

ТЕХНИКИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ

ТЕКСТЫ

Под редакцией У. С. Сахакиан

Нажмите здесь, чтобы купить полную
версию книги

АПРЕЛЬ ПРЕСС
ЭКСМО-ПРЕСС
Москва
2000

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1. Зигмунд Фрейд	
ПСИХОАНАЛИЗ	5
Первая аксиома психоаналитической терапии. Катарсис и отреагирование. Свободные ассоциации, сопротивление и вытеснение. Этиологические факторы неврозов. Психоаналитическая терапия и перенос. Анализ сновидений и интерпретация. Теория личности и психические заболевания	
Глава 2. Альфред Адлер	
ПСИХОТЕРАПИЯ В РАМКАХ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ	
ПСИХОЛОГИИ	56
Базовые принципы практики индивидуальной психологии. Индивидуальная психология: ее психотерапевтические технологии. Жизненный план, цель и финализм. Невротическое стремление к превосходству и фиктивный финализм. Физическая неполнота и невротизация. Невротическая сверхкомпенсация и стремление к превосходству. Характер и причины невроза. Психотерапия невроза. Терапевтическая ценность ранних воспоминаний и сновидений. Материнская функция терапии. Детская психотерапия	
Глава 3. Карл Густав Юнг	
АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ	105
Теория личности. Фундаментальные принципы лечения. Трансцендентная функция в лечении невроза. Психогенез шизофрении и ее отличие от невроза. Психотерапевтическое значение сновидений. Четыре стадии лечения. Перенос. Терапевтическая ценность отреагирования. Метод словесных ассоциаций. Диалектический метод психотерапии. Периодичность консультирования.	
Глава 4. Отто Ранк	
ВОЛЕВАЯ ТЕРАПИЯ	143
Волевая терапия: терапевтический опыт. Основа волевой терапии. Понимание, отрицание и вербализация. Любовь и самооценка. Воля, судьба и самодетерминация. Терапевт и невротик как дополняющие типы. Заключительная фаза и терапевтический фактор	

Глава 5. Гарри Стэк Салливан ВАШИНГТОНСКАЯ ШКОЛА: МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ТЕОРИЯ ПСИХОТЕРАПИИ	152
Межличностная теория психиатрии. Психиатрическое интервью. Психиатр как соучаствующий наблюдатель. Паратаксическое ис- кажение. Стадии психиатрического интервью. Теорема реципрок- ной эмоции. Паттерны выхода из межличностных ситуаций	
Глава 6. Карен Хорни ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ	174
Теория невроза Карен Хорни. Характерологический анализ. Ана- лиз и синтез: терапевтическая ценность конструктивных сил. Са- моидеализация и самореализация: система гордости и реальное Я	
Глава 7. Карл Р. Роджерс НЕДИРЕКТИВНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ	207
Краткий обзор клиент-центрированной терапии. Совершенная адаптация: Полностью функционирующая личность. Недиректив- ная терапия. Когда терапия показана. Терапевтические отноше- . ния. Различия директивной и недирективной терапии. Поощре- ние высвобождения. Достижение инсайта. Заключительные фазы терапии. Теория личности	
Глава 8. Альберт Эллис РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ	256
Определение рационально-эмотивной психотерапии. Рациональ- ная психотерапия	
Глава 9. Виктор Франкл ЛОГОТЕРАПИЯ	277
Смысл логотерапии. Воля к смыслу. Экзистенциальная фрустра- ция. Ноэтическая терапия. Логотерапия. Парадоксальная интен- ция как основная логотерапевтическая техника	
Глава 10. Джон Доллард, Нил И. Миллер ПСИХОТЕРАПИЯ В РАМКАХ ТЕОРИИ НАУЧЕНИЯ	303
Теория научения и неврозы. Основы теории научения. Страх как приобретенный драйв и редукция страха как подкрепление. Выс- шие психические процессы. Невроз как приобретенный фено- мен. Симптомы как приобретенный феномен. Вытеснение как приобретенный феномен. Главные терапевтические факторы. Под- бор пациентов, способных к обучению. Свободные ассоциации.	

Перенос как генерализованная реакция. Определение Обучение пациента новым различиям. Положительные результаты от восстановления высших психических процессов. Искоренение симптомов. Техники терапевтического вмешательства. Необходимые качества терапевта. Перед лицом психотерапевтической неудачи

**Глава 11. Джозеф Уолл
ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСРЕДСТВОМ
РЕЦИПРОКНОГО ТОРМОЖЕНИЯ 349**

Смысль терапии посредством реципрокного торможения. Функциональные нервные связи. Определение невротического поведения. Реципрокное торможение как терапевтический принцип. Этиология человеческого невроза. Подход к пациенту: процедура интервью. Реципрокное торможение в жизненной ситуации. Систематическая десенсибилизация, основанная на релаксации

**Глава 12. Э. Лакин Филлипс
ТЕОРИЯ ИНТЕРФЕРЕНЦИИ: УТВЕРДИТЕЛЬНО-
СТРУКТУРИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ 382**

Характер утвердительно-структурированной психотерапии. Психотерапевтическая теория итерференции. Правила утвердительно-структурированной терапии. Теория обучения в утвердительно-структурированной терапии. Терапия письмом

**Глава 13. Джордж А. Келли
ПСИХОТЕРАПИЯ КОНСТРУКТИВНОГО АЛЬТЕРНАТИВИЗМА:
ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТНОЙ МОДЕЛИ 399**

Психология личностных конструктов. Психотерапия конструктивного альтернативизма. Терапия очерком фиксированной роли

**Глава 14. Льюис Р. Уолберг
ГИПНОТЕРАПИЯ 418**

Техника гипноза. Первый гипнотический сеанс. Второй гипнотический сеанс. Последующие гипнотические сеансы. Самогипноз. Гипноз при лечении невроза тревожности. Гипноз при лечении конверсивной истерии. Гипноз при лечении тревожной истерии. Гипноз при лечении неврозов навязчивых состояний. Гипноз при лечении психосоматических состояний. Гипноз при лечении расстройств характера. Гипноз при лечении алкоголизма. Гипноз при лечении психоза. Гипноз применительно к смешанным расстройствам

**Глава 15. Карл А. Витакер, Томас П. Мелоун
ЭМПИРИЧЕСКАЯ ИЛИ НЕРАЦИОНАЛЬНАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ 445**

Эмпирическая нерациональная психотерапия .Эксплицитная психотерапия. Негенетическая психотерапия. Психотерапевтический процесс. Определение психотерапевтической техники

Глава 16. Я. Л. Морено

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОДРАМА..... 474

Спонтанность — креативность. Психодрама. Социодрама. Ролевой тест и разыгрывание ролей. Групповая психотерапия. Структура социометрического теста. Руководство по проведению социометрического тестирования. Социометрист. Психодрама против психоанализа. Глоссарий специальных терминов

