрейд, было разработано в контексте психоаналитического лечения пациентов, страдавших неврозами. Распространение психоаналитических методов лечения на более широкий круг больных, включая лиц, страдающих психозами, привело к необходимости создания ряда терминов, предназначенных для описания особых и дополнительных форм переноса. В данной главе рассматриваются аспекты отношений между пациентом и врачом, обсуждавшиеся в литературе под такими заголовками, как «эротический перенос», «эротизированный перенос», «трансферентный психоз» и «галлюцинаторный перенос», «нарцисстический перенос» и «перенос в пограничных состояниях».

В предшествующей главе мы обсуждали те формы переноса, в которых он развивается нормально. В результате обзора основных тенденций, наблюдающихся в литературе по психоанализу, мы выяснили, что это понятие рассматривается и применяется различными способами. Было заключено, что оптимальным определением переноса можно считать следующее: *«специфическая иллюзия, развивающаяся по отношению к другому лицу, иллюзия, которая – неведомо для самого субъекта – в некоторых своих чертах, представляет повторение отношения больного к какому-то лицу в прошлом. Следует подчеркнуть, что пациент воспринимает свои переживания не как повторение прошлого опыта, но как относящиеся исключительно к настоящему и направленные сугубо на то лицо, с которым они связываются... [и] что перенос не обязательно ограничивать иллюзорной апперцепцией другого лица в том смысле, в котором она здесь описана, – можно придерживаться и той точки зрения, что перенос включает в себя бессознательные и часто весьма хитроумные попытки манипулировать другими или провоцировать их, что является скрытым повторением ранее пережитых событий и отношений или экстернализацией внутреннего объект-отношения».*

Литература, посвященная особым формам переноса, обсуждаемым в данной главе, достаточно последовательно подразумевает, что описываемые явления есть форма повторения прошлых психологических событий или взаимоотношений, имеющая место в процессе психоанализа или психоаналитически ориентированной психотерапии, и, следовательно, могут рассматриваться как перенос. Однако, эти переносы имеют своей

спецификой столь высокую степень отсутствия реалистичности и несоответствия ситуации по сравнению с «обычными» переносами, что требуют специального рассмотрения. Исследователи, занимающиеся подобным вопросом, обычно рассматривают эти «особые» переносы как следствие регрессивного оживления примитивных отношений, которое происходит либо как результат психопатологии пациента, или вследствие того, что регрессии вызываются конкретными особенностями психоаналитической ситуации (либо как следствие и того и другого). Однако, как мы отмечали в главе 4, в последние годы все больше внимания уделяется экстернализации внутренних объект-отношений как интегрального аспекта переноса, и такое расширение понятия переноса относится к «особым» его проявлениям в той же мере, как и к так называемым, «обычным» переносам.

Среди психоаналитиков общепринято считать, что лечение психоанализом обычно создает условия для наступления регрессии и некоторые исследователи (например, Waelder, 1956) связывают нормальное развитие переноса с появлением регрессии. Считается, что эта регрессия и ее конкретная форма у определенных типов пациентов ведут к специфическим видам переноса. Многие психоаналитики придерживаются взгляда, что тяжелые психические расстройства, в особенности психозы, могут рассматриваться как оживленные регрессии, повторение ранних, пережитых в детстве состояний. Некоторые (например, Klein, 1948) классифицируют такие состояния как «психопатические». Другие психоаналитики (Arlow & Brenner, 1964, 1969) считают, что та большая роль, которую регрессивные процессы играют в происхождении психозов, объясняется не воспроизведением состояний, пережитых в детстве, а скорее, их воздействием на более организованные части личности, то есть, на эго и супер-эго. Они не приемлют понятие детского психоза. Арлоу и Бреннер (Arlow & Brenner, 1964) пишут об этом так:

«...подавляющее большинство изменений в функционировании эго и супер-эго, характеризующих психоз, представляют собой попытки защититься со стороны индивида в ситуациях внутреннего конфликта, диктуемых необходимостью избегать возникновения беспокойства – точно так же обстоит дело и в случае нормальных, равно как и невротических конфликтов. При психозах эти защитные изменения в функционировании эго зачастую столь велики, что в значительной степени приводят к разрыву отношений пациента с

окружающим миром».



## ЭРОТИЗИРОВАННЫЙ ПЕРЕНОС

В 1915 году Фрейд описал некоторые случаи «трансферентной любви», в которых пациентка, проходившая курс психоаналитического лечения, сообщала о своей «любви» к психоаналитику (Freud, 1915a). Хотя «обычный» эротический перенос может быть нормальным явлением, которое успешно преодолевается в ходе анализа, однако некоторые пациенты испытывают это чувство в такой степени, что отказываются продолжать курс лечения и могут отвергнуть интерпретации своего чувства как относящегося к прошлому и вообще прекратить дальнейшие попытки выяснить природу и причину симптомов, которые до того вызывали их жалобу. Аналитические сеансы используются ими для выражения своих чувств, для извлечения удовольствия от присутствия возлюбленного, соответственно, эти пациенты ищут взаимности со стороны объекта своих эмоций. Хотя Фрейд и не считает, что в подобном случае непременно должна идти речь о сильных невротических расстройствах и не рассматривает перенос такого рода как неизбежное противопоказание к использованию психоаналитической терапии, все же он полагает, что иногда здесь можно рекомендовать передачу больного другому специалисту. Он пишет о таких пациентах, как о людях, наделенных «природной страстностью», подлинных «детях природы».

Когда такой «страстный» перенос достигает столь значительной степени, что возникает требование взаимности и психоаналитическая работа перестает быть продуктивной, то, по-видимому, можно говорить о серьезной патологии. (Иногда используется термин «сексуализированный» перенос, но, поскольку он охватывает гораздо более широкий круг явлений, чем эротизированный перенос, то его употребления в качестве синонима «эротизированному» следует избегать – см. Соеп, 1981. Термин «эротический перенос» следует сохранить для положительного переноса, сопровождаемого сексуальными фантазиями, нереальный характер которых пациент полностью осознает). Александер (Alexander, 1950) привлек внимание к проблеме зависимого пациента, требующего взаимной любви от психоаналитика и стремящегося отдать ему свою. Блитцен же (неопубликованные замечания которого приводятся Rapaport, 1966 и Greenson, 1967) считается первым, кто установил связь между попыткой придать отношениям с психоаналитиком сексуальный характер и серьезной психопатологией. Раппопорт (Rapaport, 1956) в подробном обсуждении

данного вопроса пишет, что «по мнению Блитцера, если в ситуации переноса аналитик рассматривается „как если бы он был“ родителем, то эротизация переноса приводит к тому, что аналитик „является“ этим родителем (это высказывание можно считать примером известного преувеличения, которое не так уж редко в психоаналитических исследованиях; автор, по-видимому, имеет в виду, что пациент в данном случае относится к психоаналитику, как к родителю, не признавая никаких „как будто“, имеющих место в случае с другими пациентами). Проблемы, которые влечет за собой такая формулировка, очевидны, и позже мы к ним вернемся.

Раппопорт утверждает, что пациенты, проявляющие в переносе интенсивный эротический компонент, «с самого начала выражают настойчивое желание, чтобы психоаналитик выполнял по отношению к ним роль родителя». Они не испытывают никакого смущения по поводу подобных желаний и открыто выражают свой гнев, если врач отказывается повиноваться их требованиям. Раппопорт устанавливает зависимость между реакцией интенсивных сексуальных требований во время психоаналитического процесса и степенью серьезности психопатологии пациента». Такая эротизация переноса, соответствующая серьезному нарушению чувства реальности, является признаком тяжелой формы заболевания. В этом случае пациенты являются не невротиками, а, скорее, представляют случаи «пограничного состояния» или «амбулаторной (временной) шизофрении». Автор далее замечает, что «хотя аналитическая ситуация особенно способствует такому искажению действительности, данные пациенты во всех случаях стремятся навязать любому сколько-нибудь значащему лицу роль родителя».

Раппопорт соглашается с Блитценом в том, что для таких больных психоаналитик, действительно, является родителем. Тем не менее, он не утверждает, что они в такой степени оторваны от действительности, чтобы рассматривать психоаналитика как своего *реального* родителя. В любом случае, не вызывает сомнения специфический характер их переноса. Перенос здесь не скрыт, «пациент всем своим поведением показывает, что он жаждет превращения своей фантазии в реальность». Он верит, что в лице психоаналитика, в самом деле, может обрести родителя, своими действиями способного напоминать реального или желаемого родителя – при этом взгляд на психоаналитика как на врача совершенно утрачивается.

Утверждение о том, что такие чувства и желания представляют собой перенос, конечно же, может оспариваться. В 1951 году Нанберг выдвинул точку зрения, что попытки пациента трансформировать психоаналитика в

своего родителя не следует рассматривать как перенос. Он писал о пациентке, «устойчивая фиксация которой на отце породила желание увидеть его воплощение в лице аналитика, и поскольку ее желание превратить последнего в личность, *идентичную* ее отцу не могло быть выполнено, всякие попытки установить рабочий перенос были безрезультатны». Если бы эта пациентка пыталась бессознательно наложить образы из своего прошлого на личность врача, тогда, по мнению Нанберга, мы имели бы дело с переносом. Однако «она не проецировала образ своего отца на психоаналитика – она пыталась заставить врача измениться таким образом, чтобы он уподобился ее отцу». В данном случае Нанберг, очевидно, и имеет в виду явление, позднее описанное Раппопортом. В предыдущей главе, посвященной переносу (гл. 4), мы обсуждали «скрытое повторение ранее пережитых событий и связей в переносе, имея в виду, что пациент не осознает повторения прошлого в настоящем. Хотя в свете выводов этой главы явления, описанные Раппопортом, не попадают под определение термина „перенос“, все же вполне возможна ситуация, в которой пациент переживает эротизированный перенос, не осознавая, что при этом имеет место повторение прошлого. Работа Раппопорта (Rappaport, 1956), в основном, посвящена проблеме того, как обращаться с пациентом, желающим реализовать свои сексуальные чувства по отношению к психоаналитику и получить с его стороны ответное чувство. Той же проблеме посвящена и статья Менингера (Menninger, 1958), который рассматривает эротизированный перенос, как проявление сопротивления, характеризующееся требованием любви и сексуального удовлетворения со стороны психоаналитика, требованием, которое пациент не считает для себя чем-то неадекватным или странным (то есть, оно эго-синтонно).

Технические вопросы являются центральными и в статье Сола (Saul, 1962). Он более специфически, нежели Раппопорт, связывает эротизированный перенос с реальной фрустрацией в ранний период жизни, высказывая предположение, что враждебность и гнев, возникшие в результате этого, могут найти свое повторение в отношении к психоаналитику. Кроме того, крайнее проявление любви является отчасти средством защиты доктора от враждебных чувств. Враждебность и деструктивность у таких пациентов отмечают и другие исследователи (например, Nunberg, 1951; Greenson, 1967). Гринсон связывает эротический перенос с другими психическими нарушениями. Он, в частности, пишет: «Пациенты, страдающие тем, что получило название „эротизированный“ перенос, склонны к очень разрушительному отреагированию... Переносы у

таких пациентов всегда исходят из лежащих в их основе импульсов ненависти. Единственное, что руководит ими, – это желание дать выход своим чувствам и препятствовать проводимому с ними психоаналитическому лечению». Говоря о собственном опыте работы с такими пациентами, Гринсон пишет, что «они охотно являлись на сеансы, но не для того, чтобы углубиться в анализ, а лишь для того, чтобы получить удовольствие от физического приближения к врачу. Всякие мои попытки аналитического вмешательства совершенно никакого отклика не находили». Сходную мысль высказывает и Шварц (Swartz, 1967), приводя пример с пациентом, который явно ожидал, что психоаналитик ответит на его чувства. Пациент с эротизированным переносом в целом не подходит для лечения классическими методами психоанализа, поскольку больные такого рода не в состоянии выполнять требования, предъявляемые пациентам классическим психоанализом (Greenson, 1967; см. также Wexler, 1960) и не могут адекватно участвовать в формировании лечебного альянса. В 1973 году Блум подготовил подробный обзор литературы, посвященной эротизированному переносу. Он подчеркивал необходимость отличать его от эротического переноса, что целиком поддерживают и авторы данного исследования. Блум определяет эротизированный перенос как

«интенсивное, живое, иррациональное, эротическое влечение к психоаналитику, характеризующееся нескрываемым, кажущимся эго-синтонным требованием взаимности и сексуального удовлетворения с его стороны. Эти эротические требования могут вовсе не казаться пациенту неразумными или необоснованными. Частые погружения в эротические фантазии могут происходить и в дневные часы жизни пациента или захватывать ситуации, не связанные с психоанализом, а также выливаться в фантазии о том, что случится после завершения лечения... Интенсивность и стойкость эротизированного переноса, сложность его интерпретации, постоянные попытки соблазнить психоаналитика на совместное отреагирование ситуации, равно как и периодическое отреагирование такого переноса, в котором роль психоаналитика отводится другому лицу, подтверждают наличие здесь сложных инфантильных реакций. Последние представляют не обыденные реакции трансферентной любви, и такие пациенты напоминают трудноизлечимых аддиктов. Их эротизированные переносы носят страстный, настойчивый, непреодолимый характер... Страх,

осознаваемый ими, – это не боязнь регрессии или возмездия, но разочарования и горечи по поводу неполученного отклика, не получившего ответа чувства. Через проекцию и отрицание они могут принять, что аналитик действительно любит их».

Как и многие другие авторы (например, Lester, 1985; Swartz, 1967; Wrye & Welles, 1989), Блюм подчеркивает роль прегенитальных факторов и очень раннего жизненного опыта в генезисе эротизированного переноса. Он упоминает здесь

«попытки сексуального соблазнения ребенка, особенно в период эдиповой фазы, инстинктивную избыточную стимуляцию в условиях отсутствия родительской защиты и поддержки, имеющей место в норме в этот период жизни. Интенсивный конфликт, связанный с мастурбацией; толерантность (терпимость) к кровосмесительному и гомосексуальному поведению в семье, в ванной или спальне и т. д.; возобновление и повторение рано развившейся кровосмесительной сексуальной активности в подростковом периоде».

Далее он отмечает, что

«такие пациенты часто принимают участие в детских играх, содержащих в себе элементы сексуального соблазнения, например, „игру в доктора“, групповое передразнивание в игре „в папу-маму“ или игра „в постель дедушки и бабушки“ и т. д. Здесь анализ может рассматриваться как доставляющая удовольствие и чреватая последствиями игра в соблазнение. Нарцисстическая ранимость и хрупкость ассоциируются с родительским равнодушием и недостатком эмпатии. За эротизацией часто скрывается травма рецидивирующего соблазнения и избыточной стимуляции, результатом которых оказывается недоверие к окружающим и садомазохизм».

Блюм не выступает за возврат к теории неврозогенеза, в основе которой лежит соблазнение, но, тем не менее, подчеркивает патогенетическую роль соблазнения и травмы в происхождении эротизированного переноса. Он также указывает на то, что у таких пациентов ярко выражены проявления нарциссизма. Это находит свое

выражение в фантазиях пациента, согласно которым он является «любимцем» и вообще весьма необыкновенен. Такие проявления нарциссизма «могут быть завуалированы эротизированными попытками снискать расположение окружающих с целью поддержать чувство самооценки». Далее Блум делает заключение о том, что

«эротизированный перенос обладает многочисленными детерминантами и может протекать по-разному. По своему характеру такой перенос напоминает сильно искаженную форму ожидаемого эротического переноса. Эротический перенос – довольно обычная фаза анализа, хотя он может обладать разной степенью интенсивности и способности повторяться. Существует динамическое пространство (континуум), простирающееся от чувства симпатии к сильному сексуальному влечению, от повсеместно наличествующих желаний, связанных с сексуальным переносом, до осознанной, эго-синтонной предрасположенности к эротическому переносу. Именно эта настойчивая, осознаваемая, эротическая страсть, связанная с переносом, и представляет собой, собственно, эротизированный перенос».

Эротизированный перенос обсуждавшегося выше типа, наблюдался но большей части у больных женского пола по отношению к психоаналитикам-мужчинам. Лестер (Lester, 1985) отмечает, что, если исключить единичную работу Бибринг-Ленера (Vibring-Lehner, 1936), то отсутствует литература, описывающая такой перенос у пациентов-мужчин в отношении к психоаналитикам-женщинам. Она высказывает предположение о том, что «выражение сильных эротических стремлений у пациента-мужчины по отношению к аналитику-женщине затормаживается под влиянием фантазии о всепоглощающей пре-эдиповой матери. У пациенток-женщин такие чувства, напротив, находят самое полное выражение (см. также Person, 1985; Wrye & Welles, 1989). Хотя вышесказанное верно в большинстве случаев, нельзя утверждать, что это верно всегда.

Хотя многие исследователи выделяют те элементы, которые отражают повторение прошлого в эротизированном переносе, на наш взгляд, защитные аспекты, в особенности, функция защиты против возникновения депрессивного аффекта, также имеют чрезвычайно важное значение.

## ПЕРЕНОС ПРИ ПСИХОЗЕ И В ПОГРАНИЧНЫХ СЛУЧАЯХ

В работах Раппопорта (Rappaport, 1956), и Гринсона (Greenson, 1967), по-видимому, рассматриваются формы переноса, промежуточные между случаями, обсуждавшимися Фрейдом, и случаями психотического переноса или трансферентного психоза, описанными такими авторами, как Розенфельд (Rosenfeld, 1952, 1954, 1969) и Сирлс (1961, 1963), при котором в отношении больного к психотерапевту отчетливо проступают черты психоза.

Как мы указывали в главе 4, Фрейд (Freud, 1911с, 1914с) придерживался взгляда, что перенос не имеет места при нарушениях, называемых им «нарцисстическими невротами» (функциональные психозы). Он считал, что психотическая<sup>[2]</sup> психопатология представляет собой, по крайней мере частично, возврат к очень раннему уровню функционирования психики, тому уровню, при котором способность относиться к окружающим и любить их, отделяя от собственной личности, еще не развилась. Отсутствие интереса к внешнему миру у больных психозом объясняют как наступление возврата (регрессии) к раннему «нарцисстическому» уровню. Абрахам (Abraham, 1908) также считал, что при шизофрении явление переноса отсутствует.

Как показал Розенфельд (Rosenfeld, 1952, 1969), начиная с Нанберга (Nunberg, 1920), наблюдавшего явления переноса у пациента с кататонической шизофренией, все возрастающее количество психоаналитиков выражают несогласие с первоначальным выводом Фрейда и указывают, что перенос все же имеет место при психозе. Среди них Гарри Салливан (Sullivan, 1931), Федерн (Federn, 1934), Розен (Rosen, 1946). В более поздних работах Сирлс (Searles, 1961, 1963), Розенфельд (Rosenfeld, 1952, 1965а, 1969) и Балинт (Balint, 1968), исходя из разных теоретических предпосылок, пришли к отрицанию того, что на ранних стадиях психологического развития (на которые, как они считают, возвращаются больные шизофренией пациенты) у больных совершенно отсутствует интерес к другим людям. Так, Розенфельд пишет (Rosenfeld, 1952): «Здесь мы имеем дело не с отсутствием переноса, а со сложной проблемой распознавания и интерпретации явлений шизофренического переноса». Он объясняет эту трудность тем, что «как только шизофреник приближается к *любому* предмету любви или ненависти, он, по-видимому, начинает

испытывать затруднения в своем отношении к этому предмету.... это проливает некоторый свет на перипетии маленького ребенка в его попытках различения «я» и «не-я». Та точка зрения, что в отношении больного психозом к своему врачу присутствуют ложные идентификации и обманчивые идеи, подвергалась дальнейшей разработке в работах Сирлса (Searles, 1963), Литла (Little, 1960a) и Балинта (Balint, 1968). По-видимому, Балинт, – единственный из авторов, кто осознает опасности реконструкции психической деятельности на основе ее сопоставления с поведением взрослых больных во время психоаналитической терапии.

Использование понятия переноса в сфере взаимоотношений психотерапевта и пациента, страдающего психозом, является вполне правомерным. Даже совершенно погрузившиеся в себя кататонические шизофреники после восстановления рационального восприятия могут обнаруживать достаточно ясное понимание событий, связанных с их болезнью и вовлекших в нее других людей. Не вызывает сомнения и то, что ненормальное поведение таких больных часто возникает именно как реакция на восприятие ими сознательных или бессознательных установок других. (В этом контексте уместно упомянуть социально-психиатрические обзоры, например, Брауна, Боуна, Далисона и Винга, (Brown, Bone, Dalison, Wing, 1966), которые показывают, что симптомология шизофрении содержит релевантные культурные детерминанты). И врачи, и обслуживающий персонал лечебного учреждения несомненно занимают свое место в содержании нарушенных мыслительных процессов пациента. Подробные клинические данные, приводимые Сирлсом, Розенфельдом и др. (например, Fromm-Reichmann, 1950), показывают, что такие мыслительные процессы представляют повторение более ранних межличностных отношений. Приводя пример истории болезни пациента, страдавшего хронической шизофренией, Сирлс (Searles, 1963) пишет: «Процесс дифференциации в функционировании его эго протекает столь слабо, что не столько пациент стремится ощутить то, что психотерапевт напоминает ему отца или мать (или кого-то еще из раннего периода своей жизни), сколько его мысль, связанная с психотерапевтом, действует на основе несомненного положения, что последний и есть его отец или мать». Правда, Сирлс здесь же уточняет (то же высказывает и Розенфельд), что «одна из главных причин нашей недооценки роли переноса состоит в том, что может потребоваться очень много времени, чтобы перенос не только достаточно дифференцировался, но и достаточно интегрировался и стал предельно отчетливым, чтобы его можно было идентифицировать».

Так же как Фрейд считал, что при лечении невротиков внутренние



проблемы, являющиеся причиной невроза, концентрируются в аналитическом процессе в виде «трансферентного невроза» (Freud, 1914с, 1920g), Розенфельд и Сирлс полагают, что можно разглядеть еще и параллельный «трансферентный психоз». Сирлс (Searles, 1963) выделяет четыре разновидности трансферентного психоза:

1. перенос имеет место в ситуации, в которой психотерапевт не ощущает никакой связи с пациентом;
2. ситуация, в которой между пациентом и аналитиком установилась достаточно четкая связь, и аналитик уже не чувствует себя свободным от пациента, но эта связь является глубоко амбивалентной;
3. случаи, в которых психоз являет попытку с помощью переноса дополнить личность аналитика, или способствовать становлению «терапевта-родителя» как отдельной целостной личности;
4. ситуации, в которых страдающий глубоким хроническим расстройством пациент пытается заставить психоаналитика думать за него, избегая в то же время установления близких с ним отношений.

Здесь Сирлс подчеркивает, что контрпереносное восприятие со стороны врача должно явиться основным фактором для определения типа психоза (см. главу 6). Он связывает каждый из типов «трансферентного психоза» с определенными разрушающими моделями (стереотипами) семейных отношений (часто искаженными в сознании больного и неверно им истолкованными). В данном случае Сирлс оказывается в одном лагере со сторонниками «семейного» происхождения шизофрении (Wynne & Singer, 1963; Bateson et al., 1956; Lidz et al., 1965; Mishler & Waxler, 1966). Розенфельд утверждал, что воспроизводимое в лечебной ситуации – это, в действительности, не ситуация «родитель-ребенок», а лишь *версия* такой ситуации, искаженная детской фантазией, что весьма напоминает ситуацию при неврозе.

По нашему мнению, нет достаточных оснований считать, что *содержание* переноса у больных психозом является характерным или специфическим. Данные свидетельствуют о том, что психотик может осуществлять связи с людьми (хотя и весьма своеобразно); равным образом есть основания считать, что какие-то аспекты детских отношений, – будь эти отношения действительными или воображаемыми, – оказывают влияние на содержание переноса. Нет и причины ставить под сомнение имеющиеся наблюдения о том, что отношения больного психозом со своим психотерапевтом могут оказаться весьма напряженными. В этом контексте

понятие «трансферентного психоза» может оказаться весьма полезным. Что действительно видится отличительной чертой в переносе больных психозом – это форма, которую перенос принимает у таких больных, форма, которая тесно связана с ментальным психотическим состоянием пациента. Содержащееся в переносе желание, которому больной неврозом способен оказывать сопротивление или позволить проявиться в завуалированной форме, у больного психозом может найти выражение в форме ложного обманчивого убеждения. С точки зрения психоанализа, эти различия могут объясняться нарушенным функционированием контролирующего и организующего компонента психики (эго), в частности, тех функций, которые связаны с разграничением «реального» и «воображаемого». Говоря проще, все, что было сказано относительно формы переноса при психозе, может быть отнесено и к общим чертам психоза. Если какие-то стороны личности у больных шизофренией остались относительно неповрежденными, можно ожидать, что соответствующие им аспекты его поведения и отношения к окружающему могут оказаться вполне нормальными. Очевидно, именно с этим связана способность некоторых больных психозом устанавливать в какой-то мере лечебный альянс с психотерапевтом. Эта способность может существовать только по отношению к некоторым формам лечения, и от ее оценки обязательно должен зависеть выбор терапевтического метода.

Тот факт, что у больных психозом наблюдаются переносы, что эти переносы поддаются интерпретации и то, что пациент может реагировать на подобные истолкования, способствовали появлению мнения о том (например, Розенфельд и Сирлс), что для лечения больных психозом больше, чем какие-либо другие, подходят психоаналитические методы. С нашей точки зрения такое мнение не представляется убедительным, хотя тесное каждодневное общение с психотерапевтом может, по-видимому, вызвать улучшение в состоянии хронического больного, страдающего психозом.

В данной главе мы до сих пор рассматривали понятия психотического переноса и трансферентного психоза как форм, обнаруживаемых у пациентов, страдающих психозом. Следует отметить, что в литературе можно столкнуться и с совершенно иным использованием термина «трансферентный психоз». В 1912 году Ференци описал временные психотические или близкие к психотическому симптомы, возникавшие во время аналитических сеансов у пациентов, которые во всем остальном симптомов психоза не проявляли. Эти симптомы включали в некоторых случаях настоящие галлюцинации, наступавшие во время сеансов. В 1957

году Райдер опубликовал статью по «трансферентному психозу», в которой описал появление психотических и галлюцинаторных черт в переносе пациентов, не страдающих психозом. По данной теме имеется прекрасно сделанный Уоллерстайном (Wallerstein, 1967) обзор литературы. Как и Райдер, Уоллерстайн ограничивает употребление этого термина только «пациентами, полностью попадающими под категорию больных неврозом по особенностям характера и подходящими для классического лечения психоанализом, у которых, однако, наблюдалась в переносе дезорганизующая реакция психотической интенсивности». Чаще всего описываются такие симптомы, как делюзивная ипохондрия (Atkins, 1967), «делюзивные» фантазии (Wallerstein, 1967) и параноидные делюзивные состояния (Romm, 1957). Хотя появление этих психотических симптомов возможно объяснить вызывающими регрессию качествами аналитической ситуации, они, тем не менее, встречаются лишь у некоторых пациентов. Здесь может оказаться полезным понятие временной психотической ментальной «позы» (Hill, 1968; Sandler & Joffe, 1970). Под «позой» в данном случае имеется в виду особая организация или объединение функций эго и механизмов защиты, которые могут возникать в психике больного, чтобы помочь ему справиться с опасной или болезненной ситуацией. Обычно такое событие носит регрессивный характер, т. е. является возвратом к более раннему способу функционирования. С исчезновением болезненного состояния или угрозы для пациента последний может оказаться в состоянии восстановить «позу», характерную для более взрослого человека.

Литтл (Little, 1958) и Хэмметт (Hammett, 1961) используют термин «делюзивный перенос», чтобы описать ситуацию, в которой в отношениях между психотерапевтом и больным развиваются серьезные аномалии. Они считают, что наблюдаемое ими явление есть искаженное, но тем не менее достаточно отчетливое повторение некоторых аспектов очень ранних отношений матери и ребенка. Проблемы, связанные с выдвинутым рядом авторов предположением о том, что существует связь между психопатическими моделями (стереотипами) поведения, возникающими в ходе психоанализа, и фазами «детского психоза», уже упоминались ранее; они обсуждаются в работе Фроша (Frosch, 1967). В своей более поздней работе (Frosch, 1983), в превосходном обзоре указанной темы Фрош выдвигает ту точку зрения, что, когда «термины „трансферентный психоз“ и „делюзивный перенос“ используются в анализе применительно к явлениям, которые выглядят, как психоз, то эти явления следует четко отличать от психотического переноса, а именно, от проявлений переноса,

при которых пациент попросту расширяет свою психотическую систему, включая в нее и самого психоаналитика». Здесь Фрош полемизирует с Розенфельдом (Rosenfeld, 1952) и Сирлзом (Searles, 1963), придерживающихся той точки зрения, что термин «трансферентный психоз» можно применять тогда, когда больные психозом расширяют свою делюзивную систему так, что она включает аналитика. Фрош добавляет: «Выбор терминологии в большой степени зависит от того, каким образом определяется понятие переноса».

Мы согласны с этим последним замечанием, поскольку взгляд на перенос, который включает экстернализацию аспектов своей самости и объекта, хорошо согласуется с наблюдениями того, как больные психозом относятся к другим людям. Однако мы все еще стоим перед лицом концептуальной проблемы. Такие экстернализации имеют место как вне лечебной ситуации, так и внутри ее, и это заставляет задумываться, можно ли действительно относить к переносу интенсивные делюзивные установки, которые могут развиваться у больного, страдающего психозом, к своему психоаналитику, ведь они не влекут за собой *развитие* переноса по мере того, как примитивные аспекты самости экстернализируются на аналитика. В этом контексте особое значение приобретает критическое различие между, так называемым, «развертыванием переноса» и расширением существующей делюзивной системы.

Ряд аналитиков, в том числе Винникотт (Winnicott, 1954, 1955), Хан (Khan, 1960) и Литл (Little, 1960a, 1966) рекомендуют в ряде случаев не препятствовать развитию у пациентов неадекватного инфантильно зависимого поведения и появлению связанного с ним чувства напряженности. Они утверждают, (в том числе и Balint, 1958), что только в таких состояниях возможно облегчить и изжить стресс, пережитый больным в связи с отсутствием материнской заботы. Некоторые считают активное поощрение такой регрессии позднейшей версией так называемого «коррективного эмоционального переживания» (Alexander & French, 1946), не получившего широкого признания в качестве обоснованного технического подхода.

Больной интерес к «психотическому» или «делюзивному» переносу, проявлявшийся в 60-е годы, в значительной степени уступил место рассмотрению проявлений переноса в случаях пограничных состояний и нарцисстической патологии. Вслед за введением Найтом понятия пограничного состояния в 1953 году интерес к такого рода случаям значительно возрос. В немалой степени этому способствовало появление работ Кернберга (Kernberg, 1967, 1975, 1976a, 1976b, 1980b) и ряда других

авторов (например, Abend, Podier, Willick, 1983; Gunderson, 1977, 1984; Masterson, 1978; Meissner, 1978; Stone, 1980). В то время, как в одних случаях термин «пограничный» относится к состоянию, наблюдаемому во время процесса движения в направлении психотической организации, в других случаях его относят к типу личностной организации и личностных расстройств. Эти условия не являются показателем того, что пациент находится на пути к психотическому состоянию. Больной с признаками пограничной личностной организации, либо пограничным личностным расстройством обычно описывается в терминах специфических дефектов функции эго и тенденции использовать примитивные виды защиты. В качестве центральной проблемы пограничной личности Кернберг выдвигает *диффузию идентичности* (Erikson, 1956; Kernberg, 1967; 1975), которая, как полагают, характерна для пограничной личности и подразумевает недостаточность интегрированной самости и объектных понятий (integrated self and object concepts). Кернберг, наряду с другими авторами, придерживается мнения, что подходящим лечением для таких больных является аналитически ориентированная психотерапия. Развитие переноса является весьма существенным для такой психотерапии. Согласно методу экспрессивной терапии Кернберга, здесь имеют место примитивные переносы, основывающиеся на множественной противоречивой самости (multiple contradictory self) и объектных образах. В лечебной ситуации такие переносы возникают быстро и нуждаются в быстрой интерпретации на лечебных сеансах. Переносы выполняют роль сопротивления и часто сопровождаются мощными отреагированиями, но Кернберг считает, что от них можно отделаться с помощью проработки и добиться того, чтобы их место заняли более типичные «невротические» переносы. В работах Адлера и Бьюи (Adler, 1981, 1985; Adler & Buie, 1979; Buie & Adler, 1982—83) также подчеркивается значение исследования, обсуждения и интерпретации переноса, ведущего к улучшению состояния больного через интернализацию «удерживающего интроекта» (holding introject). В работах Ринсли (Rinsley, 1977, 1978) и Мастерсона (Masterson, 1972, 1976, 1978) меньшее внимание уделяется интерпретации переноса за счет увеличения роли лечебного альянса (см. главу 3).

Несмотря на многочисленные попытки выяснения термина «пограничный», суть его по-прежнему остается весьма нечеткой; но в то же время ясно, что подобная диагностическая категория необходима, как необходимо дальнейшее исследование роли переноса и интерпретации переноса в лечении больных, подпадающих под эту категорию.

## ПЕРЕНОС ПРИ НАРЦИСТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Ранее в этой главе мы уже упоминали о взгляде Фрейда на то, что «нарцисстические неврозы» можно отличить от «трансферентных неврозов», таких как истерия, при которых развивается поддающийся анализу перенос, направленный на аналитика. Со времени появления этой точки зрения мы продвинулись далеко вперед и теперь уже говорим не о нарцисстических неврозах, а, скорее, о пограничных состояниях, пограничных личностных расстройствах и патологическом нарциссизме. Более того, еще со времен Фрейда считается, что анализ переноса возможен и у больных с такой диагностикой.

С того времени, когда были опубликованы первые работы, посвященные патологическому нарциссизму (например, Abraham, 1919; Reich, 1933), тема лечения пациентов с нарцисстической патологией постепенно завоевывала все более видное место среди психоаналитических исследований, чему немало способствовали работы Когута (Kohut, 1966, 1968, 1971, 1977, 1984). В 1971 году Когут исследовал то, что он назвал нарцисстическим переносом, но позднее он отказался от этого термина и заменил его понятием «само-объектного» (selfobject) переноса. Предметом исследования Когута являлась «поврежденная самость» (damaged self), ищущая «развития усиливающихся ответов соответствующего само-объекта», и этот поиск всегда оказывается в центре переживаний пациента во время анализа. Что же касается самости, то Когут в своей окончательной формулировке (Kohut, 1984) говорит, что она состоит из трех главных составляющих (полюс амбиций, полюс идеалов и промежуточная область талантов и умений). Он разделяет переносы само-объекта на три группы, при которых:

1. поврежденный полюс амбиций пытается вызвать подтверждающе-одобряющие реакции само-объекта (зеркальный перенос);
2. поврежденный полюс идеалов ищет само-объект, одобрявший бы его идеализацию (идеализирующий перенос);
3. поврежденная промежуточная область талантов и умений ищет само-объект, который сделает себя доступным подтверждающему переживанию существенной схожести (близнецовый перенос или перенос альтер-эго).

Взгляд Когута на само-объект весьма специфичен, – считают в своем глоссарии Мур и Файн (Moore & Fine, 1990):

«Как нормальные, так и патологические структуры самости связаны с интернализацией взаимодействий между самостью и само-объектами. Само-объект есть субъективное переживание в отношении другого лица, которое обеспечивает утверждающую функцию по отношению к самости первого лица на фоне их взаимоотношений, вызывая и поддерживая чувство самости, способствуя его самоутверждению своим присутствием. Несмотря на то, что этот термин применяется достаточно свободно в отношении лиц (объектов), участвующих во взаимодействии, он оказывается полезным прежде всего при описании интрапсихического переживания различных типов отношений между самостью и другими объектами. Данный термин употребляют также для обозначения субъектом родительских образов (imagos), необходимых для поддержания самости. Само-объектные взаимоотношения описываются в терминах самоподдерживающей функции, осуществляемой другим, либо временного промежутка, в течение которого эта функция остается значимой».

Существенную роль в технике психоанализа самости Когута играет эмпатия аналитика. Она рассматривается как важный способ достижения понимания внутреннего состояния пациента (см. глава 11). На основе эмпатического понимания внутреннее состояние пациента может быть объяснено в терминах его нарцисстических потребностей и связанных с развитием разочарований, в особенности в отношении к архаическим состояниям самости. Благодаря своим переживаниям в ходе анализа пациент приходит к осознанию разделенности самого себя и аналитика; осознанию, которое возникает с помощью соответствующих «нетравмирующих фрустраций», осуществляемых психоаналитиком. Это приводит к тому, что Когут называет «трансмутацией интернализацией» у пациента (то есть структурному изменению), вследствие чего усиливается способность последнего брать на себя и выполнять для себя важные функции само-объекта. Это хорошо выражено у Тайлима (Tyllim, 1978), отмечающего, что «прогресс в лечении, по-видимому, основывается на систематической проработке процесса нарцисстической связи, которая, в конце концов, переводит фигуру аналитика из статуса само-объекта или частичного объекта в статус отдельной личности со своими собственными реальными чертами и недостатками».

Ряд авторов рассматривают проблемы, связанные с переносом при нарцисстической патологии, с несколько иных точек зрения (например, Hanly, 1982; van der Leeuw, 1979). Кернберг, в отличие от Когута, не ставит в центр проблемы самость. Он рассматривает нарцисстическую патологию как следствие развития определенных адаптивных психопатологических *интрапсихических структур*, а не как результат недостаточного развития нормальных нарцисстических регулирующих процессов. Для Кернберга группы пациентов с нарцисстическими нарушениями и пограничными случаями перекрывают друг друга, соответственно, его метод лечения нарцисстических отклонений тот же, что и применяемый для лечения пациентов с пограничными состояниями.

Работа Когута, несомненно, имела большое значение и в том, что привлекла внимание к анализу пациентов с нарцисстической патологией и предоставила методику их лечения. Тем не менее, как это происходит со всеми школами психоанализа, данный метод, по нашему мнению, становится слишком самодовлеющим; он делает чрезмерный упор на роли дефицита развития в противоположность конфликту в вопросе о происхождении патологии (см. главу 10).



## ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ ДРУГИХ РАЗНОВИДНОСТЕЙ ПЕРЕНОСА

При обычных переносах как невротики, так и «нормальные» пациенты не теряют своей способности сопоставлять иллюзию переноса с существующей реальностью и остаются в состоянии до некоторой степени смотреть на себя со стороны, как бы на другого человека. Производимые аналитиком интерпретации типа «Вы реагируете на меня так, как будто бы я ваш отец» воспринимаются пациентом нормально, и последний оказывается в состоянии обратить на происходящее свои умственные и наблюдательные способности. В таких случаях пациент активно владеет качествами, способствующими установлению успешного лечебного альянса (глава 3). При тех разновидностях переноса, которые рассматриваются в данной главе, пациент может не обладать или не быть в состоянии использовать способность к самокритике и самонаблюдению, и представляется интересным то, что описывая эти виды переноса, исследователи отмечают исчезновение из переноса у таких больных качества «как будто», характерного для обычных видов переноса. На наш взгляд, то, что отличает такие типы переноса от более обычных его форм, это *отношение пациента к своему собственному поведению*. Перенос с тем же содержанием может возникнуть при анализе пациента-невротика, который способен развить его окольным путем (скажем, через сновидение), в то время как пациенты-психотики (даже в тех случаях, когда они временно оказываются таковыми на психоаналитическом сеансе) развивают его более непосредственным образом, например, в форме делизивного (обманчивого) верования или убеждения. По-видимому, различие коренится в формальных аспектах текущего психического состояния пациента.