Глава 17. С. Р. Славсон

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ 508

Групповая психотерапия. Групповая терапия активности. Промежуточные группы. Игровая групповая психотерапия. Групповая психотерапия активности-интервью. Аналитическая групповая психотерапия. Пара-аналитическая групповая психотерапия

Глава 18. Максвелл Джоунс, Роберт Н. Рапопорт

ТЕРАПИЯ СРЕДОЙ: ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СООБЩЕСТВО 530

Сообщество как доктор.Формирование идеологии лечения. Формирование ролей персонала. Организация деятельности пациентов. Вовлечение в лечебный процесс индивидов со стороны Концептуализация лечения и реабилитации. Терапевтическое сообщество

Глава 19. Фредерик С. Перлз, Ральф Ф. Хефферлайн, Пол Гудмэн

ГЕШТАЛЬТТЕРАПИЯ 572

Развитие гештальта личности. Основные принц

ипы гештальттерапии. Самость: эго, ид и личность. Невроз как утрата эго-функций. Гештальттерапия неврозов

СОДЕРЖАНИЕ

614

Перевод с английского
М. Будыниной, С. Лихацкой, Г. Миннигалиевой,
Е. Перцевой, Г. Пимочкиной, Н. Шевчук

Научные редакторы Н. Бурыгина, Р. Римская

Серийное оформление художника Е. Савченко

Серия основана в 1999 году

Сахакиан У. С.

Техники консультирования и психотерапии. Тексты./Ред. и сост.
У. С. Сахакиан. Пер. с англ. — М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-
Пресс, 2000. — 624 с. (Серия «Мир психологии»).

Данная книга является уникальным пособием по консультированию и психотерапии, в котором собрано и систематизировано все многообразие технологических наработок в данной сфере. В книге представлены выдержки из наиболее актуальных для практикующего специалиста работ классиков психологии, мастеров указанного направления. Наряду с идеями известных и неоднократно издававшихся у нас в стране авторов (З. Фрейд, Г. Юнг, А. Адлер, Ф. Перлз и др.) в пособии изложены взгляды их не менее знаменитых коллег, работы которых у нас в стране еще ни разу не публиковались (А. Эллис, Дж. Доллард, Н. Миллер, Дж. Уолл и др.).

Для психотерапевтов, психологов, социальных работников, студентов указанных направлений и всех интересующихся данной тематикой.

ПСИХОАНАЛИЗ

Зигмунд Фрейд (1856—1939) родился в еврейской семье в Моравии. В возрасте 17 лет он поступил в Венский университет, где планировал заняться медицинской карьерой, специализируясь в области физиологии. Его первые публикации увидели свет, когда ему исполнился всего 21 год. С 1876 по 1882 год он работал под руководством Брюкке (Brücke) в недавно открытой психологической лаборатории. Он не мог получить медицинскую степень до 1881 г. В 1882 г. Фрейд по финансовым причинам уходит из психологической лаборатории Брюкке и устраивается на работу в Центральный госпиталь, главный венский госпиталь, где он становится кандидатом, а затем молодым практикующим врачом под руководством известного Мейнера.

Клинические работы Фрейда открыли ему дорогу на должность лектора по невропатологии в 1885 г., и вскоре после этого он был награжден поездкой, которая дала ему возможность посетить Париж. В дни своего студенчества в Сальпетриере он познакомился с Шарко, от которого перенял первоначальное понимание феномена истерии. Благодаря Йозефу Брейеру, с которым Фрейд встретился в институте психологии Брюкке в 1870 г., он познакомился с идеей лечения словом, отреагированием и катарсисом.

В 1886 г., когда ему исполнилось 30 лет, Фрейд обосновывается в Вене в качестве врача, специализирующегося на нервных расстройствах. В это же время он женится. С 1886 по 1891 год он работал над небольшими научными очерками и статьями, в которых обосновывал свою частную практику. Но первоначально эти старания не увенчались успехом, так как в 1900 г. сложилась такая ситуация, что за 9 месяцев он не имел ни одного нового случая в своей практике.

Академическая карьера Фрейда началась в 1883 г. в Венском университете, где он был доцентом, и в 1902 г. ему содействовали в получении степени профессора через ходатайство влиятельной пациентки. Но получил он ее только в 1920 г., когда ему предоставили полную профессуру, должность, которую он занимал до 1938 г.

Фрейдистское движение начинает развиваться ускоренными темпами, когда в 1906 г. швейцарцы Юнг и Блейер заинтересовываются психоанализом. В 1908 г. в Зальцбурге состоялся первый конгресс, а 1910 г. второй в Нюрнберге. Движение достигло международного уровня, когда Юнг стал президентом Международного психоаналитического общества (организованного Фрейдом), а Фрейд был приглашен прочесть серию лекций по психоанализу в университете Кларка, которые впоследствии были опубликованы как «Происхождение и развитие психоанализа» (*The Origin and Development of Psychoanalysis, American Journal of Psychology*, 1910, 21, 181—218). В период с 1911 по 1913 год Юнг и Адлер уходят от Фрейда и основывают собственные школы психотерапии, названные впоследствии аналитической психологией и индивидуальной психологией соответственно.

После того как в 1933 г. нацисты сожгли книги, в том числе и книги Фрейда, он эмигрировал из Вены в Англию, где вскоре получил британское гражданство. Он умер в Лондоне в возрасте 83 лет от рака челюсти.

Фрейд применял психоанализ к самым различным областям культуры, включая живопись, религию, юмор, мифы, литературу и историю. Его наиболее известными работами стали: «Введение в психоанализ» (*A General Introduction to Psycho-analysis, 1911—1913*), «Исследование истерии» (*Studies in Hysteria, 1885*), «Толкование сновидений» (*The Interpretation of Dreams, 1900*), «Психопатология обыденной жизни» (*Psychopathology of Everyday Life, 1904*), «Тотем и табу» (*Totem and Taboo, 1913*), «По ту сторону принципа удовольствия» (*Beyond the Pleasure Principle, 1920*), «Я и оно» (*The Ego and the Id, 1923*), «Торможение, симптом и страх» (*Inhibitions, Symptoms, and Anxiety, 1926*), «Цивилизация и недовольные ею» (*Civilization and Its Discontents, 1930*), «Новые вводные лекции по психоанализу» (*New Introductory Lectures on Psychoanalysis, 1933*), «Автобиографическое исследование» (*An Autobiographical Study, 1935*), «Очерк психоанализа» (*An Outline of Psychoanalysis, 1938*), «Моисей и монотеизм» (*Moses and Monotheism, 1939*). Работы Фрейда были собраны и опубликованы как «Полное собрание психологических работ Зигмунда Фрейда» (*The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*).

Психотерапия Фрейда или психоанализ, как называл это сам Фрейд, трактует невроз как результат неудовлетворительного сексуального развития или развития либидо, берущего свое начало из детства. Невротик благодаря табу на инцест, наложенному обществом, подавлен чувством вины за свои инцестуозные переживания или фантазии, имевшие место в детстве. Это способствует развитию Эдипова комплекса, то есть вытеснен-

ного чувства вины. С помощью *свободных ассоциаций* невротик должен преодолеть сопротивление и вспомнить вытесненные мысли и опыт, которые похоронены в глубинах бессознательного. Когда пациент сможет описать вслух вытесненный опыт, будут проявлены сильные эмоции (*отреагирование*), отражающие первоначальный эмоциональный опыт, который был вытеснен. Таким образом, произойдет эмоциональное очищение или катарсис бессознательного конфликта.

В процессе терапии пациент устанавливает контакт (*перенос*) с психотерапевтом, который выражается в переживании чувства любви к терапевту. Этот перенос чувств интерпретируется как реальная любовь пациента к матери (объект-катексис), и терапевт, на которого был осуществлен перенос, должен аннулировать создавшееся отношение, чтобы обеспечить пациенту необходимую приспособленность к жизни. Негативный перенос (враждебное отношение пациента к терапевту) служит индикатором нарциссического невроза (паранойи и других психозов). К трансферентным неврозам (тем, которые успешно излечиваются в психоанализе) относятся фобии, истерия, тревожность и неврозы навязчивых состояний.

Для интерпретации сновидений используется метод анализа. Структура личности представлена тремя составляющими: Оно (Ид), Я (Эго) и Сверх-Я (Супер-эго) (совесть), которые находятся в конфликте. Личность проходит стадии своего развития либо успешно, либо неадекватно приспособливаясь благодаря фиксации и регрессии. Происходит вытеснение и сублимация инстинктов жизни и смерти (Эроса и Танатоса). Я защищает себя через формирование защитных механизмов.

ПЕРВАЯ АКСИОМА ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ*

БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ КАК ПРИЧИНА СИМПТОМА

Обратите внимание, что факт его наличия... подтверждается в каждом симптоме любого невротического расстройства. Что всегда, в любом случае смысл симптома неизвестен страдающему, и анализ неизменно показывает, что эти симптомы происходят из бессознательных психических процессов, которые могут при благоприятных условиях стать сознательными. Вы должны понять, что мы не можем обойтись без бессознательной части психики в психоанализе и что мы должны привыкнуть к этому, как к чему-то реальному и осязаемому. Возможно, вы также поймете, как

* Sigmund Freud, *A General Introduction to Psycho-Analysis*, trans. Joan Riviere. New York, pp. 246—247.

отстали все те, кто считает бессознательное лишь пустой фразой, кто никогда не анализировал и не толковал сновидения или не приводил невротические симптомы к их истинному значению и смыслу. Я повторю эту важную мысль, чтобы донести ее до вас: тот факт, что с помощью аналитического толкования можно обнаружить смысл в невротическом симптоме, является неопровергаемым доказательством существования (или, если вы предпочитаете, необходимым условием для допущения существования) бессознательных психических процессов.

Но это еще не все. Благодаря второму открытию Брейера, славы за которое достоин он один и которое показалось мне даже более значимым, чем первое, мы узнаем о связях между бессознательным и симптомом невротика. Мы не только понимаем бессознательную природу симптома, оно раскрывает заместительную суть связи между ними, так как существование симптома возможно только благодаря активности бессознательного. Вскоре вы поймете, что я имею ввиду. Вслед за Брейером я утверждаю следующее: каждый раз, когда мы встречаемся с симптомом, мы можем заключить, что проявляется активность бессознательного, которое содержит в себе содержание симптома, представленного в психике пациента. Этому содержанию пришлось стать бессознательным, чтобы симптом появился, так как симптом не порождается сознательными процессами. Как только бессознательные процессы удастся сделать сознательными, симптом исчезнет. Однажды вы поймете, что здесь открывается новый путь терапии, следя которому симптом можно устранить. Брейер действительно помог исцелиться пациентке, освободив ее от симптома; он нашел способ перенести в ее сознание бессознательные процессы, которые несли в себе скрытый смысл ее симптома, — и симптом исчез.

* * * * *

Симптом формируется как заместитель чего-то, что остается погруженным в бессознательное. Некоторые психические процессы при нормальных условиях развиваются, пока человек не воспримет их сознательно. Если этого не происходит, из этих процессов вырастает симптом, который препятствует их проявлению, и они остаются погруженными в бессознательное. То есть, что-то пошло не так в процессе этого обмена, и если мы сможем нашей терапией повернуть этот процесс вспять, мы выполним нашу задачу по устраниению симптома.

Открытие Брейера составляет основу психоаналитической терапии. Предположение о том, что симптом исчезает, когда его неосознаваемая причина становится сознательной, было

подтверждено всеми последующими исследованиями; самые необычные и неожиданные сложности встретились при попытке перенести это предположение в практику. Наша терапия работает, трансформируя нечто бессознательное в сознательное. И ее результаты будут зависеть от того, насколько успешно будет осуществлена эта трансформация.

* * * * *

КАТАРСИС И ОТРЕАГИРОВАНИЕ*

Возможность наблюдения большого разнообразия форм и симптомов истерии привела нас к исследованию этих симптомов в попытке обнаружить их причину — случай, который спровоцировал их проявление впервые (зачастую много лет назад). В большинстве случаев невозможно составить представление о происшедшем, просто задавая пациенту вопросы, как бы тщательно ни проводилась эта процедура. Вопросы затрагивают некоторый опыт, который пациент не хочет обсуждать; но это, главным образом, вызвано тем, что он *действительно неспособен* вспомнить нужный случай и часто не подозревает о существовании связи между ним и патологическим явлением. Как правило, нужно загипнотизировать пациента и вернуть его в тот момент, когда симптом впервые проявился. Когда это будет сделано, станет возможным продемонстрировать пациенту эту связь более ясно и убедительно.

* * * * *

Мы обнаружили к нашему большому удивлению, что *каждый индивидуальный симптом истерии тотчас и долговременно исчезает, когда мы добиваемся ясного воспоминания того случая, который его спровоцировал, и пробуждаем сопровождающий его аффект. При этом пациент описывает этот случай максимально подробно и тем самым переводит аффект в слова*. Воспоминание, не сопровождающееся аффектом, почти никогда не дает результата. Психический процесс, который лежал в основе, должен быть повторен так ярко и живо, как это возможно. Такие действия влекут за собой повторное и более интенсивное возобновление явлений, иногда включающих в себя спазмы, невралгию и галлюцинации, после чего они исчезают навсегда. Сла-

* Josef Breuer and Sigmund Freud, *Studies on Hysteria*, trans. James Strachey, in vol. II, Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud, ed. James Strachey. London, 1955; New York, 1957, pp. 3, 6—11, 17.

бость функции, как, например, паралич и анестезии, также исчезают, но без временного заметного их усиления.

* * * * *

Истерик страдает главным образом из-за своих воспоминаний.