Утверждение о том, что пациент с той или иной формой эротического или психотического переноса рассматривает психоаналитика как своего реального родителя и относится к нему соответствующим образом, может быть строго верным только в случаях, когда данный пациент придерживается бредового убеждения, что аналитик *действительно был* его родителем. Подобные случаи встречаются чрезвычайно редко, но если они действительно имеют место, то пациент при этом совершенно утрачивает понятие о профессиональной роли, в которой выступает психотерапевт, и не в состоянии поддерживать нормальное «расстояние» в

отношениях с врачом, дабы проникнуть в сущность происходящего. Далее следует отметить, что содержание переноса, какова бы ни была его форма, не должно рассматриваться как простое повторение прошлого. Так, пациент, реализующий гомосексуальный перенос по отношению к психотерапевту, в случае невротического характера своего заболевания может реагировать на эту ситуацию чувством страха и попыткой сопротивления, в то время, как больной, страдающий психозом, будет, скорее, реагировать появлением признаков мании преследования. В обоих случаях его реакцию следует рассматривать как защиту от одних и тех же импульсов и желаний, которые он считает для себя неприемлемыми.

Интересен вывод о том, что различие трансферентного содержания, описанное рядом авторов-аналитиков применительно к шизофрении (например, Rosenfeld, 1965a), чрезвычайно похоже на то, что обнаруживается у больных психозами с не вызывающей сомнения органической этиологией. Это подтверждает предположение о том, что поведение больных психозом, в том числе проявления переноса, описанные в данной главе, не является следствием необходимости воспроизводить неадекватно разрешавшиеся состояния психоза, пережитые в детстве. Нам кажется, что имеется достаточно оснований считать, что специфические черты при различных видах переноса связаны с тем, каким образом бессознательные мысли, импульсы и желания, переходят в сознание и каким образом они воспринимаются, отвергаются, воздействуют или видоизменяются. Отсюда возможно, что специфические дефекты, ведущие к психозу и психотическим переносам, лежат в таких областях, как контроль, организация, синтез, анализ и перцептивные функции личности.

Здесь важно отметить, что имеют место семейные конфликты, способные спровоцировать срыв у больных, потенциально склонных к шизофрении. Не следует забывать и о явлении «двойной связи» (Bateson et al., 1956), имеющем место, когда пациент может пытаться воссоздать эту связь по отношению к психотерапевту в ситуации переноса. Правда, подобные виды отношений наблюдаются и в семьях, ни один из членов которых не страдает шизофренией.

В предыдущей главе мы высказывали предположение о том, что понятие переноса может быть расширено и выведено за пределы классической психоаналитической ситуации, и что, с клинической точки зрения, было бы полезно разграничить элементы переноса и не-переноса во всех видах отношений между врачом и пациентом. Точно так же различные особые формы переноса, обсуждаемые в данной главе, могут наблюдаться и в ситуациях, не связанных с психоанализом, и прослеживаться, во всем

многообразии человеческих связей. Существует достаточное количество клинических наблюдений, чтобы сделать вывод о том, что эротизация элементов переноса происходит и вне психоаналитической ситуации – что больные, страдающие психозом, могут проявлять психотические и делизивные черты в своих отношениях с окружающими, и что у некоторых индивидов могут возникать или высвобождаться временные психотические реакции.

## **ГЛАВА 6**

## КОНТРПЕРЕНОС

В трех предыдущих главах мы обсуждали термины *лечебный альянс* и *перенос*, часто используемые при описании отношений между пациентом и психоаналитиком. Оба эти понятия возникли в практике лечения психоанализом, и уже рассматривалась возможность их употребления вне психоаналитического процесса. И лечебный альянс и перенос связаны с процессами, происходящими в психике пациента, выделяя при этом одну из сторон отношений между больным и аналитиком. Даже понятие «лечебный альянс», хотя номинально оно включает в себя две роли – пациента и психотерапевта, – рассматривалось с позиции процессов, протекающих в психике пациента, и с точки зрения его отношения к врачу. Однако, в этом плане имели место некоторые изменения, особенно начиная с 70-х годов, – теперь все большее внимание уделяется чувствам психоаналитика, его отношению к пациенту и профессиональной позиции. Аналогично термину «перенос», зачастую свободно используемому в качестве синонима отношения пациента к психоаналитику, понятие «контрперенос» в общем смысле может использоваться (как в психоаналитической ситуации, так и вне ее), чтобы описать собственные чувства психоаналитика и его отношение к пациенту, и даже для того, чтобы обрисовать различные аспекты обычных, не связанных с лечением отношений (Kemper, 1966). Такое использование термина «контрперенос» сильно отличается от его первоначального употребления, в результате чего возникли некоторые разногласия по поводу его точного значения. Впервые термин «контрперенос» был употреблен Фрейдом при обсуждении будущих перспектив психоанализа (Freud, 1910a). Касаясь работы психоаналитика, Фрейд писал: «Мы пришли к выводу о том, что в результате влияния пациента на бессознательное психоаналитика возникает явление контрпереноса, и мы склонны считать, что психоаналитик должен распознать этот контрперенос в себе и преодолеть его... ни один психоаналитик не продвигается в своей работе дальше, чем ему позволяют собственные комплексы и внутренние сопротивления...».

В том же году, в письме от 6 октября к своему коллеге Ференци, с которым он работал как психоаналитик, Фрейд просил извинения за то, что не сумел преодолеть чувства, явившегося результатом контрпереноса, и помешавшего ему осуществить адекватный анализ (Jones, 1955). Далее, Фрейд развивает мысль о том, что психоаналитик должен стремиться к

тому, чтобы пациент как можно меньше знал о его личной жизни. Он предупреждает аналитиков о том, что им не следует обсуждать с пациентами какие-либо события своей жизни: «Врач не должен быть прозрачным для своих пациентов, подобно зеркалу он должен лишь отражать для них то, что они ему показывают». Фрейд также предупреждает психоаналитиков об опасности поддаться искушению проецировать на пациентов какие-то особенности своей личности и свои профессиональные недостатки. (Freud, 1912e). В той же статье Фрейд указывает, что психоаналитик «должен приспособливаться к пациенту аналогично принимающему устройству в телефонной трубке, согласованному с передающим микрофоном. Точно так же, как принимающее устройство превращает волны обратно в звуки, бессознательное доктора способно, получая передаваемую ему пациентом информацию о бессознательной части его психического, реконструировать это бессознательное, определяющее свободные ассоциации пациента».

Точно так же, как в переносе с самого начала Фрейд усматривал препятствие к потоку свободных ассоциаций пациента, в контрпереносе он постоянно видел преграду к свободе понимания пациента психоаналитиком. В этом контексте Фрейд рассматривал сознание аналитика как «инструмент» (Freud, 1913i), эффективному функционированию которого препятствует контрперенос. Фрейд не сделал шага к рассмотрению контрпереноса (что он проделал в отношении переноса) как полезного средства в психоаналитической работе.

Решительность, с которой Фрейд подчеркивает нежелательность появления контрпереноса, сквозит и в комментариях, которые он делает несколько лет спустя (Freud, 1915). Обсуждается ситуация, в которой психоаналитик знает о любви, испытываемой пациентом по отношению к нему:

«Для врача подобное явление представляет важное свидетельство и полезное предупреждение против каких-либо проявлений контрпереноса, который может у него присутствовать. Он должен четко осознавать, что возникновение чувства у пациента обусловлено аналитической ситуацией и ни в коей мере не является доказательством его собственной неотразимости, что у него нет никаких оснований для гордости относительно своей „победы“, как об этом можно было бы говорить вне анализа. Никогда не является лишним напоминание о том, что для врача всегда чревато опасностью позволить себе

хотя бы и в малейшей степени увлечься пациентом. Конечно, наш самоконтроль – вещь не столь абсолютная, чтобы в один прекрасный день мы вдруг не обнаружили, что в своих симпатиях к пациенту ушли несколько дальше, чем планировали. Но, на мой взгляд, врач никогда не должен отходить от нейтрального отношения к пациенту, достижение которого возможно только, если он способен постоянно сдерживать проявления контрпереноса».

Для Фрейда – и это следует подчеркнуть – сам факт того, что психоаналитик развивает какие-то чувства по отношению к пациенту, что в его психике могут возникать конфликты, вызываемые общением с больными, еще не составляет явления контрпереноса. Он призывал аналитика стремиться действовать в аналитической ситуации подобно зеркалу, отражая (через свои интерпретации) значение информации, получаемой от пациента, включая и искажения действительности, наблюдаемые в его переносах. Контрперенос рассматривался как своего рода «сопротивление» аналитика по отношению к своему пациенту, сопротивление, вызываемое появлением бессознательных конфликтов, провоцируемых тем, что пациент говорит, делает или представляет аналитику. Подвергнув анализу собственное состояние, последний может осознать существование в себе таких конфликтов, и, при их наличии, аналитик должен сделать все возможное, чтобы распознать их природу и устранить неблагоприятные последствия. По мнению Фрейда, эти конфликты сами по себе контрпереносом не являются, но могут способствовать его возникновению.

Фрейд неоднократно говорил об ограничениях, налагаемых на аналитическую работу психологическими слепыми пятнами (blind spots) аналитика (Freud, 1912e, 1915a, 1931b, 1937d). Первоначально (Freud, 1910d) он был сторонником постоянного самоанализа для аналитика, но вскоре пришел к мысли, что это весьма сложно из-за собственного сопротивления самопониманию, и стал рекомендовать психоанализ для самого аналитика. Обоснованность «тренировочного анализа» аргументировалась необходимостью достичь инсайта (просветления) и преодолеть психологические недостатки, создаваемые неразрешенными бессознательными конфликтами (Freud, 1912b). Позднее, считая, что и такой метод не является вполне адекватным, Фрейд предложил прохождение психоанализа аналитиком каждые пять лет (Freud, 1937c). Эта рекомендация обычно не соблюдалась, возможно из-за того, что

тренировочные анализы стали намного продолжительнее и – как следствие этого – более тщательными. Однако повторные анализы не являются чем-то необычным среди аналитиков, особенно если они ощущают трудности в своей работе или вне ее.

Очевидно Фрейд придавал понятию контрпереноса более широкое значение, чем перенос аналитика, направленный на своего пациента. Хотя справедливо, что пациент может начать представлять некую фигуру из прошлого аналитика, контрперенос может возникнуть просто вследствие неспособности аналитика должным образом справиться с теми аспектами коммуникаций и поведения пациента, которые каким-то образом соприкасаются с его собственными внутренними проблемами. Так, может случиться, что психоаналитику, не решившему проблем, связанных с собственной агрессивностью, придется успокаивать пациента, обнаружив у того агрессивные мысли или чувства по отношению к себе. Или, если аналитик сам подвержен бессознательным гомосексуальным устремлениям, он может оказаться не в состоянии проследить гомосексуальные склонности в той информации, которую получает от пациента: он может среагировать на гомосексуальный настрой больного с недопустимым раздражением, может перевести разговор на другую тему и т. д. Приставка «контр» в термине «контрперенос» может, таким образом, означать реакцию аналитика, которая является как бы параллельной переносу у пациента, и в то же время представляя собой реакцию на него. Этимология данного понятия обсуждается в работе Гринсона (Greenson, 1967).

После Фрейда в литературе по психоанализу понятие «контрперенос» развивалось по нескольким направлениям. Некоторые исследователи утверждали, что термин должен использоваться в том же смысле, что и вначале, что его значение должно быть ограничено теми неразрешенными конфликтами и проблемами, которые возникают у психоаналитика во время его работы с пациентом и мешают эффективности этой работы (Stem, 1924; Fliess, 1953). В частности, Флисс пишет: «Контрперенос всегда представляет собой сопротивление и всегда должен анализироваться». Винникотт (Winnicott, 1960) описывает контрперенос как «невротические признаки аналитика, которые *портят его профессиональное отношение к пациенту и нарушают течение аналитического процесса, определяемого пациентом*». Другие, хотя и придерживаются в той или иной степени первоначального значения, подчеркивают, что источник отрицательных последствий контрпереноса лежит в первую очередь в изначальном переносе психотерапевта по отношению к пациенту (Reich, 1951; Gitelson,



1952; Hofier, 1956; Tower, 1956). Например, Райх (Reich, 1951) замечает, что психоаналитик

«может отнести к пациенту с симпатией или без, и до тех пор, пока отношение к пациенту осознается, оно не имеет отношения к контрпереносу. Если же чувства делаются более интенсивными, то можно с уверенностью утверждать, что бессознательные чувства психоаналитика, его собственный перенос по отношению к пациенту, т. е., в данном случае, контрперенос, начинает оказывать свое влияние на психоаналитический процесс... Контрперенос, таким образом, включает в себя результирующую понимания аналитической технологии и собственных бессознательных нужд и конфликтов. В такой ситуации пациент являет собой объект из прошлого, на который проецируются прошлые чувства и побуждения аналитика... это и есть контрперенос в самом точном смысле».

К сожалению, взгляды тех авторов, которые рассматривают контрперенос как результат собственного переноса аналитика по отношению к пациенту, часто лишены ясности из-за того, что не указывают точно, в каком смысле они используют само понятие переноса (гл. 4). Одни увязывают понятие контрпереноса с первоначальным понятием переноса в изложении Фрейда, в то время как другие уравнивают его со всеми другими аспектами взаимоотношений психоаналитика и пациента (например, English & Pearson, 1937). В соответствии с последним М. Балинт в одной из своих ранних работ по переносу (1933) уравнивал контрперенос и перенос психоаналитика по отношению к пациенту, но позже (Balint & Balint, 1939) расширил значение термина, в результате чего в нем оказалось абсолютно все, в чем может проявляться личность психоаналитика (включая даже расположение подушек на кушетке в его кабинете). В еще более поздней работе (Balint M., 1949) М. Балинт для описания общей картины отношения и поведения аналитика по отношению к пациенту использует понятие контрпереноса весьма двусмысленно. В отличие от Фрейда, для Балинта контрперенос стал термином, включающим в себя профессиональное отношение психоаналитика к пациенту. Лэнгс (Langs, 1975) проследил сам путь, по которому аналитик, следуя основным правилам психоанализа, передает нечто из своего умственного багажа пациенту.

Большой скачок в разработке понятия контрпереноса в

психоаналитических работах произошел в тот период, когда стало очевидным, сколь важную помощь данное явление может оказать психоаналитику в понимании информации, получаемой от пациента. Вперед выдвинулась идея о том, что психоаналитик несет в себе элементы понимания и осмысления процессов, протекающих в психике пациента, что эти элементы осознаются не сразу, а могут быть обнаружены, если психоаналитик, выслушивая пациента, обзревает свои собственные ментальные ассоциации. Эта идея имплицитно содержалась в описаниях Фрейда, посвященных ценности нейтрального или «свободно текущего» внимания (Freud, 1909b, 1912e), но первое четкое высказывание о позитивном значении контрпереноса было сделано Хайман (Heiman, 1950, 1960), а затем продолжено другими (напр. Little, 1951, 1960b). Хайман стала рассматривать контрперенос как явление, включающее все чувства, испытываемые аналитиком по отношению к пациенту. В этом состоянии аналитик должен оказаться в состоянии *сдерживать* свои чувства, в то время как пациент, наоборот, «разряжается», общаясь с аналитиком. Подобная тактика со стороны психоаналитика необходима, «чтобы *подчинить* свои чувства решению психоаналитической задачи, в которой аналитик действует в качестве зеркального отражения пациента». В основе рассуждений автора лежит мысль о том, что «бессознательное аналитика понимает бессознательное пациента. Это совершающееся на глубоком уровне бессознательное понимание (раппорт) выходит на поверхность в виде ощущений и чувств, являющихся реакцией психоаналитика на пациента, его „контрпереносом“ (Heiman, 1950). Она утверждает, что психоаналитик должен использовать свою эмоциональную реакцию на пациента, – свой контрперенос, – в качестве ключа для понимания. Осознание психоаналитиком своих реакций может, таким образом, обеспечить дополнительный доступ к распознаванию бессознательных ментальных процессов пациента. Интересно отметить, что прослеживаемое расширение понятия контрпереноса в известной мере аналогично изменению взглядов Фрейда на роль переноса, которая первоначально представлялась лишь помехой в достижении терапевтического эффекта, а позже стала рассматриваться как положительный актив в лечебном процессе (глава 4).

Большую роль в разработке понятия «контрперенос» сыграла работа Хайман. Хотя общая ориентация, которой она придерживалась, была в то время строго клейнианской, Хайман не связывала понятие контрпереноса с проективной идентификацией Клейн (Klein, 1946). Эта связь была установлена в серии работ Рекера (Racker, 1953, 1957, 1968), в которых

контрперенос психоаналитика рассматривался как *реакция* на проективные идентификации пациента (глава 4). Рекер далее различает *конкордантные* и *комплементарные* идентификации со стороны психоаналитика, возникающие как результат проекций пациента. Говоря проще, «контрперенос, основанный на конкордантной идентификации, имеет место, когда психоаналитик идентифицирует с собственной фантазией пациента свое представление ситуации в рассматриваемый момент. Контрперенос, основанный на идентификации комплементарной, происходит, когда аналитик идентифицируется с объектной репрезентацией в трансферентной фантазии пациента» (Sandler, 1987).

А. Райх (Reich, 1951) указывает, что «контрперенос является неотъемлемой частью анализа. Если он не существует, то это свидетельствует от отсутствии у психоаналитика интереса к делу и соответствующего таланта, но контрперенос всегда должен оставаться в тени и присутствовать как бы на заднем плане». Сходных взглядов придерживаются и Спитц (Spitz, 1956) и Литл (Little, 1960b), который говорит: «без бессознательного контрпереноса не могло бы быть ни эмпатии, ни самого анализа». Мани-Кирл (Money-Kyrle, 1956) характеризует эмпатию как «нормальный» контрперенос.

Неизменной темой многих психоаналитических работ является мысль о том, что явление контрпереноса составляет неотъемлемую часть психоаналитического процесса. Одно из наиболее ясных высказываний по этому поводу имеется в работе Шарп (Sharpe, 1947), которая пишет: «Сказать, что... психоаналитику свойственны комплексы, „мертвые зоны“ (blind spots), ограниченность – это всего лишь напомнить, что он остается обыкновенным живым человеком. Но когда он перестает быть обычным человеком, то перестает быть и хорошим аналитиком». И далее она добавляет: «О контрпереносе часто говорят так, будто он обязательно подразумевает отношение любви к пациенту. Контрперенос, который может доставлять неприятности, – это бессознательный перенос со стороны аналитика, будь он инфантильно-негативный или инфантильно-позитивный или обоих типов поочередно... Мы обманываем самих себя, когда считаем, что не испытываем контрпереноса. Вопрос лишь в том, какова его природа».

Как и в случае с другими психоаналитическими понятиями, придание новых значений термину «контрперенос» привело к определенной утрате им своей определенности и точности. Хотя чувства, испытываемые психоаналитиком по отношению к своему пациенту представляют очевидный интерес для исследователей, изучающих взаимоотношения

пациента и аналитика в различных ситуациях, правомерность расширения понятия контрпереноса до такой степени, чтобы под ним подразумевалась вся совокупность ощущений и чувств, испытываемых психоаналитиком, вызывает сомнения.

Анализ психоаналитической литературы, посвященной контрпереносу, показывает, что большинство авторов либо придерживается одной из двух вышеизложенных точек зрения, либо разделяет обе, а именно: а) контрперенос является помехой в практической работе психотерапевта; б) контрперенос – полезный практический инструмент в анализе. Проблемы, возникающие в связи с этим, уже рассматривались в литературе по психоанализу (например, Orr, 1954). Хоффер (Hoffer, 1956) был одним из первых, кто попытался разобраться в некоторой путанице, связанной с самим термином, проведя различие между *переносом аналитика на пациента* и *контрпереносом*, но при этом идиосинкратически увязал перенос аналитика с его гуманностью и сочувственным пониманием реальных нужд пациента, а контрперенос с интрапсихическими реакциями аналитика, включая и ограниченность в понимании материала, поступающего от пациента. Кернберг в своем обзоре работ, посвященных контрпереносу (Kernberg, 1965) указал на то, что смысловое расширение данного термина до включения в него всех эмоциональных реакций психоаналитика на пациента вызывает много недоразумений и лишает сам термин своего специфического смысла. Однако, он также цитирует и работы, содержащие критические замечания к установившемуся первоначально взгляду на контрперенос как на «сопротивление» или «слепое пятно» («мертвая зона» = blind spot) психоаналитика, поскольку такая установка, усматривающая в контрпереносе нечто «отрицательное», неизбежно затушевывает значение последнего. Такой взгляд может породить у аналитика «фобическую» установку по поводу собственных эмоциональных реакций и, таким образом, ограничить его возможности понимания пациента. Он указывает – сходного мнения придерживается ряд других авторов (например, Winnicott, 1949), – что более полное рассмотрение эмоциональной реакции аналитика приобретает особую важность при лечении пациентов с глубокими расстройствами личности, равно как и в других случаях серьезных психических нарушений, а также у больных психозами.

Инсайт, достигаемый при психоаналитическом лечении пациентов с пограничными случаями, деликвентных (с отклоняющимся поведением) и больных психозами, явившимся следствием так называемого «расширения сферы применения психоанализа», постепенно используется все более

широко. Ярче всего это проявляется в отношении понимания и применения контрпереноса в контексте межличностных отношений между пациентом и психоаналитиком. Так, Кернберг (Kernberg, 1975), описывая лечение больных с пограничными состояниями, указывает, что примитивные интернализированные объект-отношения пациента мобилизуют через проективную идентификацию параллельные примитивные объект-отношения у психоаналитика. Субъективно аналитик переживает проективные аспекты самости пациента. Со стороны пациента, проективная идентификация есть способ управления спроектированными частями, контролируруемыми аналитиком, так что аналитик переживается пациентом как обладающий отщепленными и спроецированными аспектами собственной самости пациента. В основе эмпатии психоаналитика к пациенту заложено то, что аналитик тоже содержит в себе примитивные объект-отношения, способные мобилизовываться проекциями пациента.

Гринберг (Grinberg, 1962) описывает реакции психоаналитика на свои собственные бессознательные контрпереносные ответы (responses), как «проективную контр-идентификацию». Определение Гринберга акцентирует внимание на том, что контрперенос следует рассматривать в самом общем смысле, то есть как включающий в себя защитные реакции психоаналитика против ощущений, возникающих у него под воздействием пациента. Так, например, аналитик может прореагировать на эротические чувства, вызываемые у него пациентом, появлением в качестве защитной реакции отвращения и враждебности к последнему.

Выше (глава 4) мы проследили развитие теории переноса Клейн с ее особым акцентом на проективной идентификации, рассматриваемой и как нормальное, и как патологическое явление. С этим связана и наблюдаемая в последние годы тенденция в аналитической школе Клейн уделять все большее внимание использованию контрпереноса. Мы ссылались на мнение Джозефа о том, что главный способ понимания и интерпретации переноса лежит в контрпереносе психоаналитика. Байон (Bion, 1959, 1962) уподобляет функцию проективной идентификации в аналитической ситуации тому, как плачущий ребенок проектирует свое расстроенное состояние на мать, которая как бы «впитывает» его и поэтому может отреагировать соответственным образом. Спроектированное несчастье подвергается, таким образом, тому, что Байон называет «фантазией» (reverie), то есть осуществляемому матерью процессу оценки текущей проблемы и соответствующего ее разрешения. Функция аналитика является той же: он «удерживает» проекции пациента в состоянии его «фантазии»

(reverie) и реагирует с помощью соответствующих интерпретаций (Hinshelwood, 1989).

Сигал (Segal, 1977) указывает на то, что есть обстоятельства, способные помешать психоаналитику «удерживать» проекции пациента:

«Существует целая область патологии пациента... особо стремящаяся разрушить ситуацию „удержания“. Это – вторжение в сознание психоаналитика с помощью соблазна или агрессии, приводящих последнего к растерянности или беспокойству, а также атака на узловые точки в сознании аналитика. Нам следует попытаться извлечь пользу из такой ситуации и научиться взаимодействию между пациентом и нами исходя именно из того факта, что наше „удержание“ нарушено. Из таких нарушений способности аналитика действовать последний и должен сделать вывод о наличии определенных психотических процессов».

Следует отметить, что с точки зрения представителей кейнзианской школы психотические процессы составляют содержание психики любого человека.

Хотя открытия, сделанные последователями школы Мелани Клейн и методы, разработанные ими, составили важную веху в развитии взглядов на контрперенос, существуют также и иные подходы. Есть исследователи, которые, признавая большое значение перспектив взаимодействий типа перенос-контрперенос, рассматривают их с совершенно иных теоретических позиций. Лоувальд (Loewald, 1986) замечает, что перенос и контрперенос нельзя рассматривать отдельно друг от друга. «Они являются двумя проявлениями одного и того же динамического процесса, состоящего из бесчисленного множества переплетающихся между собой явлений, в которых зарождается индивидуальная жизнь, сохраняясь затем в ее бесчисленных преобразованиях. Одно из таких преобразований и демонстрирует себя в столкновениях, имеющих место на аналитическом сеансе».

По мнению Маклафлина (McLaughlin, 1981) становится все более очевидным, что в психоаналитической ситуации «обе стороны действуют как бы в условиях коммуникативного поля необычной чувствительности и утонченности, в котором постоянно происходит чрезвычайно интенсивное взаимодействие в виде переноса и контрпереноса, – поля, в котором весьма мала вероятность высказывания нейтрального или каталитического характера, равно как и вероятность того, что какое-либо высказывание

будет воспринято нейтрально». Точно так же Лангс (Langs, 1978) использует понятие «биперсонального поля» и рассматривает перенос как продукт взаимодействия двух людей. Лангс характеризует биперсональное поле как

«темпорально-физическое пространство, внутри которого происходит аналитическое взаимодействие. Здесь пациент выступает как один из полюсов, психоаналитик – как другой. Данное поле охватывает как интеракционные, так и интрапсихические механизмы, и каждое событие внутри поля получает векторы от обоих участников. Само поле определяется рамкой – основными правилами психоанализа, – которая не только ограничивает само поле, но в большой степени вносит вклад в его коммуникативные свойства, в способности психоаналитика контролировать пациента, а также удерживать его проективные идентификации».

Сандлер (Sandler, 1976) в своей работе о контрпереносе и «ролевой ответственности» высказал идею о том, что пациент испытывает стремление актуализировать, вызвать к реальности само-объектную интеракцию, представленную в его доминирующей бессознательной наполненной желанием фантазии. Эта интеракция, предусматривающая одну роль для субъекта, а другую – для объекта («ролевое взаимодействие»), стремится к реализации посредством манипуляции аналитиком в переносе через быстрые бессознательные (включая и невербальные) сигналы. Такое давление со стороны пациента, имеющее цель спровоцировать или вызвать определенную реакцию у психоаналитика, может привести к появлению у последнего контрпереносных переживаний или даже контрпереносного разыгрывания (enactment) со стороны аналитика (рефлексия на его «ролевую ответственность»). Такие разыгрывания следует рассматривать как компромисс между ролью, которую пациент пытается навязать психоаналитику, и собственными наклонностями последнего. То, что психоаналитик осознает такие ролевые реакции, может послужить важным ключом к решению доминантного конфликта переноса и связанных с ним трансферентных фантазий пациента. В связи с этим Сандлер вводит понятие «свободно плавающего реагирования» аналитика (обычно не выходящего за пределы, установленные основными правилами аналитической ситуации). Моэллер (Moeller, 1977a,b) подчеркивает, что

необходимо осознать *обе стороны* ролевых отношений, субъекта и объекта, то есть постигнуть интрапсихически само взаимоотношение в его целостности с тем, чтобы аналитик оказался в состоянии понять ту ситуацию, в которой находится пациент».

Пытаясь провести грань между контрпереносом и другими реакциями психоаналитика, Чедьяк (Chediak, 1979) указывает, что контрперенос является лишь одним элементом из целостного арсенала того, что он называет *контр-реакциями* аналитика по отношению к пациенту. Он выдвигает предположение о том, что такие реакции содержат разные источники внутри отношений аналитика и пациента, и что с клинической точки зрения полезно различать эти реакции психоаналитика. Чедьяк разделяет их на следующие категории (первая из которых не рассматривается как контр-реакция):

1. *интеллектуальное понимание*, основанное на информации, получаемой от пациента и на интеллектуальном знании самого аналитика;
2. *общая реакция на пациента как на личность* — отраженный аналог того, что подчеркивает Страпп (Strupp, 1960), когда говорит о реакции пациента на личность психоаналитика;
3. *перенос психоаналитика* на пациента, то есть возобновление ранних парт-объектных взаимоотношений, вызываемых определенными чертами пациента;
4. *контрперенос психоаналитика*, то есть реакция последнего на ту роль, которую ему навязывает перенос пациента;
5. *эмпатическая идентификация* с пациентом.

Какую бы форму ни принимал контрперенос, его появление неизбежно. Сильверман (Silverman, 1985) объясняет это «самой природой психоаналитического процесса, а также невозможностью для психоаналитика, сколь бы опытен он ни был, достичь столь полного понимания своих бессознательных стремлений и контроля над ними, чтобы он смог противостоять искусным попыткам пациента втянуть его в отреагирование своих невротических конфликтов вместо их анализирования». Поэтому психоаналитикам «следует проявлять бдительность по поводу появления реакции контрпереноса с тем, чтобы они могли учитывать и преодолевать их».

Джекобс (Jacobs, 1983) считает, что контрперенос психоаналитика связан с его отношением к объектам настоящей и прошлой жизни пациента. Сами реакции (responses) «являются продуктом сложных



взаимодействий между импульсами, аффектами, фантазиями и защитными реакциями, возникающими у психоаналитика, благодаря умственным представлениям, которые последний сформировал об этих объектах». Подобной точки зрения придерживаются Бернштейн и Гленн (Glenn, 1988) в применении к детскому психоанализу, при проведении которого у психоаналитика могут развиваться сильные эмоции к членам семьи ребенка (см. также Racker, 1968).

Глубокое влияние на контрперенос психоаналитика могут оказывать события его собственной жизни (см. van Dam, 1987). Например, болезнь аналитика может привести к отрицанию с его стороны, и в этом случае контрперенос будет носить бессознательный защитный характер (Dewald, 1982). Об этом хорошо сказал Абенд (Abend, 1982):

«Я убежден, что главное значение мощных элементов в контрпереносе, мобилизованных тем, что психоаналитик переживает серьезную болезнь, состоит в том, что они имеют тенденцию оказывать влияние на психоаналитическую технику. Это означает, что под давлением контрпереноса находится само клиническое суждение, базирующееся на оценке специфических потребностей пациентов; в условиях контрпереноса суждение аналитика вероятнее всего *не* является объективным и надежным. Реакции контрпереноса весьма тонким, а иногда и не столь тонким образом влияют на восприятие психоаналитика, на его понимание проблем пациента, на его способность к инстинктивному контролю и здравости суждений, так что они вполне способны окрасить в определенный тон проблемы и возможности пациента».

Другие специфические элементы контрпереноса описаны в литературе, посвященной анализу особых типов пациентов. Так, П. Тайсон (Tyson, 1980) привлекает внимание к тому, что пол психоаналитика играет роль в переносных-контрпереносных реакциях при психоанализе детей в конкретные фазы развития ребенка. Отмечается тенденция психоаналитиков, работающих с пациентами более старшего возраста, отождествлять их со своими родителями (King, 1974). Подобное проявление контрпереноса является навязанным психоаналитику пациентом (см. также Wylie & Wylie, 1987). Макдугал (McDougall, 1978) пишет о том, как идеи, фантазии и чувства некоторых пациентов, травмированных в раннем довербальном возрасте, могут быть

различимы в контрпереносе. Она говорит: «В этих случаях можно сделать вывод о существовании остаточных явлений, являющихся последствием полученной в раннем возрасте психической травмы, явлений, которые требуют особого подхода в психоаналитической ситуации. Этот „скрытый разговор“ (discourse), несущий в себе информацию, которая никогда не была выражена словесно, может быть обнаружен прежде всего благодаря появлению эффекта контрпереноса».

Стоит упомянуть, что эмпатия, представляющая столь важный инструмент психоаналитической техники, не должна приравниваться к контрпереносу (см. Beres & Arlow, 1974; Arlow, 1985; Blum, 1986). Флисс (Fliess, 1942, 1953) довольно рано указал на то, что способность психоаналитика к эмпатии может рассматриваться как основанная на «пробной» (trial) идентификации с пациентом, и что это отражает способность психоаналитика поставить себя на место другого человека. Найт (Knight, 1940) также связывает эмпатию с проективными и интроективными процессами, вносящими свой вклад в «пробную идентификацию». Способность к эмпатии рассматривается как исходный реквизит для конструктивного использования контрпереноса (Rosenfeld, 1952), однако контрпереносные реакции могут привести к утрате эмпатии в анализе (Wolf, 1979). По-видимому, существует двойственная связь между эмпатией и контрпереносом, отражающая двойной аспект контрпереноса, как средства проникнуть в бессознательные процессы, происходящие в психике пациента, с одной стороны, и как препятствие к эмпатическому пониманию, с другой. Абенд (Abend, 1986) проводит в данном контексте различие между «целебной эмпатией» (beneficial empathy) и «неблагоприятным контрпереносом» (disadvantageous). Ясно, что бессознательные и тонкие (слабоуловимые) аспекты контрпереноса могут оказаться чрезвычайно важными, в особенности в связи с тем, что они могут камуфлироваться и рационализироваться психоаналитиком. Джекобе (Jacobs, 1986) замечает: «Даже сегодня сама идея контрпереноса многим нашим коллегам кажется чем-то тождественным внешнему действию, распознаваемой части отреагирования со стороны аналитика». Далее он замечает: «Именно эти зачастую едва уловимые контрпереносные реакции, столь легко рационализируемые как часть стандартных рабочих процедур и столь же легко незамечаемые, могут, в конечном счете, оказать огромное влияние на всю аналитическую работу». Однако ключом к распознаванию контрпереноса у аналитика может оказаться осознание своих собственных физических реакций-ответов (движение, поза и др.) (Jacobs, 1973).

Другое направление развития понятия контрпереноса связывается с

начинаниями в психологии самости (self psychology), основу которым положила работа Когута. В предшествующей главе описывался взгляд психологов этого направления на перенос, в котором психоаналитику отводилась роль «самообъекта». Но и аналитик, в свою очередь, склонен рассматривать пациента в качестве «самообъекта» и зависит от него в плане оценки своей деятельности. Если пациент не проявляет должной реакции в отношении к психоаналитику, у последнего может возникнуть чувство, что его попытки понять пациента и помочь ему как самообъекту потерпели неудачу (Adler, 1984). Еще раньше Когут (Kohut, 1971, 1977) говорил о прорастании у психоаналитика примитивного чувства напыщенности в контрпереносе как следствии идеализирующего переноса у пациента (см. глава 5). Кроме того, аналитики, характеризуемые как люди с архаическим чувством собственной грандиозности, способны переживать обиду или гнев в результате активизации своих претенциозных устремлений. Точно так же пациент может испытывать чувство негодования по отношению к психоаналитику и отдаляться от него в том случае, если тот не сумеет действовать адекватно в ситуации зеркального переноса (см. глава 5).

Можно увидеть, что со временем понятие контрпереноса расширилось и вобрало в себя ряд различных значений, что неизбежно преуменьшило его точность, с которой оно первоначально употреблялось. В современном использовании этого термина можно различить следующие главные элементы или смысловые блоки (некоторые из них перечислены в работе Little, 1951).

1. «Соппротивление» у аналитика – результат активации его внутренних конфликтов. Эти конфликты мешают ему разобраться в ситуации и мешают проведению анализа, порождая «слепые пятна» (Freud, 1910d, 1912e).

2. «Переносы» аналитика на своего пациента. Здесь пациент начинает играть роль лица, которое когда-то в детстве было весьма значимой фигурой для аналитика (напр. Reich A., 1951, 1960; Brenner, 1976, 1985); сюда также следует включить проекции аналитика на пациента.

3. Следствие экстернализации или проективной идентификации со стороны пациента, где аналитик начинает переживать реакцию-ответ на пациента, и здесь он оказывается непосредственно самим инструментом либо для какого-то аспекта собственной самости пациента либо одного из аспектов объекта (например, Racker, 1953, 1957, 1968; Bion, 1959, 1962; Kernberg, 1975; Sandler, 1976, 1990a, 1990b; Segal, 1977).

4. Реакция аналитика на переносы пациента (Gitelson, 1952) и на свою

собственную реакцию в виде контрпереноса (Grinberg, 1962).

5. Контрперенос как взаимно производимый продукт «коммуникативного поля», в которое вовлечены как пациент, так и психоаналитик (Langs, 1978; McLaughlin, 1981).

6. Зависимость психоаналитика от пациента в плане «самоутверждения» (Kohut, 1971, 1977; Adler, 1984).

7. Нарушение коммуникации между аналитиком и пациентом есть результат беспокойства, возникающего у аналитика во взаимоотношениях пациент-аналитик (Cohen, 1952).

8. Личностные характеристики психоаналитика или события его жизни (например, болезнь), которые отражаются на его работе и способны привести (а могут и не привести) к определенным трудностям в проведении психоаналитической работы (например, M. Balint и A. Balint, 1939; Abend, 1982; Dewald, 1982; van Dam, 1987).

9. Вся совокупность объектов сознательного и бессознательного отношения аналитика к своим пациентам (например, Balint, 1949; Kemper, 1966).

10. Специфические ограничения у психоаналитика, вызываемые конкретными пациентами.

11. «Соответствующая» или «нормальная» эмоциональная реакция психоаналитика на пациента. Она может оказаться важным терапевтическим инструментом (Heiman, 1950, 1960; Little, 1951) и послужить основой для эмпатии и понимания (Heiman, 1950, 1960; Money-Kyrle, 1956).

Несомненно, сведение клинического понятия контрпереноса к переносу аналитика дает нам слишком узкую дефиницию, ограниченное определение, которое слишком тесно связано с конкретным значением, относимым к переносу (глава 4 и 5). Но расширение этого понятия с включением всей совокупности сознательного и бессознательного отношения аналитика, и даже его личностных черт, делает термин практически бессмысленным. С другой стороны, по-видимому имеет смысл принять полезное расширение понятия, включив те аспекты эмоционального отношения психоаналитика, которые не ведут к возникновению «сопротивления» или «слепых пятен», но которые могут быть им использованы, в той мере, в какой он способен их осознать, как средство получения инсайта (через изучение своих собственных ментальных реакций), глубинного значения коммуникаций и поведения пациента (см. главу 11).

Отсюда вытекает, что наиболее полезный взгляд на контрперенос заключается в увязывании этого явления со специфическими эмоциональными реакциями, возникающими у аналитика в ответ на специфические качества своего пациента. Это исключило бы *общие* качества личности аналитика и внутреннюю психологическую структуру (которые, соответственно, окрашивают его работу со всеми пациентами и оказывают на нее свое влияние) и позволило бы принять нижеследующее:

1. В ходе анализа у аналитика возникают реакции в виде контрпереноса, и эти реакции существуют на протяжении всего психоанализа.