* * * * *

На первый взгляд кажется невероятным, что некий случай, произошедший много лет назад, продолжает так сильно влиять на жизнь человека, что его воспоминание затруднено, поскольку относится к протеканию тех процессов, в которых мы обнаруживаем нашу вытесненную память. Возможно, последующие рассуждения сделают эту мысль более ясной.

Угнетение памяти или потеря некоторых впечатлений зависят от различных факторов. Наиболее важным из них является то, было ли это воспоминание связано с сильной энергетической реакцией на случай, который спровоцировал аффект. Под «реакцией» в данном случае мы понимаем весь спектр произвольных и непроизвольных рефлексов — от слез до актов мести — в которых, как показывает наш опыт, аффект разряжается. Если эта реакция достаточно сильна, чтобы исчерпать большую часть аффекта, аффект исчезает. В языке этот факт подтверждается наличием таких выражений, как «выплакаться» или «выбиться из сил». Если реакция подавляется, аффект остается привязанным к воспоминанию. Обида, которая была удовлетворена, пусть даже только на словах, вспоминается иначе, нежели та, которая была не высказана. Язык фиксирует эти различия в душевных и физических переживаниях, в нем очень верно описывается состояние, когда обида переживается в тишине и одиночестве и как бы постепенно умерщвляет чувства человека. Такая реакция человека на травму, как обида, — это лишь тренировка действительного эффекта «катарсиса», который является адекватной реакцией. Язык выступает в качестве заместителя действия, с его помощью аффект может быть «отреагирован» почти эффективно. В других случаях речь сама по себе является адекватным рефлексом, когда, например, человек причитает или произносит вслух мучащий его секрет, то есть происходит исповедь. Если реакция не относится ни к одной из названных, выраженных в действиях или словах, или хотя бы в слезах, любое воспоминание об исходном случае сохраняет свой первоначальный аффективный тон.

Как бы то ни было, «отреагирование» — это не только способ поведения в ситуации, которая открывается нормально-му человеку пережившему травму. Память о подобной травме,

даже если она не была отреагирована, порождает целый комплекс ассоциаций, которые связываются с другим опытом, который может противоречить ей и подвергается искажению другими идеями. Например, после инцидента память растревожена и, смягчая страх, начинает ассоциировать с воспоминаниями о том, что произошло после, — и тогда спокойствие и сознание настоящего сохранены. Воспоминания человека о пережитом унижении корректируются его рациональными доводами, открытием собственной ценности, достоинства и так далее. Нормальный человек способен восстановить аффект, сопровождающий переживание, с помощью ассоциирования.

Наши наблюдения показали, что воспоминания, которые определяют феномен истерии, сохраняются очень долгое время с удивительной яркостью и полным спектром эмоциональных переживаний. Мы должны упомянуть и другой примечательный факт, который мы подробно объясним позднее, а именно: эти воспоминания, в отличие от других воспоминаний о прошлом, не находятся под контролем пациента. Наоборот, *этот опыт полностью стирается из памяти пациента (когда он находится в нормальном психическом состоянии) или представлен в очень сжатой форме*. И это будет продолжаться до того момента, пока воспоминания не будут актуализированы в состоянии гипноза и не проявятся со своей неизменной яркостью, так, как будто все произошло совсем недавно.

* * * * *

Это может быть объяснено только с позиции, которую мы обсуждали ранее, — такие воспоминания исключаются из всех протекающих в сознании процессов. *Это означает, что воспоминания остаются связанными с травмой, которая не была должным образом отреагирована*. И если мы сможем ближе подобраться к причинам, которые предшествовали этому, мы, в конце концов, обнаружим два основных типа условий, которые не позволили проявиться реакции на травму.

* * * * *

Таким образом, можно сказать, что идеи, ставшие патологическими, обладают такой яркостью и аффективной силой именно потому, что они отрицают процессы отреагирования и воспроизводятся только в состоянии свободного ассоциирования.

* * * * *

Итак, теперь понятно, почему терапевтические процедуры, описанные на предыдущих страницах, дают целительный

эффект. Они прекращают управляющее воздействие идеи, которая не была отреагирована в период получения травмы, с помощью снижения ее аффективности через речь. Их основным средством является ассоциативная коррекция, когда забытое содержание возвращают в сознание (используя для воспоминания гипноз или через смещение вытесненного содержания под воздействием внушения врача, как это происходит при соннамбулизме, сопровождающем амнезией).

* * * * *

СВОБОДНЫЕ АССОЦИАЦИИ, СОПРОТИВЛЕНИЕ И ВЫТЕСНЕНИЕ*

СВОБОДНЫЕ АССОЦИАЦИИ И СОПРОТИВЛЕНИЕ

Прежде всего, нужно сказать следующее: когда мы беремся излечить пациента от его симптома, он борется против нас, применяя упорное и изощренное «сопротивление» в течение всего курса лечения.

* * * * *

Сопротивление, которое оказывает пациент, весьма разнообразно и построено очень хитро, так что бывает трудно распознать его среди множества форм, которое оно принимает, а тем более изменить его. Поэтому аналитик должен быть все время начеку. В психоаналитической терапии мы применяем технику, которая должна быть вам знакома по методу интерпретации сновидений: мы просим пациента прийти в состояние спокойного самонаблюдения и не пытаться анализировать происходящее. Потом мы предлагаем ему говорить все, что приходит ему в голову, — мысли, чувства, воспоминания — в том порядке, в котором они появляются в его сознании. Мы предостерегаем его от отыскивания каких бы то ни было мотивировок, которые могут побудить его отбирать или исключать какие-то ассоциации (мысли), потому что они такие «неприятные», или слишком «некромные», чтобы произносить их вслух, или совсем «неважные», «несущественные» или «абсурдные». Мы предупреждаем пациента, что он должен произносить все, что всплывает в его сознании, и отбрасывать все возражения, которые он сможет придумать, неважно в каких формах они будут выраже-

* Sigmund Freud, *A General Introduction to Psycho-Analysis*, op. cit., pp. 253—264.

ны. Мы информируем его о том, что успех лечения и его продолжительность зависят от того, насколько точно он будет следовать правилам применения этой техники. Из практики применения метода интерпретации сновидений мы знаем абсолютно точно, что как только свободному течению его ассоциаций начнут препятствовать многочисленные сомнения и возражения, мы соприкоснемся с материалом, ведущим к открытию бессознательного.

Сразу же, как только вы подробно проинструктируете пациента о правилах применения этой техники, вы подвергнетесь первой атаке сопротивления. Пациент попытается избежать ее применения всеми возможными способами. Сначала он скажет, что ему ничего не приходит в голову, потом, что в голову приходит столько всего, что он не может выбрать что-то одно. Затем мы с неудовольствием заметим пациенту, что он критически разбирает материал ассоциаций — «сначала то, потом это, а затем так» — выдавая его с большими паузами между фразами. Наконец, он может признаться, что он действительно не может ничего сказать, так как ему стыдно за происшедшее, и он пообещал никому не рассказывать об этих чувствах. Или он скажет, что он подумал о чем-то, но это затрагивает кого-то еще, и поэтому нужно в таких случаях делать исключение из правил. Или он скажет, что те мысли, которые пришли ему на ум, слишком неважные, слишком глупые и абсурдные, и он не собирается произносить эту чушь. Все это будет продолжаться довольно долго, и мы должны будем неоднократно, с небольшими вариациями повторять, что «говорить все» означает «говорить все», и никак иначе.

Большие сложности встречаются в работе с теми пациентами, которые стараются не касаться определенных областей, чтобы защитить их от вторжения аналитика. Один чрезвычайно понятливый пациент скрывал от меня очень серьезную любовную интригу в течение нескольких недель, используя именно этот прием. А когда я обвинил его в нарушении основного правила лечения, он защищал себя, аргументируя свое поведение тем, что считает это особой, не имеющей отношения к своему лечению историей, которая к тому же является его личным делом. Естественно, что при аналитическом лечении не поддерживаются всевозможные уклонения от него, подобные этому.

* * * * *

Пациенты, страдающие навязчивыми состояниями, чрезвычайно успешно пытаются сделать правила этой техники бесполезными, так как они постоянно высказывают свои рациона-

лизации, суждения и сомнения. Пациенты с истерией страха иногда также преуспевают, доводя исполнение этого правила до абсурда. Они продуцируют ассоциации, которые настолько далеки от того, что они действительно думают, что мы не получаем никакой полезной информации для анализа. Но я не намереваюсь убедить вас в чрезмерной сложности применения этой техники при лечении. Достаточно знать то, что при должном упорстве и последовательности мы добьемся от пациента послушного выполнения всех правил, предусмотренных этой техникой. И тогда сопротивление переходит на другой уровень.

Оно может выражаться в интеллектуальной оппозиции и использовании различных аргументов в качестве оружия, которое повернет все сложности и нововведения, принятые в работе аналитика, против него и будет использоваться для дискредитации аналитической теории. Из уст пациентов мы можем услышать все критические замечания и возражения в наш адрес, которые громко высказываются в современной научной литературе нашими оппонентами. Но в том, что о нас повсюду кричит критика, нет ничего нового. Это напоминает мне бурю в стакане воды.

Пациент не обязательно будет спорить с нами. Он может с радостью позволить нам инструктировать, учить и оберегать его, знакомить с литературой, чтобы он смог узнать как можно больше. Он даже будет готов стать ярым приверженцем психоанализа, но при условии, что психоаналитик пощадит *его* личность. В таком «стремлении к знаниям» мы также усматриваем сопротивление, потому что пациент уклоняется от прямого контакта, и не поддерживаем эти тенденции. При неврозе навязчивых состояний может использоваться особая тактика. В этом случае пациент позволяет анализу беспрерывно продвигаться к пониманию основных причин болезни, внося все больше ясности в обстоятельства, породившие исходную проблему, пока, наконец, мы не начнем удивляться тому, что выработанные объяснения не несут никакого практического эффекта и не приводят к исчезновению симптома. И мы поймем, что сопротивление прибегло к очень выгодному приему. Пациент будет говорить себе что-то вроде этого: «Это все очень мило и интересно. Я хотел бы продолжать это. Я уверен, что мое состояние улучшилось, если бы все это было правдой. Но я не верю в это, и пока я не верю, это не повлияет на мою болезнь». И такое сопротивление будет продолжаться очень долго, до тех пор, пока последнее из условий, которое он себе поставил, не будет преодолено и не начнется настоящее сражение.

Интеллектуальное сопротивление — это не худший вариант. Его можно преодолеть. Но пациенты знают, как можно создавать сопротивление внутри пределов, заданных аналитиком, и его преодоление является наиболее сложной задачей техники. Вместо воспоминания реальных чувств и психических состояний из их предшествующей жизни, они воспроизводят их, проживая их здесь, что носит название переноса, который активизируется при противостоянии врачу и процессу лечения. Если пациент — мужчина, он обычно берет нужный материал из своих отношений с отцом, на место которого он теперь ставит врача. Поступая таким образом, он активизирует сопротивление, возрождая борьбу, которую он вел за достижение личной независимости и независимости в своих решениях, за свои амбиции, первоначальной целью которых было превзойти своего отца или стать хотя бы равным ему. Это тот период, когда кто-то начинает чувствовать, что пациент хочет доказать неправоту аналитика, дать ему ощутить свое бессилие и триумф пациента, победившего его, которые подавляют желание аналитика заниматься излечением болезни. Женщины обладают способностью использовать в целях сопротивления эротически окрашенный перенос на аналитика. Когда это притяжение достигает высокой интенсивности, весь интерес к актуальной ситуации лечения исчезает вместе со всеми обязательствами, которые были взяты в процессе лечения. Ревность и раздражение, которые являются неминуемым следствием подобной ситуации, с трудом поддаются контролю и наносят вред отношениям с психоаналитиком, и, таким образом, нейтрализуют одну из наиболее мощных движущих сил анализа.

И все же сопротивление не должно оцениваться только отрицательно. Оно содержит в себе наиболее важный материал о прошлом пациента и преподносит его в столь убедительной манере, что должно стать лучшим помощником аналитика, конечно же, если техника будет искусно применена, чтобы использовать его в иных целях. Действительно заслуживает внимания тот факт, что первоначально этот материал используется для сопротивления и представлен в формах, которые препятствуют лечению. Можно сказать, что это является характерной чертой, индивидуальной позицией Я, которое таким образом мобилизуется для противостояния любым попыткам перемен. Потом вы поймете, как эти характерные черты развиваются в связи с условиями невроза и в качестве реакции на его требования, и заметите те черты, которые иначе не проявились бы, по крайней мере, проявились бы не так явно, что может указывать на их латентный характер. Вы также не должны увлекаться мне-

нием о том, что под видом сопротивления мы наблюдаем угрозу нашему аналитическому влиянию. Нет, мы знаем, что это сопротивление связано с наличием симптома; мы недовольны, только если мы не можем пробудить его в достаточной мере и сделать так, чтобы пациент почувствовал его. Кроме того, мы понимаем, что преодоление сопротивления и составляет сущность аналитической работы, что это та часть работы, которая обеспечивает нас возможностями для оказания помощи пациенту.

В конце концов, вы должны уяснить, что все случайности, возникающие в процессе лечения, могут быть использованы пациентом для вмешательства в этот процесс. Все, что может отвлечь его или удержать от продолжения терапии, любой неприязненный отзыв, высказанный авторитетным человеком из его близкого окружения, любое органическое заболевание или осложнение невроза и более того любое улучшение он может превратить в мотив для прекращения своих усилий. Со временем вы сможете приблизиться, хотя и не вплотную, к пониманию форм и степени выражения сопротивления, которое должно быть принято и преодолено в процессе анализа.