2. Контрперенос может привести к осложнениям в ходе психоаналитического процесса или к неправильному его проведению. Это может произойти, если (и когда) психоаналитик не осознает какие – то аспекты своих контрпереносных реакций на пациента или не способен справиться с ними, в случае, когда он их осознает.

3. Постоянное внимательное изучение аналитиком всего разнообразия своих чувств и отношений к пациенту может способствовать более глубокому проникновению в процессы психической жизни пациента.

Хотя эта мысль еще не нашла достаточного отражения в психоаналитической литературе, мы считаем, что *профессиональной установкой* психотерапевта является установление определенной «дистанции» между врачом и пациентом. В то же время психоаналитик постоянно контролирует как свои собственные чувства, так и эмоции пациента, что оказывается чрезвычайно полезным при проведении психоаналитической работы. Арлоу (Arlow, 1985) говорит об «аналитической позе». С этим связано и понятие «рабочего эго» психоаналитика (Fliess, 1942; McLaughlin, 1981; Olinick, Poland, Grigg & Granatir, 1973). С «рабочим эго» и профессиональной установкой тесно связана выработка психоаналитиком у себя способности критического отношения к себе и результативного самоанализа. Крамер (Kramer, 1959) говорил об «авто-аналитической функции» (см. Tyson, 1986). Такая профессиональная «поза» аналитика (не путать с равнодушием и отчужденностью) является одним из факторов, позволяющим психоаналитикам понимать материал своих пациентов, который не был ни адекватно проанализирован во время их собственного тренировочного анализа, ни адекватно интернализован во время психоаналитического обучения. Это также один из факторов помимо интеллектуального инсайта,

позволяющий некоторым психотерапевтам, не подвергавшимся психоанализу, успешно проводить психоаналитическое лечение, особенно под наблюдением психоаналитика. Высказывая эту мысль, мы хотели бы подчеркнуть, что ни в коем случае не преуменьшаем значение личностного анализа при подготовке психоаналитика, а также и значение контрпереносных сопротивлений, возникающих у последнего в результате не подвергшихся анализу его внутренних конфликтов.

Понятие контрпереноса можно легко вынести за рамки психоаналитического лечения, а необходимость осознания контрпереноса можно рассматривать как полезный элемент в любых взаимоотношениях терапевт-пациент. Отсюда следует, что для клинициста чрезвычайно важно уметь управлять своими реакциями на пациентов, и, выражаясь шире, своими реакциями на других членов персонала соответствующего терапевтического заведения. Например, Мейн (Main, 1957, 1989) описывает группу пациентов, которая вызывала соответствующую реакцию у медицинского и обслуживающего персонала психиатрической больницы. Он высказывает мысль, что такая реакция хотя, возможно, и была связана с внутренними проблемами и конфликтами персонала, стимулировавшимися этими пациентами в то же время являлась проявлением определенной психопатологии самих пациентов. Наблюдение контрпереносных реакций может оказаться полезным при установлении диагноза.

## **ГЛАВА 7**

## СОПРОТИВЛЕНИЕ

В то время, как *лечебный альянс* (гл. 3) и некоторые аспекты *переноса* (гл. 4 и 5) обычно связывают с настроением у пациента, способствующим установлению нормальных лечебных отношений, понятие *сопротивления* относится к элементам и силам, создающим препятствия лечебному процессу. Хотя сопротивление относится скорее к числу клинических, нежели психологических понятий, описанных ранее в связи с психоаналитическим лечением, его легко можно расширить и применить к другим клиническим ситуациям без существенных изменений.

Сопротивление как клиническое понятие возникло в описаниях Фрейдом его ранних попыток извлечь «забытые» воспоминания у пациентов, подверженных истерии. До создания метода свободных ассоциаций в психоанализе, когда Фрейд все еще использовал при лечении гипноз и технику «давления» на пациента (гл.2), сопротивлением считались любые проявления пациента, противостоящие попыткам врача оказать на него воздействие. Фрейд рассматривал эти защитные тенденции как проявление в лечебной ситуации тех же самых сил, которые вызывают и поддерживают диссоциацию (подавление) болезненных воспоминаний в сознании. Он писал (Freud, 1895): «Таким образом, некая психическая сила... первоначально изгоняет патогенную идею из ассоциации и препятствует ее возвращению в память. У пациентов, страдающих истерией, „незнание“ в действительности есть „нежелание знать“ – нежелание, которое в большей или меньшей степени может быть сознательным. Задача психотерапевта, следовательно, заключается в преодолении... этого сопротивления ассоциации».

Фрейд считал, что сопротивление присутствует и в других патологических ситуациях помимо истерии или обсессивного невроза («невроз защиты»), например, при психозах. Описывая случай заболеваний хронической паранойей (Freud, 1896b), он замечает, что

«...в этом случае заболевания, как и в других двух случаях невроза защиты, с которыми я столкнулся, по-видимому, имели место бессознательные мысли и подавляемые воспоминания, которые могли быть возвращены в сознание точно так же, как и при других неврозах, – преодолением определенного сопротивления... Единственной специфической особенностью



данного случая было то, что возникавшие мысли прослушивались пациенткой галлюцинаторно, – изнутри самое себя – точно так же, как свой собственный голос».

Из данного случая ясно, что Фрейд рассматривал различия между продукцией больных психозом и пациентов, страдающих неврозом, как различия, связанные, скорее, с формой, чем с содержанием. То, что в сознании невротика может возникнуть как фантазия или сновидение, у больного психозом выступает как убеждение (см. описание переноса при психозах в гл. 5). В 1900 году Фрейд утверждал: «Все, что препятствует проведению успешной психоаналитической работы, есть сопротивление».

Причиной возникновения сопротивления полагали угрозу появления неприятных мыслей и аффектов. Считалось, что мысли, которые находятся в подавляемом состоянии (и которые оказывают сопротивление воспоминаниям) характеризуются «угнетающим характером и могут вызвать чувство стыда, угрызания совести, физической боли и ощущение того, что на больного оказывается вредное воздействие» (Freud, 1895d). Вступление психоанализа во вторую фазу (см. главу 1) и признание значения внутренних импульсов и желаний (в противоположность реальным переживаниям болезненного характера) в появлении конфликта и мотивации защиты не внесли существенных изменений в понятие сопротивления. Однако, теперь сопротивление стало рассматриваться как направленное не только против возврата угнетающих воспоминаний, но и против осознания безотчетных неприемлемых импульсов. В статье «Психоаналитический метод Фрейда» (Freud, 1904a), написанной самим Фрейдом, автор замечает: «Фактор сопротивления стал одним из краеугольных камней его теории. Мысли, которые обычно выталкиваются из сознания под любым предлогом... рассматриваются им как следствие подавляемых психических явлений (мыслей и импульсов), искажаемых благодаря сопротивлению, оказываемом против их воспроизведения. Чем сильнее сопротивление, тем больше степень такого искажения».

В этой формулировке появляется новый элемент. Сопротивление уже больше не рассматривается как полное подавление неприемлемого ментального содержания – но считается причиной *искажения* бессознательных импульсов и воспоминаний, в результате чего они появляются в свободных ассоциациях пациента *в маске*. В этом контексте сопротивление рассматривается как действующее точно так же, как «цензор» в сновидениях (Freud, 1900a), т. е., функционирующее с целью помешать неприемлемым мыслям, чувствам или желаниям стать

сознательными.

Связь между клиническим явлением сопротивления и процессами «искажения» и «цензурирования», естественно, привела к осознанию того, что сопротивление не есть нечто, возникающее время от времени в процессе психоанализа, но что оно постоянно присутствует на протяжении всего лечения. Пациент «ни на минуту не должен упускать из виду то, что лечение, подобное нашему, происходит под аккомпанемент *непрерывного сопротивления*» (Freud, 1909c). В этой статье Фрейд также упоминает об удовлетворении, получаемом пациентом в результате страданий, – явление, о котором он более подробно высказывается в другой работе и к которому мы вернемся в данной главе позднее, когда перейдем к вопросу об удовлетворении, получаемом через страдания, и принятии необходимости наказания.

В главе 4 мы уже упоминали о значении, которое Фрейд придавал связи между переносом и сопротивлением. Так называемые «трансферентные сопротивления» рассматривались им как наиболее мощные препятствия на пути психоаналитического лечения (Freud, 1912b, 1940a [1938]). Мысли и чувства, возникающие у психотерапевта, могут появляться как следствие тенденции пациента вновь испытать подавленные ранее чувства и переживания вместо того, чтобы их вспомнить. Эти мысли и чувства могут возникать заново в текущей (здесь и сейчас) аналитической ситуации. Распространение таких переносов с фигур прошлого на психоаналитика может сопровождаться появлением ощущения серьезной опасности. Фрейд пишет об этом (Freud, 1912b):

«Пациент, находящийся под влиянием интенсивного трансферентного сопротивления, может выйти из предписываемых правилами отношений к врачу... и ощутить потребность нарушить основную установку психоанализа, которая гласит, что он обязан немедленно сообщать психоаналитику обо всем, что бы ни происходило в его голове... Он может забыть намерения, с которыми начал лечение, и равнодушно воспринимать логические аргументы и выводы, которые лишь незадолго до этого производили на него огромное впечатление».

## ИСТОЧНИКИ И ФОРМЫ СОПРОТИВЛЕНИЯ

К 1912 году основное различие в источниках сопротивления у пациентов, проходящих курс лечения психоанализом, Фрейд видел в различии между *сопротивлением-переносом*, связанным с переносом, и *сопротивлением-подавлением*, связанным с подавлением, при этом под последним подразумевалось внутренне присущее психике пациента нежелание осознавать болезненные или опасные для него импульсы и воспоминания. В то время, как сопротивления, связанные с переносом, могут исчезнуть и даже уступить место трансферентным привязанностям, которые способствуют укреплению лечебного альянса, сопротивления, связанные с подавлением, можно рассматривать как постоянно присутствующую (хотя и флуктуирующую) силу, которая действует вразрез с целями лечения.

Третья фаза психоанализа, начавшаяся со «структуральной» теории, описанной в «Я и Оно» (Freud, 1923b, 1924), характеризуется значительными изменениями в понятии сопротивления. В весьма важной работе Фрейда «Торможение, симптомы и тревога» (Freud, 1926) автором указывалось, что опасность для эго исходит не только из инстинктивных источников, но также и от супер-эго (сверх-Я) и из внешнего мира. В тот период он уже разработал свою вторую теорию тревоги, в которой тревога (в значении, близком страху) рассматривается скорее как *сигнал* опасности для эго, а не – согласно первоначальной теории – как трансформация либидо в тревогу вследствие подавления сексуального импульса. В новом варианте сигнал опасности может провоцировать защитную активность эго, что, в свою очередь, может привести к появлению сопротивления во время анализа. Теперь Фрейд смог выделить пять главных типов и источников сопротивления (Freud, 1926):

(1) *Сопротивление-подавление*, которое может рассматриваться как клиническое проявление потребности индивида защитить себя от импульсов, воспоминаний и ощущений, которые, в случае проникновения их в сознание, вызвали бы болезненное состояние или, по крайней мере, угрозу его появления. Этот вид сопротивления-подавления можно также считать отражением так называемой «первичной защиты» от заболевания невротом 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 (гл. 12).

(2) *Сопротивление-перенос*, хотя в общем и напоминает сопротивление-подавление, имеет специфическую особенность, состоящую в том, что оно выражает и отражает борьбу против инфантильных импульсов, которые возникли в прямой или модифицированной форме как реакция больного на личность психоаналитика (гл. 4). Аналитическая ситуация оживляет в форме искаженной реальности материал, который ранее подавлялся или подвергался какой-то другой трансформации (например, канализировался в сам невротический симптом). Такое оживление прошлого в психоаналитических отношениях ведет к появлению сопротивления-переноса. Здесь задача аналитика также состоит в том, чтобы своим вмешательством способствовать переводу содержания переноса в сознание в приемлемой для пациента форме. Сопротивление-перенос включает в себя сознательное утаивание пациентом мыслей о психоаналитике, а также бессознательные трансферентные мысли, от которых его психика стремится защититься.

(3) *Сопротивление* может явиться результатом *преимуществ, извлекаемых из болезни* (вторичные преимущества). Хотя первоначально этот симптом может ощущаться как «чужеродное тело» и рассматриваться как нежелательный, в психологической организации индивида может иметь и часто имеет место процесс «ассимиляции» симптома. Фрейд замечает по этому поводу: «теперь эго начинает вести себя так, как будто оно признало неизбежность того, что симптом останется, и что единственное, что можно сделать – это принять ситуацию, найдя в ней положительные моменты и извлечь из нее как можно больше пользы» (Freud, 1926a). Типичными проявлениями таких вторичных преимуществ является польза, извлекаемая из болезни, – преимущество находиться на положении больного и быть предметом забот и жалости окружающих, а также в удовлетворении агрессивных и мстительных импульсов, возникающих по отношению к тем, кто вынужден разделять страдания больного. Вторичные преимущества

могут также ощущаться больным как удовлетворение его потребности к наказанию или скрытых мазохистских тенденций. Наиболее яркие примеры преимуществ, извлекаемых из болезни, можно наблюдать у пациентов с «неврозами компенсации», а также у тех, кто стремится задержаться на положении больного из-за преимуществ, предоставляемых в этом случае обществом, например, в тех случаях, где пособие, выплачиваемое больному, превышает зарплату, которую он способен заработать. Нежелание пациента расстаться с этими вторичными преимуществами своей болезни во время лечения и составляет эту особую форму сопротивления.

(4) *Сопротивление оно (id-сопротивление)* — это сопротивление инстинктивных импульсов любым изменениям в их способе и форме выражения. Фрейд пишет (Freud, 1926e): «И... как вы можете себе представить, по-видимому, имеют место осложнения, которые возникают, когда инстинктивный процесс, в течение десятилетий протекавший по определенной схеме, вдруг пытаются заставить пойти по совершенно новому пути, который для него только что открылся». Эта форма сопротивления требует для своего устранения то, что Фрейд назвал «проработкой» (гл. 10). На наш взгляд, данный тип сопротивления в лечебном процессе может рассматриваться как следствие более общего психологического сопротивления отказу от (сдаче) приобретенных ранее привычек и типов функционирования – сопротивление «отучиванию». Одним из аспектов понятия «проработки» был бы процесс обучения новым паттернам функционирования и способам подавлять, сдерживать старые, более устойчивые паттерны (поведенческие схемы, стереотипы). Это, по сути, процесс, который рассматривается как составляющий важную часть аналитической работы. «Сопротивление оно» также рассматривается в психоаналитических работах как «медлительность» или «залипание» либидо.

(5) *Сопротивление супер-эго* или сопротивление, проистекающее из чувства вины пациента или его потребности в наказании. Фрейд считал, что «сопротивление супер-эго» аналитику обнаружить труднее всего и труднее всего с ним справиться. Оно отражает действие «бессознательного чувства вины» (Freud, 1923) и объясняет парадоксальную, на первый взгляд, реакцию пациента на любой шаг в психоаналитической работе. Шаг, который предоставляет возможность удовлетворения того или иного импульса, против которого пациент оборонялся, побуждаемый к этому своим сознанием. Так, пациент, испытывающий острое чувство вины, скажем, из-за желания быть самым любимым сыном и оттеснить своих

братьев и сестер, может реагировать сопротивлением на любую перемену, грозящую повлечь за собой ситуацию, в которой он может преуспеть больше, чем его соперники. Или пациент, который переживает бессознательное чувство вины по поводу каких-то сексуальных желаний, может отреагировать сильным чувством сопротивления как следствие раскрытия и освобождения этих желаний в ходе психоаналитического лечения. Примером сопротивления супер-эго является и поведение пациента, который позволяет себе иметь мысли, вызывающие чувство вины, а затем подавляет их, в результате чего, являясь на аналитический прием, испытывает неприятное ощущение, классифицируемое, в конечном счете, как чувство вины, которое и заставило его сопротивляться аналитической работе. Как наиболее интенсивную форму такого сопротивления супер-эго можно рассматривать и так называемую «негативную терапевтическую реакцию», которая будет обсуждаться в главе 8.

Фрейд считал, что сопротивление как клиническое явление тесно связано с целым рядом защитных механизмов, а не только с механизмом подавления, хотя он часто использовал термин «подавление» как синоним понятия защиты в целом. Эти механизмы вырабатываются и используются в опасных для человека ситуациях (в особенности, когда опасность возникает в результате прямого и свободного выражения бессознательных сексуальных или агрессивных желаний в сознании или поведении). Защитные механизмы включают в себя проекцию, интеллектуализацию, рационализацию, идентификацию с агрессором, реактивное образование и т. д. «... Механизмы защиты, направленные против испытанной когда-то опасности, вновь повторяются в виде *сопротивления* выздоровлению во время лечения. Из этого следует, что эго рассматривает само выздоровление как новую опасность» (Freud, 1937c).

Фрейд несколько раз ссылается на связь между формой сопротивления, проявляемой пациентом, и природой защитной организации, лежащей в основе сопротивления. Например, он описал конкретные типы искажения свободной ассоциации, которые рассматривались как характерные для обсессивных невротиков (Freud, 1909d). Но хотя эти типы сопротивления как будто и можно было связать с особенностями психопатологии пациента (Freud, 1926d), Фрейдом они рассматривались в основном как существенные препятствия успешному проведению психоанализа.

В 1936 году Анна Фрейд в своей работе «Эго и механизмы защиты»

попыталась определить, до какой степени процесс сопротивления позволяет судить о характере психической деятельности пациента. Сопротивления как отражение типа конфликта и используемых механизмов защиты сами по себе явились предметом аналитических изысканий. Анализ сопротивлений в значительной мере можно рассматривать как анализ тех аспектов защиты пациента, которые способствуют патологическому исходу его конфликтов. «Анализ защиты» через анализ сопротивлений начинает играть все большую роль в технике проведения психоанализа (А. Freud, 1965; Hartmann, 1951; Glover, 1955; Sandler & A. Freud, 1985). Гилман (Gillman, 1986), описывая анализ снов, отмечает, что все сновидения с известной точки зрения представляют собой «сны сопротивления» в том смысле, что их содержание затуманивает бессознательный материал, против которого осуществляется защита. Но в то же время сны рассматриваются как «возможность получить доступ к материалу, к которому иначе подступиться совершенно невозможно». Далее Гилман говорит о том, что сны являются отражением характерных приемов защиты, которые пациент использует для того, чтобы помешать осознанию неприятного ментального содержания.

В ряде важных публикаций Вильгельм Рейх (Reich, 1928, 1929, 1933) показал, что у некоторых пациентов наблюдаются устойчивые черты характера, представляющие собой проявление защитных механизмов, сложившихся в прошлом, которые выступают и в личностном плане, и в психоаналитическом процессе как характерные «фиксированные» установки. Рейх называет эти проявления «защитным панцирем характера» (Charakterpanzerung), но в то время, как он утверждает, что сопротивления, связанные с такими «фиксированными» чертами личности, должны быть в центре психоаналитического исследования, Анна Фрейд (A. Freud, 1936) считает, что они должны выдвигаться на первый план лишь в тех случаях, когда невозможно проследить никаких признаков протекающего конфликта, взгляд, который получил дальнейшее развитие в работе Стербы (Sterba, 1953).

В 1937 году Фрейд опубликовал свою работу «Анализ конечный и бесконечный» (Freud, 1937a), в которой он обсуждает ряд различных факторов, способных оказать отрицательное влияние на успех аналитической работы. Среди таковых он отмечает врожденную конституциональную силу влечений, которая вносит свой вклад в незыблемую «геологическую основу» личности пациента. Другим фактором он считает недоступность для психоаналитика дремлющих конфликтов, которые в переносе в живом виде не возникают и,

соответственно, не могут быть подвергнуты успешному анализу. Фрейд высказывает также предположение о том, что свой вклад в сопротивление каким-либо изменениям вносят и специфические качества мобильности и способности к ассоциированию у либидо, а также биологически детерминированные источники конфликта, например, зависть по поводу отсутствия пениса у женщин или конституционная инертность у мужчин.

Вскоре после этого Элен Дейч (Deutch, 1939) предложила трехчленное деление форм сопротивления на: (1) интеллектуальные или «интеллектуализирующие» сопротивления, (2) сопротивления-переносы и (3) сопротивления, которые возникают как следствие потребности пациента защитить себя от воспоминаний о событиях, пережитых в детстве. Она подробно рассмотрела первую группу, указав, что у пациентов, проявляющих интеллектуальное сопротивление, наблюдается стремление подменить аналитическое *переживание* интеллектуальным *пониманием*. Такие сопротивления можно обнаружить у высоко интеллектуальных индивидов, у невротиков с навязчивыми состояниями, а также у пациентов «с блокированными или нарушенными аффектами, которые, подавив аффективную сторону своей жизни, сохранили интеллектуальную ее часть как единственное средство выражения своей... личности».

Несмотря на тесную связь между сопротивлением и защитой, рядом авторов неоднократно подчеркивалось, что сопротивление не является синонимом защиты (Brenner, 1981; Gero, 1951; Laplanche & Pontalis, 1973; Loewenstein, 1954; Lorand, 1958; Stone, 1973). Блум (Blum, 1985) весьма тонко замечает:

«Понятие защиты шире, чем понятие сопротивления, поскольку сопротивление есть функция лечебная, обретающая свой смысл во время аналитического процесса. Сопротивление можно обычно проследить по его влиянию на свободные ассоциации и готовность пациента способствовать успешному проведению анализа, участвуя в лечебном альянсе, но сопротивление можно также определять и описывать и со многих других точек зрения, например, как сопротивление переносу, сопротивление супер-эго, сопротивление ид, как негативную терапевтическую реакцию, как тенденцию к повторению и регрессии и т. д. В широком смысле сопротивление препятствует инсайту, а инсайт помогает проявлению осознания и снятию защитных действий, выполняющих функцию сопротивления во время аналитического процесса».



В то время, как защитные механизмы пациента есть неотъемлемая часть его психологической структуры, сопротивление представляет собой попытки пациента защитить себя против угрозы своему психологическому равновесию, возникшей в результате психоаналитического лечения. Цитируем Гринсона (Greenson, 1967): «Сопротивления поддерживают статус-кво в невротическом состоянии пациента. Сопротивления противостоят аналитику, самому процессу психоанализа и разумному эго пациента». По мнению Ренджелла (Rangell, 1985), сопротивление рассматривается как второй слой защиты, приводимый эго в состояние активности, в тот момент, когда существующие механизмы защиты слишком слабы, чтобы справиться с ситуацией. Другой аспект проблемы затрагивает Стоун (Stone, 1973), который привлекает внимание к тому, что

«явления сопротивления в большей степени, если не целиком, отражают консервативные, самозащитные тенденции психического. То, что их цели обычно носят иррациональный характер и являются, в основном, эго-дистоническими (dystonic), делает их недоступными для аналитической работы. Следует напомнить, что их существование в субъективно-практическом смысле имеет целью защитить инкапсулированные бессознательные аспекты личности, и, соответственно, защитить взрослую функционирующую личность... от потенциально губительных вторжений и требований ранее бессознательного содержания».

Он добавляет: «Психоаналитик с самого начала переживается как угроза инфантильным аспектам эго». Данное высказывание отражает ту точку зрения, что аналитическая обстановка способствует возникновению регрессии, результируясь в интенсификации ранее подавляемых желаний и импульсов. Это сопровождается усилением конфликта и возрастанием сопротивления.

Обзор литературы по психоанализу, опубликованной со времени Фрейда, показывает, что *понятие* сопротивления в психоанализе в значительной степени осталось неизменным. Однако *формы*, которые может принять сопротивление, были подробно описаны, и теперь нет сомнений в том, что чутье и умение в обнаружении малейших признаков сопротивления стали рассматриваться как все более важный момент в репертуаре технических средств психоаналитика. Важно проводить различие между 1) понятием внутреннего психического состояния

сопротивления, которое невозможно наблюдать непосредственным образом, и 2) наблюдаемыми *признаками* сопротивления, которые обычно и называют «сопротивлениями». В результате смешения этих двух понятий имели место многие недоразумения, поскольку вторая категория представляет собой следствие усиленного внутреннего состояния сопротивления, а аналитику следует ориентироваться на причину внутреннего состояния, а не на специфические проявления этого состояния (хотя последние также не следует игнорировать). Следует заметить, что некоторые виды поведения, обычно рассматриваемые как признаки сопротивления, например, засыпание на сеансах и молчание пациента, могут в определенные моменты анализа рассматриваться не только как сопротивление, но и как невербальные формы выражения подавляемых желаний, фантазий или воспоминаний (см. Ferenczi, 1914; Khan, 1963).

Небезынтересно рассмотреть описанную Гловером дифференциацию (Glover, 1955) между «очевидными» или «грубыми» сопротивлениями, с одной стороны, и «слабо проявляющимися» сопротивлениями, с другой. «Очевидные» сопротивления включают в себя срывы лечения, опоздания и пропуски психоаналитических сеансов, молчание пациента, уход от прямых ответов на вопросы врача, автоматическое неприятие всего, что тот говорит, симуляция глупости, рассеянности и засыпания. Менее ярко проявляющиеся сопротивления скрываются за фасадом внешнего принятия требований, выдвигаемых курсом психоаналитического лечения. Это может выражаться в форме согласия со всем, что говорит психоаналитик, в охотном предоставлении врачу необходимого материала (например, описания снов), к которому, как представляется пациенту, тот проявляет особый интерес, и во многих других формах. Как замечает Гловер: «В целом, для сопротивлений, проявляющихся неярко, характерным является то, что они не носят взрывного характера, внешне не нарушают и не срывают психоаналитическую ситуацию, в то же время подрывая ее изнутри, или, выражаясь иначе, действуют как подводные камни, скрытые в бегущем потоке». Феникель (Fenichel, 1945a) различает «острые сопротивления» в противоположность более скрытым формам, которые проявляются, в основном, в отсутствии улучшения состояния пациента, хотя внешне курс лечения проходит как будто вполне благополучно. Важное клиническое различие, особенно в контексте так называемого анализа «характера», проводится между эго-синтоническими и эго-дистоническими (или чуждыми эго) сопротивлениями (Dewald, 1980; Gill, 1988; Reich, 1933; Stone, 1973). Эго-дистонические сопротивления переживаются пациентом, как препятствующие успеху

психоаналитического процесса. Эго-синотические сопротивления, с другой стороны, ощущаются пациентом не как сопротивления, а как некие реакции, нормальные в психоаналитической ситуации. Термины «эго-синтонический» и «эго-дистонический» предвосхищают структуральную теорию (Freud, 1923b) и их следует трактовать как «синтоническое сознание» и «дистоническое сознание».

Сравнительно недавно Стоун (Stone, 1973) и Девальд (Dewald, 1980) доказывали ту же точку зрения, говоря о различиях между «тактическими» и «стратегическими» сопротивлениями. Девальд пишет:

«Стратегические сопротивления – это те основные и центральные бессознательные психические действия, посредством которых пациент продолжает искать удовлетворение, полученное им когда-то в младенческом и детском возрасте от собственных влечений и их производных, от выбранных объектов или адаптивных и защитных психических действий... Тактические сопротивления представляют наложившиеся на первые [стратегические] индивидуальные интрапсихические и межличностные стереотипы поведения, по-разному иерархически организованные, с помощью которых пациенты защищаются от сознательного понимания стратегических сопротивлений и конфликтов, с которыми им приходится сталкиваться... Их понимание и творческая разработка во время аналитического процесса представляют собой важнейший способ подхода к анализу эго, его синтетических действий и общего поддержания специфической индивидуальной психической организации».

Любая попытка классифицировать формы сопротивления неизбежно носит чисто академический характер, хотя клинические иллюстрации могут оказаться весьма полезными (Boesky, 1985; Boschan, 1987; Frank, 1985; Gill, 1988; Gillman, 1987; Lipton, 1977; Vianna, 1974, 1975). Разнообразие форм, которые могут принимать сопротивления, возможно, является бесконечным и поэтому представляется более разумным исследовать различные *источники* сопротивления, поскольку их число является более ограниченным. Возможно также наметить мотивацию для конкретного вида сопротивления и его функцию в какой-то конкретный момент. Как отмечает Девальд (Dewald, 1980): «Проявления сопротивления изменчивы, подобно Протею, и различаются как от пациента к пациенту,

так и в разные периоды анализа у одного и того же пациента».

Что касается *источников* сопротивления, то можно отметить, что центральное место в теории психоаналитического лечения до сих пор составляют источники, перечисленные Фрейдом (Freud, 1926d). Однако, в свете позднейших исследований, этот список может быть расширен и модифицирован. Следует подчеркнуть, что перечисленные ниже категории не имеют между собой сколько-нибудь четкого разграничения и зачастую перекрывают друг друга.

(1) Сопротивления вследствие угрозы, возникающей в ходе лечения, направленного на выработку у пациента конкретных навыков адаптации. В данном контексте понятие адаптации используется для обозначения индивидуальной адаптации по отношению к силам, возникающим как из внешнего мира, так и из внутреннего психического пространства самого пациента (Sandler & Joffe, 1969). Сюда можно отнести и «сопротивление-подавление» как особый случай того, что может быть обозначено как «сопротивление-защита», ибо источником сопротивления, кроме подавления, могут служить и другие виды защиты. Механизмы защиты, в свою очередь, могут рассматриваться как механизмы адаптации, являющиеся жизненно необходимыми для нормального функционирования – впрочем, они с равным успехом, вовлекаются и в патогенные процессы (A. Freud, 1936).

(2) Сопротивления-переносы, в особенности в том виде, как их описал Фрейд. Стоун (Stone, 1973) суммирует отношение между сопротивлением и переносом следующим образом:

«Во-первых, сопротивление осознанию переноса и его субъективной разработке в трансферентном неврозе. Во-вторых, сопротивление динамическим и генетическим (Стоун имеет здесь в виду разложение трансферентного конфликта и понимание его развития) аспектам трансферентного невроза и, в конечном счете, самой трансферентной привязанности, как только наличие таковой начинает осознаваться. В-третьих, трансферентное представление аналитика „переживаемой“ частью эго пациента, одновременно и как ид-объект и как экстернализованное супер-эго, в противопоставлении терапевтическому альянсу между аналитиком в его реальной функции и рациональной „наблюдающей“ частью эго пациента».

Стоун (Stone, 1973) замечает: «То, что представляется действительно важным, это создание гибкого научного и практического понятия сопротивления терапевтическому процессу как проявления реактивированного интрапсихического конфликта в новом межличностном контексте». Интересно отметить, что Джеймс Стрейчи писал в 1934 году о том, что «одной из характерных черт сопротивления, конечно, является то, что оно возникает по отношению к психоаналитику, и, таким образом, интерпретация сопротивления почти неизбежно должна являться интерпретацией переноса». С тех пор наше понятие о связи между переносом и сопротивлением значительно расширилось. Как Стоун (Stone, 1973), так и Джилл (Gill, 1982) различают «сопротивление осознанию переноса» – нежелание пациента признать свои трансферентные чувства и установки – и «сопротивление разрешению (resolution) переноса».

Перенос акцента в последние годы на межличностную перспективу аналитической ситуации, естественно, привел к рассмотрению роли этих факторов у аналитика, их влияния на сопротивление пациента. Стоун (Stone, 1973) указывает, что «отказ пациента признать психоаналитика, враждебное или неподобающее отношение с его стороны иногда вызывают спонтанную антагонистическую реакцию со стороны аналитика». Далее он называет это явление «контр-сопротивлением» аналитика. Такое контр-сопротивление может быть совершенно бессознательным и быть спроектированным на пациента (Vianna, 1975), прямым следствием чего будет сопротивление у последнего. Анна Фрейд предположила, что «относясь с должным пониманием к необходимости использовать и интерпретировать понятие сопротивления с величайшей осторожностью, я все же чувствую, что необходимо где-то оставить место и для понимания того, что и аналитик и пациент являются двумя реальными людьми, в равной степени достигшими статуса взрослого человека и состоящими друг с другом в личных отношениях. Я задумываюсь над тем, не является ли это временами полное, пренебрежение к данной стороне вопроса причиной некоторых враждебных реакций, которые мы получаем от наших пациентов, и которые мы склонны приписывать исключительно „чистому переносу“ (A. Freud, 1954). Анна Фрейд предупреждает, что „технически такие мысли являются провокационными и к ним следует относиться с осторожностью“.

Томэ и Кэхеле (Thomae & Kaechele, 1987) отмечают, что «влияние аналитика и используемых им приемов лечения на развитие у пациента негативных и эротизированных переносов упоминается часто, но обычно вскользь... И это несмотря на повсеместное признание того, насколько

сильно негативные переносы – это же является справедливым и для эротизированных переносов – зависят от контрпереносов, техники лечения и теоретической позиции самого аналитика».

(3) Соппротивления, имеющие своим источником вторичные выгоды (обсуждалось Фрейдом).

(4) Соппротивления супер-эго, в том виде, как их описал Фрейд. Более поздние открытия в области психоанализа, в особенности те, которые были сделаны под влиянием работ Фэрберна по выяснению связей между объект-отношениями и сопротивлением, привели к тому, что теоретики в области объект-отношений все больше отходят от рассуждений в терминах структуральной теории Фрейда и все чаще рассматривают интрапсихическую жизнь в терминах внутренних объект-отношений. Соппротивление супер-эго рассматривается теоретиками объект-отношений в контексте связи и взаимодействия с интернализированной критической или даже преследующей фигурой. Связь между внутренними объект-отношениями и психоаналитическим лечением прекрасно описана Фэрберном (Fairbairn, 1958), который указывает, что «психоаналитическое лечение, в некотором смысле, превращается в борьбу, которая, со стороны пациента, имеет цель ангажировать свои отношения с внутренним миром с помощью переноса, а со стороны аналитика выливается в решимость последнего пробить брешь в этой замкнутой системе и создать условия, при которых пациент будет вынужден принять в рамках психоаналитического лечения открытую систему внешней реальности». Кернберг (Kernberg, 1985) высказывает аналогичную мысль в своих рассуждениях о характере пациента, когда говорит в связи с пониманием характера пациента, что связанные конфликтом интернализированные объект-отношения могут реактивироваться в переносе, в результате чего защитные реакции характера становятся сопротивлениями переносу.

Не может быть сомнения в том, что ощущение безопасности достигается через внутреннее взаимосоответствие самости и ее объектов, хотя такое соотношение может оказаться и источником болезненных ощущений. Следовательно, автономное существование организованных внутренних отношений должно иметь следствием изменение сопротивления посредством анализа. (Sandier, 1990a, 1990b).

(5) Соппротивление, возникающее в результате неправильных действий психоаналитика и ошибочно выбранных приемов лечения. С такими сопротивлениями можно справиться в ходе нормального курса лечения, если аналитик и пациент понимают источники такого сопротивления. Если же такое понимание отсутствует, то возможен срыв лечения или же его

продолжение на основе притворного согласия со стороны пациента (Glover, 1965; Greenson, 1967).

(6) Соппротивления, связанные с тем, что изменения, происходящие в психике пациента в результате лечения, вызывают сложности в его отношениях с людьми, занимающими важное место в его окружении (Freud, 1916–1917; Gill, 1988, Stone, 1973). Так, страдающий мазохизмом и занимающий подчиненное положение в браке супруг (супруга), может оказывать сопротивление попыткам психоаналитика вскрыть ситуацию и попытаться изменить ее, поскольку это поставило бы под угрозу существование такого брака.

(7) Соппротивление, возникающее из боязни вылечиться и потерять в результате этого возможность общения со своим аналитиком. Многие пациенты продолжают посещать психоаналитические сеансы из-за тайного удовлетворения, которое они извлекают из процедуры психоанализа, особенно в ситуациях, когда пациент попадает в зависимость от психоаналитика и начинает считать его лицом, занимающим в его жизни значительное место. Так, пациент может бессознательно воссоздать из прошлого отношение к психоаналитику как к одному из своих родителей, исполняющему роль защитника или кормильца, в результате чего может возникнуть сопротивление излечению, основанное на страхе разрушить эти отношения. Такие пациенты могут давать рецидивы в случае, когда речь заходит об окончании лечения, но такая ситуация неоднозначна негативной терапевтической реакции (глава 8).

(8) Соппротивления, связанные с угрозой, которую психоанализ создает самооценке пациента (Abraham, 1919). Появление такого вида сопротивления особенно часто наблюдается при лечении пациентов, у которых появление чувства *стыда* становится мощным стимулом для возникновения защитных импульсов. Такие пациенты могут испытывать сложности в ситуациях, где им приходится переносить восстановление в ходе лечения тех или иных аспектов раннего детства, поскольку они рассматривают эти аспекты как нечто постыдное.

Еще в 1919 году Абрахам писал о проблеме некоторых пациентов, проявлявших упорное сопротивление анализу путем контроля своих ассоциаций. Личность таких пациентов, в значительной степени носящая черты нарциссизма, позволяет им бросать вызов психоаналитику, прикрываясь внешней готовностью подвергнуться психоаналитическому лечению. Согласно Абрахаму, работе психоаналитика препятствует то, что нарцисстическая любовь пациента к себе не может быть удовлетворена, вследствие чего здесь не может установиться нормально действующий

положительный перенос. Абрахам указывает на то, что анализу сопротивления у пациентов, демонстрирующих нарцисстические тенденции, и у пациентов с тяжелыми расстройствами личности с пограничной патологией, уделяется все большее внимание (Abraham, 1974; Boschan, 1987; Kernberg, 1988). Особенно значительными в этой области представляются работы Мелани Клейн (Klein, 1946, 1957), Розенфельда (Rosenfeld, 1965b, 1971) и Когута (Kohut, 1971, 1977, 1984).

Розенфельд высказывает предположение о том, что изучать сопротивление у пациентов с чертами нарциссизма можно «лишь с помощью детального, тщательного анализа регрессии и зависти в контексте аналитических трансферентных отношений с интерпретацией связанных с ними проявлений мании преследования, проецируемой на психоаналитика» (Vianna, 1974). Кернберг (Kernberg, 1988) прослеживает последствия нарцисстических импульсов с точки зрения теории объект-отношений и, говоря об анализе сопротивлений у пациентов с нарцисстической структурой личности, заявляет: «Появление в переносе различных черт патологически всемогущей самости и соответственно этому объект-представлений восхищения, обесценивания или страха может привести к постепенному прояснению компонентов интернализированных объект-отношений, приведших к конденсации всемогущей самости на базе образующих последнюю реальной самости, идеальной самости и идеальных объект-представлений». Многие аналитики сегодня придерживаются того взгляда, что нарциссизм не следует противопоставлять объект-отношениям и что его скорее следует понимать в терминах весьма специфических типов внутренних объект-отношений, включая отношение индивида к своей самости.

(9) Сопротивление необходимости отказаться от осуществляемых в прошлом способов адаптации (отказу от прошлых адаптивных решений, включая невротические симптомы), обусловленное обстоятельствами, в которых эти способы и решения подлежали «разучиванию» или «угашению». Такой процесс «затухания», «угашения», «разучивания» требует времени и является существенной частью процесса проработки (Гл. 12). Включая в себя так называемое «ид-сопротивление», проработка охватывает также и более организованные и контролируемые аспекты личности (эго и супер-эго). В последние годы все больше внимания уделяется (например, Stone, 1973; Thomae & Kaechele, 1987) сопротивлению, направленному против «интеграции пережитого, а не против явно и эксклюзивно инфантильного или против прошлого» (Stone,



1973). Это можно соотнести и с мнением Эриксона (Erikson, 1968) о том, что существует «сопротивление идентичности», основанное на нежелании утратить ощущение идентичности, связанное с представлением о собственной самости. Чем слабее организована самость пациента, тем больше угроза, а, следовательно, тем сильнее и сопротивление. В подобном ключе Огден (Ogden, 1983) обсуждает то, как пациент сопротивляется изменению внутренних объект-отношений перед лицом текущего жизненного опыта. И, наконец, сопротивление может быть использовано пациентом как способ контроля «дистанции» между ним и аналитиком с тем, чтобы помешать утрате контроля, приводящей к ослаблению чувства безопасности (см. Sandler, 1968; Thomaе & Kaеchele, 1987). Хотя многие психоаналитики (например, Fenichel, 1941) упорно отказываются принять *ид*-сопротивление в качестве жизнеспособного понятия, другие (например, Frank, 1985; Stone, 1973; Thomaе & Kaеchele, 1987) придерживаются мнения о том, что *ид* – сопротивление может быть отражением количественных изменений интенсивности инстинктивных влечений.

(10) Сопротивления, связанные с характером, описанные Вильгельмом Рейхом (Reich, 1928, 1929, 1933). Данный вид сопротивлений объясняется «устойчивостью» черт характера, которые могут удерживаться пациентом даже после того, как породившие эти черты первоначальные конфликты сгладились или исчезли. Эти черты не вызывают у пациента чувства угнетения, а потому являются для него приемлемыми. Боески (Boesky, 1985) высказал мысль о том, что понятие сопротивления характера должно быть оставлено вообще и что «рассматривать сопротивления характера как нечто специфическое, отличное ото всех других видов сопротивлений означает вносить в данную проблему лишнюю путаницу». С другой стороны, Кернберг (Kernberg, 1980а) решительно выступает за сохранение данного понятия и подчеркивает значение учета таких сопротивлений при оценке анализируемости ситуации.

Сопротивления, являющиеся результатом неизменяемых сторон структуры характера пациента, несомненно, имеют большое значение при проведении анализа. Сандлер (Sandler, 1988) выдвигает мысль о том, что незыблемая «горная порода» пациентов (Freud, 1937с) может рассматриваться как «специфическая психобиологическая основа, в значительной степени включающая в себя структуры, созданные специфическим развитием индивида в специфических взаимоотношениях между ним и его окружением, в особенности, как результат взаимодействия младенца с лицом, осуществляющим о нем заботу. Конечно, это ставит

пределы тому, чего можно достичь с помощью психоанализа... Пренебрегать такими факторами и рассматривать любую ситуацию как поддающуюся анализу – не самый лучший способ для психоаналитика. К этому имеет отношение и выдвинутое Анной Фрейд понятие ограничения эго. Она (Sandler & A. Freud, 1985) говорит:

«Ограничение эго имеет дело с неприятным воздействием, вызываемым связанным с внешней средой опытом. Идея состоит в том, что после того, как ребенок однажды испытывает опыт, вызывающий подобные последствия, самой естественной реакцией для него является нежелание попасть в такую же ситуацию еще раз. Такое поведение ни в коем случае не является проявлением работы невротического механизма, – в действительности это один из механизмов, который помогает нам построить свою индивидуальность. С самых ранних времен существования человека им руководила тенденция избегать неприятного, и, в конце концов, кому может понравиться испытывать неприятные ощущения? Наше эго подсказывает нам, что есть и другие вещи, которые мы могли бы делать вместо того, чтобы испытывать неприятности».

Роль сопротивления при анализе у детей подробно обсуждается в работе Сандлера, Кеннеди и Тайсона (Sandler, Kennedy & Tyson, 1980). Они отмечают, что при анализе ребенка «необходимо искать сопротивления коммуникациям и кооперированию вообще, а не сопротивления свободным вербальным ассоциациям».

Хотя два последних вида сопротивления, очевидно, связаны между собой и могут считаться формами «вторичных преимуществ», основа сопротивления отлична от того, что обычно считается «вторичным преимуществом». Высказывалось предположение, что адаптивное решение, – будь то невротический симптом, черта характера или какой-то другой способ функционирования, – может быть усилено (и, таким образом, может вызвать сопротивление каким-либо изменениям, как только исчезает «первичное преимущество») из-за того, что предсказуемость такого способа адаптации и его доступность в качестве метода функционирования способствуют упрочению у пациента чувства безопасности (Sandler, 1960a). Это явление описывалось Сандлером и Иоффе (Sandler & Joffe, 1968) и связывалось ими с устойчивостью («живучестью») психологических структур, рассматриваемых как

паттернизированные аспекты поведения (поведенческие схемы, стереотипы). Они отмечают:

«Некоторые структуры могут формироваться для разрешения надвигающегося конфликта. Но они могут удерживаться и использоваться для поддержания чувства безопасности пациента даже после того, как первоначальные импульсы, способствовавшие выработке данной структуры, уже перестали действовать. Возможно, что такие структуры наиболее легко поддаются изменению через бихевиориальную (поведенческую) терапию. Таким путем невротический симптом (и содействующие ему структуры) может быть направлен, например, к разрешению угрожающего конфликта между инстинктивным желанием и внутренними (супер-эго) стандартами индивида. Но тот же симптом может действовать точно также и в последующем, уже как средство упрочения чувства безопасности, и, если здесь возможны и доступны другие способы достижения чувства такой безопасности, то может быть выработано и использовано другое, более приемлемое решение, а использование прежней структуры (симптоматической) замедлено и угашено... Все системы и техники психотерапии (включая поведенческую) изобилуют потенциально альтернативными решениями, обеспечивающими соответствующую безопасность, и они могут быть использованы пациентом».

Никто из психоаналитиков не подвергает сомнению что важной частью психоаналитического процесса должны быть разъяснение психоаналитиком пациенту его сопротивлений и попытка заставить его рассматривать их как препятствия, которые необходимо осознать и преодолеть. Это может оказаться отнюдь не легкой задачей, поскольку пациент обычно прибегает ко всевозможным попыткам оправдать свое сопротивление и рассматривать его как естественно следующее из текущих обстоятельств. Пациент может бессознательно считать успешное проведение психоаналитического процесса угрозой безопасности невротическому равновесию, которое ему удалось установить. Эта угроза может быть столь велика, что он может проявить собственное сопротивление путем «бегства к здоровью» и оправдать прекращение лечения тем, что симптомы, по крайней мере на какое-то время, исчезли. Страх перед последствиями психоанализа может оказаться столь сильным,

что он перевесит первичные и вторичные достижения, «вырученные» из симптомов. Механизмы, с помощью которых может осуществляться «бегство в здоровье», на наш взгляд, изучены недостаточно, но кажется вероятным, что этот процесс может иметь место, когда вторичные выгоды от болезни сыграли важную роль в поддержании симптомов после того, как первичные выгоды от симптомов уменьшились или исчезли совсем. «Бегство в здоровье» следует отличать от отрицания симптомов, которое также может быть использовано для оправдания прекращения лечения в случае, когда вызываемые лечением сопротивление перевешивают значение союза ради выздоровления.

Хотя сопротивление изначально рассматривалось в терминах сопротивлений пациента воспоминаниям и свободным ассоциациям, ясно, что это понятие вскорости расширилось, в результате чего в него оказались включенными все препятствия целям и процедурам лечения, исходящие от пациента. В психоанализе и психоаналитической психотерапии сопротивления преодолеваются с помощью интерпретаций, осуществляемых психоаналитиком, и других приемов (гл.10). Форма и контекст сопротивления стали рассматриваться как полезный источник информации для психотерапевта. Такой взгляд на сопротивление позволяет вывести данное понятие за пределы психоанализа во все виды лечения, и мы можем наблюдать проявление сопротивления даже в обычной медицинской практике, в виде забываемой пациентами необходимости визитов к врачу, недопонимания его указаний, стремления прервать лечение и тому подобного. Различные методы лечения могут стимулировать разные источники сопротивления, и этим объясняется то, что один метод может быть с успехом применен при лечении конкретного пациента, в то время как другой не дает никаких результатов. В действительности, некоторые методы лечения, возможно, обязаны своим успехом тому, что они не затрагивают определенные источники сопротивления, тогда, как другие, что не менее очевидно, не приносят результатов, поскольку при их применении плохо учитывается возможное сопротивление. Но во всех этих ситуациях само сопротивление может оказаться источником полезной информации.

## **ГЛАВА 8**

## НЕГАТИВНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ (НТР)

Клиническое понятие *негативной терапевтической реакции* было включено в термины, обсуждаемые в данной работе, по ряду причин. Это понятие занимает важное место в истории психоанализа, ибо оно представляет клиническое явление, которое Фрейд (Freud, 1923b) выбрал для демонстрации воздействия «бессознательного чувства вины» и для доказательства существования того, что он представлял как особый ментальный механизм – *супер-эго*. Негативная терапевтическая реакция (НТР) как понятие широко используется в клиническом психоанализе, хотя с того времени, как его сформулировал Фрейд, на эту тему написано весьма немного. В отличие от таких понятий как *перенос* (главы 4 и 5) и *отреагирование* (глава 9) термин НТР не нашел широкого применения вне сферы клинического психоанализа. Это весьма удивительно, поскольку его, по-видимому, было бы легко применить без всяких изменений к широкой сфере клинических ситуаций.

Явление НТР в психоаналитическом лечении впервые было описано и сформулировано Фрейдом в следующем виде (Freud, 1923b):

«Существует категория людей, ведущих себя весьма специфически во время аналитического процесса. Когда кто-то выражает надежду на успешное прохождение ими курса лечения или удовлетворение по поводу сделанного ими прогресса в лечении, они проявляют признаки недовольства, и при этом их состояние неизменно ухудшается. На первый взгляд, это может быть воспринято как вызов, как попытка доказательства своего превосходства над лечащим врачом, но при более глубоком и беспристрастном анализе выводы меняются, – приходится признать, что такие люди не только не могут переносить какую-то похвалу в свой адрес или положительную оценку своих действий, но и обратным образом реагируют на прогресс в лечении. Всякое решение, принимаемое конкретно в ходе лечения, и у других людей дающее улучшение состояния (или, по крайней мере, приводящее к временному исчезновению симптомов), у таких пациентов усиливает болезненное состояние, вместо улучшения наступает его ухудшение».

Фрейд связывает это явление с действием того, что он рассматривал как бессознательное чувство вины, возникающее благодаря голосу совести пациента (аспект супер-эго). В этих случаях болезнь можно рассматривать, по крайней мере отчасти, как выполняющую функцию устранения или уменьшения чувства вины больного. При этом симптомы выражают потребность в наказании или страдании, попытку успокоить излишне строгую или критически настроенную совесть. Отсюда следует, что выздоровление или перспективы выздоровления представляют собой нечто вроде угрозы для таких пациентов, а именно опасность испытать острое и, возможно, даже невыносимое чувство вины. Можно предположить, что в некотором смысле состояние полного освобождения от симптомов болезни для таких пациентов представляет собой исполнение бессознательных желаний, испытанных в детстве, исполнение которых как бы внутренне запрещено.

Фрейд недвусмысленно связывал НТР с бессознательным чувством вины и, хотя он утверждает, что чувства не могут адекватно описываться как «бессознательные» (Freud, 1923b, 1924c), тем не менее он считал, что те же факторы, которые вызывают осознанное чувство вины, могут действовать и вне сферы осознаваемого и что понятие «бессознательного чувства вины» является полезным, несмотря на все философские и семантические возражения против него. В «Экономической проблеме мазохизма» (Freud, 1924) Фрейд добавляет, что «бессознательное чувство вины, ведущее к НТР, в некоторых случаях может усиливаться скрытой тенденцией к мазохизму (Loewald, 1972, обсуждает роль так называемого инстинкта смерти в контексте мазохизма и НТР). Все это добавляется к страданиям, связанным с болезнью, и увеличивает сопротивление выздоровлению. Фрейд предполагает, что „страдание, вызванное невротами, – это именно тот фактор, который способствует развитию тенденции к мазохизму“ и добавляет, что „в противоположность всякой теории и ожиданиям... невроз, который сопротивляется какому бы то ни было терапевтическому воздействию, может исчезнуть, если человек, подверженный этой болезни, оказывается участником неудачного брака, теряет все свои деньги или оказывается больным серьезным органическим заболеванием. В таких случаях одна форма страданий как бы заменяется другой...“. Далее в той же статье – и это следует отметить – Фрейд заявляет, что идея бессознательного чувства вины чрезвычайно трудна для объяснения пациенту и, по существу, некорректна с точки зрения психологии. Он замечает, что сложившаяся ситуация удачна в смысле объяснения „потребностью наказания“. В 1923 году Фрейд поясняет, что

когда НТР основывается на „заимствованном“ чувстве вины, может быть достигнут блестящий терапевтический эффект. Под „заимствованным чувством вины“ Фрейд подразумевал вину, перенятую у объекта любви путем идентификации с виной этого объекта. Данное явление более подробно и динамично было исследовано Леви (Levy, 1982).

Фрейд, таким образом, использовал понятие НТР как описательно, так и в качестве объяснения. Им *описано* конкретное клиническое явление, а именно ухудшение состояния пациента, наступающее вслед за вселяющим надежду переживанием (например, после того, как психоаналитик выразил удовлетворение по поводу успеха аналитической работы или сам пациент осознал, что в результате интерпретации какой-то проблемы был достигнут определенный прогресс). Это происходит тогда, когда, судя по всему, следовало бы ожидать наступления чувства облегчения у пациента. С другой стороны, он рассматривал НТР как *объяснение* клинического явления в терминах психологического механизма, то есть реакции, проявляющейся в ощущении пациентом ухудшения своего состояния вместо его улучшения и нацеленной на уменьшение чувства вины, вызванного этим улучшением.

Фрейд считал, что эта реакция служит в анализе характеристикой определенного типа пациента, и интересно, что за несколько лет до этого он описывал тот же механизм в совершенно другом контексте. В 1916 году он включил в описание ряда различных типов характера тип людей, «страдающих от успеха». Начав свои рассуждения с того, что в основе происхождения невроза лежит крушение инстинктивных желаний, он продолжает: «Отсюда тем более удивительным и озадачивающим является открытие, к которому приходят врачи, о том, что люди нередко заболевают именно в тот момент, когда осуществилось одно из их заветных и долго вынашиваемых желаний. При этом создается впечатление, что они просто оказались не в состоянии пережить свое счастье, ибо ни о какой причинно-следственной связи между их успехом и фактом заболевания, конечно, не могло идти и речи». Фрейд иллюстрирует свой тезис, описывая случай с женщиной, которая много лет жила счастливо со своим любовником, при этом для полного счастья ей, казалось, недоставало лишь формального узаконивания их отношений. Когда же, наконец, их брак был зарегистрирован, здоровье ее оказалось сильно подорванным – у нее развилась неизлечимая паранойя. Фрейд приводит также случай с учителем, который на протяжении многих лет тайно лелеял желание занять место директора, которое, кстати, было занято человеком, во многом способствовавшим учителю в его профессиональном становлении. Когда



же, наконец, этот учитель занял директорское кресло, его одолело чувство сомнения по поводу собственной пригодности для выполнения такой работы, в результате чего он впал в тяжелое депрессивное состояние, продлившееся несколько лет. (Фрейд цитирует в качестве примеров леди Макбет, а также Ребекку Вест из пьесы Ибсена «Росмерсхольм»), «Аналитическая работа, – говорит Фрейд, – легко доказывает нам, что именно наличие совести мешает человеку воспользоваться счастливым изменением обстоятельств» (Freud, 1916d).

В ранний период развития психоанализа литература, посвященная НТР, была относительно скудной. В. Рейх (Reich, 1934) сделал предположение о том, что появление НТР свидетельствует о неудачной аналитической методике, особенно неудаче в анализе негативного переноса, а в статье Файгенбаум (Feigenbaum, 1934) приводятся соответствующие клинические данные. Однако, в двух других статьях, опубликованных позже (Riviere, 1936; Horney, 1936) делается попытка расширить рамки этого понятия, первоначально описанного Фрейдом, с тем, чтобы оно включало в себя целый ряд различных механизмов.

В 1936 году Джоан Ривьер указала, что НТР в том виде, в каком ее описал Фрейд, не означает, что пациент не анализируем вовсе. Проявляющий такую реакцию больной не всегда бросает лечение и с помощью соответствующей психоаналитической работы можно добиться положительных изменений и у него. Далее Ривьер продолжает, что «название, данное Фрейдом этой реакции, не является в достаточной степени специфичным; фактически под это понятие может подпадать любой случай, где пациент не получает от лечения необходимой пользы». Ривьер, очевидно, трактовала это понятие более широко, чем Фрейд, и включала в него ряд типов сильного сопротивления анализу (в частности, случаи, особенно трудно поддающиеся лечению). Наряду с несколькими более современными исследователями (например, Rosenfeld, 1968), она включила в это понятие некоторые формы сопротивления, при которых пациент либо прямо, либо косвенно отвергает интерпретации психоаналитика. В работе Ривьер уделяется много внимания тому, что мы описали, как сопротивление, связанное с угрозой самого анализа для самооценки пациента, а также сопротивлениям, объясняемым «устойчивостью» черт характера (глава 7). Сюда же относятся и виды сопротивления, связанные с отсутствием адекватного лечебного альянса у некоторых типов пациентов (Глава 3).

В противоположность выводам Ривьер, другая значительная по содержанию статья, написанная Карен Хорни (Horney, 1936), начинается

утверждением, что не всякое ухудшение состояния пациента можно считать НТР. По мнению автора, к ней могут быть отнесены лишь случаи, где с достаточной вероятностью можно было бы ожидать, что в состоянии пациента произойдут изменения к лучшему. Ривьер отмечает, что во многих случаях НТР пациент действительно ощущает это облегчение, но вскоре его состояние меняется – отягощаются симптомы, появляется отрицательное отношение к лечению, желание прекратить его и т. д. Здесь, по-видимому, имеет место фиксированная цепь реакций. Сначала пациент испытывает определенное облегчение, за которым наступает прекращение улучшения, разочарование, сомнения (по поводу своих возможностей и возможностей психоаналитика), безнадежность, желание бросить лечение, и в результате начинаются разговоры вроде «Я слишком стар, чтобы измениться».

Хорни делает предположение, что НТР характерна для людей особого типа – с определенными «мазохистскими» наклонностями. Реакция на положительную оценку хода лечения, данную психоаналитиком (когда сам пациент чувствует, что эта оценка соответствует действительности) может принимать следующие пять форм. Они не всегда присутствуют, неодинаково ярко выражены и могут проявляться в различных комбинациях.

1) Пациент реагирует на положительную оценку хода лечения тем, что вступает в соперничество с психоаналитиком, негодует по поводу ощущаемого им превосходства последнего. Хорни считает, что такая реакция имеет место у людей, склонных к соперничеству и необычайно честолюбивых – при этом к честолюбию у них примешивается изрядная доля агрессивности. Они часто – наряду с горечью собственного проигрыша – выражают свою враждебность к аналитику, пытаются при этом всячески преуменьшить заслугу врача и нанести ему моральный ущерб. Реакция пациента в данном случае связана не столько с содержанием оценки, сделанной психоаналитиком, сколько с проявлением профессионального мастерства последнего.

2) Положительная оценка лечения может рассматриваться пациентом как удар по самолюбию, по самооценке его собственной личности, ибо он узнает, что не является совершенным, и ему не чужды заботы и беспокойства «обычного» человека. В действиях аналитика ему чудится упрек, и он может ответить на это отрицательной реакцией, пытаясь сам предъявлять ему претензии.

3) Вслед за положительной оценкой наступает чувство облегчения –

хотя и весьма преходящее, – и пациент реагирует на это, как будто понимая, что улучшение – это шаг к выздоровлению и успеху. Но эта реакция как бы объединяет и боязнь успеха, и боязнь поражения. С одной стороны, пациент чувствует, что если он достигнет успеха, то станет объектом той же зависти и злобы, которые он сам ощущает по отношению к успеху других. С другой стороны, он опасается, что если он попытается предпринять шаги во имя достижения каких-то честолюбивых целей и потерпит поражение, другие набросятся на него и сомнут так же, как ему хотелось бы смять их. Такие пациенты отшатываются от всяких целей, связанных с какими-то амбициями, а потому постоянно пытаются затормозить процесс выздоровления или даже остановить его.

4) Положительная оценка воспринимается как несправедливое обвинение, и пациент постоянно испытывает ощущение, что анализ напоминает судебное разбирательство. Такая интерпретация усиливает переживаемое пациентом чувство самообвинения, и он реагирует на это обвинениями в адрес аналитика.

5) Пациент воспринимает положительную оценку как отпор и относится к раскрытию своих собственных трудностей как к выражению неприязни или пренебрежения со стороны аналитика. Этот тип реакции обычно связан с сильной потребностью пациента в любви со стороны окружающих и не менее сильной чувствительностью к людскому равнодушию.

Данные типы реакции были выделены Хорни, и мы привели их здесь достаточно подробно в силу очевидной клинической значимости. Однако несмотря на то, что в начале своей работы Хорни дает достаточно четкое определение НТР, она (как и Ривьер) включает в нее и другие «негативные» ответы пациента, в основе которых лежат другие психологические процессы. Хотя изучение этих явлений необходимо с точки зрения лечения пациентов, склонных к «нарциссизму» и «мазохизму», они качественно отличаются от НТР в том виде, как ее описал Фрейд. Согласно определению Фрейда, эта реакция заключается в том, что состояние пациента действительно ухудшается там, где ожидалось его улучшение, и это совершенно не совпадает с той ситуацией, в которой пациент лишь испытывает *недовольство* по поводу «справедливой» интерпретации своего состояния или в случае, когда он вступает в агрессивное «противостояние» по отношению к психоаналитику.

Проявлением НТР у пациентов, страдающих сильным чувством вины или «потребностью в наказании», может быть их парадоксальная реакция

на интерпретации, ощущаемые ими как нападение, критика или наказание со стороны психоаналитика. Это продемонстрировано случаем пациентки с яркими мазохистскими проявлениями, описанного Сандлером (Sandler, 1959).

«Ее молчание и нежелание пойти на контакт во многом объяснялись намерением спровоцировать мой гнев. В то время я не обладал достаточным опытом, и иногда не мог скрыть своего раздражения, проявлявшегося в моих замечаниях или в тоне моего голоса. Всякий раз, когда это имело место, она расслаблялась, и следующий сеанс обычно оказывался „успешным“ – она нормально реагировала на вопросы, в результате чего удавалось получить новые полезные данные. Я объяснял происходящее тем, что, проявляя свое негодование, я невольно способствовал удовлетворению ее потребности к наказанию...»

До 60-х годов психоаналитические работы по рассматриваемому вопросу или в той или иной мере его касающиеся (например, Arkin, 1960; Brenner, 1959; Cessio, 1956, 1958, 1960a, 1960b; Eidelberg, 1948; Feigenbaum, 1934; Greenbaum, 1956; Homey, 1936; Ivimey, 1948; Lewin, 1950; Riviere, 1936; Salzman, 1960), как нам кажется, мало что добавили к нашему знанию и пониманию механизма этой реакции, основывающемуся на определении Фрейда; скорее они способствовали лишь расширению этого понятия, в результате чего оно стало употребляться в различных значениях. Среди работ, посвященных НТР, следует особо отметить необычайно содержательную статью Олайнника (Ollirtick, 1964), в которой автор рассматривает многие неправильные трактовки этого явления, распространенные среди психоаналитиков. Его также беспокоит тенденция среди исследователей расплывчато трактовать это понятие – в частности, Олайнник пишет: «Этот термин нередко применяется по отношению к любому ухудшению состояния пациента во время лечения, что в значительной степени сводит на нет тщательные клинические наблюдения многих предшествующих исследователей». Олайнник говорит о «мнимой» НТР, где этот термин используется для обозначения реакции пациента на ошибку в технике проведения психоанализа, когда психотерапевт раскрывает пациенту его бессознательные желания раньше, чем последний будет подготовлен соответствующим образом к такому восприятию. В результате подобной преждевременной положительной интерпретации

состояние пациента ухудшается, но это ухудшение вовсе не является НТР в том виде, как ее описывал Фрейд. Далее, Олайнник утверждает, что НТР следует рассматривать как особый вид негативизма. Он прослеживает происхождение негативистской установки до стадии ранних лет жизни больного и связывает ее с ситуациями, которые способствовали выработке у ребенка мстительной агрессивности и жажды противоречия.

Наблюдается все шире распространяющаяся тенденция связывать происхождение НТР с трудностями в отношениях раннего периода жизни пациента. Ряд авторов (например, Asch, 1976; Lampl-de-Groot, 1967; Limentani, 1981; Olinick, 1964, 1970, 1978) привлекают внимание к тому, что предрасположение к этой реакции наблюдается у пациентов, проявляющих регрессивное стремление к слиянию с внутренне подавленным образом матери, одновременно (амбивалентно) любимой и ненавидимой. В частности, Лиментани (Limentani, 1981) пишет о боязни пациентов вновь испытать психическую боль, ассоциируемую с травматическими переживаниями детских лет жизни. Представляется весьма вероятным, что чувство вины, испытываемое при мысли о разрыве связи с лицом, связанным с переживаниями раннего детства, играет важную роль в появлении негативной терапевтической реакции. Эти тесные внутренние связи могут носить мазохистский характер, являть эффект само-наказания, и последующее наступление НТР окажется отражением потребности укрепить еще больше мазохистскую, наносящую себе самому ущерб связь с объектом (Loewald, 1972). Неспособность пациента индивидуализироваться и отделить себя от людей, с которыми связаны детские переживания, – вот то явление, на которое в последние годы стали обращать внимание некоторые авторы (например, Mahler, 1968; Mahler, Pine & Bergman, 1975). В некоторых работах при рассмотрении НТР в качестве шкалы отсчета используется фактор отделения-индивидуализации (например, Valenstein, 1973; Asch, 1976; Grunert, 1979; Roussillon, 1985).

Аш (Asch, 1976), описывая НТР, привлекает внимание к связи между существованием мазохистских отношений в детстве и получением нарцисстического удовлетворения:

«Пациент, детство которого проходило под эгидой родителя, идеализировавшего страдания с отсутствием удовлетворения, и который впоследствии интроецировал эти аспекты образа любимого родителя, будет проявлять тенденцию к сопротивлению улучшениям в ходе анализа и особенно к сопротивлению интерпретациям, способным удалить препятствие

к удовольствиям. Как только система морали интегрирована, соблюдение ее не только устраняет чувство вины, оно также дает нарцисстическое удовлетворение, получение которого может стать целью само по себе».

Хотелось бы добавить, что пациент может ощутить страх утраты так называемого «нарцисстического всемогущества», потерю ощущения, что он является хозяином в собственном доме, если он примет улучшения, наступившие в результате интерпретации. Ибо такое улучшение означает потерю независимости и самоконтроля, что, в конечном счете, приводит к утрате самоуважения (Kernberg, 1975; de Saussure, 1979; Brandschaft, 1983).

Когуг, развивая свою теорию психологии самости, пришел к выводу, что пациент, страдающий нарциссизмом, испытывал в раннем детстве «дефицит» в своих объект-отношениях, а Брандшафт, вслед за Когутом, связывает НТР с неспособностью пациента развивать и поддерживать «связную и сильную» самость. Он пишет о потребности пациентов с уязвимой самостью поддерживать связь с аналитиком, воспринимаемым как вечно терпящая неудачи фигура, и считает, что именно это и лежит в основе НТР.

Проявление НТР у пациентов, склонных к депрессии, становится темой ряда публикаций, начиная с 1936 года (Riviere, 1936; Horney, 1936; Gero, 1936; Lewin, 1950–1961; Olinick, 1970). Отмечается, что для некоторых пациентов, как это ни парадоксально, успех в лечении представляется отходом от или утратой «идеального» состояния, связанного с определенными жесткими требованиями совести. Вероятно, именно с этой потерей «идеального» состояния и связано появление депрессии (Sandler & Joffe, 1965). Дальнейшая, хотя и не столь прямая связь между НТР и депрессивным состоянием, может быть прослежена, судя по нашему собственному клиническому опыту, до появления у ряда пациентов, склонных к такой реакции, симптомов, направленных на то, чтобы уклониться или помешать наступлению депрессивного состояния. Появление таких симптомов описано в литературе в связи с появлением психогенных болей (Sandler & Joffe, 1967).

Со времени публикации книги Мелани Клейн «Зависть и благодарность» (Klein, 1957) все большее значение в развитии и патологии придается зависти и связанной с ней деструктивностью. Подчеркивается роль зависти в появлении НТР у пациентов, страдающих нарциссизмом и с пограничными состояниями (Begoin & Begoin, 1979; Kernberg, 1975; Rosenfeld, 1975; Segal, 1983; Spillius, 1979). Пациент может завидовать

способности аналитика делать правильные интерпретации и негодовать по этому поводу и, как следствие этого, испытывать желание разрушить власть аналитика, проявляя НТР. Интересно отметить, что это напоминает идею, выдвинутую Хорни в 1936 году. Кернберг (Kernberg, 1975) пишет о том, что пациенты, склонные к нарциссизму, испытывают желание нанести поражение аналитику, «подорвать усилия других людей помочь им, даже и в тех случаях, когда им самим угрожала бы гибель в ходе этого процесса».

Баранджер (Baranger, 1974) дает хорошее изложение взглядов Мелани Клейн на НТР:

«В своей работе „Зависть и благодарность“ Мелани Клейн приводит доводы в пользу того, что в основе НТР всегда лежит зависть, ибо проблема НТР всегда возникает именно в тот момент, когда аналитик обретает уверенность в том, что он понимает пациента, а последний разделяет эту уверенность. С помощью НТР анализируемый разрушает успех аналитика и одерживает над ним верх. Это последний плацдарм пациента, ведь в конце концов он все-таки оказывается в состоянии нанести удар психоаналитику, хотя бы даже и ценой собственной неудачи».

В предыдущих главах акцент делался на межличностных аспектах аналитической ситуации. Рассматривая НТР, Олайнник (Olinick, 1970) пишет, что «хотя НТР можно рассматривать в терминах интрапсихических, относящихся к одному лицу, в действительности для ее возникновения требуется присутствие еще одного лица... НТР подразумевает поиски другого лица, который смог бы выступить в роли наказующего». Это высказывание, очевидно, подразумевает аналитическую ситуацию, в которой могут возникнуть контрпереносные реакции у аналитика (глава 6). Олайнник пишет, что «контрпереносы происходят у всех психоаналитиков и имеют тенденцию появляться в ответ на возникновение у пациента НТР». Переносные и контрпереносные аспекты этой реакции привлекают внимание многих авторов (Asch, 1976; Limentani, 1981; Loewald, 1972; Olinick, 1964, 1970; Spillius, 1979). Негативные терапевтические реакции могут вызывать у аналитика чувство разочарования и подвергать испытанию его аналитическую нейтральность и, следовательно, могут рассматриваться как один из способов вызвать или спровоцировать ответную реакцию у аналитика на поведение пациента. Лангс (Langs, 1976) указывает на то, что обычно при анализе пациент реагирует на

интерпретацию таким образом, что она получает статус ценностной для аналитика. В случае же НТР, однако, пациент подрывает ситуативную динамику, лишая интерпретацию какой-либо ценности для психоаналитика.

Поскольку склонности к НТР связаны скорее со свойствами характера индивида и не являются ситуативным действием в психоаналитическом процессе, эта парадоксальная реакция на перспективу выздоровления или успеха вполне возможна и в других клинических ситуациях. Ее появления можно ожидать у пациентов в любой области медицины; при этом может обнаружиться, что в прошлом у таких пациентов наблюдались случаи подобной «негативной» реакции на собственные успехи и достижения.

Следует отметить, что есть и другие причины ухудшения состояния пациента в ситуациях, когда было достигнуто его заметное улучшение, и все это может не подпадать под понятие «НТР» в том виде, в каком ее описал Фрейд. Например, в период завершения лечения может произойти временное возвращение симптомов заболевания. Это может иметь место и в других лечебных ситуациях, помимо лечения психоанализом, например, когда с больным обсуждается выписка из больницы или прекращение курса лечения в поликлинике. В некоторых случаях это может объясняться выработавшейся в ходе лечения зависимостью больного от врача. Другая причина этого – страх возвращения болезни после прекращения лечения, который реализуется в ухудшении состояния еще до окончания курса лечения.

НТР представляется авторам четко проявляющимся клиническим явлением, наступление которого не обязательно связано с ошибочно выбранным методом лечения или неудачными действиями лечащего врача. Мы вновь подчеркиваем, что в ухудшении состояния пациента может быть замешано множество причин, которые не имеют отношения к НТР.

Понимание механизма этой реакции и конкретного типа характера, склонного к ее нахождению, имеет широкое клиническое применение. Так, например, оно может заставить врача проявить особую осторожность, когда он собирается предложить «отдохнуть» пациенту, подверженному депрессивным состояниям и испытывающему чувство вины, в манере реагировать которого очевидна склонность к НТР. Появившееся в результате чувство вины такого пациента может спровоцировать сильные боли и наступление депрессии, вплоть до суицидальных попыток.

В психоаналитической литературе, посвященной рассматриваемому вопросу, вырисовываются два направления использования понятия НТР. Первый из них состоит в затуманивании специфических особенностей данной реакции и связывании ее с более общими винами сопротивления и



«негативистскими установками» или с мазохизмом в его разнообразных формах. Хотя благодаря такому подходу было улучшено наше понимание *сопротивления*, специфичность)той реакции состоит в том, что это процесс, подразумевающий в том или ином варианте «шаг вперед», а затем – отступление назад. Мы придерживаемся мнения, что необходимо проводить различие между рассматриваемой реакцией и общим понятием сопротивления и сохранить термин «негативная терапевтическая реакция» в том его значении, которое ему изначально придавал Фрейд, описывая его как двухступенчатый процесс. Однако Руссильон (Roussillon, 1985) достаточно убедительно показал, что НТР состоит не из двух стадий, а из трех. Это – (1) улучшение состояния пациента, ведущее к (2) выражению аналитиком своего удовлетворения по поводу (1), вслед за которым наступает (3) ухудшение состояния пациента. При этом сама реакция рассматривается как явление переноса. Мы, конечно, можем размышлять о том, что отдельные фазы НТР могут совершенно отдельно от любой другой патологии отражать переживания детства, связанные с поощрением, ожиданием или оптимизмом, за которыми так или иначе следовало разочарование.

Другое направление развития НТР состоит в том, чтобы расширить понимание его динамики и патологических факторов, помимо чувства вины. Как мы показали в этой главе, существует множество различных причин для возникновения НТР. Поэтому, хотя термин «негативная терапевтическая реакция» следует сохранить для *описания* конкретной реакции, сведение *объяснения* этой реакции к действию чувства вины, конечно, слишком сужает сам термин.

## **ГЛАВА 9**

## ОТРЕАГИРОВАНИЕ

Из всех клинических понятий, рассматриваемых в данной книге, *отреагирование* (acting out), вероятно, подверглось наибольшему смысловому изменению и расширению с тех пор, как оно было впервые использовано Фрейдом (Atkins, 1970; Boesky, 1982; Erard, 1983; Freud, 1905e[1901]; Holder, 1970; Infante, 1976; Langs, 1976; Thomae & Kaechele, 1987). Блос (Blos, 1966) пишет о неразберихе, связанной с этим понятием, так:

«...Само использование понятия „отреагирование“ перегружено различными значениями и ссылками. Достаточно четкое определение этого термина, сформулированное тридцать лет назад, когда отреагирование в процессе анализа признавалось законной анализируемой формой сопротивления, к настоящему моменту оказалось значительно расширенным, в результате чего в него были включены различные виды отклоняющегося (деликвентного) поведения, различные патологии и импульсивные действия. Такое расширение понятия фактически привело к его терминологической непригодности. Теперь я ощущаю себя человеком, пробирающимся наощупь сквозь подлесок разросшегося понятия в поисках просвета для более широкого обзора».

В настоящее время существует тенденция (среди психоаналитиков и других исследователей) включать в этот термин целый ряд импульсивных, антиобщественных, представляющих социальную опасность действий, часто безотносительно к ситуации, в которой такие действия возникают. Иногда это понятие используется в уничижительном смысле для выражения неодобрения действиям пациентов и даже своих коллег. Анализ опубликованной за последнее время литературы на эту тему показывает значительное разнообразие в использовании этого термина. Единственным на наш взгляд звеном, объединяющим это разнообразие, является согласие авторов относительно того, что рассматриваемое ими явление, называемое «отреагированием», имеет бессознательные детерминанты.

Путаница с употреблением понятия «отреагирование» связана в настоящее время отчасти и с переводом самого немецкого слова,

первоначально использованного Фрейдом. В 1901 году в работе «Психопатология обыденной жизни» Фрейд употребил разговорный немецкий глагол «handeln» (действовать) в описании «ошибочных» действий или парадоксов, которые, как можно было предположить, имели бессознательный смысл. В 1905 году, однако, описывая историю болезни своей пациентки по имени Дора, он применил в конкретном техническом смысле слово «agieren», также означающее «действовать», но с несколько более эмфатическим (выразительным) подтекстом. «Agieren» было переведено на английский как «acting out» – «действие наружу». Возможно, этот перевод и, в частности, добавление частицы «out» – «наружу» – способствовали изменению значения этого термина в английской и американской литературе. Так, Беллак пишет: «Фрейд впервые использует понятие „отреагирование“ в работе „Психопатология обыденной жизни“ (здесь Беллак смешивает термины „handeln“ и „agieren“). Далее он описывает почти все типы клинически важных действий как ту или иную разновидность „отреагирования“ (1965). Приравнивание „handeln“ и „agieren“ можно обнаружить также у Гринейкр (Greenacre, 1950) и Рексфорда (Rexford, 1966).

Пациентка, которую Фрейд называет Дорой, прервала лечение после трех месяцев и, анализируя впоследствии данный случай, Фрейд объясняет этот внезапный срыв тем, что он не сумел заметить перенос на него пациенткой своих чувств по отношению к сыгравшему в ее жизни в прошлом значительную роль господину К... Фрейд пишет: «Этот перенос застал меня врасплох. Из-за некоторых качеств во мне, напомнивших Доре господина К., она отомстила ему за то, что, как она считала, он обманул и покинул ее. Таким образом, она *отреагировала* существенную часть своих воспоминаний и фантазий вместо того, чтобы дать возможность выявить их во время лечения» (Freud, 1905e [1901]). Здесь отреагирование было связано с переносом и с сопротивлением и рассматривалось как замена воспоминаний. Пациентка не вспомнила прошлое и не проявила его в своих свободных ассоциациях, а вместо этого отыграла саму память.

Наиболее подробное обсуждение этого понятия содержится в посвященной технике психоанализа статье Фрейда «Воспоминания, повторения и проработка» (Freud, 1914g). Здесь отреагирование очень близко связано с ситуацией клинического психоаналитического лечения. Как и в случае с Дорой, отреагирование использовано для обозначения действий, которые пациент производит как субституцию своих воспоминаний: «...пациент не *вспоминает* ничего из того, что он забыл и подавил в своей психике, но *действует* в соответствии с этими

воспоминаниями. Он воспроизводит ситуацию из прошлого не в виде воспоминания, а в виде действия – он *повторяет* ее, не зная, что он ее повторяет... Например, пациент не обнаруживает воспоминаний о том, что когда-то возмущенно и критически относился к власти родителей, вместо этого он направляет свое возмущение и иронию на лечащего врача».