Я так подробно рассуждаю на эту тему, потому что хочу донести до вас следующее: наша динамическая концепция неврозов основывается на опыте работы с сопротивлением, которое создают невротические пациенты, чтобы помешать устранению симптома. Брейер и я практиковали психотерапию с использованием гипнотического воздействия. Брейер излечил первого пациента, вводя его в состояние гипнотического внушения, и я сперва последовал его примеру. Я признаю, что моя работа в то время была более легкой и, соответственно, длилась меньшее количество времени, но ее результат был изменчив и неустойчив. Поэтому я вскоре отказался от применения гипноза. Я осознал, что пока применяется гипноз, понять динамику болезни невозможно. При таком воздействии сопротивление оказывается скрытым от наблюдения аналитика. Гипноз подавляет сопротивление и открывает широкое поле для работы анализа, но в то же время ограничивает его воздействие этим полем и делает невозможным выход за его пределы. Таким образом, я могу сказать, что истинный психоанализ начинается там, где действие гипноза исчерпывает себя.

* * * * *

В процессе лечения сопротивление изменяется по степени своей интенсивности. Оно всегда увеличивается, когда затрагивается новая тема, достигает своей высшей точки во время ра-

боты над ней и постепенно сходит на нет при повторном обращении к этой теме. Если исключить совершенные технические ошибки, мы ни разу не встречались с ситуацией, когда сопротивление, выраженное в максимальной степени, на которую способен пациент, не было бы нами преодолено. Мы убедились в том, что один и тот же человек будет снова и снова браться за свои критические возражения и оставлять их в процессе анализа. Мы привносим в его сознание какую-то часть бессознательного материала, и это болезненно для него, поэтому его критичность будет очень высока. Даже если он предварительно понял и принял правила работы, в этот момент выгода от процесса лечения будет казаться минимальной или несущественной. Противостояние пациента может выражаться в том, что он будет вести себя так, как если бы он имел умственную недостаточность, форму «эмоциональной тупости». Если же он поможет успешно преодолеть эту форму сопротивления, он вновь приобретет понимание ситуации. Его критическая способность не функционирует независимо и поэтому не должна так восприниматься. Она только «служанка, отвечающая за все» в его аффективных установках, и управляет его сопротивлением. Когда ей что-то не нравится, она может достаточно изобретательно защитить себя, но когда что-то удовлетворяет ее, она становится слишком легковерной. Люди, которые прошли психоанализ, проявили интеллектуальную защиту своих аффективных переживаний столь явно потому, что в процессе анализа подавляли их.

Итак, какие же выводы мы можем сделать после проведенного обзора фактов, свидетельствующих о том, что пациенты так напряженно борются против нас, чтобы не допустить облегчения их симптомов и восстановления нормального течения психических процессов? Мы скажем, что в этой деятельности, направленной против наших попыток произвести изменения в сложившихся условиях, мы обнаружили следы мощных сил. И они, должно быть, являются теми же силами, которые *породили* существующие обстоятельства. Формированию симптома сопутствуют некоторые процессы, которые, как показал наш опыт, могут быть реконструированы. Как мы уже знаем из наблюдений, сделанных Брейером, это происходит из самой сути симптома, когда какой-то психический процесс не был завершен должным образом и его необходимо вновь осуществить в сознании. Симптом здесь выступает лишь заместителем того, что должно было произойти, но не произошло. Теперь мы знаем, где действуют те силы, которые мы заподозрили в осуществлении этой работы. Неизмеримые усилия направляются на то, чтобы предотвратить проникновение вышеупомянутых пси-

хических процессов в сознание, и в результате они остаются бессознательными. А будучи бессознательными, они получают достаточную силу для того, чтобы сконструировать симптом. Те же усилия снова проявляются в процессе психоаналитического лечения, чтобы противостоять попыткам возврата бессознательной информации в сознание. Это мы со всей очевидностью наблюдаем в формах сопротивления. Патогенный процесс, который демонстрируется сопротивлением, мы назвали вытеснением.

ВЫТЕСНЕНИЕ

Сейчас необходимо сделать наше концептуальное понимание процесса вытеснения более ясным и точным. Оно является определяющим как предварительное условие для развития симптомов, но также является чем-то большим, явлением, которому нет аналогов. Давайте рассмотрим его на модели импульса, когда психический процесс пытается обратить себя в действие: мы знаем, что он может быть не принят в силу того, что мы называем «отрицанием» или «осуждением». После этого его энергия переходит во что-то другое, он становится бессильным, но может продолжать свое существование как воспоминание. Целостный процесс принятия такого решения полностью находится в ведении Я. Совершенно иное наблюдается, когда импульс подвергается вытеснению: он удерживает свою энергию и никаких воспоминаний о его существовании не сохраняется. Процесс вытеснения осуществляется без ведома Я. Это сравнение подводит нас несколько ближе к пониманию природы вытеснения.

Я излагаю единственную теоретическую концепцию, которая дает возможности для определения и использования термина *вытеснение*. И для этой цели нам необходимо перейти от чисто описательного подхода к слову «бессознательное» к его систематическому пониманию. Мы считаем, что сознательный или бессознательный характер протекания психических процессов является одной из возможных характеристик и до конца не определен. Процессы этого типа могут оставаться бессознательными, и то, что будет удерживать их от осознавания, может быть спровоцировано внешними влияниями, а не их собственной природой. Позвольте нам предположить в порядке формулировки более конкретного понимания этого явления, что все психические процессы — за исключением одного, о чём я скажу позднее, — первоначально существуют в бессознательном состоянии или фазе и лишь потом развиваются и переходят в фазу сознания. Это подобно тому, как фотограф сначала делает

негативы и лишь потом печатает изображение с позитивов. Но не каждый негатив может стать позитивом, и нет настойтельной необходимости в том, чтобы каждый бессознательный психический процесс был преобразован в сознательный. Коротко это может быть выражено так: каждый процесс первоначально протекает в пределах бессознательной психической системы, под воздействием определенных условий он может продвинуться дальше и войти в систему сознания.

Несколько недоработанная концепция, отражающая существование этих систем, тем не менее, по-нашему мнению является той, которая наиболее подходит для наших целей. Бессознательную систему можно сравнить с большой прихожей, в которой толпятся различные психические возбуждения. К ней прислоняется другая, крохотная комната, что-то вроде приемной, в которой обитает сознание. Но на пороге между ними стоит привратник, который оценивает эти возбуждения, подвергает их цензуре и отказывает в посещении приемной, если они чем-то ему не понравятся. Вы можете увидеть, что иногда нет большой разницы между импульсом, который он оставил за порогом, и тем, который он впустил в приемную. Все это зависит от степени его бдительности и скорости распознавания. Теперь эта метафора может быть использована для уточнения нашей терминологии. Возбуждения, находящиеся в бессознательном, в прихожей, не видны сознанию, которое находится в другой комнате, и поэтому остаются неосознаваемыми. Когда они выталкиваются вперед, к порогу, и возвращаются назад привратником, они «неспособны стать сознательными». И их мы называем *вытесненными*. Но даже те возбуждения, которые переступили порог, не обязательно станут осознаваемыми. У них есть только возможность стать таковыми, если они попадут в поле зрения сознания. Эта вторая комната может быть названа *предсознательной системой*. И все же процесс осознавания по-прежнему сохраняет свой описательный характер. Когда единичный импульс подавляется, это значит, что он не способен выйти из бессознательной системы, потому что привратник отказал ему в посещении предсознания. Привратник — это не что иное, как сопротивление, которое мы открыли в процессе наших попыток обнаружить вытесненное.