Далее, Фрейд делает предположение, что отреагирование есть *один из способов запоминания*, проявляющийся во время психоанализа. Он обращает внимание на то, что перенос также может рассматриваться как «частица повторения», и что перенос и отреагирование есть одно и то же, когда пациент повторяет прошлое таким образом, что вовлекает в него и личность психоаналитика (например, когда пациентка влюбляется в аналитика). Однако он также связывает отреагирование с сопротивлением. «Чем сильнее сопротивление, тем более интенсивно отреагирование будет заменять воспоминания... Если по мере прохождения анализа перенос становится враждебным или не в меру интенсивным и, следовательно, нуждается в подавлении, воспоминания немедленно оборачиваются отреагированием».

Фрейд различает отреагирование в аналитической ситуации и *вне* анализа. Обе эти формы рассматриваются как следствие аналитической работы и лечебной ситуации. Внутри анализа перенос дает возможность для отреагирования, и это может быть единственным способом, когда подавленные воспоминания с самого начала находят свою дорогу на поверхность. Отреагирование вне психоанализа связано с потенциальной опасностью и для лечения, и для пациента, но зачастую его совершенно невозможно предотвратить, и вмешательство в таком случае не всегда желательно. Фрейд замечает при этом, что аналитик пытается защитить пациента от возможных последствий, связанных с отреагированием, заставляя последнего обещать, что во время лечения тот не будет принимать никаких важных решений, могущих повлиять на его жизнь. Он добавляет, однако:

«... в то же самое время психотерапевт стремится сохранить личную свободу пациента в той мере, в какой это совместимо с такими ограничениями – он также не мешает и осуществлению маловажных намерений пациента, даже если они и достаточно нелепы – не следует забывать, что фактически только благодаря собственному опыту и ошибкам человек учится действовать осмысленно. Есть такие люди, которых никто не может удержать во время лечения от участия в каких-то нежелательных

предприятиях, и которые лишь впоследствии становятся готовыми и доступными для анализа. Иногда также случается, что неподчиненные инстинкты начинают управлять психикой пациента еще до того, как психоаналитик сумел впрячь их в поводья переноса, или узы, связывающие пациента с лечением, оказываются недостаточно крепкими и разрываются пациентом в ходе повторяющегося действия» (Freud, 1914g).

Поскольку курс лечения психоанализом сейчас является более длительным, чем раньше, просьбы к пациенту воздержаться от принятия жизненно важных решений (например, вступления в брак) во время прохождения курса лечения делаются в менее жесткой форме или вообще не делаются.

Взгляды Фрейда по рассматриваемому вопросу остались в значительной мере неизменными и в последних публикациях на эту тему (Freud, 1920g, 1939a, 1940a [1938]) и совершенно очевидно, что он последовательно рассматривал отреагирование как *клиническое* психоаналитическое понятие, связанное весьма специфически с психоаналитическим лечением (см. также А. Freud, 1936). Отход от первоначального толкования, изложенного в работах Фрейда, начался в последовавшей психоаналитической литературе достаточно рано, причиной чего явилось несколько факторов. Перечислим некоторые из них.

1) Замечания, сделанные Фрейдом, брались вне контекста и использовались для значительного расширения этого понятия. Рассматривая вопрос о том, что пациент повторяет в условиях сопротивления, Фрейд замечает: «Теперь мы можем попытаться ответить на вопрос, что же на самом деле воспроизводит пациент или что он отыгрывает. Ответ заключается в том, что он повторяет все, что пробилося из источников подавляемого в его манифестную личность, – то, что запрещалось сознанием и было результатом патологических черт его характера. Он также повторяет в ходе лечения все симптомы своей болезни» (Freud, 1914g). Из вышесказанного не следует делать вывод, что повторение и отреагирование – это одно и то же, хотя отреагирование и является формой повторения. Не следует также считать, что указание Фрейда исключает отреагирование из *клинического* контекста.

2) Перевод немецкого «agieren» в английское «acting out»<sup>[3]</sup> привел к тому, что некоторые авторы ограничивают это понятие отреагированием только *вне* ситуации аналитического процесса. Это привело к появлению

термина «acting in» («в-реагирование») для обозначения некоторых аспектов того, что Фрейд считает относящимся к понятию отреагирования в рамках психоанализа (Zeligs, 1957; Rosen, 1965; Eidelberg, 1968), хотя термин «в-реагирование» употребляется весьма редко.

3) Тенденция расширить психоаналитическую теорию до общей психологии (Hartmann, 1939, 1944, 1964) привела к пересмотру *клинических* понятий и преобразованию их в психологические термины более общего характера. Этой тенденции, безусловно, способствовали неоднократные замечания Фрейда, что явления, наблюдаемые при психоаналитическом лечении, можно наблюдать и вне его. Такая попытка придать клиническим понятиям более общий смысл может привести к тому, что они в какой-то степени утратят свою клиническую точность. Этот вопрос уже обсуждался в связи с переносом (глава 4), те же соображения, по-видимому, можно отнести и к отреагированию.

4) Понятие отреагирования было выработано в контексте применения психоаналитического метода в лечении взрослых пациентов, в основном, страдавших неврозом, которые рассматривались как люди, способные придерживаться основных технических правил свободной ассоциации. При использовании психоанализа для лечения больных с серьезными психическими отклонениями, психопатов, подростков и детей возникали новые технические проблемы и это привело к расширению данного понятия. Из-за сходства между импульсивными аспектами поведения пациентов в вышеуказанных группах и действиями пациентов-невротиков в результате отреагирования (под воздействием психоанализа) возникло сильное искушение считать всякое импульсивное поведение отреагированием (A. Freud, 1968).

5) Отреагирование рассматривалось Фрейдом как особый вид сопротивления, который может иметь нежелательные последствия как для пациента, так и для хода лечения. Видимо, исходя из этого, его коллеги и последователи сделали естественный шаг к тому, чтобы применять этот термин чаще к «нежелательному» поведению в общем его понимании, чем к другим видам поведения. Доведя эту тенденцию до крайности, некоторые исследователи стали относить к отреагированию всякое действие, нежелательное с общественной или моральной точек зрения.

Отреагирование рассматривается Феникелем (Fenichel, 1945b) в связи как с явлениями, наблюдаемыми при лечении, так и с импульсивными тенденциями, связанными с личностью и патологией индивида. Он сравнивает тенденцию к импульсивным действиям с травматическим

опытом, переживаемым ребенком в первый год жизни, считая, что этот опыт способствует появлению тенденции реагировать на неприятные ощущения резко и агрессивно. Он делает вывод о том, что травматические переживания в детстве могут привести к настойчивым попыткам одержать верх там, где когда-то человек проявил пассивную покорность в нанесших ему ущерб обстоятельствах. Интересно, что Феникель более четко, чем Фрейд, разграничивает понятия переноса и отреагирования, заявляя, что тенденция к отреагированию есть функция конкретного индивида и поэтому может рассматриваться в более широком контексте, нежели контекст психоаналитического лечения. Индивиды, проявляющие склонность к отреагированию, совершают его независимо от того, проходят они лечение психоанализом или нет. У всех у них наблюдается

«недостаточная способность разграничивать настоящее и прошлое, нежелание учиться, готовность подменять некоторые жесткие модели (схемы) реагирования адекватными реакциями на определенные стимулы. Но эти модели реагирования... не обязательно представляют собой реальные действия, – иногда они проявляются просто в эмоциональном отношении, и мы скорее назовем их „переносом“, если такое отношение касается определенных людей, и „отреагированием“, если делается вообще что-то, безотносительно в чей адрес».

Основное наблюдение Феникеля, – что некоторые люди проявляют более развитую способность выражать свои бессознательные импульсы в действии, нежели другие – представляется интересным, но сохранение им понятия «отреагирование» для таких импульсивных действий размывает связь, которая до этого существовала между отреагированием и сопротивлением-переносом. Рассматривая отреагирование таким путем, он фактически разобрал совершенно другую тему, а именно обсуждение характера индивидов, склонных действовать под влиянием импульсов.

Гринейк (Greenacre, 1950) также считает отреагирование явлением привычки, порождающим особые проблемы в терапевтической «технологии». Она определяет отреагирование как «особую форму памяти, при которой старые воспоминания вновь проигрываются в более или менее организованной и часто лишь слегка завуалированной форме. Это вовсе не четко осознаваемое визуальное или вербальное воспоминание, здесь отсутствует и сколько-нибудь ясное осознание того, что данная специфическая активность мотивируется памятью. Его поведение кажется



самому субъекту вполне объяснимым и соответствующим ситуации». Эта последняя черта отреагирования, его «эго-синтонное» качество, подчеркивается и в большинстве последующих работ по данному вопросу (например, Blum, 1976; Greenson, 1966, 1967).

Связанные с развитием детерминанты привычных форм отреагирования рассматриваются также Гринейкр; к детерминантам, перечисленным Феникелем (Fenichel, 1945b), она добавляет «особую склонность к визуальной чувствительности, порождающую тенденцию к драматизации, и в большой степени бессознательную веру в магическую силу действия». Формулировки Гринейкр предполагают, что тенденция к привычному отреагированию есть в основном результат определенных расстройств в первые два года жизни. Связь между отреагированием и переживаниями довербального периода жизни подчеркивается и во многих более поздних работах, особенно у последователей Мелани Клейн (например, Bion, 1962; Grinberg, 1968, 1987; Rosenfeld, 1965b; Meltzer, 1967), хотя эту точку зрения поддерживают и другие исследователи. Блюм (Blum, 1976) подчеркивает, что «травма, полученная в очень раннем детстве, способствует возникновению процесса отреагирования и его фиксации. Доэдиповы и превербальные травмы мешают выработке когнитивного и импульсивного контроля и могут привести к обязательному „изживанию“... Расстройства, связанные с развитием отделения-индивидуации (Mahler, 1968; Greenacre, 1968), предрасполагают к появлению последующего отреагирования, связанного с хрупкостью эго». Анастасопулос (Anastasopoulos, 1988) высказал мысль, что отреагирование, особенно в юношеском возрасте, может явиться выражением регрессии в способности к символизму, что приводит к снижению способности к абстрактному мышлению. Он также считает, что отреагирование есть выражение примитивной символической коммуникации.

В последние годы возросла тенденция применять этот термин к обозначению самых различных видов действий. Существует отдельная работа под названием «Отреагирование» (Abt & Weismann, 1965; 1976), посвященная рассмотрению столь разнообразных поведенческих расстройств, как употребление наркотиков, алкоголизм, психосоматические нарушения, ожирение, гомосексуализм, неспособность к учебе и тому подобное, классифицируемых как особые формы отреагирования. В предисловии к своей монографии Беллак (Bellak, 1965) замечает:

«Даже если понятие отреагирования рассматривать в более узком смысле, оно имеет большое социальное значение.

Расстройство характера, сказывается ли его эмоциональное влияние лишь в малой семейной группе, или связано с человеком, деятельность которого осуществляется на государственном уровне, – это серьезная проблема. Малолетний преступник, взрослый рецидивист, наркоман, обыкновенный психопат или подверженный психотическому расстройству политический деятель – все это проблемы большой социальной важности, требующие своих решений. Необходимо узнать, как предотвратить развитие таких нарушений и понять их достаточно глубоко, чтобы быть в состоянии контролировать их терапевтически или социально, и уже сейчас необходимо срочно научиться предсказывать, в каких конкретных случаях и когда можно ожидать появления действий, связанных с отреагированием».

Точно такую же формулировку, в которой данное понятие из клинического расширяется до понятия общей психологии, мы находим и в работе Елены Дейч (Deutch, 1966):

«Все мы до некоторой степени способны отыгрывать под влиянием пережитых в прошлом ситуаций, ибо никто из нас не свободен от регрессивных тенденций, подавленных желаний, более или менее осознанных фантазий и т. д. Художник, например, отреагируя, создает произведение искусства – невротики всех видов и степеней в отреагировании проявляют симптомы своей болезни, у истериков это выражается в резких переходах от одного состояния к другому и часто в появлении очень драматических сумеречных состояний, у больных с навязчивыми состояниями – в их склонности к определенным церемониям, у больных психозами – в галлюцинациях и маниях, у лиц с отклоняющимся поведением – в антисоциальных поступках».

Такое расширение понятия, по-видимому, совершенно лишает его первоначального значения. Представляется неудачным и то, что в литературе не используется такой, например, термин, как «разыгрывание» (enactment) с тем, чтобы различать общую тенденцию к импульсивным или нерациональным действиям и Отреагирование как таковое, в контексте лечебного процесса. Более того, такое расширение понятия, по-видимому,

усиливает его пейоративное (уничижительное) значение.

Феникель однажды заметил (Fenichel, 1941), что «о так называемом отреагировании надо думать с терапевтической точки зрения. У индивидов, которые, в общем, не подвержены отреагированию, его появление есть благоприятный знак того, что в анализе случилось нечто, что мы можем и должны использовать при выяснении бессознательных процессов, лежащих в основе отреагирования». Однако в более современных работах также отмечено отрицательное отношение к столь неразборчивому употреблению рассматриваемого термина, и некоторые авторы выступают за возврат к его более узкой трактовке, в первую очередь для обозначения разыгрывания (enactment) бессознательных стремлений в ходе лечения (например, Bilger, 1986; Blum, 1976; Erard, 1983; Limentani, 1966; Greenson, 1967; A. Freud, 1968; Rangell, 1968). В свете этой тенденции наблюдается отход от того, чтобы рассматривать отреагирование как явление нежелательное, и стремление к тому, чтобы увидеть в этом явлении источник информации, а также придать ему значение особой формы коммуникации и самовыражения. В таком отношении оценка отреагирования как клинического явления претерпела изменения, похожие на те, что произошли с понятием переноса (глава 4) и контрпереноса (глава 6), которые оба первоначально рассматривались как препятствующие лечению, а позднее стали считаться важными источниками информации. В свете этого возникла тенденция отойти от того, чтобы рассматривать отреагирование исключительно как форму сопротивления, особенно против переноса (Blum, 1976; Erard, 1983; Greenson, 1967; Khan, 1963; Mitscherlich-Nielsen, 1968; Rangell, 1968; Rosenfeld, 1965b; Winnicott, 1949).

Расширение клинического понятия отреагирования до такой степени, чтобы оно включало в себя формы действия, не являющиеся простым отражением сопротивления, вновь возродило проблемы, связанные с определением этого понятия. Так, Лапланш и Понталис (Laplanche & Pontalis, 1973) замечают: «Одна из самых насущных проблем психоанализа состоит в том, чтобы провести различие между переносом и отреагированием, не основываясь на чисто технических критериях... Выполнение этой задачи предусматривает переформулировку понятий *действие* и *актуализация* и выведение нового определения различных модальностей *коммуникации*». В сферу этой задачи входят и попытки разграничить различные виды действия. Гринсон (Greenson, 1966) предлагает различать переживание вновь (re-living), симптоматические акты и отреагирование. Рейнджел (1968, 1981) проводит различие между отреагированием, нормальным действием и действием невротическим.

Томэ и Кэхеле (Thomae & Kaechele, 1987) пишут, что при любой попытке пересмотреть данные понятия необходимо принять во внимание следующие моменты:

«аффективные и импульсивные абреакцию и контроль; слепое отреагирование и целенаправленное действие; моторную разрядку и высокоорганизованный поведенческий акт, такой как игра и сценическое изображение, структурирование связей, творческие достижения и другие способы разрешения напряжений и конфликтов с помощью дифференцированных и сложных форм движения и действия; отреагирование как результат и разрешение защитных и адаптивных потенциалов, имеющих в распоряжении индивида в его отношениях с окружающей средой».

Те же авторы приводят список бессознательных условий, способных усиливать тенденцию к отреагированию. Сюда относятся:

«ранние травмы, наносящие ущерб способности образовывать символы, поскольку память и запоминание связаны с усвоением словесных символов, которые сами по себе приводят к состоянию, при котором аппарат памяти обладает полезной структурой... Нарушения ощущения реальности, визуальной сенсбилизации, фиксаций на уровне „магического действия“ есть различные виды условий, способные сместить акценты вербального языка на язык действий. В то же время фантазии и действие являются возможными довербальными средствами разрешения проблемы и коммуникации».

Весьма большая группа авторов признает, что действия, которые можно охарактеризовать как отреагирование, встречаются в каждом случае проведения психоанализа (Voesky, 1982). Подчеркивается, что даже в тех случаях, где отреагирование рассматривается как результат сопротивления, оно может служить также и функции коммуникации (например, Egard, 1983; Greenson, 1966; Langs, 1976). В самом деле, в последние годы особый акцент делается на связи отреагирования с контрпереносом психоаналитика.

Психоаналитик оценивает пациента в терминах своей собственной системы ценностей и своей собственной личности (Klauber, 1981).

Вследствие этого поведение, которое один психоаналитик может рассматривать как проявление отреагирования, другой может считать примером нормального и адаптивного поведения. Гибкость мышления аналитика и его способность к терпению и пониманию бессознательного смысла поступков пациента должны помогать ему решить, является ли поведение последнего отреагированием или нет (Bilger, 1986; Thomaе & Kaechele, 1987). Контрпереносная реакция психоаналитика на отреагирование пациента может явиться ценным источником информации относительно ролевого взаимодействия, которое пациент пытается спроецировать на ситуацию (Sandler, 1976). Клувер (Kluewer, 1983) пишет, что «совращение» аналитика в отреагирование, в котором тот участвует вместе с пациентом, то есть участие в диалоге может стать способом достижения новых инсайтов, точно так же, как и контрперенос. В соответствии с этим Билджер (Bilger, 1986) высказывает мысль о том, что классификация поведения как отреагирования основывается в большей степени на ощущении давления, которое испытывает аналитик, на ощущении того, что пациент перешел положенные границы, нежели на характере самого поведения: диагностика отреагирования делается целиком зависимой от характера контрпереноса. Он указывает на то, что все более доходчивое подчеркивание положительных, творческих, основывающихся на диалоге аспектов отреагирования не должно привести к отрицанию аналитиком его негативных черт, то есть тех аспектов этих черт, которые аналитик ощущает как сопротивление. Понимание аспектов отреагирования, связанных с сопротивлением, может обеспечить более близкий доступ к негативному переносу при анализе (см. глава 4).

В настоящее время существует тенденция считать отреагирование первым признаком появления нового материала, исходящего из бессознательных источников (Bilger, 1986). Лиментани (Limentani, 1966), например, приводит случай с пациентом, который явился к психотерапевту в обычное время, забыв, что сеанс отменен в связи с национальным праздником. Лиментани считает, что в таком поведении пациента мало свидетельств, указывающих на сопротивление, и его можно считать источником получения ценного аналитического материала. Балинт (Balint, 1968) делает похожее замечание в отношении анализа пациентов, в личности которых заложена «базисная вина».

«Положительные» черты отреагирования как формы *адаптации* подчеркиваются несколькими авторами. Блос (Bios, 1963) и Анастопулос (Anastasopoulos, 1988) указывают на защитные и адаптивные функции отреагирования у подростков, на отражение потребности сохранить

целостность своей самости. Другие (например, Mitscherlich-Nielsen, 1968) подчеркивают ценность отреагирования как «пробного» (trial) поведения, следующего за интерпретацией и инсайтом.

Суммируя сказанное, можно сделать вывод о том, что понятие отреагирования используется в психоанализе в двух основных смыслах:

(1) Чтобы описать определенные явления в поведении пациента, возникающие в ходе психоаналитического процесса и являющиеся следствием этого процесса. Такое понятие можно отнести к ментальному содержанию (желание, воспоминание и т. д.), которое выталкивается на поверхность сознания как следствие оживления этого содержания во время лечения, причем объекты этого ментального содержания не вспоминаются пациентом, а скорее толкают его на определенные действия, т. е. как бы проигрываются им. В связи с этим отреагирование может рассматриваться как результат сопротивления развитию переноса. Такое разыгрывание называют «отреагированием в переносе», но отреагирование включает в себя другие связанные с лечением и провоцируемые лечением формы. В своем первоначальном значении отреагирование может иметь место как в рамках психоаналитического лечения, так и вне его. Термин в-реагирование обычно просто означает отреагирование в рамках лечебной ситуации. Считается, что отреагирование внутри анализа имеет коммуникативную функцию, функцию, которая может сосуществовать с сопротивлением, ибо сопротивление само по себе может иметь свой смысл и значение.

(2) Для описания привычных моделей действия и поведения, являющихся следствием индивидуального склада и личностной патологии, и связанных больше с типом индивида, нежели с лечебным процессом. Пожалуй, наиболее четкое определение таких индивидов было дано Хартманом (Hartmann, 1944):

«Существует... достаточно большое число людей, для которых активное социальное поведение представляет собой не рациональные действия, а „отреагирование“, которое по отношению к социальной ситуации носит, в большей или меньшей степени, невротический характер. В ходе такого „отреагирования“ они повторяют инфантильные ситуации, стремясь использовать свое социальное поведение для разрешения внутренних психических конфликтов. Подобная ориентация на существующую реальность может быть также использована для преодоления чувства страха. Она может носить

характер симптома, хотя последнее и необязательно. Это также зависит от особенностей социальной среды и от того, какие конфликты и вызывающие беспокойство напряженные состояния приходится преодолевать с помощью социального поведения. С другой стороны, иногда изменение социальной структуры, ограничивающей эту активность.... ведет к возобновлению тех конфликтов, которые временно были преодолены, и служит резкому невротическому обострению».

Использование понятия отреагирования применительно к поведению за рамками психоаналитического лечения создает известные трудности. Эти трудности не возникают, если мы используем это понятие в самом широком смысле, то есть как относящееся к тенденциям индивидуальной личности, ибо они существуют вне лечебной ситуации. В более узком и техническом смысле, однако, действительно возникает проблема, если мы придерживаемся взгляда, что отреагирование есть замена воспоминания, поскольку другие формы лечения, имеющие другие цели и использующие иные методы, не обязательно включают в себя воспоминания о детстве пациента. Тем не менее понятие отреагирования, если его использовать в расширенном смысле, может быть применено в этих видах лечения. Разыгрывание имевших место в прошлом состояний может иметь место и его вполне плодотворно относить к отреагированиям. Примером такого отреагирования может служить случай пациента, прошедшего курс поведенческой терапии, у которого в ходе лечения развилось чувство враждебности к психотерапевту как следствие его зависимости от последнего. При этом пациент мог разыграть (отреагировать) эту враждебность на ком-то другом. Точно так же больной на стационаре может столкнуться с не имеющим под собой реальных оснований чувством вины по отношению к лечащему врачу, появившимся под гнетущим влиянием больничной обстановки, и начать провоцировать своим поведением замечания или «наказания» со стороны больничной администрации. Осознание и понимание врачом тенденций к отреагированию, возникающему в рамках любой лечебной ситуации, по-видимому, может принести пользу не только для установления контакта с пациентом, но и в распознавании его психопатологии и поисках средств к ее излечению. Отреагирование, разумеется, не ограничивается миром пациентов. Иррациональные действия врача по отношению к пациенту, являющиеся результатом контрпереноса, также могут считаться отреагированием с его стороны. И поскольку отношения между членами

больничного персонала дают возможность усиливать инфантильные установки, иррациональное поведение, которое может возникать, например, как реакция на смерть или отставку кого-то из ключевых фигур в клинике, часто выражается в действиях, которые могут быть обозначены как отреагирование. Не вызывает сомнения, однако, что такое расширение самого понятия влечет за собой и некоторые изменения смысла сравнительно с его первоначальным использованием в психоаналитическом контексте.



## **ГЛАВА 10**

## ИНТЕРПРЕТАЦИИ И ДРУГОЕ УЧАСТИЕ (ИНТЕРВЕНЦИИ)

Предыдущие главы были посвящены понятиям, связанным с получаемой от пациента информацией, и с факторами, которые либо способствуют, либо препятствуют свободному коммуникативному потоку и взаимопониманию. В главе, посвященной так называемой *проработке* (глава 12), мы обсудим то возможное участие со стороны психоаналитика, которое имеет целью привести к качественным изменениям в состоянии пациента – в той же главе будет рассматриваться необходимость постоянного сотрудничества и усиления аналитического участия психотерапевта. Термин «интерпретация» («толкование») часто используют в общем смысле для обозначения такого участия. В стандартном издании работ Фрейда термин «интерпретация» часто используется при переводе с немецкого слова *Deutung*. Однако, как указывают Лапланш и Понталис (Laplanche & Pontalis, 1973), эти два слова не составляют полного соответствия: *Deutung* приближается по своему значению к «объяснению» или «прояснению», и Фрейд пишет, что *Deutung* сновидений «состоит в установлении их *Bedeutung* или значения».

В литературе, посвященной психоаналитическим методам, интерпретации отводится особое место. Так, Бибринг (Bibring, 1954) отмечает, что «*интерпретация* есть высшая инстанция в иерархии терапевтических принципов, на которых основывается психоанализ». Ведущая роль интерпретации подчеркивается и в работе М. Жилля (Gill, 1954), который 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». Лоувальд (Loewald, 1979) замечает, что «психоаналитические интерпретации основываются на само-понимании, а само-понимание реактивируется в акте интерпретации пациенту». Арлоу (по сообщению Rothstein, 1983) 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».

Поскольку психоаналитическая техника преимущественно *вербальна*, и поскольку подготовка психоаналитиков сделалась столь специализированной, с понятием «интерпретация» стал связываться определенный мистический налет. Некоторые аналитики для передачи интерпретационного материала даже специально подбирали соответствующий тембр голоса и интонацию. Менингер (Menninger, 1958) пишет по этому поводу:

«Термин „интерпретация“ является довольно неточным и свободно используется многими исследователями для обозначения вербального участия психотерапевта в психоаналитическом процессе. Я не в восторге от этого термина, ибо он может составить у начинающих специалистов неправильное представление об их основной роли при лечении психоанализом. Им не помешало бы напомнить о том, что они должны выступать не в роли оракулов, волшебников, лингвистов, следователей, занимающихся „истолкованием“ сновидений, но лишь в роли наблюдателей, слушателей и – иногда – комментаторов. Их участие в этом дуэте аналитика и пациента должно быть преимущественно пассивным..., а случающееся время от времени активное вмешательство лучше было бы назвать участием. Оно может быть, а может и не быть „интерпретацией“. Важно учесть, что любое слово, исходящее от психотерапевта в течении всего курса психоанализа, есть его вклад в процесс выздоровления больного...».

Как мы уже отмечали ранее, Фрейд (Freud, 1895d) в своих ранних работах писал о восстановлении «забытых» воспоминаний у пациента. На том этапе он ограничивал вербальное участие со стороны психоаналитика теми же ситуациями, в которых было необходимо добиться свободного выражения пациентом его мыслей. Он стремился избегать прямой суггестии, той, что характеризует гипнотические методы, из которых произошла психоаналитическая техника. Его комментарии и внушения были направлены лишь на *облегчение* у пациента возможности высказаться, поскольку Фрейд считал, что поток ассоциаций может в конце концов привести к возвращению (в одних случаях более, в других менее спонтанно) эмоциональных воспоминаний больного, связанных с важными и значительными событиями его прошлого. На ранней стадии развития

психоанализа эмоциональная абреакция (отведение), сопровождающая восстановление таких воспоминаний, рассматривалась как необходимый терапевтический прием, ибо считалось, что болезненные симптомы у пациента вызываются устойчивым действием «подавляемых» (damned-up, дословно, «осуждаемых, проклинаемых» – прим. перев.) аффектов. Постепенно Фрейд пришел к убеждению, что истерические симптомы символизируют недоступные пациенту какие-то аспекты предполагаемого травматического события, а также мысли и чувства, связанные с этим давно забытым событием. К 1897 году Фрейд отказался от травматической теории истерии и занялся рассмотрением процессов символической репрезентации, особенно в том виде, в каком они протекают во время сновидений.

Первые ссылки на психоаналитическую интерпретацию в работах Фрейда связаны с интерпретацией сновидений (Freud, 1900a). В данной связи термин «интерпретация» связывался с собственным пониманием и восстановлением психоаналитиком скрытых источников и значений сновидения («латентного содержания»). Это достигалось путем изучения свободных ассоциаций пациента на осознанное воспоминание о самом сне («манифестное содержание»). В ранние годы развития психоанализа психоаналитик раскрывал пациенту свою интерпретацию и объяснял ее, что само по себе носило достаточно дидактический характер.

В то время, когда Фрейд начал создавать свои работы, посвященные технике психоанализа (Freud, 1911e, 1912b, 1912e, 1913c, 1914g, 1915a), он заявлял, что в манере представления психоаналитиком информации, полученной от пациента, произошли некоторые изменения. Психоаналитик должен не открывать пациенту сделанную 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 (Freud, 1913c) стал выражать свое «неодобрительное отношение к любому методу, при котором аналитик объясняет пациенту симптомы его болезни, как только сам для себя их раскрывает...». Теперь он более или менее сознательно проводит разграничение между интерпретацией и *передачей* интерпретации. Так, он писал (Freud, 1926e): «Когда вы наймете 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 1937 году Фрейд разграничил понятия интерпретации и «конструкции» в психоанализе. «Интерпретация» относится к тому, что производится с каким-то единичным элементом психотерапевтического материала, таким, как ассоциация или парапраксис. Но когда предметом рассмотрения оказывается какое-то событие из истории пациента, которое он сам забыл, это уже «конструкция» (Freud, 1937d). Конструкция (ныне чаще называемая «реконструкцией») представляет собой «предварительную работу», способствующую появлению воспоминаний или их воспроизведению в виде переноса. Определение интерпретации, приведенное здесь, выглядит несколько необычно, поскольку оно появилось в работах Фрейда достаточно поздно и не утвердилось в последующей литературе. Сейчас не делается никакого акцента на том, что предметом интерпретации является «один-единственный» элемент.

Хотя на ранней стадии развития психоанализа интерпретация рассматривалась как процесс, происходящий в сознании психоаналитика, когда этим словом обозначено то, что психоаналитик говорит пациенту, особой путаницы не наблюдалось, ибо (если не считать ограничений, налагаемых необходимостью «психоаналитического такта»), содержание этих двух формулировок, в сущности, совпадало. По мере того, как укреплялось понимание необходимости раскрывать пациенту виды его сопротивления и защиты, все большее внимание стали уделять *форме*, в которой аналитик дает свои комментарии и объяснения пациенту. Это привело к появлению в послефрейдовской психоаналитической литературе понятия «интерпретация», подразумевающего то, что психоаналитик говорит пациенту – значение термина при этом не ограничивается лишь пониманием материала, получаемого от пациента. Сейчас этот термин часто применяется для описания того или иного аспекта комментариев психоаналитика. Само же «искусство интерпретации», которым должен обладать психоаналитик, стало означать скорее искусство успешного вербального участия, нежели искусство понимания бессознательного смысла материала, получаемого от пациента. Так, Феникель (Fenichel, 1945a) называет интерпретацией «способность помочь бессознательному перейти в сознание, называя его как раз в тот момент, когда оно стремится пробиться в сознание».

По-видимому, изменение этого понятия явилось неизбежным следствием появления структуральной теории Фрейда (Freud, 1923b, 1926d) и отхода от первоначальной «топографической» концепции (глава 1). В области психоаналитической техники все большее ударение стало делаться на формулировке интерпретаций, приемлемых для конкретного пациента

или способных оказаться особенно эффективными на данное время. Все больше внимания стало уделяться тому, *что* психоаналитик выбирает для сообщения пациенту, *когда* он делает это и в какой *форме*. (Fenichel, 1941, 1945a; A. Freud, 1936; Greenson, 1967; Hartmann, 1939, 1951; Kris, 1951; Loewenstein, 1951; Reich, 1928). Кроме того, стали больше выделять невербальные факторы, которые входят в эффективную интерпретацию. Бреннер (цитируется по Rothstein, 1983) четко заявляет, 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 (например, Gedo, 1979; Klauber, 1972, 1980; Rosenfeld, 1972) подчеркивают значение контекста отношений между аналитиком и пациентом для создания творческой, обеспечивающей инсайт интерпретации. Блюм (по сообщению Halpert, 1984) «придавал значение реальностям аналитической ситуации, таким как реальная внешняя обстановка, стиль и действия (возможно, что и действия неправильные) психоаналитика как экстратрансферентных факторов, имеющих тенденцию активировать или придавать реальность трансферентным фантазиям и упоениям». Ясно, что убежденность, с которой аналитик производит интерпретацию, и терпимость, которую он проявляет в отношении бессознательных желаний и фантазий пациента, играют важную роль в определении эффекта интерпретации.

В период с 1897 по 1923 год свободные ассоциации пациента рассматривались как поверхностные производные бессознательных желаний и импульсов, «пробивающие свой путь на поверхность из глубины». Проблема интерпретации рассматривалась преимущественно как проблема понимания «более глубокого» бессознательного материала из анализа сознательной продукции. После 1923 года структуральная точка зрения подчеркивала роль организованной части личности (эго) в нахождении компромиссов между инстинктивными порывами (ид), диктатами совести и идеалов (супер-эго) и внешней реальностью. Интерпретации рассматривались как обращенные к эго пациента, при этом приходилось принимать во внимание его сильные стороны и слабости. Психоаналитик был вынужден учитывать *результат* того, что он хотел сообщить пациенту. Примером этого может служить приводимый Феникелем анекдотический случай с психоаналитиком, который на протяжении нескольких недель неудачно интерпретировал желание пациента убить его. Хотя понимание психоаналитиком бессознательного желания пациента, по-видимому, было правильным, неправильным было

то, что он при этом говорил пациенту. Согласно Феникелю, «такая интерпретация в подобной ситуации *увеличивает* беспокойство, а вместе с ним и защитные реакции эго, вместо того, чтобы их уменьшить. Правильная интерпретация в этом случае (согласно Феникелю) могла бы быть такой: «Вы не можете говорить, потому что боитесь, что вам в голову могут придти мысли и побуждения, которые будут направлены против меня». Существуют психоаналитики (к счастью, их число уменьшается), которые до сих пор видят свою задачу в том, чтобы постоянно интерпретировать пациенту глубоко бессознательный материал, и которые, очевидно, придерживаются правила: «чем глубже, тем лучше».

По всей видимости, на сегодня ситуация такова, что термин «интерпретация» используется и как синоним почти всех видов словесного (а иногда и не словесного) воздействия на пациента, с одной стороны, и как *специфическое разнообразие* вербального участия, с другой. В литературе по этому вопросу наблюдается весьма немного попыток разграничить на описательном уровне различия между разнообразными компонентами вербального участия аналитика. Левенштейн (Loewenstein, 1951) считает, что комментарии со стороны аналитика, «создающие условия, вне которых процесс психоанализа был бы невозможен», являются не интерпретациями, а скорее комментариями, имеющими целью 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, исключает из понятия интерпретации инструкции и объяснения. Инструкцию он считает термином, «применимым к тем пояснениям, которые аналитик дает пациентам и которые увеличивают знание пациентов о себе. Такие знания извлекаются психоаналитиком из элементов, содержащихся и выражающихся в мыслях, чувствах, словах и поведении пациента». Левенштейн поднимает здесь определенную проблему, определяя интерпретацию на основе эффекта, который она производит, например, на основе динамических изменений, ведущих к инсайту. Мы можем охотно представить себе интерпретации, которые правильны, но не эффективны и, наоборот, те, которые не правильны, но эффективны (Glover, 1931). По-видимому, определение интерпретации по ее цели, а не по воздействию приводит к большей концептуальной ясности. Левенштейн также привлекает внимание к участию, которое можно было бы назвать

«подготовкой к интерпретации», как, например, выявление психоаналитиком сходных паттернов в пережитом пациентом опыте, который он сам полагает случайной последовательностью не связанных между собой случаев.

Эйслер (Eisler, 1953) указывает, что некоторое участие (например, команды пациентам, страдающим фобией) не входят в «базисную модель психоаналитического метода». Они составляют то, что он считает «параметрами метода». В той же статье Эйслер добавляет, что определенные вербальные интервенции, не являющиеся интерпретациями, также являются весьма важными для «базисной модели психоаналитического метода». Сюда относятся инструкции, которые можно считать полезными для данного конкретного пациента (например, об основополагающей роли свободной ассоциации) и вопросы, имеющие целью добиться большей ясности в понимании получаемого от пациента материала. Он придерживается мнения, что «вопрос как тип коммуникации есть основной и, следовательно, необходимый инструмент анализа, инструмент, весьма отличный от интерпретации». Олайнник (Olinick, 1954) дает в своей работе полезное обсуждение роли вопросов в технике психоанализа.

Гринсон выделил некоторые из вербальных компонентов аналитического метода (Greenson, 1967). Он считает, что «сам термин „анализирование“ есть краткое выражение, обозначающее...некоторые... способствующие возникновению инсайта приемы». К таким приемам он относит:

*Конфронтацию.* Последняя рассматривается как процесс привлечения внимания пациента к какому-то конкретному явлению, проясняя его и заставляя пациента признать что-то, чего он избегает и что ему в дальнейшем придется признать и осознать еще более четко.

*Разъяснение.* Хотя разъяснение может следовать за конфронтацией и смешиваться с ней, оно представляет скорее процесс четкого выявления психологических явлений, с которыми сталкивается пациент (и которые он сейчас готов рассмотреть). Этот процесс включает в себя «выкапывание» важных деталей, которые необходимо отделить от постороннего материала.

*Интерпретацию.* Означает «перевод в осознанное состояние бессознательного смысла источника, истории, способа или причины данного психического события. Обычно этот процесс требует более чем одноразового участия».

К этим трем (зачастую переплетающимся) процедурам в качестве



четвертой Гринсон добавляет *проработку*.

Итак, термин «интерпретация» используется в психоаналитической литературе в следующих значениях:

1. Выводы и заключения психоаналитика, касающиеся бессознательного значения и важности коммуникаций и поведения пациента.
2. Сообщение аналитиком своих выводов и заключений пациенту.
3. Все комментарии, делаемые психоаналитиком. Это наиболее распространенное бытовое использование термина.
4. Вербальные интервенции, специфически направленные на выявление «динамических изменений» посредством инсайта.

Некоторые авторы отделяют от интерпретации следующие моменты (следует учесть, что степень произвольности в их различиях порой весьма значительна):

1. Инструкции, даваемые пациенту относительно процедуры проведения психоанализа, для того, чтобы создать и поддерживать соответствующую атмосферу.
2. Восстановление некоторых аспектов предшествующей ранней жизни и жизненного опыта пациента на основании материала, получаемого во время психоаналитического курса.
3. Вопросы, имеющие целью извлечение и разъяснение материала.
4. Подготовка к интерпретации (например, демонстрация повторяющихся поведенческих схем, стереотипов и других паттернов в жизни пациента).
5. Конфронтации, в том виде, как их описывает Гринсон (Greenson, 1967).
6. Разъяснения, в том виде как их описывает Гринсон (Greenson, 1967).

Сейчас в литературе по психоанализу принято считать, что никакое определение интерпретации не может быть полным, и большинство авторов (например, Vibring, 1954; Klauber, 1972; Loewald, 1979; Shafer, 1983) согласны со взглядом Гринсона, что процесс интерпретации проходит несколько стадий. Арлоу (Arlow, 1987) 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 времени, в течение которого психоаналитик движется вперед в размеренном темпе, реагируя на динамическое взаимодействие между желанием, защитой и виной на каждом уровне интерпретации».

Для Арлоу значение вмешательства аналитика «выходит далеко за рамки выяснения, разъяснения, конфронтации, утверждения и прочих вещей, которые можно считать составляющими участие. Внимание перемещается на сам процесс как таковой. Реальное значение лежит в динамическом потенциале вмешательства, в том, как изменяется равновесие между импульсом и защитой».

Возможно с практической точки зрения наиболее рациональным было бы включить в понятие интерпретации все комментарии и другие вербальные интервенции, имеющие целью разъяснить пациенту какой-то аспект его психологического функционирования, о котором он до этого не был осведомлен. И действительно, Бреннер (по Rothstein, 1983) в соответствии с высказываниями Меннингера (Menninger, 1958) использует термин «терапевтическая интервенция», включая в него термины «интерпретация» и «реконструкция». Мы придерживаемся мнения, что в общий термин «интерпретация» могло бы войти то, что рассматривалось как подготовка к интерпретации, то есть, конфронтация, разъяснение, реконструкции прошлого и т. д. Однако сюда не вошли бы нормальное и неизбежно вербальное социальное общение и инструкции, касающиеся аналитической процедуры. Хотя последние могут оказывать влияние на пациента (например, способствовать появлению у него чувства уверенности, достигаемое благодаря регулярности назначаемых сеансов), мы все же склоняемся к мысли рассматривать интерпретацию прежде всего с точки зрения намерения психоаналитика добиться инсайта у пациента и

уже во вторую очередь искать следы воздействия на него замечаний психоаналитика. Райкрофт дает весьма изящное описание того, что, с его точки зрения, можно было бы рассматривать как центральный элемент интерпретации. Он пишет (Rycroft, 1958):

«Психоаналитик приглашает пациента для того, чтобы разговаривать с ним, выслушивать его и время от времени высказываться самому. Когда он делает эти высказывания, то разговаривает не сам с собой, не сам о себе, а с пациентом о пациенте. Его цель при этом состоит в том, чтобы расширить знания пациента о себе, привлекая его внимание к определенным идеям и ощущениям, о которых тот не в состоянии сообщить психоаналитику в четкой и осознанной форме, но которые, тем не менее, являются неотъемлемой частью его текущего психологического состояния. Эти идеи, которые психоаналитик в состоянии заметить и сформулировать, – поскольку они находят проявление в том, что пациент говорит и как он это говорит, – являются либо бессознательными, либо неуместными, если пациент осознает, но не понимает их места в своем настоящем и будущем... Другими словами, психоаналитик стремится расширить эндопсихическое перцептивное поле пациента, сообщая ему о деталях и связях в общей конфигурации его текущей умственной деятельности, понять которые ему самому мешают механизмы психологической защиты».

Попытки сузить понятие интерпретации оказали вторичное воздействие и на технику объяснения, особенно в тех случаях, когда определенные интерпретации считают единственно «хорошими». Такое положение наблюдалось при оценке интерпретаций переноса, которые превратились в единственный вид интерпретации для некоторых психоаналитиков, поскольку последние рассматривали их в качестве единственной «правильной» формы интерпретации. Вследствие этого все интерпретации могут быть сведены в форму «переноса» (см. главы 4 и 5, а также комментарий относительно «мутационных» интерпретаций, приводимый ниже).

Содержанию интерпретаций уделено в психоаналитической литературе значительное место, особенно с точки зрения относительной эффективности различных типов интерпретации. Ниже мы приводим список некоторых разновидностей интерпретации, которые мы описали.

Интерпретация *содержания* есть выражение, используемое для обозначения «перевода» манифестного или поверхностного материала в то, что психоаналитик понимает 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. Наряду с *символическими* интерпретациями, которые представляют собой перевод символических значений в том виде, как они проявляются в снах, оговорках и т. д., интерпретации содержания часто рассматриваются как составляющие основу деятельности психоаналитика – это неправильное представление ведет начало из ранних работ Фрейда.

Интерпретация *защиты* – это особая форма анализа сопротивлений (глава 7). Такие интерпретации имеют целью показать пациенту механизмы и маневры, которые он использует, чтобы справиться с болезненными ощущениями, связанными с тем или иным конкретным конфликтом, а если это возможно, то и происхождение 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. Анна Фрейд (А. Freud, 1936) 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».

Интерпретации защиты считаются также весьма важными для того, чтобы добиться изменений в состоянии пациентов-невротиков, поскольку, как считается, психопатология таких больных частично связана с особенностями их защитной организации. Изменения в этой организации считаются существенной частью терапевтического процесса (глава 7).

Мысль о том, что одни виды интерпретации более эффективны, чем другие, содержится в самом понятии *мутационной* (изменчивой) интерпретации. Стрейчи (Strachey, 1934) высказал мысль о том, что важные изменения, вызываемые в состоянии пациента с помощью интерпретации –

это изменения, которые влияют на его супер-эго. Интерпретации, которые оказывают такой эффект, рассматриваются как «мутационные», и для того, чтобы стать действенными, они должны быть связаны 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). Эта мысль сыграла свою роль в развитии того взгляда, что психоаналитику следует производить только интерпретации *переноса*, ибо это единственный вид интерпретаций, которые оказываются эффективными (мутационными). По-видимому, данный взгляд не согласуется с убеждением Стрейчи, а также с практикой большинства психоаналитиков, которые используют в своей работе также и *жстратрансферентные* интерпретации (Halpert, 1984; Rosenfeld, 1972).

Со времени появления работ Стрейчи, и особенно благодаря сочинениям Мелани Клейн, растет тенденция сосредоточивать при анализе внимание более или менее исключительно на интерпретации переноса (Gill, 1982; Joseph, 1985). Но в последнее время наблюдается возобновление интереса к *экстратрансферентным интерпретациям*. В своем весьма содержательном обзоре этой темы Блум (Blum, 1983) пишет по этому поводу:

«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 центральное место в интерпретации, равно как он не является и единственной эффективно мутирующей (*mutative*) интерпретацией или всегда наиболее значимой интерпретацией... Экстратрансферентная 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 необходимы... 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*)».

В дискуссии «Значение экстратрансферентной интерпретации» (сообщение Halpert, 1984) Стоун замечает, что «есть ситуации, в которых переносы могут возникать сами спонтанно в обыденной жизни пациента и вне какого-либо участия в аналитическом процессе, и интерпретация таких переносов может внести ценный вклад в психоаналитический процесс, вклад, выходящий за пределы непосредственного терапевтического эффекта». Лейтес указывает на то, что «не все, что говорит пациент, латентно связано с психоаналитиком... чувства, испытанные когда-то в детстве к ключевым фигурам его прошлого, вновь вызванные к жизни с помощью психоанализа, могут быть адресованы и другим лицам, и эти переносы не всегда являются смещениями переноса на аналитика». Тем не менее, центральность трансферентной интерпретации не вызывает сомнений у большинства психоаналитиков, и, как говорит об этом Грей, «чем более анализ фокусируется вокруг данных по мере того, как они возникают в аналитической ситуации, тем более эффективной становится интерпретация».

Когут и школа психологии самости обращают особое внимание на специфическую технику, разработанную для проведения анализа пациентов с нарцисстическими отклонениями, а также пациентов с пограничными случаями. Орнштейн и Орнштейн (Ornstein & Ornstein, 1980) пишут:

«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».

Хотя трудно поверить, что психологи самости психоаналитической

ориентации могут быть более эмпатичными, нежели другие аналитики, очевидно, что они считают способность к эмпатии важным качеством, наличие которого пациент должен чувствовать при проведении интерпретации. Более того, поскольку большое значение придается дефицитам, пережитым в раннем возрасте (в отличие от конфликта), эмпатические реконструктивные интерпретации являются «существенным аналитическим инструментом, независимо от того, основывается ли психопатология пациента на конфликте или на дефиците (Ornstein & Ornstein, 1980). Несмотря на то, что Когут (Kohut, 1984) подчеркивает значение эмпатии психоаналитика, в действительности он придерживается той точки зрения, что эмпатия психолога самости не отличается от эмпатии, используемой психоаналитиками, которые психологами самости не являются. Однако он добавляет: „Я знаю, что целый ряд моих коллег – психологов самости – не согласится с моим отрицательным ответом“.

Очевидно, что структура и содержание интерпретаций в большой степени зависят от конкретной психоаналитической шкалы отсчета аналитика. Точно так же, как психоаналитическая теория развивалась и изменялась на основе клинического опыта, вбирая в себя все новые акценты и аспекты, так изменялась и природа психоаналитической интерпретации. Так, сейчас интерпретации могут быть направлены в большой степени, а в некоторых случаях даже исключительно, на перенос, а также на то, каким образом доэдиповы процессы, связанные с развитием, и конфликты проявляют себя в настоящем. Более того, на интерпретацию будут влиять и взгляды психоаналитика относительно того, что «центральнее»: дефицит или конфликт (Wallerstein, 1983).

Соотношение успешного терапевтического воздействия и способности психоаналитика произвести «правильные» интерпретации явилось предметом исследования ряда авторов. Например, Гловер (Glover, 1931) высказал предположение, что неточные и неполные интерпретации могут все-таки в определенных обстоятельствах 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». Сьюзен Айзекс (Isaaks, 1939) при обсуждении процесса интерпретации придерживается взгляда, что опытный психоаналитик 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».

Такое понимание интерпретации как «объективного восприятия объективных данных» не разделяет Райкрофт (Rycroft, 1958), который считает, что то, что сделал Фрейд, не было попыткой объяснить явление

«каузально», но являлось стремлением понять и определить его смысл, и процедура, которой он занимался, была не научным процессом установления причин, а семантической операцией раскрытия его смысла. Действительно, можно утверждать, что работа Фрейда в большой степени была семантической акцией, и что он сделал революционное открытие в семантике, а именно то, что невротические симптомы являются значимыми завуалированными коммуникациями, но из-за своего естественнонаучного образования и приверженности к научной форме Фрейд сформулировал свои открытия в концептуальной рамке физических наук».

Заявление Айзекс о том, что восприятие психоаналитиком бессознательного смысла есть объективный процесс, является весьма спорным, если не сказать больше. Но с другой стороны, различие между «научным» и «семантическим» в том виде, как о нем пишет Райкрофт, тоже вещь далеко не бесспорная. Промежуточного взгляда, по-видимому, придерживается Крис (Kris, 1956a), который 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, возможно, возникали 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».

Балинт (Balint, 1968) указал, что конкретный аналитический язык, используемый специалистом в процессе психоанализа, равно как и система референций (ссылок), неизбежно определяют то, как пациент приходит к пониманию самого себя. С этой точки зрения, по-видимому, можно утверждать, что терапевтические изменения, являющиеся следствием действия психоанализа, зависят в большой степени от создания стройной и организованной концептуальной и эмоциональной систем, в которых пациент может эффективно поместить себя и свое субъективное переживание себя и других (ср. Novy, 1968). Взгляд на психоанализ как на нечто сходное с археологической экспедицией в прошлое пациента с целью восстановления подавленных воспоминаний для того, чтобы вскрыть бессознательные психологические корни характера пациента и его патологии, встречает в последние годы все большее сопротивление. Идея раскрытия так называемой «исторической истины» ставится под сомнение и выдвигаются достаточно радикальные взгляды на психоаналитическую реконструкцию, например, Майкелсоном (сообщено Compton, 1977), Шефером (Schafer, 1979, 1980) и Спенсом (Spence, 1982, 1986). 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 не раскрываема, иметь место могут лишь попытки дать объяснение фактам, которые следует

воспринимать только с учетом существующих ограничений».

Шейфер (Schafer, 1983) выдвигает идею о том, что психоанализ следует рассматривать как *повествовательную транзакцию* (narrative transaction). 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, то есть его изложения событий, произошедших с ним в прошлом или происходящих в настоящем». Далее он продолжает:

«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, вербализуемые и вербализованные 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».

Спенс (Spence, 1982) указывает на то, что истинность интерпретации или реконструкции никогда не может быть известна. Психоаналитик конструирует «историю», которая удовлетворяет определенным эстетическим и прагматическим критериям, и интерпретирует 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, для нас недоступные. Не вызывает сомнения то, что формулировки Спенса и Шефера выделяют важный аспект реконструкции. Их подход перекликается с подходом Балинта, а также со взглядами Уоллерстайна (Wallerstein, 1988), замечаящего, что «все наши теоретические перспективы, как кейнзианские, так и „само-психологические“, как и все прочие, есть лишь выбранные нами *метафоры*, полезные нам эвристически, полезные в условиях наших меняющихся интеллектуальных установок в процессе объяснения, то есть в придании смысла первичным клиническим данным, получаемым в консультационных кабинетах». Он добавляет: «Выражаясь более просто, эта концептуализация превращает всю нашу грандиозную теорию (и весь плюрализм общей теории) в не что иное, как выбранное нами построение метафор». Однако точка зрения Уоллерстайна может нести в себе и сомнительное предположение о том, что все интерпретативные системы при условии соответствия определенным критериям представляют равную ценность.

Понятие интерпретации, очевидно, не ограничено рамками контекста психоаналитического лечения или различными формами психодинамической психотерапии. Вербализация несформулированных самим пациентом страхов по поводу своего здоровья, производимая лечащим врачом, может классифицироваться как интерпретация, поскольку она имеет своей целью дать пациенту новые возможности проникновения в свою психику, представив ему некоторые аспекты его чувств и поведения, о которых он ранее не был осведомлен. Отсюда не следует, разумеется, что тип интерпретации, подходящий в одном случае, всегда будет уместным в других.

# ГЛАВА 11

## ИНСАЙТ

Понятие «инсайта» – одно из тех, что широко используются в психоанализе, в системах психотерапии, на нем основывающихся, и в динамической психиатрии в целом. Хотя это понятие используется так, как будто его значение вполне очевидно, более внимательное рассмотрение показывает, что смысл этого термина отнюдь не ясен. Как пишет Зильбург (Zilboorg, 1952): «Среди неясностей, связанных с весьма важными в клинической работе понятиями, и вызывающих большую путаницу, присутствует и понятие инсайта. Никто не знает, откуда оно появилось, кто использовал его впервые и в каком значении». Поланд (Poland, 1988) также замечает: «Инсайт так и не нашел себе удобного места в аналитических концептуализациях». С этим перекликается и высказывание Барнетта (Barnett, 1978), который жалуется на то, что «наши понятия об инсайте так расширились и стали столь размытыми, что все усилия включить наши знания в технологию эффективной инсайт-терапии часто кажутся бессмысленными и напрасными».

По-видимому, налицо сложное взаимоотношение между психоаналитическим и психиатрическим значениями этого термина. В общей психиатрии термин «инсайт» был введен для обозначения «знания пациентом того, что симптомы его болезни указывают на патологические отклонения в психике» (Hinsie & Campbell, 1970). Именно, в этом значении термин используется в психиатрии с начала нашего столетия по настоящее время. Юнг, исследовавший больных психозом с сильными умственными и эмоциональными отклонениями, отмечает, что такие пациенты могут проявлять «признаки более или менее интенсивного осознания своей болезни» (Jung, 1907). Согласно Крепелину (Kraepelin, 1906), Блейлеру (Bleuler, 1911) и Ясперсу (Jaspers, 1913), «отсутствие возможности инсайта» отмечается авторами в случаях, принципиально связанных с психотическими ментальными состояниями. Однако, хотя само слово «инсайт» за последние двадцать лет распространилось из психиатрии в психоанализ, его психиатрическое значение здесь оказалось утраченным. Необходимо отметить, что раннее использование данного термина в психоанализе не содержало специализированной технической нагрузки. На это указывает и отсутствие слова в индексе стандартного издания Полного собрания психологических работ Фрейда, хотя в самом тексте оно неоднократно встречается. По всей видимости, это достаточно

распространенное как в английском, так и в немецком языке (нем. Einsicht) слово в какой-то момент психоаналитической истории оказалось поднятым до статуса технического термина. Оксфордский словарь английского языка указывает, что «первоначально это понятие, по-видимому, существовало в форме „внутреннего взгляда“, т. е., умственного взора или понимания». Среди определений, даваемых «внутреннему взгляду», есть и «ментальное зрение или восприятие, различение..., и сам факт проникновения глазами понимания во внутренний характер или природу вещей; проблеск или взгляд под поверхность...». Интересно отметить, что на современное употребление этого понятия, более или менее разговорное, по-видимому, оказало влияние соответствующее психоаналитическое его использование, так что значение «инсайта» временами приближается, как это ни парадоксально, к тому смыслу, который Оксфордский словарь называет устаревшим, т. е., «понимание, ум, мудрость». В более техническом смысле, в котором это понятие теперь используется в психоанализе, оно, по-видимому, укоренилось в формулировках Фрейда, отображавших процессы изменений, приводивших к «излечению».

В «Исследовании истерии» Фрейд и Брейер (Freud, 1895d) писали:

*«К своему большому удивлению, мы обнаружили, что все индивидуальные истерические симптомы немедленно и напрочь исчезали, когда нам удавалось вызвать в памяти больного четкое воспоминание о том событии, которое спровоцировало эти симптомы, и вызвать сопровождающие это событие переживания, когда пациент описывал это событие в мельчайших подробностях, облекая свои переживания в слова. Воспоминание же без соответствующего переживания никаких результатов не дает».*

Сходная точка зрения высказывалась Фрейдом (Freud, 1895d) когда он описывал состояния одного из своих пациентов:

«Если нам удастся пробудить в нем живые воспоминания, если он будет видеть при этом пережитую когда-то ситуацию в ее подлинном виде, мы сможем наблюдать, что он попадает под воздействие каких-то определенных переживаний. И если мы затем заставим его облечь эти переживания в слова, мы обнаружим, что в тот самый момент, когда он вновь воспроизводит этот острый аффект, возвращается и острое

чувство боли, но после этого болезненный симптом в своем хроническом виде исчезает».

Элемент «когнитивного знания» – «память о событии» – подчеркивался Фрейдом в первой фазе психоанализа в *контексте эмоционального высвобождения*. Идея выздоровления через разрядку переживания в форме абреакции связывалась с предположением о том, что в таких состояниях как истерия в роли патогенного агента выступает какое-то специфическое событие травматического характера. Необходимость эмоционального аккомпанемента при восстановлении подавленных воспоминаний очень близко приближается к тому, что многие психоаналитики называют сегодня «эмоциональным инсайтом».

С изменением взглядов Фрейда на патогенез (Freud, 1897), связанным с переключением внимания от внешнего травматического события на перипетию инстинктивных влечений и усилением его интереса к интерпретации снов (Freud, 1900a), эмоциональный элемент, похоже, пошел на убыль. Инсайт психоаналитика стал теперь в большей или меньшей степени приравниваться к пониманию смысла материалов, получаемых от пациента и передаваемых ему; при таком разъяснении часто использовались и интеллектуальные аргументы. Постепенное осознание необходимости анализировать перенос и трансферентные сопротивления привело к пониманию важности эмоционального контекста, на фоне которого и происходит понимание своих проблем пациентом. Фрейд (Freud, 1913c) пишет: «В ранний период психоанализа мы действительно придерживались взгляда, что ситуацию следует рассматривать с интеллектуальной точки зрения. Мы придавали большое значение знанию пациента о том, что было им забыто, и при этом мы почти не проводили различия между нашим знанием ситуации и его... То, что в результате такого подхода не последовало успеха, явилось жестоким разочарованием».

В названиях работ по психоанализу термин «инсайт» впервые появился в 1939 году в заголовке статьи Френча «Инсайт и искажение в сновидениях». Френч явным образом заимствовал этот термин у гештальт-психолога Кёлера (Koehler, 1925). Кёлер описал появление у экспериментальных животных внезапного понимания того, как решить ту или иную проблему, в виде «инсайта». Френч рассматривал инсайт в психоанализе как сходное явление, то есть как «практическое осознание – буквально „схватывание“ – конфликтной ситуации». Френч не видел в таком инсайте терапевтический фактор как таковой, но усматривал в самом явлении предварительное условие дальнейшего решения задачи, решения,

ведущего к выздоровлению.

Основная проблема в психоаналитической литературе после Фрейда заключается в необходимости определить качества, которые отличают «истинный» или «эмоциональный» инсайт, с одной стороны, и чисто интеллектуальный инсайт, с другой. Большинство психоаналитиков уверено, что такое различие существует, и что оно играет огромную роль с точки зрения психоаналитического метода. Чисто интеллектуальное знание психоаналитического взгляда на источники нарушения психики, очевидно, не является эффективным (в противном случае пациента можно было бы излечить, предоставив ему учебник по психоанализу). С точки зрения психоаналитической литературы необходимо известное эмоциональное переживание в качестве аккомпанемента тому, что считается эффективным инсайтом. Однако определение «истинного», «эмоционального» или «эффективного» инсайта поставило проблемы, которые пытались разрешить многие авторы (например, Barnet, 1978; Blacker, 1981; Bush, 1978; A. Freud, 1981; Hatcher, 1973; Horowitz, 1987; Kerz-Ruehling, 1986; Kris, 1956a; Kubie, 1950; Michels, 1986; Myerson, 1960, 1963, 1965; Martin, 1952; Poland, 1988; Pressman, 1969a, 1969; Rangell, 1981; Reid & Finesinger, 1952; Richfield, 1954; Segal, 1962; Silverberg, 1955; Valenstein, 1962; Zilboorg, 1952).

Одной из трудностей, связанных с проблемой нахождения подходящего определения эффективного психоаналитического инсайта, является искушение впасть в тавтологию, то есть считать, что инсайт не является «истинным», если он не производит желаемого эффекта. Следовательно, инсайт, который производит желаемые перемены, является эффективным. Если мы хотим избежать этих трудностей, вероятно, необходимо разграничить понятие эмоционального инсайта и понятие «излечения», ибо положительный терапевтический эффект не является необходимым последствием первого. Рейд и Файнзингер (Reid & Finesinger, 1952) и Ричфилд (Richfield, 1954) пытались прояснить эту проблему применением философского анализа. Рейд и Файнзингер использовали термин «динамический инсайт» в качестве эффективной разновидности, цитируя высказывание Кьюби (Kubie, 1950) о том, что «инсайт начинает оказывать терапевтический эффект только когда он приводит к правильному пониманию соотношения между различными пережитыми событиями и бессознательными конфликтами, из которых возникают как невротические компоненты личности, так и сами невротические симптомы». Рейд и Файнзингер пытаются сами провести различие между «нейтральным» и «эмоциональным» инсайтом. Первый из них



подразумевает, что «ни один из терминов, значение которых связано с актом инсайта, не имеет отношения к эмоциям, точно так же, как лицо, реализующее этот акт, ни в коей мере не осуществляет эмоциональную реакцию в момент инсайта». При «эмоциональном» инсайте «сама эмоция составляет часть субъектного материала, относительно которого пациент получает инсайт, или, выражаясь точнее, этот термин связан с отношениями, суть которых улавливается через инсайт». И, наоборот, инсайт может рассматриваться как «эмоциональный» или «динамически эффективный», если «заставляет пациента осознать некий факт, который сам по себе может представлять, а может и не представлять какую-то эмоцию, *высвобождающую* или *запускающую* эмоциональную реакцию (response)». Вышесказанное, по-видимому, и есть наиболее точное определение инсайта с психоаналитической точки зрения, определение, не обязательно связанное с «правильностью» или терапевтическим эффектом в качестве критерия.

Несмотря на признание того, что «интеллектуальные» элементы в инсайте сами по себе не эффективны, роль когнитивных процессов в порождении инсайта все больше признается (Barnett, 1978; Bush, 1978). 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 возобновлением интереса к когнитивным аспектам инсайта происходил рост внимания, уделяемого специалистами по детскому психоанализу развитию способности к инсайту. Кеннеди (Kennedy, 1979) говорит о развитии способностей к инсайту, описывая изменения в этих способностях, происходящие на протяжении жизни, начиная от ребенка дошкольного возраста к отрочеству и взрослому возрасту. 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». Кеннеди добавляет, что

«мы не ставим целью в детском психоанализе реконструировать для ребенка правдивую и „объективную“ картину его прошлого, но сосредоточиваем свои усилия на

анализе его адаптации к ощущаемым им давлениям, воздействующим на него сейчас... Вмешательства аналитика организуют и артикулируют то, что переживает ребенок. Всякий раз, когда аналитик интерпретирует и выражает инсайты в терминах, которые способен понять ребенок, происходит новая интеграция... Мы должны понимать, что их „аналитическое понимание“ поглощается общей „переживательной“ матрицей».

Еще один специалист по детскому психоанализу Нейбауэр (Neubauer, 1979) подчеркивает, что

«детский анализ должен обратиться к фазам когнитивной организации... Это выдвигает на первый план роль самонаблюдения как одного из главных компонентов инсайта. Еще одно требование инсайта – это способность различать объект и само-представления в контексте стабильной организации времени и пространства. Все эти различные компоненты инсайта важны для понимания его роли в психоанализе».

Анна Фрейд (A. Freud, 1981) пишет о развитии способности к инсайту в детстве и обсуждает вопрос о наличии и отсутствии этой способности как факторов нормального развития. Она считает, что для ребенка, не развившего адекватного инсайта, «второй шанс» в этом отношении дает юность.

Достижение инсайта – нормальное явление, связанное с развитием. Майкелз (Michels, 1986) отмечает признание психоаналитической теорией инсайта того, что

«психологическое развитие есть не только история устремлений организма, страхов, связей, моделей умственной деятельности, восприятий самого себя и других, понимания мира, но также и сдвигов, изменений, развития, важных открытий и осознаний самости. Психологическое развитие проходит через весь жизненный цикл, и для организации нашего понимания различных стадий развития могут быть важны самые разные перспективы. С точки зрения инсайта критическое значение здесь может иметь период, являющийся относительно „латентным“ с точки зрения влечений».

Грей (Gray, 1990) придерживается взгляда, что каждая новая ступень инсайта, достигаемая пациентом, «сопровождается важным, приобретаемым на опыте инсайтом, что это 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* постепенного автономного контроля над импульсами, подлежащими коррекции». Грей замечает, что «в соответствующие моменты, используя необходимые слова, я приглашаю пациента принять участие в наблюдении за тем, что происходит».

Роль повторного восстановления ранней аффективной связи с матерью и повторного обретения чувства инфантильного всемогущества при достижении инсайта подчеркивается в работе Мангхам (Mangham, 1981). При этом он развивает замечание Криса (Kris, 1956b), который в своей классической статье на данную тему заявляет, что в «инсайте „когнитивные элементы“ сливаются с особым видом точной уверенности». Статья Криса в свете более поздних открытий обсуждается в работе Абенда (Abend, 1988).

Значение образования у анализируемого «идеала инсайта» подчеркивается Блюмом (1981). Он пишет: «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».

В ряде работ освещается роль инсайта во взаимодействии пациента и психоаналитика в аналитической ситуации (например, Joseph, 1987; Mangham, 1981; Neubauer, 1979; Segal & Britton, 1981). Так, Шенголд (в сообщении Blacker, 1981) высказывает мысль о том, что процесс инсайта стимулируется аналитической ситуацией и тем, как взаимодействуют пациент и психоаналитик. Точно также Энтони (в сообщении Blacker, 1981) подчеркивает связь между инсайтом аналитика в свои собственные контрреакции на пациента и увеличением объема его знаний о внутренней жизни пациента. Вследствие этого можно считать, что анализ протекает в атмосфере взаимодействий между инсайтом психоаналитика и инсайтом пациента. Энтони (также, как и Blacker, 1981; Hatcher, 1973; Horowitz, 1987; Poland, 1988; Rangell, 1981) придерживается той точки зрения, что аналитический инсайт должен рассматриваться как *процесс*.

Хоровиц (Horowitz, 1987) указывает на то, что этот процесс открытия и

инсайта может продолжаться и развиваться и после того, как курс лечения 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».

В дискуссии «О психическом изменении» (Naiman, 1976) Сандлер указывает на то, что «достижение инсайта с помощью вмешательства аналитика вызывает ре-интеграцию с созданием новых аспектов психической организации. Как следствие проработки, этот инсайт может стать „автоматическим“, то есть может привести к подсознательному запрещению предшествующих способов деятельности и утилизации способов более адекватных». В таком контексте достижение инсайта ведет к «структурам инсайта», то есть наборам внутренних соотношений, которые могут использоваться для того, чтобы модифицировать и контролировать ранее усвоенные способы деятельности. Это должно включать в себя изменение во внутренних объект-отношениях.

И, наконец, Поланд (Poland, 1988) делает ценное замечание по поводу аналитического инсайта, говоря, что

«инсайт связывает прошлое и настоящее, содержание и процесс в ментальное единство, недостаточно представленное логическим разумом и теорией. Клинический анализ вызывает к жизни внутренние силы в рамках уникального диадического контекста, в котором имплицитные смыслы приобретают непосредственное значение и, таким образом, позволяет историческим фактам вырасти и стать личными истинами... аналитик не может „дать“ инсайт. Его интерпретации могут предложить новые знания, его взаимодействия могут представить иной эмоциональный опыт, но пациент должен сам переварить эти знания или переживания с тем, чтобы превратить их в инсайты».

Представляется, что понятие «правильного» инсайта приводит к многочисленным сложностям (см. обсуждение исторической и повествовательной истин в предшествующей главе). С другой стороны, понятие «эффективного» инсайта может легко привести к тавтологии. Возможно, наиболее разумный подход к этой проблеме состоит в том,

чтобы отличать «интеллектуальный» инсайт от тех его форм, которые либо высвобождают эмоции, либо связаны с каким-то «эмоциональным состоянием», являющимся частью содержания самого инсайта. Такой подход согласовывался бы с точкой зрения, обсуждавшейся в данной главе, когда мы отмечали, что «по-видимому, можно утверждать, что терапевтические изменения, являющиеся следствием действия психоанализа, зависят в большой степени от создания стройной и организованной концептуальной и эмоциональной системы, в которых пациент может эффективно поместить себя и свое субъективное переживание себя и других». Такой взгляд позволил бы нам понять, как различные психоаналитические и психотерапевтические точки зрения, отраженные в интерпретациях, даваемых пациенту, могут иногда оказаться одинаково эффективными с точки зрения терапевтических результатов.

## **ГЛАВА 12**

## ПРОРАБОТКА

Лечение психоанализом наряду с другими видами психотерапии преследует цель вызвать прочные изменения в состоянии пациента. Как и в других «инсайт-терапии» здесь используются интерпретации и другие формы вербального участия (интервенции) (глава 10). Хотя все терапии такого рода отчасти направлены на то, чтобы сделать бессознательное содержание и сами психические процессы осознанными, с первых дней психоанализа существует точка зрения, что «превращение бессознательного в осознанное» и достижение инсайта пациентом в обычных обстоятельствах недостаточны, чтобы вызвать в его состоянии фундаментальные изменения. В отличие от методов, использующих гипноз и мощную абреакцию (катарсис), успех психоаналитического метода, как считают, зависит от ряда дополнительных элементов. Некоторые из этих элементов уже обсуждались в предшествующих главах, в частности, лечебный альянс (гл. 3), перенос (гл. 4 и 5) и анализ сопротивления (гл. 7). Цель настоящей главы – рассмотреть те факторы психоаналитического лечения, которые суммируются под общим названием *проработка*.

Фрейд использовал понятия «стирание» и «переработка» в своих ранних работах (Freud, 1895). Термин «проработка» был также использован им в «Исследовании истерии», но не в том смысле, в котором он использовал его позже. Клиническое понятие проработки впервые появилось в статье «Вспоминание, повторение и проработка» (Freud, 1914g). В ней Фрейд указывает, что цель лечения (в первой фазе развития психоанализа) состоит в том, чтобы вызвать в памяти у больного патогенное травматическое событие, которое, как полагали, лежит в основе возникновения невроза, а затем – абреакцию подавляемого воздействия, связанного с этим событием. С отказом от гипноза задачей психоаналитического лечения стало восстановление важных забытых воспоминаний и связанных с ними последствий через свободные ассоциации пациента, а это требовало «напряженной работы» со стороны пациента, поскольку его психика оказывала сопротивление раскрытию того, что в ней подавлялось. Восстановление важных воспоминаний уступило затем место по важности *повторению* этих событий в форме переноса и отреагирования (гл. 9). Работа психоаналитика теперь в большей степени рассматривалась как направленная на интерпретацию сопротивлений пациента, а также на раскрытие ему того, как прошлое

повторяется в настоящем. Однако даже если психоаналитику удавалось раскрыть наличие сопротивления и показать его пациенту, этого оказывалось недостаточно, чтобы добиться улучшения его состояния.

Фрейд писал (Freud, 1914g):

«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 (гл.7), он связывал необходимость проработки с конкретной формой сопротивления, которая является следствием «принуждения к повторению» (Freud, 1920g), и с так называемым «ид-сопротивлением» (Freud, 1926d). Последнее можно рассматривать как отражение «возмущения» инстинктивных импульсов их отделением от первоначальных объектов и способов разрядки (Freud, 1915a, 1915f). Фрейд писал также (заимствуя термин у Юнга) о «психической инерции» (Freud, 1918b), о «залипании» (*adhesiveness*) (Freud, 1916–1917) и «медлительности» (*sluggishness*) (Freud, 1940a) либидо как о силах, препятствующих выздоровлению. Эти термины отражают взгляд Фрейда на инстинктивные импульсы как на энергию, которая может связываться с конкретными ментальными образами, в частности, образами, представляющими объекты любви, испытывавшейся пациентами в детстве. Эта концептуализация инстинктивных стремлений как энергии, могущей быть вложенной в объект, подвергается все более мощной и убедительной критике. В 1937 году он отмечал связь между «психической инерцией» и внутренне присущими организму конституционными факторами и старением (Freud, 1937c). Считалось, что старение делает процесс психоанализа менее эффективным, и поэтому преклонный возраст рассматривался как противопоказание для лечения психоанализом взгляд, которого сейчас придерживаются далеко не все психоаналитики. Таким образом, для Фрейда «проработка» – термин, подразумевающий работу



(как аналитика, так и пациента) по преодолению сопротивлений к изменению, связанных прежде всего с тенденцией инстинктивных стремлений цепляться за привычные для них модели разрядки. Проработка представляет аналитическую работу, являющуюся *дополнительной* к работе психоаналитика по раскрытию конфликтов и сопротивлений. Интеллектуальный инсайт без проработки считался недостаточным для достижения терапевтического успеха, поскольку сохранялась тенденция повторения привычных способов функционирования.

С точки зрения истории психоанализа интересно отметить, что, комментируя книгу Ференци и Ранка «Развитие психоанализа» (Ferenczi & Rank, 1925), Феникель привлекает внимание к подчеркиванию ими того, что в переносе оживает когда-то пережитое прошлое; он пишет об этих авторах (Fenichel, 1941), что «такое подчеркивание делает их сторонниками абреакции (отведения) и отреагирования в ущерб проработке». Феникель (Fenichel, 1937, 1941) рассматривает проработку скорее как деятельность психоаналитика, нежели как его совместную деятельность с пациентом и называет ее «особым видом интерпретации». Он указывал на то, что пациент всегда проявляет нежелание осознавать подвергнувшийся интерпретации бессознательный материал, и работа по его интерпретации должна повторяться, даже если процесс психоанализа пошел быстрее и легче, чем раньше. И хотя временами у пациента может возникать одна и та же картина, в измененных контекстах могут появиться и *варианты*. «Процесс, который требует, чтобы психоаналитик многократно доказывал пациенту одно и то же в разных ситуациях или в связи с различными обстоятельствами можно, вслед за Фрейдом, назвать проработкой».

Хотя Феникель и сужает формулировку Фрейда, ограничивая значение данного понятия и считая его одним из видов интерпретации, он одновременно и расширяет ее, связывая этот термин с сопротивлением эго и супер-эго каким-либо изменениям. Далее, подобно ряду других авторов более позднего периода (например, Parkin, 1981), он уподобляет процесс проработки тому, что испытывает человек, скорбящий по поводу утраты близкого друга. Феникель пишет (Fenichel, 1941): «Человек, потерявший друга, во всех ситуациях, которые напоминают ему об ушедшем, должен каждый раз заново осознавать, что его больше нет, и что необходимо с этим примириться. Ассоциации, связанные с этим другом, имеют место во многих комплексах воспоминаний и желаний, и отделение себя от него должно происходить отдельно в каждом комплексе». Феникель рассматривал проработку как приводящую к освобождению небольших количеств «энергии», связанных с данным представлением; в этом смысле

он уподоблял проработку абреакции. Он считал, что интерпретация «дает пациенту знания, позволяющие действовать, производя менее искаженные производные (дериваты)...» (Fenichel, 1937). После Феникеля так называемому «микро-абреакционному» аспекту проработки уделялось сравнительно мало внимания. И напротив, на первый план стали выходить «познавательный» и «непознавательный» аспекты (Ekstein, 1966; Schmale, 1966; Thomae & Kaechele, 1987).

Последующие авторы подчеркивали значение прослеживания (временами очень трудоемкого для психоаналитика) следов конфликта в различных областях жизни пациента для проработки. Как пишет об этом Фромм-Райхман (Fromm-Reichmann, 1950): «... 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.

В 1956 году Гринейкр подчеркивала важность проработки в тех случаях, когда событие травматического характера, пережитое в детстве, имело обширные последствия для различных сторон личности. Она указывала: «уже давно признано, что если воспоминания детства восстанавливаются слишком быстро или *отреагируются* 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».

Гринейкр 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 том же году Крис (Kris, 1956a) указывал, что работа по интерпретации неизбежно ведет к реконструкции прошлого пациента, и одним из аспектов проработки является применение этой реконструкции ко

многим сферам и уровням материала, получаемого от пациента. Более общую точку зрения в связи с этим высказывает Лоувалд (Loewald, 1960), который рассматривает анализ как процесс, ведущий к структурным изменениям в психике пациента. (Термин «структура» используется в литературе по психоанализу специфически для обозначения тройственной формулы Ид, Эго и Супер-Эго (Оно, Я Сверх-Я), но на современном этапе используется в более общем смысле для обозначения психологической организации с низким уровнем изменений). Он говорит, что

«психоаналитик вычленяет и структурирует... материал, получаемый от пациента. Если интерпретация бессознательного смысла этого материала делается вовремя, слова, с помощью которых этот смысл передается пациенту, представляется ему выражением того что он испытывает. Словесное воплощение облекает в стройную форму то, что ранее было для пациента неорганизованным и таким образом дает ему возможность как бы „посмотреть на себя со стороны“ и увидеть, понять, облечь в слова и „справиться“ с тем, что было невидимо, непонятно, неосознано, невыражаемо словами... Психоаналитик выступает здесь как носитель более высокой ступени организации и средство передачи ее пациенту, в той степени, в какой психоаналитик понимает необходимость этой организации и способ, которым ее можно достичь».

Формулировка Лоувалдом данного аспекта деятельности аналитика позволяет нам рассматривать теоретическую основу и методы работы психоаналитика не с точки зрения того, является ли она «правильной» или «неправильной», а с точки зрения того, *полезна* ли она в вышеуказанном смысле.

В своих убедительных рассуждениях по поводу проработки Ноуви (Novey, 1962) рассматривает трудности, связанные с формулировкой этого понятия и высказывает мысль о том, что во взаимоотношениях пациента и психоаналитика существуют факторы, общие с другими методами лечения, которые способствуют необходимости проработки. Эти факторы (поддерживающие методы и т. д.) действуют и, по-видимому, являются необходимыми помимо правильной интерпретации. Ноуви пишет о том, что проработка встречается не только в психоаналитической 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». Сходную точку зрения высказывает и Валенштейн (Valenstein, 1962) в отношении «работы», которая может продолжаться и после завершения анализа. По мере того, как происходит проработка в ходе нескончаемой фазы самоаналитической работы, продолжающейся и после формального завершения анализа, появляются новые паттерны действия, новые паттерны мыслей и чувств, создающие новые уровни структурализации». Как Стюарт (Stewart, 1963), так и Гринсон (Greenson, 1965b) солидарны с Фрейдом о том, что проработка направлена прежде всего против «сопротивления-оно». Однако Гринсон дает 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, то есть 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».