* * * * *

Я хочу убедить вас, что эта недоработанная гипотеза (две комнаты, привратник на границе между ними и сознание, выступающее в роли зрителя в конце второй комнаты) должна работать на максимальное приближение к актуальной реально-

сти. Я также хочу, чтобы вы поняли, что наши указания на бессознательное, предсознательное и сознание менее вредны и более легко определяемы, чем другие, которые повсеместно внушаются или используются, например, подсознание, междусознание, ко-сознание и так далее.

* * * * *

Поняли ли вы то, что все это поддерживает концепцию о двух системах и отношениях между ними и сознанием? Привратник, стоящий между бессознательным и предсознательным, есть не что иное, как цензура, которая отбирает формы для явного содержания сновидения. Остатки дневных впечатлений, которые мы относим к основным раздражителям, возбуждающим сновидение, являются материалом предсознания. Ночью, пока мы спим, оно подвергается влиянию бессознательного, вытесненных желаний и влечений и через ассоциирование с ними способно сформировать скрытый смысл сновидения, несущий их энергию. Под влиянием бессознательной системы этот материал обрабатывается — путем сгущения и смещения — таким образом, чтобы соответствовать нормальной психической жизни, то есть согласно требованиям предсознательной системы. Это различие в способах функционирования и есть то, что позволило нам различить эти две системы. Отношение к сознанию, которое перманентно содержит в себе предсознательное, указывает на способ протекания процессов в обеих системах. Но очевидно, что сновидение не является патологическим феноменом, каждый здоровый человек может видеть сновидения, когда спит. Потому каждый вывод, касающийся строения психического аппарата и включающий в себя понимание снов и невротических симптомов, неопровергнуто требует, чтобы его признали применимым и к явлениям нормальной психической жизни.

* * * * *

ФОРМИРОВАНИЕ СИМПТОМА

Когда мы обсуждали вытеснение, мы достаточно говорили об этом явлении, чтобы составить общее представление. И более того, мы его составили, но только как о предварительном условии, предпосылке формирования симптома. Мы знаем, что симптом является заместителем какого-то другого процесса, который был вытеснен. Но даже после того, как мы определили вытеснение, мы должны пройти еще долгий путь, прежде чем достигнем понимания этого замещающего образования. Проблема вытеснения сама по себе ставит вопросы, на которые должен

быть найден ответ: какие виды психических возбуждений подвергаются репрессии? Какие силы способствуют этому? И по какой причине? Следуя только одной позиции, мы достигаем знаний, имеющих отношение к заданным вопросам. В процессе исследования проблемы сопротивления мы выяснили, что силы, вызывающие его, происходят из Я, из характерных черт — наблюдавших или скрытых. Это те же силы, которые осуществляют вытеснение или, по крайней мере, принимают участие в этом процессе. Мы больше ничего о них не знаем, кроме того, что было описано.

* * * * *

Каждый раз анализ будет приводить нас к сексуальным переживаниям и желаниям пациента, и каждый раз мы будем утверждать, что симптом служит той же цели. Эта цель может быть определена как удовлетворение сексуальных желаний, а симптомы являются заместителем удовлетворения, которое недостижимо в реальности.

* * * * *

Я хочу избежать в дальнейшем оговорок об универсальности применения изложенного материала, поэтому я прошу вас заметить, что все, что я говорил о вытеснении, формировании симптома и его интерпретации, было выявлено в результате изучения трех типов неврозов и применяется, соответственно, только к этим трем типам. Это истерия страха, конверсионная истерия и невроз навязчивых состояний. Эти три расстройства могут быть объединены в общую группу под названием *трансферентные неврозы*, создающие поле для психоаналитической терапии.

* * * * *

Все, что было сказано, относится только к трем видам трансферентных неврозов, и сейчас я добавлю немного информации, которая прольет дополнительный свет на смысл симптома. Принцип исследования ситуации, в которой произошло зарождение расстройства и которая привела к существующим результатам, может быть выражен в следующей формуле. А именно: эти люди заболели из-за лишения (или фрустрации), которое они испытали, когда реальность воспрепятствовала удовлетворению их сексуальных желаний. Вы можете заметить, как эти два вывода прекрасно дополняют друг друга. Симптом теперь объясняется как заместитель процесса удовлетворения желаний, которые не могут быть удовлетворены в реальной жизни.

* * * * *

Мы давно усвоили из психоанализа, что противоположность не является противоречием. Мы можем расширить нашу теорию и сказать, что целью симптома может быть сексуальное удовлетворение или защита от него. Так, например, истерия носит позитивный, направленный на исполнение желания характер, который в целом доминирует, а при неврозе навязчивых состояний преобладает негативный аскетический характер. Симптом, таким образом, может обслуживать обе цели: как достижение сексуального удовлетворения, так и противоположную ей.

* * * * *

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НЕВРОЗОВ*

ФИКСАЦИЯ

...Позвольте мне просто сказать, что мы принимаем во внимание то, что единичная порция каждого отдельного сексуального импульса может остановиться на ранней стадии развития, хотя в то же время другая его порция может достигнуть своей конечной цели. Из этого вы можете увидеть, что мы воспринимаем каждый подобный импульс как длящийся с самого начала жизни, и поэтому разделяем его течение на несколько отдельных последовательных этапов. Ваше впечатление о том, что это концептуальное положение требует дальнейшего уточнения, верно, но попытка раскрыть его уведет нас слишком далеко. Поэтому мы просто договоримся называть задержку развития импульса на ранней стадии *фиксацией* (импульса).

Вторую опасность, угрожающую нормальному переходу на новую стадию, мы назвали *регрессией*. Она также происходит тогда, когда порция импульса начинает продвигаться дальше в своем развитии, но потом возвращается на раннюю стадию. Импульс находит повод *регрессировать*, когда упражнение его функции в пределах более поздних и развитых форм встречается с мощными внешними помехами, которые не позволяют достичь удовлетворения. Это небольшой шаг к предположению о том, что фиксация и регрессия не являются абсолютно независимыми друг от друга. Устойчивая фиксация на каком-либо этапе развития создается быстрее и легче, если предварительно функция встретилась с внешними препятствиями, которые привели к регрессии, а затем и фиксации. Ослабление способности сопротивляться внешним трудностям — это тот путь, по кото-

* Ibid., pp. 298—303.