Гринсон (Greenson, 1965b, 1966) добавляет, 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». Далее он перечисляет элементы этой работы:

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.

Шейн (Shane, 1979) выступает за рассмотрение проработки в процессе развития, он подчеркивает, что этот процесс аналогичен процессу, происходящему при нормальном развитии ребенка. Шейн говорит, 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 рассматривается как способствующее структуральному изменению, что является результатом ряда шагов, которые следуют за каждой правильной интерпретацией. Эти шаги, составляющие проработку, можно представить так:

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).

Как мы уже показали ранее, некоторые более ранние авторы (например, Fenichel, 1941, 1945a; Glover, 1955) придерживались мнения о том, что проработка – это преимущественно работа, предпринимаемая психоаналитиком, а не пациентом. Этой точки зрения придерживаются и некоторые сторонники Мелани Клейн. Так, Пик (Pick, 1985) 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».

Это напоминает разработанные Байоном (Bion, 1962) понятия материнской «мечтательности» и функции матери (как и психоаналитика) как «контейнера» беспокойств и тревог пациента. Баранд (Barande, 1982) замечает, что клейнианский подход, по-видимому, включает в это понятие тяжелую и драматичную работу со стороны психоаналитика и его непрекращающееся бдение.

О'Шоннеси (O'Shaughnessy, 1983), напротив, хотя сам и относится к клейнианской школе, 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 (resumption) 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».

Другие авторы (например, Stewart, 1963; Valenstein, 1983) также рассматривают проработку как труд самого пациента. Например, Седлер (Sedler, 1983) в своем исчерпывающем исследовании данного понятия пишет:

«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 (names) 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».

Развитие психологии самости Когутом привело к переоценке рассматриваемого понятия. Когут видит цель проработки в возобновлении развития индивида в терминах готовности самости к эмпатической интеракции. Когут говорит об интеракции между самостью пациента и ее «само-объектом» (см. главу 4). При анализе, говорит Когут (Kohut, 1984) ремобилизуется поток эмпатии между аналитиком и пациентом, поток, открывшийся через первоначально установленный само-объектный перенос. Самость пациента в этом случае снова поддерживается само-объектной матрицей, которая эмпатически подстраивается к ней».

Проработка, таким образом, рассматривается само-психологами как преодоление сопротивлений против установления архаических нарцисстических переносов. Муслин (Muslin, 1986) пишет: «проработка лучше всего концептуализируется из само-психологической перспективы, в то время как сама аналитическая работа состоит в ослаблении (dissolving) сопротивлений пациента при его вхождении в новые само-объектные отношения. Эти сопротивления представляют собой попытки сохранить архаические связи детства, которые хотя и подавляли рост, но все же обеспечивали исходный (первичный) тип безопасности, к которому индивид привык». По сути, взгляд психологов самости на проработку во многих отношениях не отличается от более традиционного взгляда. Различие здесь, по-видимому, состоит в том, что прорабатывается, а не в природе самого процесса. Так, Когут (Kohut, 1984) говорит: «В то время как психология самости полагается на те же инструменты, что и традиционный психоанализ (интерпретация с последующей проработкой в атмосфере умеренности), имеющий целью вызвать излечение с помощью анализа, психология самости рассматривает в ином свете не только получаемые результаты, но и саму роль, которую интерпретация и

проработка играют в аналитическом процессе».

С совершенно иной точки зрения рассматривает различные значения, придаваемые проработке и ее связи с аналитической работой Бреннер (Brenner, 1987). Он делает вывод, что,

«говоря коротко, каждый из авторов, писавших на эту тему, считает сущностью анализа то, что, по его мнению, должно быть подвергнуто проработке для успешного течения аналитического процесса, скажем, желание и готовность помнить как действия, так и слова, реальные отношения между пациентом и психоаналитиком, созревание и развитие и т. д. Таким образом, все авторы сходятся в одном, а именно: „Анализ пациента занимает много времени. Это процесс длительный. Пациента невозможно излечить только одной интерпретацией, какой бы глубокой и правильной она ни была“.

Бреннер добавляет далее:

«Проработку не следует рассматривать как досадную задержку в процессе аналитического лечения. Это тоже анализ, его составная часть. Интерпретативная работа, которая, как писал Фрейд в 1914 году, ведет к подлинно ценному инсайту и надежным, прочным терапевтическим изменениям... Анализ психического конфликта во всех его аспектах – это и есть то, что можно назвать проработкой».

Размытие понятия проработки, по всей видимости, произошло вследствие того, что многие авторы не проводят четкую грань между проработкой как *описанием* важной части психоаналитической терапевтической работы и *психологическими процессами*, которые вызывают необходимость проработки и следуют за ней. «Мучительная задача» для пациента и «испытание терпения» для психоаналитика (Freud, 1914g) в повторении одного и того же снов и снова, в прослеживании бессознательных импульсов, конфликтов, фантазий и механизмов защиты в том виде, в каком они вновь и вновь появляются в материале, получаемом от пациента, видимо, и составляют суть процесса проработки. Подобное понимание проработки, вероятно, было бы приемлемым для многих психоаналитиков, но как только делаются попытки расширить это понятие, возникают противоречия. Эти противоречия отражают различные



теоретические ориентации в психоанализе и подчеркивание различных аспектов психической деятельности на разных этапах истории психоанализа. Фрейд отчетливо различал проработку, факторы, которые, как он считал, диктуют ее необходимость (в частности, сопротивление-оно) и результаты, которые она вызывает, то есть изменения, более перманентные, чем те, которые вызываются только внушением и абреакцией.

Ясно, что развитие психоаналитической теории после Фрейда повлияло в ряде отношений на понимание термина «проработка», в результате чего его первоначальная дескриптивная ясность была потеряна. Так, Ноуви (Novey, 1962) пишет о «неудаче попыток понять сущность процесса проработки», взгляд, которому вторит Седлер (Sedler, 1983). Бирд (см. Schmale, 1966) выражает мнение, что в данном термине вообще необходимости нет. Тем не менее он продолжает широко использоваться и рассматриваться большинством психоаналитиков как одно из основных клинических и технических понятий психоанализа. Но включает в себя как работу пациента, так и работу психоаналитика и увязывается с необходимостью преодолеть сопротивление, имеющее самые разные источники. Конечно, то, что пациент не может изменить последующую интерпретацию или инсайт может не быть обязательно связано с сопротивлением. Само понятие сопротивления еще один случай дескриптивного понятия, которому была дана объяснительная сила. Еще раньше мы подчеркивали необходимость различать *формы* и *источники* сопротивления, и, что касается последних, высказывали предположение о том, что так называемое «Ид-сопротивление» есть особый случай более общего сопротивления отказу от адаптивных решений прошлого (включая невротические симптомы) вследствие потребности в «отучивании» или «угашении». С этим понятием также связаны необходимость подкрепления и вознаграждения, полагающие целью завершить научение (включая и научение через инсайт) и вызвать образование новых структур и подавление и исчезновение старых. Такая модификация структуры через получение знания является не частью проработки, а ее следствием.

Следует заметить в заключение, что большинство авторов работ по психоанализу утверждают, что, хотя проработка является существенной частью психоаналитического процесса, интерпретация бессознательного ментального содержания и повторение переноса вместе с достижением инсайта в равной степени жизненно важны для анализа. Таким образом, любые методы, которые не используют все эти элементы, не должны рассматриваться как психоаналитические. Однако, это не означает, что

проработка не может играть роли в других формах терапии, в частности, тех, которые включают в себя элемент «переподготовки» или «переобучения».

## ЛИТЕРАТУРА

ABEND, S.M. (1982). Serious illness in the analyst: countertransference considerations // *Journal of the American Psychoanalytic Association* 30, 365–379.

ABEND, S.M. (1986). Countertransference, empathy, and the analytic ideal: the impact of life stresses on analytic capability // *Psychoanalytic Quarterly*, 55, 563–575.

ABEND, S.M. (1988). Neglected classics: Ernst Kris's «On some vicissitudes of insight in psycho-analysis» // *Psychoanalytic Quarterly*, 57, 224–228.

ABEND, S.M., PORDER, M., WILLICK, M.S. (1983). *Borderline Patients: Psychoanalytic Perspectives*. – N.Y.: International Universities Press.

ABRAHAM, K. (1908). The psycho-sexual differences between hysteria and dementia praecox // *Selected Papers on Psycho-Analysis*. – Lndn.: Hogarth Press, 1927. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1979.]

ABRAHAM, K. (1919). A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method // *Selected Papers on Psycho-Analysis*. – Lndn.: Hogarth Press, 1927. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1979.]

ABT, L., WEISSMAN, S. (Eds.) (1965). *Acting Out: Theoretical and Clinical Aspects*. – N.Y.: Grune & Stratton.

ABT, L., WEISSMAN, S. (Eds.) (1976). *Acting Out: Theoretical and Clinical Aspects*. – N.Y.: Grune & Stratton. – 2-ое изд.

ADLER, G. (1980). Transference, real relationship, and alliance // *International Journal of Psycho-Analysis*, 61: 547–558.

ADLER, G. (1981). The borderline-narcissistic personality disorder continuum // *American Journal of Psychiatry*, 138: 46–50.

ADLER, G. (1984). Issues in the treatment of the borderline patient // P.E. Stepansky & A. Goldberg (Eds.), *Kohut's Legacy: Contributions to Self Psychology*. – Hillsdale, NJ: Analytic Press.

ADLER, G. (1985). *Borderline Psychopathology and its Treatment*. – N.Y.: Jason Aronson.

ADLER, G. (1989). Transitional phenomena, projective identification and the essential ambiguity of the psychanalytic situation // *Psychoanalytic Quarterly*, 58, 81–104.

ADLER, G., BUIE, D.H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child development issues //

International Journal of Psycho-Analysis, 60: 83–96.

ALEXANDER, F. (1925). A metapsychological description of the process of cure // International Journal of Psycho-Analysis, 6: 13–34.

ALEXANDER, F. (1948). Fundamentals of Psychoanalysis. – N.Y.: Norton.

ALEXANDER, F. (1950). Analysis of the therapeutic factors in psychoanalytic treatment // Psychoanalytic Quarterly, 19, 482–500.

ALEXANDER, F., FRENCH, T. M. (1946). Psychoanalytic Therapy. – N.Y.: Ronald Press.

ANASTASOPOULOS, D. (1988). Acting out during adolescence in terms of regression in symbol formation // International Review of Psychoanalysis, 15: 177–185.

ARKIN, F.S. (1960). Discussion of Salzman, L., The negative therapeutic reaction // J.H. Masserman (Ed.), Science and Psychoanalysis. – Vol. 3. – N.Y.: Grune & Stratton. – Pp. 314–317.

ARLOW, J.A. (1985). Some technical problems of countertransference // Psychoanalytic Quarterly, 54, 164–174.

ARLOW, J.A. (1987). The dynamics of interpretation // Psychoanalytic Quarterly, 56, 68–87.

ARLOW, J.A., BRENNER, C. (1964). Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory – N.Y.: International Universities Press.

ARLOW, J.A., BRENNER, C. (1969). The psychopathology of the psychoses: a proposed revision // International Journal of Psycho-Analysis, 50: 5–14.

ASCH, S. (1976). Varieties of negative therapeutic reaction and problems of technique // Journal of the American Psychoanalytic Association, 24, 383–407.

ATKINS, N.B. (1967). Comments on severe and psychotic regression in analysis // Journal of the American Psychoanalytic Association, 15, 584–605.

ATKINS, N.B. (1970). Action, acting out and the symptomatic act // Journal of the American Psychoanalytic Association, 18, 631–643.

AUCHINCLOSS, E.L. (reporter) (1989). Panel: The opening phase of psycho-analysis // Journal of the American Psychoanalytic Association, 37, 199–214.

BALINT, M. (1933). On transference of emotions // Primary Love and Psycho-Analytic Technique. – Lndn: Tavistock, 1965. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1985.]

BALINT, M. (1934). Charakteranalyse und Neubeginn // Internationale Zeitschrift f. Psychoanalyse, 20: 54–65.

BALINT, M. (1949). Changing therapeutical aims and techniques in

psycho-analysis // Primary Love and Psycho-Analytic Technique. – Lndn: Tavistock, 1965. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1985.]

BALINT, M. (1965). The benign and malignant forms of regression // G.E. Daniel (Ed.), *New Perspectives in Psychoanalysis*. – N.Y.: Grune & Stratton.

BALINT, M. (1968). *The Basic Fault, Therapeutic Aspects of Regression*. – Lndn: Tavistock.

BALINT, M., BALINT, A. (1939). On transference and countertransference // Primary Love and Psycho-Analytic Technique. – Lndn: Tavistock, 1965. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1985.]

BARANDE, R. (1982). «Hard work» or «working through» // *Revue Francaise de Psychoanalyse*, 46: 301–305.

BARANGER, W. (1974). A discussion of the paper by Helena Besserman Vianna on «A peculiar form of resistance to psychoanalytical treatment» // *International Journal of Psycho-Analysis*, 55: 445–447.

BARNETT, J. (1978). Insight and therapeutic change // *Contemporary Psychoanalysis*, 14: 534–544.

BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J., WEARLAND, J. (1956). Towards a theory of schizophrenia // *Behavioral Science*, 1: 251–264. Рус. пер.: Бэйтсон Г., Джексон Д.Д., Хейли Дж., Уикленд Дж. К теории шизофрении // *Московский психотерапевтич. журнал*, 1993, № 1, с.5—24; № 2, с.5—18.

BEGOIN, J., BEGOIN, F. (1979). Negative therapeutic reaction: envy and catastrophic anxiety // Paper to 3rd Conference of the European Psycho-Analytical Federation. – Lndn.

BELLAK, L. (1965). The concept of acting out: theoretical considerations // L. Abt & S. Weissman (Eds.), *Acting Out: Theoretical and Clinical Aspects*. – N.Y.: Grune & Stratton.

BERES, D., ARLOW, J.A. (1974). Fantasy and identification in empathy // *Psychoanalytic Quarterly*, 43, 26–50.

BERG, M.D. (1977). The externalizing transference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 58: 235–244.

BERNSTEIN, L, GLENN, J. (1988). The child and adolescent analyst's reaction to his patients and their parents // *International Review of Psycho-Analysis*, 15: 225–241.

BIBRING, E. (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 745–770.

BIBRING-LEHNER, G. (1936). A contribution to the subject of transference-resistance // *International Journal of Psycho-Analysis*, 17: 181–189.

BILGER, A. (1986). Agieren: Problem und Chance // *Forum d. Psychoanalyse*, 2: 294–308.

BION, W.R. (1959). Attacks on linking // *International Journal of Psycho-Analysis*, 40: 308–315.

BION, W.R. (1961). *Experiences in Groups*. – Lndn: Tavistock. BION, W.R. (1962). *Learning from Experience*. – Lndn: Heinemann. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1984.]

BLACKER, K.N. (reporter) (1981). Panel: Insight: clinical conceptualizations // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 659–671.

BLEGER, J. (1967). Psychoanalysis of the psychoanalytic frame // *International Journal of Psycho-Analysis*, 48: 511–519.

BLEGER, J. (1981). *Symbiose et Ambiguite*. – Paris: Presses Universitaires de France.

BLEULER, E. (1911). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenia* – N.Y.: International Universities Press, 1950.

BLOS, P. (1963). The concept of acting out in relation to the adolescent process // *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 2: 118–143.

BLOS, P. (1966). Discussion remarks // E. Rexford (Ed.), *Developmental Approach to Problems of Acting Out*. Monographs of the American Academy of Child Psychiatry, No. 1.

BLUM, H.P. (1971). On the conception and development of the transference neurosis // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 19, 41–53.

BLUM, H.P. (1973). The concept of erotized transference // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 21, 61–76.

BLUM, H.P. (1976). Acting out, the psychoanalytic process, and interpretation // *The Annual of Psychoanalysis*, 4: 163–184.

BLUM, H.P. (1981). The forbidden quest and the analytical ideal: the superego and insight // *Psychoanalytic Quarterly*, 50, 535–556.

BLUM, H.P. (1983). The position and value of extratransference interpretation // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 33, 587–617.

BLUM, H.P. (1985). Foreword // H.P. BLUM (Ed.), *Defense and Resistance*. – N.Y.: International Universities Press.

BLUM, H.P. (1986). Countertransference and the theory of technique: discussion // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 309–328.

BOESKY, D. (1982). Acting out: a reconsideration of the concept // *International Journal of Psycho-Analysis*, 63: 39–55.

BOESKY, D. (1985). *Resistance and character theory* // H.P. BLUM (Ed.), *Defense and Resistance*. – N.Y.: International Universities Press.

BOLLAS, C. (1987). *The Shadow of the Object*: – Lndn.: Free Association Books.

BOSCHAN, P.J. (1987). Dependence and narcissistic resistances in the psychoanalytic process // *International Journal of Psycho-Analysis*, 68: 109–118.

BRANDSCHAFT, B. (1983). The negativism of the negative therapeutic reaction and the psychology of the self // A. Goldberg (Ed.), *The Future of Psychoanalysis*. – N.Y.: Guilford Press.

BRENNER, C. (1959). The masochistic character: genesis and treatment // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 197–226.

BRENNER, C. (1976). *Psychoanalytic Technique and Psychic Conflict* – N.Y.: International Universities Press.

BRENNER, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27 (supplement), 137–157.

BRENNER, C. (1981). Defense and defense mechanisms // *Psychoanalytic Quarterly*, 50, 557–569.

BRENNER, C. (1982). *The Mind in Conflict*. – N.Y.: International Universities Press.

BRENNER, C. (1985). Countertransference as compromise formation // *Psychoanalytic Quarterly*, 54, 155–163.

BRENNER, C. (1987). Working through: 1914–1984 // *Psychoanalytic Quarterly*, 56, 88–108.

BROWN, G.W., BONE, M., DALISON, B., WING, J.R. (1966). *Schizophrenia and Social Care: A Comparative Follow-up Study of 339 Schizophrenic Patients*. – Lndn: Oxford University Press.

BUIE, D.H., ADLER, G. (1982—3). Definitive treatment of the borderline personality // *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9: 51–87.

BUSH, M. (1978). Preliminary considerations for a psychoanalytic theory of insight: historical perspective // *International Review of Psychoanalysis*, 5: 1—13.

CALOGERAS, R., ALSTON, T. (1985) Family pathology and the infantile neurosis // *International Journal of Psycho-Analysis*, 66: 359–374.

CESIO, F.R. (1956). Un caso de reaccion terapeutica negativa // *Revista de psicoanalisis*, 13: 522–526.

CESIO, F.R. (1958). La reaccion terapêutica negativa // *Revista de psicoanalisis*, 15: 293–299.

CESIO, F.R. (1960a). El letargo, un contribucion al estudio de la reaccion terapeutica negativa // *Revista de psicoanalisis*, 17: 10–26.

CESIO, F.R. (1960b). Contribucion al estudio de la reaccion terapeutica

negativa // Revista de psicoanálisis, 17: 289–298.

CHEDIAK, C. (1979). Counter-reactions and countertransference // International Journal of Psycho-Analysis, 60: 117–129.

COEN, S.J. (1981) Sexualization as a predominant mode of defense // Journal of the American Psychoanalytic Association, 29, 893–920.

COHEN, M.B. (1952). Counter-transference and anxiety // Psychiatry, 15, 231–243.

COLARUSSO, C.A., NEMIROFF, R.A. (1979). Some observations and hypotheses about the psycho-analytic theory of adult development // International Journal of Psycho-Analysis, 60: 59–71.

COMPTON, A. (reporter) (1977). Panel: Psychic change in psychoanalysis // Journal of the American Psychoanalytic Association, 25, 669–678.

COOPER, A.M. (1987a). Changes in psychoanalytic ideas: transference interpretation // Journal of the American Psychoanalytic Association, 35, 77–98.

COOPER, A.M. (1987b). The transference neurosis: a concept ready for retirement // Psychoanalytic Inquiry, 7, 569–585.

CURTIS, H.C. (1979). The concept of therapeutic alliance: implications for the «widening scope» // Journal of the American Psychoanalytic Association, 27 (supplement), 159–192.

DAVIES, S. (1990). Whose treatment alliance is it anyhow? // Paper to Weekend Conference for English-speaking Members of European Societies. – Lndn.

DEUTCH, H. (1939). A discussion of certain forms of resistance // International Journal of Psycho-Analysis, 20: 72–83.

DEUTCH, H. (1966). Discussion remarks // E. Rexford (Ed.), Developmental Approach to Problems of Acting Out. Monographs of the American Academy of Child Psychiatry, No. 1.

DEWALD, P.A. (1980). The handling of resistances in adult psychoanalysis // International Journal of Psycho-Analysis, 61: 61–69.

DEWALD, P.A. (1982). Serious illness in the analyst: transference, countertransference, and reality responses // Journal of the American Psychoanalytic Association, 30: 347–364.

DICKES, R. (1967). Severe regressive disruptions of the therapeutic alliance // Journal of the American Psychoanalytic Association, 15, 508–533.

DICKES, R. (1975). Technical considerations of the therapeutic and working alliances // International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 4: 1—24.

EAGLE, M.N., WOLITZKY, D.L. (1989). The idea of progress in psychoanalysis // Psychoanalysis and Contemporary Thought, 12: 27–72.



EIDELBERG, L. (1948). A contribution to the study of masochism // *Studies in Psychoanalysis*. – N.Y.: International Universities Press.

EIDELBERG, L. (Ed.) (1968). *Encyclopedia of Psychoanalysis*. – N.Y.: The Free Press.

EISLER, K. R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 104–143.

EKSTEIN, R. (1966). Termination of analysis and working through // R.E. Litman (Ed.), *Psychoanalysis in the Americas: Original Contributions from the First Pan-American Congress for Psychoanalysis*. – N.Y.: International Universities Press.

ENGLISH, O.S., PEARSON, G.H. (1937) *Common Neuroses of Children and Adults*. – N.Y.: W.W. Norton.

ERARD, RE. (1983). New wine in old skins: a reappraisal of the concept «acting out» // *International Review of Psycho-Analysis*, 10: 63–73.

ERIKSON, E.H. (1950). *Childhood and Society*. – N.Y.: W.W. Norton.

ERIKSON, E.H. (1956). The problem of ego identity // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 56–121.

ERIKSON, E.H. (1968). *Identity, Youth and Crisis*. – N.Y.: Norton.

ESCOLL, P.J. (reporter) (1983). Panel: The changing vistas of transference: the effect of developmental concept on the understanding of transference // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 699–711.

EVANS, R. (1976). Development of the treatment alliance in the analysis of an adolescent boy // *The Psychoanalytic Study of the Child*, 31: 193–224.

FAIRBAIRN, W.R.D. (1958). On the nature and aims of psychoanalytical treatment // *International Journal of Psycho-Analysis*, 39: 374–385.

FEDERN, P. (1943). Psychoanalysis of psychoses // *Psychiatric Quarterly*, 17, 3–19, 246–257, 470–487.

FEIGENBAUM, D. (1934). Clinical fragments // *Psychoanalytic Quarterly*, 3, 363–390.

FENICHEL, O. (1937). On the theory of the therapeutic results of psychoanalysis // *International Journal of Psycho-Analysis*, 18: 133–138.

FENICHEL, O. (1941). *Problems of Psychoanalytic Technique*. – N.Y.: Psychoanalytic Quarterly, Inc.

FENICHEL, O. (1945a). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. – Lndn: Routledge & Kegan Paul.

FENICHEL, O. (1945b). Neurotic acting out // *Psychoanalytic Review*, 32, 197–206.

FENICHEL, O. (1954). Symposium on the therapeutic results of

psychoanalysis // Collected Papers, Vol. 2. – Lndn: Routledge & Kegan Paul.

FERENCZI, S. (1912). Transitory symptom-constructions during the analysis (transitory conversion, substitution, illusion, hallucination, character-regression, and expression-displacement) // Sex in Psycho-Analysis. – N.Y.: Basic Books, 1950.

FERENCZI, S. (1914). Falling asleep during the analysis // Further Contributions to the Theory and technique of Psycho-Analysis. – Lndn.: Hogarth Press, 1926. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1980.]

FERENCZI, S., RANK, O. (1925). The Development of Psycho-Analysis. – N.Y.; Washington: Nervous & Mental Diseases Publishing Company.

FISCHER, N. (1971). An interracial analysis: transference and counter-transference significance // Journal of the American Psychoanalytic Association, 19, 736–745.

FLIESS, R. (1942). The metapsychology of the analyst // Psychoanalytic Quarterly, 11, 211–227.

FLIESS, R. (1953). Counter-transference and counter-identification // Journal of the American Psychoanalytic Association, 1, 268–284.

FONAGY, P. (1990). Discussion of Kit Bollas's paper, «The origins of the therapeutic alliance» // Paper to Weekend Conference for English-speaking Members of European Societies. – Lndn.

FRANK, A. (1985). Id resistance and the strength of the instincts // H.P. BLUM (Ed.), Defense and Resistance. – N.Y.: International Universities Press.

FRENCH, T.M. (1939). Insight and distortion in dreams // International Journal of Psycho-Analysis, 20: 287–298.

FREUD, A. (1928). Introduction to the Technique of Child Analysis. – N.Y.; Washington: Nervous & Mental Diseases Publishing Company. Рус. пер.: Фрейд А. Введение в технику детского психоанализа. М., 1991.

FREUD, A. (1936). The Ego and the Mechanisms of Defense. – Lndn.: Hogarth Press. Рус. пер.: Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. М.: Педагогика – Пресс, 1993.

FREUD, A. (1954). The widening scope of indications for psychoanalysis: discussion // Journal of the American Psychoanalytic Association, 2, 607–620.

FREUD, A. (1965). Normality and Pathology in Childhood. – Lndn.: Hogarth Press, 1926. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1989.]

FREUD, A. (1968). Acting out // International Journal of Psycho-Analysis, 49: 165–170.

FREUD, A. (1969). Difficulties in the Path of Psychoanalysis – N.Y.: International Universities Press.

FREUD, A. (1971). The infantile neurosis // The Psychoanalytic Study of

the Child, 26: 79–90.

FREUD, A. (1981). Insight, its presence and absence as a factor in normal development // *The Psychoanalytic Study of the Child*, 36: 241–249.

FREUD, S. (1895d). *Studies on Hysteria* // Standard Edition, 2. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1896b). Further remarks on the neuro-psychoses of defence // Standard Edition, 3. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1897). Letter to Wilhelm Fliess of 21 September 1897 // *The Origins of Psycho-Analysis: Letters to Wilhelm Fliess, Drafts and Notes*. – Lndn.: Imago, 1954.

FREUD, S. (1900a). *The Interpretation of Dreams*. // Standard Edition, 4–5. – Lndn.: Hogarth Press. Рус. пер.: Фрейд З. Толкование сновидений. М.: Современные проблемы, 1913.

FREUD, S. (1901b). *The Psychopathology of Everyday Life*. // Standard Edition, 6. – Lndn.: Hogarth Press. Рус. пер.: Фрейд З. Психопатология обыденной жизни. М.: Современные проблемы, 1926.

FREUD, S. (1904a). *Freud's psycho-analytic procedure*. // Standard Edition, 7. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1905d). *Three essays on the theory of sexuality* // Standard Edition, 7. – Lndn.: Hogarth Press. Рус. пер.: Фрейд З. Очерки по психологии сексуальности. М.: МЦ «Система», 1989.

FREUD, S. (1905e) [1901]). *Fragment of an analysis of a case of hysteria*. // Standard Edition, 7. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1910a) [1909]). *Five lectures on psycho-analysis*. // Standard Edition, 11. – Lndn.: Hogarth Press. Рус. пер.: О психоанализе // Фрейд З. Психология бессознательного. М.: Просвещение, 1989. – С. 346–381.

FREUD, S. (1909b). *Analysis of a phobia in a five-year-old boy*. // Standard Edition, 10. – Lndn.: Hogarth Press. Рус. пер.: Анализ фобии пятилетнего мальчика // Фрейд З. Психология бессознательного. М.: Просвещение, 1989. – С. 39–122.

FREUD, S. (1909d). *Notes upon a case of obsessional neurosis*. // Standard Edition, 10. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1910d). *The future prospects of psycho-analytic therapy*. // Standard Edition, 11. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1911c). *Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (Dementia Paranoides)*. // Standard Edition, 12. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1911e). *The handling of dream-interpretation in psycho-analysis*. // Standard Edition, 12. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1912b). The dynamics of transference. – Standard Edition, 12. // Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1912e). Recommendations to physicians practising psychoanalysis. // Standard Edition, 12. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1913c). On beginning the treatment (Further recommendations on the technique of psycho-analysis, I). // Standard Edition, 12. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1913i). The disposition to obsessional neurosis. // Standard Edition, 12. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1914c). On narcissism: an introduction. // Standard Edition, 14. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1914g). Remembering, repeating and working-through (Further recommendations on the technique of psycho-analysis, II). // Standard Edition, 12. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1915a). Observations on transference-love (Further recommendations on the technique of psycho-analysis, III). // Standard Edition, 12. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1915c). Instincts and their vicissitudes. // Standard Edition, 14. – Lndn.: Hogarth Press. Рус. пер.: Влечения и их судьба // Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. М.; Пг.: ГИЗ, 1923. – С. 103–124.

FREUD, S. (1915f). A case of paranoia running counter to the psychoanalytic theory of the disease. // Standard Edition, 14. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1916d). Some character-types met with in psycho-analytic work. // Standard Edition, 14. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1916–1917). Introductory Lectures on Psycho-Analysis. // Standard Edition, 15–16. – Lndn.: Hogarth Press. Рус. пер.: Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. М.: Наука, 1989.

FREUD, S. (1918b [1914]). From the history of an infantile neurosis. // Standard Edition, 17. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1920g). Beyond the Pleasure Principle. – Standard Edition, 18. // Lndn.: Hogarth Press. Рус. пер.: По ту сторону принципа удовольствия // Фрейд З. Психология бессознательного. М.: Просвещение, 1989. – С. 382–424.

FREUD, S. (1921c). Group Psychology and the Analysis of the Ego. // Standard Edition, 18. – Lndn.: Hogarth Press. Рус. пер.: Массовая психология и анализ человеческого «Я» // Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. М.: Прогресс, 1992. – С. 256–324.

FREUD, S. (1923b). The Ego and the Id. // Standard Edition, 19. – Lndn.: Hogarth Press. Рус. пер.: Я и Оно // Фрейд З. Психология бессознательного. М.: Просвещение, 1989. – С. 425–439.

FREUD, S. (1924c). The economic problem of masochism. // Standard Edition, 19. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1925d). An Autobiographical Study. // Standard Edition, 20. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1926d) Inhibitions, Symptoms and Anxiety. // Standard Edition, 20. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1926e). The Question of Lay Analysis. // Standard Edition, 20. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1931b). Female sexuality. // Standard Edition, 21. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1933a). New Introductory Lectures on Psycho-Analysis. // Standard Edition, 22. – Lndn.: Hogarth Press. Рус. пер.: Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. М.: Наука, 1989.

FREUD, S. (1937c). Analysis terminable and interminable. // Standard Edition, 23. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1937d). Construction in analysis. // Standard Edition, 23. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1939a). Moses and Monotheism. // Standard Edition, 23. – Lndn.: Hogarth Press. Рус. пер.: Человек Моисей и монотеистическая религия // Фрейд З. Психоанализ. Религия. Культура. М.: Ренессанс, 1992. – С. 135–256.

FREUD, S. (1940a [1938]). An Outline of Psycho-Analysis. // Standard Edition, 23. – Lndn.: Hogarth Press.

FREUD, S. (1950a [1887–1902]). The Origins of Psycho-Analysis. // Standard Edition, 1. – Lndn.: Hogarth Press.

FRIEDMAN, L. (1969). The therapeutic alliance // International Journal of Psycho-Analysis, 50: 139–153.

FROMM-REICHMANN, F. (1950). Principles of Intensive Psychotherapy. – Chicago: Chicago University Press.

FROSCH, J. (1967). Severe regressive states during analysis // Journal of the American Psychoanalytic Association, 15, 491–507; 606–625.

FROSCH, J. (1983). The Psychotic Process. – N.Y.: International Universities Press.

GABBARD, G.O., HORWITZ, L., FRIESWYK, S., ALLEN, J.G., COLSON, D.B., NEWAOM, G., COYNE, L. (1988). The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients // Journal of the

American Psychoanalytic Association, 36, 657–727.

GEDO, J.E. (1979). *Beyond Interpretation*. – N.Y.: International Universities Press.

GERO, G. (1936). The construction of depression // *International Journal of Psycho-Analysis*, 17: 423–461.

GERO, G. (1951). The concept of defense // *Psychoanalytic Quarterly*, 17, 565–578.

GERSTLEY, L., McLELLAN, A.T., ALTERMAN, A.I., WOODY, G.E., LUBORSKY, L., PROUT, M. (1989). Ability to form an alliance with the therapist: a possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder // *American Journal of Psychiatry*, 146: 508–512.

GILL, H.S. (1988). Working through resistances of intrapsychic and environmental origins // *International Journal of Psycho-Analysis*, 69: 535–550.

GILL, M.M. (1954). Psychoanalysis and exploratory psychotherapy // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 771–797.

GILL, M.M. (1982). *Analysis of Transference: Vol. 1. Theory and Technique*. – N.Y.: International Universities Press.

GILLMAN, R.D. (1987). A child analyzes a dream // *The Psychoanalytic Study of the Child*, 42: 263–273.

GIOVACCHINI, P. (1987a). Treatment, holding environment and transitional space // *Modern Psychoanalysis*, 12: 151–162.

GITELSON, M. (1952). The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation // *International Journal of Psycho-Analysis*, 33: 1–10.

GITELSON, M. (1954). Therapeutic problems in the analysis of the «normal» candidate // *International Journal of Psycho-Analysis*, 35: 174–183.

GITELSON, M. (1962). The curative factors in psychoanalysis // *International Journal of Psycho-Analysis*, 43: 194–205.

GLOVER, E. (1931). The therapeutic effect of inexact interpretation // *International Journal of Psycho-Analysis*, 12: 397–411.

GLOVER, E. (1937). The theory of the therapeutic results of psychoanalysis // *International Journal of Psycho-Analysis*, 18: 125.

GLOVER, E. (1955). *The Technique of Psycho-Analysis*. – Lndn.: Bailliere, Tindall & Cox.

GRAY, P. (1990). The nature of therapeutic action in psychoanalysis // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 1083–1097.

GREENACRE, P. (1950). General problems of acting out // *Psychoanalytic Quarterly*, 19, 455–467.

GREENACRE, P. (1956). Re-evaluation of the process of working through // *International Journal of Psycho-Analysis*, 37: 439–444.

GREENACRE, P. (1968). The Psychoanalytic process, transference and acting out // Emotional Growth. – N.Y.: International Universities Press, 1971.

GREENBAUM, H. (1956). Combined psychoanalytic therapy with negative therapeutic reactions // A.H. Rifkin (Ed.), Schizophrenia in Psychoanalytic Office Practice. – N.Y.: Grune & Stratton.

GREENSON, R.R. (1965a). The working alliance and the transference neurosis // Psychoanalytic Quarterly, 34, 155–181.

GREENSON, R.R. (1965b). The problem of working through // M. Schur (Ed.), Drives, Affects, Behavior. – N.Y.: International Universities Press.

GREENSON, R.R. (1966). Comment on Dr. Limentani's paper // International Journal of Psycho-Analysis, 47: 282–285.

GREENSON, R.R. (1967). The Technique and Practice of Psychoanalysis, Vol. 1. – N.Y.: International Universities Press. Рус. пер.: Гринсон Р.Р. Техника и практика психоанализа. Воронеж: НПО «Модэк», 1994.

GREENSON, R.R., WEXLER, M. (1969). The non-transference relationship in the psychoanalytic situation // International Journal of Psycho-Analysis, 50: 27–39.

GRINBERG, L. (1962). On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification // International Journal of Psycho-Analysis, 43: 436–440.

GRINBERG, L. (1968). On acting out and its role in the psychoanalytic process // International Journal of Psycho-Analysis, 49: 171–178.

GRINBERG, L. (1987). Dreams and acting out // Psychoanalytic Quarterly, 56, 155–176.

GRUNERT, U. (1979). Die negative therapeutische Reaktion als Ausdruck einer Störung im Lösungs- und Individuationsprozess // Psyche, 33, 1–29.

GUNDERSON, J.G. (1977). Characteristics of borderlines // P. Hartocollis (Ed.), Borderline Personality Disorders: The Concept, the Symptom, the Patient. – N.Y.: International Universities Press.

GUNDERSON, J.G. (1984). Borderline Personality Disorder. – Washington, DC: American Psychiatric Press.

GUTHEIL, T.G., HAVENS, L.L. (1979). The therapeutic alliance: contemporary meanings and confusions // International Review of Psychoanalysis, 6: 467–481.

HALPERT, E. (reporter) (1984). Panel: The value of extratransference interpretation // Journal of the American Psychoanalytic Association, 32, 137–146.

HAMMETT, V.B.O. (1961). Delusional transference // American Journal of

Psychotherapy, 15: 574–581.

HANLY, C. (1981). Narcissism, defence and the positive transference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 63: 427–444.

HARLEY, M. (1971). The current status of transference neurosis in children // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 19, 26–40.

HARTMANN, H. (1939). *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. – Lndn.: Imago, 1958.

HARTMANN, H. (1944). *Psychoanalysis and sociology // Essays on Ego and Psychology*. – Lndn.: Hogarth Press, 1964.

HARTMANN, H. (1951). Technical implications of ego psychology // *Psychoanalytic Quarterly*, 20, 31–43.

HARTMANN, H. (1956). The development of the ego concept in Freud's work // *International Journal of Psycho-Analysis*, 37: 425–438.

HARTMANN, H. (1964). *Essays on Ego Psychology*. – Lndn.: Hogarth Press.

HATCHER, R.L. (1973). Insight and self-observation // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 21, 377–398.

HEIMANN, P. (1950). On counter-transference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 31: 81–84.

HEIMANN, P. (1960). Counter-transference // *British Journal of Medical Psychology*, 33: 9–15.

HILL, D. (1968). Depression: disease, reaction or posture? // *American Journal of Psychiatry*, 125: 445–457.

HINSHELWOOD, R.D. (1989). *A Dictionary of Kleinian Thought*. – Lndn: Free Association Books.

HINSIE, L.E., CAMPBELL, R.J. (1970). *Psychiatric Dictionary* (4th edition). – Lndn: Oxford University Press.

HOFFER, W. (1956). Transference and transference neurosis // *International Journal of Psycho-Analysis*, 37: 377–379.

HOLDER, A. (1970). Conceptual problems of acting out in children // *Journal of Child Psychotherapy*, 2: 5–22.

HOKNEY, K. (1936). The problem of the negative therapeutic reaction // *Psychoanalytic Quarterly*, 5, 29–44.

HOROWITZ, M.H. (1987). Some notes on insight and its failures // *Psychoanalytic Quarterly*, 56, 177–198.

INFANTE, J.A. (1976). Acting out: a clinical reappraisal // *Bulletin of the Menninger Clinic*, 40: 315–324.

ISAAKS, S. (1939). Criteria for interpretation // *International Journal of Psycho-Analysis*, 20: 148–160.



IVIMEY, M. (1948). Negative therapeutic reaction // *American Journal of Psychoanalysis*, 8: 24–33.

JACOBS, T.J. (1973). Posture, gesture, and movement in the analysis: cues to interpretation and countertransference // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 21, 77–92.

JACOBS, T.J. (1983). The analyst and the patient's object world: notes on an aspect of countertransference // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 619–642.

JACOBS, T.J. (1986). On countertransference enactments // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 289–307.

JACOBS, T.J. (1987). Notes on the unknowable: analytic secrets and the transference neurosis // *Psychoanalytic Inquiry*, 7, 485–509.

JASPERS, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. – Berlin: Springer Verlag.

JOFFE, W.G., SANDLER, J. (1965). Notes on pain, depression and individuation // *Psychoanalytic Study of the Child*, 20: 394–424.

JOFFE, W.G., SANDLER, J. (1967). On the concept of pain, with special reference to depression and psychogenic pain // *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 69–75.

JONES, E. (1955). *Sigmund Freud: Life and Work*, Vol. 2. – N.Y.: Basic Books.

JOSEPH, B. (1985). Transference: the total situation // *International Journal of Psycho-Analysis*, 66: 447–454.

JOSEPH, B. (1987). *Projective identification: clinical aspects* // J. Sandier (Ed.), *Projection, Identification, Projective Identification*. – Madison CT: International Universities Press.

JUNG, C.G. (1907). *Ueber die Psychologie der Dementia Praecox: Ein Versuch*, Halle A.S. // *Collected Works*, Vol. 3. – Lndn: Routledge & Kegan Paul, 1960.

KANZER, M. (1981). Freud's «analytic pact»: the standard therapeutic alliance // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 69–87.

KAPLAN, A. (1964). *The Conduct of Inquiry*. – San Francisco: Chandler Publishing Co.

KEMPER, W.W. (1966). *Transference and countertransference as a functional unit: Official Report on Pan-American Congress for Psycho-Analysis*.

KENNEDY, H. (1979). The role of insight in child analysis: a developmental viewpoint // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27 (supplement), 9–28.

KEPECS, J.G. (1966). *Theories of transference neurosis* // *Psychoanalytic*

Quarterly, 35, 497–521.

KERNBERG, O.F. (1965). Notes on countertransference // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38–56.

KERNBERG, O.F. (1967). Borderline personality organisation // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641–685.

KERNBERG, O.F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. – N.Y.: Jason Aronson.

KERNBERG, O.F. (1976a). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. – N.Y.: Jason Aronson.

KERNBERG, O.F. (1976b). Technical considerations in the treatment of borderline personality organisation // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 795–829.

KERNBERG, O.F. (1980a). Character structure and analyzability // *Bulletin of the Association of Psychoanalytic Medicine*, 19: 87–96.

KERNBERG, O.F. (1980b). *Internal World and External Reality*. – N.Y.: Jason Aronson.

KERNBERG, O.F. (1985). Object relations theory and character analysis // H.P. Blum (Ed.), *Defense and Resistance*. – N.Y.: International Universities Press.

KERNBERG, O.F. (1987). An ego psychology-object relations theory approach to the transference // *Psychoanalytic Quarterly*, 56, 197–221.

KERNBERG, O.F. (1988). Object relations theory in clinical practice // *Psychoanalytic Quarterly*, 57, 481–504.

KERZ-RUEHLING, I. (1986). Freuds Theorie der Einsicht // *Psyche*, 40: 97–123.

KHAN, M.M.R. (1960). Regression and integration in the analytic setting // *International Journal of Psycho-Analysis*, 41: 130–146.

KHAN, M.M.R. (1963). Silence as communication // *Bulletin of the Menninger Clinic*, 27: 300–317.

KHAN, M.M.R. (1972). Dread of surrender to resourceless dependence in the analytic situation // *International Journal of Psycho-Analysis*, 53: 225–230.

KING, P. (1974). Notes on the psychoanalysis of older patients. Reappraisal of the potentialities for change during the second half of life // *Journal of Analytical Psychology*, 19: 22–37.

KLAUBER, J. (1972). On the relationship of transference and interpretation in psychoanalytic therapy // *International Journal of Psycho-Analysis*, 53: 385–391.

KLAUBER, J. (1980). Formulating interpretation in clinical psychoanalysis // *International Journal of Psycho-Analysis*, 61: 195–202.

KIAUBER, J. (1981). *Difficulties in the Analytic Encounter*. – N.Y.: Jason Aronson. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1986.]

KLEIN, M. (1932). *The Psycho-Analysis of Children*. – Lndn.: Hogarth Press.

KLEIN, M. (1946). Notes on some schizoid mechanism // M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, & J. Riviere (Eds.), *Developments in Psycho-Analysis*. – Lndn.: Hogarth Press, 1952. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1989.]

KLEIN, M. (1948). *Contributions to Psycho-Analysis*. – Lndn.: Hogarth Press.

KLEIN, M. (1957). *Envy and gratitude // Envy and Gratitude and Other works, 1946–1963*. – Lndn.: Hogarth Press, 1975.

KLUEWER, R. (1983). *Agieren und Mitagieren // Psyche*, 37: 828–840.

KNIGHT, R.P. (1940). *Introjection, projection and identification // Psychoanalytic Quarterly*, 9, 334–341.

KNIGHT, R.P. (1953). *Borderline states // Bulletin of the Menninger Clinic*, 17: 1—12.

KOEHLER, W. (1925). *The Mentality of Apes*. – N.Y.: Harcourt Brace & World Inc. Рус, пер.: Келер В. *Исследование интеллекта человекоподобных обезьян*. М.: Изд-во Комм. академии, 1930.

KOHUT, H. (1966). *Forms and transformations of narcissism // P. Ornstein (Ed.), The Search for the Self*. – N.Y.: International Universities Press.

KOHUT, H. (1968). *The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. Outline of a systematic approach // The Psychoanalytic Study of the Child*, 23: 86—113.

KOHUT, H. (1971). *The Analysis of the Self*. – N.Y.: International Universities Press.

KOHUT, H. (1977). *The Restoration of the Self*. – N.Y.: International Universities Press.

KOHUT, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* – Chicago: University of Chicago Press.

KRAEPELIN, E. (1906). *Lectures on Clinical Psychiatry* – N.Y.: Hafner, 1969.

KRAMER, M.K. (1959). *On the continuation of the analytic process after psychoanalysis // International Journal of Psycho-Analysis*, 40: 17–25.

KRIS, E. (1951). *Ego psychology and interpretation in psychoanalytic therapy // Psychoanalytic Quarterly*, 20, 15–29.

KRIS, E. (1952). *Explorations in Art*. – N.Y.: International Universities Press.

KRIS, E. (1956a). *The recovery of childhood memories in psychoanalysis //*

The Psychoanalytic Study of the Child, 11: 54–88.

KRIS, E. (1956b). On some vicissitudes of insight in psychoanalysis // International Journal of Psycho-Analysis, 37: 445–455.

KUBIE, L.S. (1950). Practical and Theoretical Aspects of Psychoanalysis – N.Y.: International Universities Press.

LAMPL-DE GROOT, J. (1967). On obstacles standing in the way of psycho-analytic cure // The Psychoanalytic Study of the Child, 22: 20–35.

LANGS, R.J. (1975). The therapeutic relationship and deviations in technique // International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 4: 106–141.

LANGS, R. J. (1976). The Therapeutic Interaction, Vols. 1 and 2. – N.Y.: Jason Aronson.

LANGS, R. J. (1978). The adaptational-interactional dimension of counter-transference // Contemporary Psychoanalysis, 14: 502–533.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. (1973). The Language of Psychoanalysis. – Lndn.: Hogarth Press. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1988.]

LASKY, R. (1989). Some determinants of the male analyst's capacity to identify with female patients // International Journal of Psycho-Analysis, 70: 405–418.

LEIDER, R.J. (reporter) (1984). Panel: The neutrality of the analyst in the analytic situation // Journal of the American Psychoanalytic Association, 32, 573–585.

LEITES, N. (1977). Transference interpretations only? // International Journal of Psycho-Analysis, 58: 275–287.

LESTER, E.P. (1985). The female analyst and the erotized transference // International Journal of Psycho-Analysis, 66: 283–293.

LEVY, J. (1982). A particular kind of negative therapeutic reaction based on Freud's «borrowed guilt» // International Journal of Psycho-Analysis, 63: 361–368.

LEWIN, B. (1950). The Psychoanalysis of Elation – N.Y.: W.W. Norton.

LEWIN, B. (1961). Reflections on depression // Psychoanalytic Study of the Child, 16: 321–331.

LIDZ, T., FLECK, S., CORNELISON, A. (Eds.) (1965) Schizophrenia and the Family. – N.Y.: International Universities Press.

LIMENTANI, A. (1966). A re-evaluation of acting out in relation to working through // International Journal of Psycho-Analysis, 47: 274–282.

LIMENTANI, A. (1981). On some positive aspects of the negative therapeutic reaction // International Journal of Psycho-Analysis, 62: 379–390.

LIPTON, S.D. (1977). Clinical observations on resistance to the transference // International Journal of Psycho-Analysis, 58: 463–472.

LITTLE, M. (1951). Countertransference and the patients response to it // *International Journal of Psycho-Analysis*, 32: 32–40.

LITTLE, M. (1958). On delusional transference (transference psychosis) // *International Journal of Psycho-Analysis*, 39: 134–138.

LITTLE, M. (1960a). On basic unity // *International Journal of Psycho-Analysis*, 41: 377–384.

LITTLE, M. (1960b). Countertransference // *British Journal of Medical Psychology*, 33: 39–31.

LITTLE, M. (1966) Transference in borderline states // *International Journal of Psycho-Analysis*, 47: 476–485.

LOEWALD, H.W. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis // *International Journal of Psycho-Analysis*, 41: 16–33.

LOEWALD, H.W. (1972). Freud's conception of the negative therapeutic reaction with comments on instinct theory // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 20, 235–245.

LOEWALD, H.W. (1974). Current status of the concept of infantile neurosis: discussion // *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29: 183–190.

LOEWALD, H.W. (1979). Reflections of the psychoanalytic process and its therapeutic potential // *The Psychoanalytic Study of the Child*, 34: 155–168.

LOEWALD, H.W. (1986). Transference-countertransference // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 275–287.

LOEWENSTEIN, R.M. (1951). The problem of interpretation // *Psychoanalytic Quarterly*, 20, 1–14.

LOEWENSTEIN, R.M. (1954). Some remarks on defences, autonomous ego and psychoanalytic technique // *International Journal of Psycho-Analysis*, 35: 188–193.

LOEWENSTEIN, R.M. (1969). Developments in the theory of transference in the last fifty years // *International Journal of Psycho-Analysis*, 50: 583–588.

LONDON, N.J. (1987). Discussion: in defense of the transference neurosis concept: a process and interactional definition // *Psychoanalytic Inquiry*, 7, 587–598.

LORAND, S. (1958). Resistance // *Psychoanalytic Quarterly*, 27, 462–464.

MAHLER, M.S. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*, Vol. 1. – N.Y.: International Universities Press.

MAHLER, M.S., PINE, F., BERGMAN, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. – N.Y.: Basic Books. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1986.]

MAIN, T.F. (1957). The ailment // *British Journal of Medical Psychology*, 30: 129–145.

MAIN, T.F. (1989). *The Ailment and Other Psychoanalytic Essays*. – Lndn.: Free Association Books.

MANGHAM, C.A. (1981). Insight: pleasurable affects associated with insight and their origins in infancy // *The Psychoanalytic Study of the Child*, 36: 271–277.

MARTIN, A.R. (1952). The dynamics of insight // *American Journal of Psychoanalysis*, 12: 24–38.

MASTERSON, J. (1972). *Treatment of the Borderline Adolescent. A Developmental Approach*. – N.Y.: Wiley-Interscience.

MASTERSON, J. (1976). *Psychotherapy of the Borderline Adult. A Developmental Approach*. – N.Y.: Brunner/Mazel.

MASTERSON, J. (1978). *New Perspectives on Psychotherapy of the Borderline Adult*. – N.Y.: Brunner/Mazel.

McDOUGALL, J. (1978). Primitive communication and the use of countertransference // *Contemporary Psychoanalysis*, 14: 173–209.

McLAUGHLIN, J.T. (1981). Transference, psychic reality and countertransference // *Psychoanalytic Quarterly*, 50, 639–664.

McLAUGHLIN, J.T. (1983). Some observations on the application of frame theory to the psychoanalytic situation and process // *Psychoanalytic Quarterly*, 52, 167–179.

MEISSNER, W.W. (1978). Theoretical assumptions of concepts of the borderline personality // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 26, 559–598.

MELTZER, D. (1967). *The Psychoanalytical Process*. – Lndn: Heinemann.

MENNINGER, R. (1958). *Theory of Psychoanalytic Technique*. – N.Y.: Basic Books.

MICHELS, R. (1986). Oedipus and insight // *Psychoanalytic Quarterly*, 55, 599–617.

MISHLER, E.G., WAXLER, N.E. (1966). Family interaction patterns and schizophrenia: a review of current theories // *International Journal of Psychiatry*, 2: 375–413.

MITSCHERLICH-NIELSEN, M. (1968). Contribution to symposium on acting out // *International Journal of Psycho-Analysis*, 49: 188–192.

MODELL, A.H. (1984). *Psychoanalysis in a New Context*. – N.Y.: International Universities Press.

MODELL, A.H. (1988). The centrality of the psychoanalytic setting and the changing aims of treatment // *Psychoanalytic Quarterly*, 57, 577–596.

MODELL, A.H. (1989). The psychoanalytic setting as a container of multiple levels of reality: a perspective of the theory of psychoanalytic treatment

// *Psychoanalytic Inquiry*, 9, 67–87.

MOELLER, M.L. (1977a). Zur Theorie der Gegenuebertragung // *Psyche*, 31: 142–166.

MOELLER, M.L. (1977b). Self and object in countertransference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 58: 365–374.

MONEY-KYRLE, RE. (1956). Normal counter-transference and some of its deviations // *International Journal of Psycho-Analysis*, 37: 360–366.

MOORE, B.E., FINE, B.D. (1967). *A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts*. – N.Y.: American Psychoanalytic Association.

MOORE, B.E., FINE, B.D. (1990). *Psychoanalytic Terms and Concepts*. – New Haven, CT: The American Psychoanalytic Association and Yale University Press.

MORGENTHALER, F. (1978). *Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischer Praxis*. – Frankfurt: Syndicat.

MUSLIN, H. (1986). On working through in self psychology // A. Goldberg (Ed.), *Progress in Self Psychology*, Vol.2. – N.Y.: International Universities Press.

MYERSON, P.A. (1960). Awareness and stress: post-psychoanalytic utilization of insight // *International Journal of Psycho-Analysis*, 41: 147–156.

MYERSON, P.A. (1963). Assimilation of unconscious material // *International Journal of Psycho-Analysis*, 44: 317–327.

MYERSON, P.A. (1965). Modes of insight // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 771–792.

NAIMAN, J. (reporter) (1976). Panel: The fundamental of psychic changes in clinical practice // *International Journal of Psycho-Analysis*, 57: 411–418.

NEUBAUER, P.B. (1979). The role of insight in psychoanalysis // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27 (supplement), 29–40.

NOVEY, S. (1962). The principle of «working through» in psychoanalysis // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 10, 658–676.

NOVEY, S. (1968). *The Second Look*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.

NOVICK, J. (1970). The vicissitudes of the «working alliance» in the analysis of a latency girl // *The Psychoanalytic Study of the Child*, 25: 231–256.

NOVICK, J. (1980). Negative therapeutic motivation and negative therapeutic alliance // *The Psychoanalytic Study of the Child*, 35: 299–320.

NUNBERG, H. (1920). The course of the libidinal conflict in a case of schizophrenia // *Practice and Theory of Psycho-Analysis*. – N.Y.: International Universities Press.

NUNBERG, H. (1951). Transference and reality // *International Journal of*

Psycho-Analysis, 32: 1–9.

OFFENKRANTZ, W., TOBIN, A. (1978). Problems of the therapeutic alliance: analysis with simultaneous therapeutic and research goals // *International Review of Psycho-Analysis*, 5: 217–230.

OGDEN, T.H. (1983). The concept of internal object relations // *International Journal of Psycho-Analysis*, 64: 227–241.

OLINICK, S.L. (1954). Some considerations of the use of questioning as a psychoanalytic technique // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 57–66.

OLINICK, S.L. (1964). The negative therapeutic reaction // *International Journal of Psycho-Analysis*, 45: 540–548.

OLINICK, S.L. (reporter) (1970). Panel: Negative therapeutic reaction // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 665–672.

OLINICK, S.L. (1978). The negative therapeutic reaction: a retrospective fifteen years later // *Journal of the Philadelphia Association for Psychoanalysis*, 5: 165–176.

OLINICK, S.L., POLAND, W.S., GRIGG, K.A., GRANATIR, W.L. (1973). The psychoanalytic work ego: process and interpretation // *International Journal of Psycho-Analysis*, 54: 143–151.

ORNSTEIN, P., ORNSTEIN, A. (1980). Formulating interpretations in clinical psychoanalysis // *International Journal of Psycho-Analysis*, 61: 203–211.

ORR, D.W. (1954). Transference and countertransference: a historical survey // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 621–670.

O'SHAUGHNESSY, E. (1983). Words and working through // *International Journal of Psycho-Analysis*, 64: 281–289.

PARKIN, A. (1981). Repetition, mourning and working through // *International Journal of Psycho-Analysis*, 62: 271–281.

PERSON, E. (1983). Women in therapy: therapist gender as a variable // *International Review of Psychoanalysis*, 10: 193–204.

PERSON, E. (1985). The erotic transference in women and men: differences and consequences // *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 13, 159–166.

PICK, I.B. (1985). Working through in the countertransference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 66: 157–166.

POLAND, W.S. (1988). Insight and the analytic dyad // *Psychoanalytic Quarterly*, 57, 341–369.

PRESSMAN, M. (1969a). The cognitive function of the ego in psychoanalysis: I. The search for insight // *International Journal of Psycho-Analysis*, 50: 187–196.



PRESSMAN, M. (1969b) The cognitive function of the ego in psychoanalysis: II. Repression, incognizance and insight formation // *International Journal of Psycho-Analysis*, 50: 583–588.

RACKER, H. (1953). A contribution to the problem of countertransference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 34: 313–324.

RACKER, H. (1957). The meanings and uses of countertransference // *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303–357.

RACKER, H. (1968). *Transference and Countertransference*. – N.Y.: International Universities Press. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1986.]

RANGELL, L. (1955). On the psychoanalytic theory of anxiety // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 3, 389–414.

RANGELL, L. (1968). A point of view on acting out // *International Journal of Psycho-Analysis*, 49: 195–201.

RANGELL, L. (1981). From insight to change // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 119–141.

RANGELL, L. (1985). Defense and resistance in psychoanalysis and life // H.P. Blum (Ed.), *Defense and Resistance*. – N.Y.: International Universities Press.

RAPAPORT, D. (1959). A historical survey of ego psychology // E. Erikson, *Identity and the Life Cycle* – N.Y.: International Universities Press.

RAPAPORT, E.A. (1956). The management of an erotized transference // *Psychoanalytic Quarterly*, 25, 515–529.

REED, G.S. (1987). Scientific and polemical aspects of the term «transference neurosis» in psychoanalysis // *Psychoanalytic Inquiry*, 7, 465–483.

REED, G.S. (1990). A reconsideration of the concept of transference neurosis // *International Journal of Psycho-Analysis*, 71: 205–217.

REICH, A. (1951). On countertransference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 32: 25–31.

REICH, A. (1960). Further remarks on countertransference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 41: 389–395.

REICH, W. (1928). On character analysis // R. Fliess (Ed.), *The Psycho-Analytic Reader*. – Lndn.: Hogarth Press, 1950.

REICH, W. (1929). The genital character and the neurotic character // R. Fliess (Ed.), *The Psycho-Analytic Reader*. – Lndn.: Hogarth Press, 1950.

REICH, W. (1933). *Charakteranalyse*. – Vienna: private publication.

REICH, W. (1934). *Psychischer Kontakt und vegetative Stroemung*. – Copenhagen: Sexpol Verlag.

REID, J.R., FINESINGER, J.E. (1952). The role of insight in psychotherapy // *American Journal of Psychiatry*, 108: 726–734.

REIDER, N. (1957). Transference psychosis // *Journal of the Hillside Hospital*, 6: 131–149.

REXFORD, E. (1966). A survey of the literature // E. Rexford (Ed.), *Developmental Approach to Problems of Acting Out*. Monographs of the American Academy of Child Psychiatry, No. 1.

RICHFIELD, J. (1954). An analysis of the concept of insight // *Psychoanalytic Quarterly*, 23, 390–408.

RINSLEY, D.B. (1977). An object relations view of borderline personality // P. Hartocollis (Ed.), *Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient*. – N.Y.: International Universities Press.

RINSLEY, D.B. (1978). Borderline psychopathology: a review of aetiology, dynamics and treatment // *International Review of Psycho-Analysis*, 5: 45–54.

RIVIERE, J. (1936). A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction // *International Journal of Psycho-Analysis*, 17: 304–320.

ROMM, M. (1957). Transient psychotic episodes during psychoanalysis // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 5, 325–341.

ROSEN, J. (1946). A method of resolving acute catatonic excitement // *Psychiatric Quarterly*, 20, 183–198.

ROSEN, J. (1965). The concept of «acting in» // L. Abt & S. Weissman (Eds.), *Acting Out: Theoretical and Clinical Aspects*. – N.Y.: Grune & Stratton.

ROSENFELD, H.A. (1952). Transference phenomena and transference analysis in an acute catatonic schizophrenic patient // *International Journal of Psycho-Analysis*, 33: 457–464.

ROSENFELD, H.A. (1954). Considerations regarding the psychoanalytic approach to acute and chronic schizophrenia // *International Journal of Psycho-Analysis*, 35: 135–140.

ROSENFELD, H.A. (1965a). *Psychotic States: A Psychoanalytic Approach*. – Lndn.: Hogarth Press.

ROSENFELD, H.A. (1965b). An investigation into the need of neurotic and psychotic patients to act out during analysis // *Psychotic States: A Psychoanalytic Approach*. – Lndn.: Hogarth Press, 1952. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1986.]

ROSENFELD, H. A. (1968). Negative therapeutic reaction – Unpublished paper.

ROSENFELD, H. A. (1969). On the treatment of psychotic states by psychoanalysis: an historical approach // *International Journal of Psycho-Analysis*, 50: 615–631.

ROSENFELD, H.A. (1971). A classical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects

of narcissism // *International Journal of Psycho-Analysis*, 52: 169–178.

ROSENFELD, H.A. (1972). A critical appreciation of James Strachey's paper on the nature of the therapeutic action of psychoanalysis // *International Journal of Psycho-Analysis*, 53: 455–461.

ROSENFELD, H.A. (1975). Negative therapeutic reaction // P. Giovacchini (Ed.), *Tactics and Technique in Psychoanalytic Therapy*, Vol. 2. – N.Y.: Jason Aronson.

ROTHSTEIN, A. (reporter) (1983). Panel: Interpretation: Toward a contemporary understanding of the term // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 237–245.

ROUSSILLON, R. (1985). La reaction therapeutique negative du protiste au jeu de construction // *Revue francaise de psychoanalyse*, 49: 597–621.

RYCROFT, C. (1958). An enquiry into the function of words in the psychanalytical situation // *International Journal of Psycho-Analysis*, 39: 408–415.

RYCROFT, C. (1968). *A Critical Dictionary of Psychoanalysis*. – Lndn.: Thomas Nelson.

RYCROFT, C. (1985). *Psychoanalysis and Beyond*. – Lndn.: Chatto & Windus.

SALZMAN, L. (1960). The negative therapeutic reaction // J.H. Masserman (Ed.), *Science and Psychoanalysis*, Vol. 3. – N.Y.: Giune & Stratton. – Pp. 303–313.

SANDLER, J. (1959). On the repetition of early childhood relationships // J. Sandier (Ed.), *From Safety to Superego*. – N.Y.: Guilford Press, 1987. Lndn: Karnac Books, 1987.

SANDLER, J. (1960a). The background of safety // J. Sandier (Ed.), *From Safety to Superego*. – N.Y.: Guilford Press, 1987. Lndn: Karnac Books, 1987.

SANDLER, J. (1960b). On the concept of superego // J. Sandier (Ed.), *From Safety to Superego*. – N.Y.: Guilford Press, 1987. Lndn: Karnac Books, 1987.

SANDLER, J. (1968). *Psychoanalysis: an introductory survey* // W.G. Joffe (Ed.), *What is Psychoanalysis?* – Lndn.: Bailliere, Tindall & Cassel.

SANDLER, J. (1969). *On the Communication of Psychoanalytic Thought*. – Leiden: University Press.

SANDLER, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness // *International Journal of Psycho-Analysis*, 3: 43–47.

SANDLER, J. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice // *International Journal of Psycho-Analysis*, 64: 35–45.

SANDLER, J. (Ed.) (1987). *Projection, Identification, Projective Identification*. – Madison CT: International Universities Press. Lndn: Karnac Books, 1987.

SANDLER, J. (1988). Psychoanalytic technique and «Analysis terminable and interminable» // *International Journal of Psycho-Analysis*, 69: 335–345.

SANDLER, J. (1990a). Internal objects and internal object relationships // *Psychoanalytic Inquiry*, 10, 163–181.

SANDLER, J. (1990b). Internal object relations // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 859–880.

SANDLER, J., DARE, C., HOLDER, A. (1970a). Basic psychoanalytic concepts: I. The extension of clinical concepts outside the psychoanalytic situation // *British Journal of Psychiatry*, 116: 551–554.

SANDLER, J., DARE, C., HOLDER, A. (1970b). Basic psychoanalytic concepts: III. Transference // *British Journal of Psychiatry*, 116: 667–672.

SANDLER, J., DARE, C., HOLDER, A. (1970c). Basic psychoanalytic concepts: VIII. Special forms of transference // *British Journal of Psychiatry*, 117: 561–568.

SANDLER, J., DARE, C., HOLDER, A. (1970d). Basic psychoanalytic concepts: IX. Working through // *British Journal of Psychiatry*, 117: 617–621.

SANDLER, J., DARE, C., HOLDER, A. (1971). Basic psychoanalytic concepts: X. Interpretations *and* other interventions // *British Journal of Psychiatry*, 118: 53–59.

SANDLER, J., DARE, C., HOLDER, A. (1973). *The Patient and the Analyst* (first edition). – N.Y.: International Universities Press. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1979.]

SANDLER, J., FREUD, A. (1985). *The Analysis of Defense* – N.Y.: International Universities Press.

SANDLER, J., HOLDER, A., DARE, C. (1970a). Basic psychoanalytic concepts: II. The treatment alliance // *British Journal of Psychiatry*, 116: 555–558.

SANDLER, J., HOLDER, A., DARE, C. (1970b). Basic psychoanalytic concepts: IV. Counter-transference // *British Journal of Psychiatry*, 117: 83–88.

SANDLER, J., HOLDER, A., DARE, C. (1970c). Basic psychoanalytic concepts: V. Resistance // *British Journal of Psychiatry*, 117: 215–221.

SANDLER, J., HOLDER, A., DARE, C. (1970d). Basic psychoanalytic concepts: VI. Acting out // *British Journal of Psychiatry*, 117: 329–334.

SANDLER, J., HOLDER, A., DARE, C. (1970e). Basic psychoanalytic concepts: VII. The negative therapeutic reaction // *British Journal of Psychiatry*, 117: 431–435.

SANDLER, J., HOLDER, A., MEERS, D. (1963). *The ego ideal and the*

ideal self // *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18: 139–158.

SANDLER, J., HOLDER, A., KAWENOKA, M., KENNEDY, H. E., NEURATH, L. (1969). Notes on some theoretical and clinical aspects of transference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 50: 633–645.

SANDLER, J., JOFFE, W. G. (1968). Psychoanalytic psychology and learning theory // J. Sandier (Ed.), *From Safety to Superego*. – N.Y.: Guilford Press, 1987. Lndn: Karnac Books, 1987.

SANDLER, J., JOFFE, W.G. (1969). Toward a basic psychoanalytic model // J. Sandier (Ed.), *From Safety to Superego*. – N.Y.: Guilford Press, 1987. Lndn: Kamac Books, 1987.

SANDLER, J., JOFFE, W.G. (1970). Discussion of towards a basic psychoanalytical model // *International Journal of Psycho-Analysis*, 51: 183–193.

SANDLER, J., KENNEDY, H., TYSON, R.L. (1980). *The Technique of Child Analysis: Discussions with Anna Freud*. – Cambridge, MA: Harward University Press. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1990.]

SANDLER, J., SANDLER, A-M, (1984). The past unconscious, the present unconscious, and interpretation of the transference // *Psychoanalytic Inquiry*, 4, 367–399.

SAUL, L.J. (1962). The erotic transference // *Psychoanalytic Quarterly*, 31, 54–61.

SAUSSURE, J de. (1979). Narcissistic elements in the negative therapeutic reaction // Paper to 3rd Conference of the European Psycho-Analytical Federation. – Lndn.

SCHAFFER, R. (1976). *A New Language for Psychoanalysis*. – New Haven, CT; Lndn.: Yale University Press.

SCHAFFER, R. (1977). The interpretation of transference and the conditions for loving // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 25, 335–362.

SCHAFFER, R, (1979). The appreciative analytic attitude and the construction of multiple histories // *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 2: 13–24.

SCHAFFER, R. (1980). Narration in psychoanalytic dialogue // *Critical Inquiry*, 7: 29–53.

SCHAFFER, R. (1983). *The Analytic Attitude*. – N.Y.: Basic Books.

SCHMALE, H.T. (1966). Working through [panel report] // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14, 172–182.

SCHON, D.A. (1963). *The Displacement of Concepts*. – Lndn: Tavistock.

SCHOWALTER, J.E. (1976). Therapeutic alliance and the role of speech in child analysis // *Psychoanalytic Study of the Child*, 31: 415–436.

SEARLES, H.F. (1961). Phases of patient-therapist interaction in the psychotherapy of chronic schizophrenia // *British Journal of Medical Psychology*, 34: 160–193.

SEARLES, H.F. (1963). Transference psychosis in the psychotherapy of chronic schizophrenia // *International Journal of Psycho-Analysis*, 44: 249–281.

SEDLER, M. J. (1983). Freud's concept of working through // *Psychoanalytic Quarterly*, 52, 73–98.

SEGAL, H. (1962). The curative factors in psychoanalysis // *International Journal of Psycho-Analysis*, 43: 212–217.

SEGAL, H. (1964). *Introduction to the Work of Melanie Klein*. – Lndn: Heinemann. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1988.]

SEGAL, H. (1981). Melanie Klein's technique // *The Work of Hanna Segal. A Kleinian Approach to Clinical Practice*. – N.Y.: Jason Aronson. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1986.]

SEGAL, H. (1977). Countertransference // *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 6: 31–37.

SEGAL, H. (1983). Some clinical implications of Melanie Klein's work // *International Journal of Psycho-Analysis*, 64: 269–280.

SEGAL, H., BRITTON, R. (1981). Interpretation and primitive psychic processes: a Kleinian view // *Psychoanalytic Inquiry*, 1, 267–277.

SHANE, M. (1979). The developmental approach to «working through» in the analytic process // *International Journal of Psycho-Analysis*, 60: 375–382.

SHAPIRO, E.R., SHAPIRO, R.L., ZINNER, J., BERKOWITZ, D.A. (1977). The borderline ego and the working alliance: indications for family and individual treatment in adolescence // *International Journal of Psycho-Analysis*, 58: 77–87.

SHARPE, E.F. (1947). The psycho-analyst // *International Journal of Psycho-Analysis*, 28: 1–6.

SILVERBERG, W.V. (1955). Acting out versus insight: a problem in psychoanalytic technique // *Psychoanalytic Quarterly*, 24, 527–544.

SILVERMAN, M.A. (1985). Countertransference and the myth of the perfectly analyzed analyst // *Psychoanalytic Quarterly*, 54, 175–199.

SODRE, I. (1990). Treatment alliances: therapeutic and anti-therapeutic // *Paper to Weekend Conference for English-speaking Members of European Societies*. – Lndn.

SPENCE, D.P. (1982). *Narrative Truth and Historical Truth*. – N.Y.: Norton.

SPENCE, D.P. (1986). When interpretation masquerades as explanation // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 3–22.

SPILLIUS, E. (1979). Clinical reflections on the negative therapeutic reaction // Paper to 3rd Conference of the European Psycho-Analytical Federation. – Lndn.

SPILLIUS, E. (1983). Some developments from the work of Melanie Klein // *International Journal of Psycho-Analysis*, 64: 321–332.

SPILLIUS, E.B. (1988). *Melanie Klein Today: Vol. 2, Mainly Practice.* – Lndn.: Routledge.

SPITZ, R. (1956). Countertransference: comments on its varying role in the analytic situation // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 256–265.

SPRUIELL, V. (1983). The rules and frames of the psychoanalytic situation // *Psychoanalytic Quarterly*, 52, 1–33.

STERBA, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy // *International Journal of Psycho-Analysis*, 15: 117–126.

STERBA, R. (1940). The dynamics of the dissolution of the transference resistance // *Psychoanalytic Quarterly*, 9, 363–379.

STERBA, R.F. (1953). Clinical and therapeutic aspects of character resistance // *Psychoanalytic Quarterly*, 22, 1–20.

STERN, A. (1924). On the Countertransference in psychoanalysis // *Psychoanalytic Review*, 11, 166–174.

STERN, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant.* – N.Y.: Basic Books.

STEWART, W.A. (1963). An inquiry into the concept of working through // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 474–499.

STONE, L. (1961). *The Psychoanalytic Situation.* – N.Y.: International Universities Press.

STONE, L. (1967). The psychoanalytic situation and transference: postscript to an earlier communication // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 3–58.

STONE, L. (1973). On resistance to the psychoanalytic process: some thoughts on its nature and motivation // B.B. Rubenstein (Ed.). *Psychoanalysis and Contemporary Science*, Vol. 2. – N.Y.: Macmillan.

STONE, M. (1980). *The Borderline Syndromes.* – N.Y.: McGraw-Hill.

STRACHEY, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis // *International Journal of Psycho-Analysis*, 15: 127–159.

STRUPP, H.H. (1960). *Psychotherapists in Action.* – N.Y.: Grune & Stratton.

SULLIVAN, H.S. (1931). The modified psycho-analytic treatment of schizophrenia // *American Journal of Psychiatry*, 11: 519–540.

SWARTZ, J. (1967). The erotized transference and other transference problems // *Psychoanalytic Forum*, 3, 307–318.

SZASZ, T.S. (1963). The concept of transference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 44: 432–443.

TARACHOW, S. (1963). *An Introduction to Psychotherapy* – N.Y.: International Universities Press.

TARTAKOFF, H.H. (1956). Recent books on psychoanalytic technique: a comparative study // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 318–343.

THOMAE, H. (1984). Der Beitrag des Psychoanalytikers zur Uebertragung // *Psyche*, 38: 29–62.

THOMAE, H., KAECHHELE, H. (1987). *Psychoanalytic Practice*. – N.Y.: Springer.

TOWER, L.E. (1956). Countertransference // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 224–255.

TYLIM, I. (1978). Narcissistic transference and Countertransference in adolescent treatment // *The Psychoanalytic Study of the Child*, 33. 279–292.

TYSON, P. (1980). The gender of the analyst in relation to transference and countertransference manifestations in prelatency children // *The Psychoanalytic Study of the Child*, 35: 321–338.

TYSON, R.L. (1986). Countertransference evolution in theory and practice // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 251–274.

VALENSTEIN, A.F. (1962). The psychoanalytic situation: affects, emotional reliving and insight in the psycho-analytic process // *International Journal of Psycho-Analysis*, 43: 315–324.

VALENSTEIN, A.F. (1973). On attachment to painful feelings and the negative therapeutic reaction // *The Psychoanalytic Study of the Child*, 28: 365–392.

VALENSTEIN, A.F. (reporter) (1974). Panel: Transference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 55: 311–321.

VALENSTEIN, A.F. (1983). Working through and resistance to change: insight and the action system // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31 (supplement 3), 353–373.

VAN DAM, H. (1987). Countertransference during an analyst's brief illness // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, 647–655.

VAN DER LEEUW, P.J. (1979). Some additional remarks on problems of transference // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 315–326.

VIANNA, H.B. (1974). A peculiar form of resistance to psychoanalytical



treatment // *International Journal of Psycho-Analysis*, 55: 439–444.

VIANNA, H.B. (1975). A peculiar form of resistance to psychoanalytical treatment: a reply to the discussion by Willy Baranger // *International Journal of Psycho-Analysis*, 56: 263.

WAELDER, R. (1956). Introduction to the discussion on problems of transference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 37: 367–368.

WALLERSTEIN, R.S. (1967). Reconstruction and mastery in the transference psychosis // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 511–583.

WALLERSTEIN, R.S. (1983). Self psychology and «classical» psychoanalytic psychology: the nature of their relationship // *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6: 553–595.

WALLERSTEIN, R.S. (1988). One psychoanalysis or many? // *International Journal of Psycho-Analysis*, 69: 5–21.

WEXLER, M. (1960). Hypotheses concerning ego deficiency in schizophrenia // *The Out-Patient Treatment of Schizophrenia*. – N.Y.: Grune & Stratton.

WINNICOTT, D.W. (1949). Hate in the countertransference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 30: 69–74.

WINNICOTT, D.W. (1951). Transitional objects and transitional phenomena // *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. – Lndn: Tavistock Publications. 1958. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1991.]

WINNICOTT, D.W. (1954). Mctapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytical set-up // *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. – Lndn: Tavistock Publications. 1958. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1991.]

WINNICOTT, D.W. (1955). Clinical varieties of transference // *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. – Lndn: Tavistock Publications. 1958. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1991.]

WINNICOTT, D.W. (1960). Countertransference // *British Journal of Medical Psychology*, 33: 17–21.

WINNICOTT, D.W. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. – Lndn.: Hogarth Press. [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1990.]

WINNICOTT, D.W. (1971). *Playing and Reality*. – Lndn: Tavistock Publications.

WOLF, E. (1979). Countertransference in disorders of the self // L. Epstein & A. Feiner (Eds.), *Countertransference*. – N.Y.: Jason Aronson.

WRYE, H.K., WELLES, J.K. (1987). The maternal erotic transference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 70: 673–684.

WYLIE, H.W., WYLIE, M.L. (1987). The older analysand: countertransference issues in psychoanalysis // *International Journal of Psycho-Analysis*, 68: 343–352.

WYNNE, L., SINGER, M. (1963). Thought disorder and family relations of schizophrenics // *Archives of General Psychiatry* 9: 191–198, 199–206.

ZELIGS, M. (1957). Acting in // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 5, 685–706.

ZETZEL, E.R. (1956). Current concepts of transference // *International Journal of Psycho-Analysis*, 37: 369–376.

ZETZEL, E.R. (1958). Therapeutic alliance in the analysis of hysteria // *The Capacity for Emotional Growth*. – Lndn.: Hogarth Press, 1970 [Reprinted Lndn: Karnac Books, 1987.]

ZILBOORG, G. (1952). The emotional problem and the therapeutic role of insight // *Psychoanalytic Quarterly*, 21, 1—24.

---

**notes**

## **Примечания**

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

Психотики – больные психозом (прим. ред. перевода.)

3

в русском отреагирование или отыгрывание (прим. ред. перевода)