рому идет замедление развития функции... Если вы вспомните людей, которые сменяют в течение жизни множество мест, то увидите, что если они терпят поражение или встречаются с врагами более сильными, чем они, то наиболее предпочтительным им кажется то место, в котором они были до этого. И чем больше мест они сменили в своем стремлении к развитию, тем выше вероятность того, что они окажутся в ситуации поражения.

Для понимания неврозов чрезвычайно важно, чтобы вы сохраняли в сознании отношения, существующие между фиксацией и регрессией. Тогда вы приобретете надежную опору для исследования причин, породивших невроз, — его этиологии — которой мы вскоре и займемся.

РЕГРЕССИЯ И ВЫТЕСНЕНИЕ

Для начала мы рассмотрим вопрос о регрессии. После того, что вы услышали о развитии либидо, вы можете выделить два основных вида регрессии: возврат к первоначальному объекту, на который было направлено либидо (как мы знаем, он носит инцестуозный характер), или возврат к тому способу сексуальной организации, который был сформирован на более ранних стадиях. Оба вида регрессии представлены в трансферентной группе неврозов и играют огромную роль в механизме их возникновения. Возвращение к первому инцестуальному объекту либидо является той характерной чертой, которая регулярно наблюдается у невротиков. Конечно, можно рассказать гораздо больше о регрессии либидо, если включить в наше описание и другую группу неврозов, к которой мы относим нарциссические неврозы. Но это не входит в наши намерения на данный момент. На основе этих заболеваний можно делать заключения о развитии функции либидо, а также увидеть новые типы регрессии, соотносящиеся с ними. Я думаю, что нужно предостеречь вас от смешения понятий *регрессии* и *вытеснения*, и помочь вам составить более четкое представление об отношениях между этими двумя процессами. *Вытеснение*, как вы помните, это процесс, при котором психический акт, который имеет возможность стать сознательным (то есть находящийся в пределах предсознательной системы), становится бессознательным и возвращается в бессознательную систему. Мы также называем *вытеснением* процесс, при котором бессознательный психический акт пытается пересечь границу в предсознательное, но цензура не пропускает его, и он остается погруженным в бессознательное. Таким образом, в понятии вытеснения нет прямой связи с сексуальностью, обратите на это свое внимание, пожалуйста. Это полностью психический процесс, и его лучше описы-

вать как *топический*, то есть заключающийся в определенных пространственных отношениях, которые мы располагаем внутри психики, или (если мы снова обратимся к помощи вышеописанной гипотезы для формулировки нашей теории) в структуре психического аппарата, разделенного на несколько систем.

До сих пор мы употребляли понятие регрессии не в его общем смысле, а в достаточно специфическом. Если вы приадите ему широкий смысл, то есть будете понимать его как переход от высокой к более низкой стадии развития, то вытеснение встанет в один ряд с регрессией, так как вытеснение тоже можно описать как обращение к более ранней и низшей стадии развития психического акта. Важно, что при вытеснении *не во всяком случае* происходит регressiveное движение в развитии. Мы понимаем вытеснение и в динамическом смысле, когда какой-либо психический процесс тормозится еще до того, как он покинул низшую стадию, бессознательное. Вытеснение, таким образом, — это топически-динамическое понятие, в то время как понятие регрессии носит исключительно описательный характер. То, что мы до сих пор называли регрессией и описывали в отношениях с фиксацией, обозначает исключительно возвращение *либидо* в прежнюю форму его развития, а значит, регрессия существенно отличается от вытеснения и достаточно независима от него. Как мы не можем назвать регрессию либидо исключительно психическим процессом, так мы не можем определить ее локализацию в психическом аппарате. И хотя она оказывает сильнейшее влияние на психическую жизнь человека, органический фактор не теряет в ней доминирующего значения.

Обсуждение, проводимое в столь мягких тонах, довольно скучно, поэтому давайте обратимся к клиническим иллюстрациям, чтобы составить более полное представление об описываемых явлениях. Вы знаете, что группа трансферентных неврозов включает в себя истерию и невроз навязчивых состояний. При истерии регрессия либидо к первоначальному инцестуозному сексуальному объекту, без сомнения, встречается очень часто, но почти никогда не наблюдается регрессия к более ранним формам сексуальной организации. Следовательно, принципиальную роль в механизме формирования истерии играет вытеснение. Если бы я решил дополнить существующие сведения о том, как приобретается этот невроз, я описал бы следующую ситуацию: соединение компонентов импульса под началом генитальной зоны завершено, но результат этого союза встречает сопротивление со стороны предсознательной систе-

мы, которая содержит в себе сознание. Генитальная организация, следовательно, действительна для бессознательного, но не для предсознательного, и это неприятие части предсознательного в результате выливается в картину, которая сходна с состоянием прежнего примата генитальной зоны, но, тем не менее, с ним не совпадает. Из двух известных видов регрессии либидо возвращение к ранней фазе сексуальной организации — гораздо более сложный процесс. Он отсутствует в истерии, а наша концепция невроза все еще преимущественно основывается на исследовании истерии, которое началось раньше. Поэтому исследование регрессии либидо началось гораздо позже, чем изучение процесса вытеснения. Мы уверены, что наша точка зрения будет претерпевать дальнейшие изменения и значительно расширяться, когда мы включим в наше описание — сверх уже описанных видов истерии и невроза навязчивых состояний — ряд других неврозов (нарциссических).

При неврозе навязчивых состояний регрессия либидо на предшествующую стадию анально-садистской организации является наиболее очевидным фактором и определяет ту форму, в которой выражается симптом. А это значит, что импульс любви должен быть замаскирован под садистский импульс. Когда навязчивая мысль — «я хочу убить тебя» — будет отделена от наложенных на нее элементов (которые не случайны, но должны быть разделены), она будет означать не что иное, как «я хотел бы любить тебя». Когда вы к тому же поймете, что регрессия к первичному объекту начинается в тот же момент, и причем так, что этот импульс касается только самых близких и любимых людей, вы можете пробудить в пациенте отвращение к этим навязчивым идеям, и в то же время показать то, как перевернуто и неверно они представлены в его сознательном восприятии. Но вытеснение также принимает значительное участие в механизме формирования этого невроза, хотя оно не так просто для изложения. Регрессия либидо без участия вытеснения никогда не приведет к неврозу, а лишь сформирует извращение. Таким образом, вы видите, что вытеснение является тем процессом, который встречается при анализе любых неврозов и через который они лучше всего характеризуются.

ФРУСТРАЦИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ СИМПТОМА

Я думаю, что вы быстрее примиритесь с таким изложением фиксации и регрессии либидо, если будете смотреть на это как на предварительное исследование этиологии неврозов. До сих пор я давал вам лишь одну часть информации об этом предмете, а именно, что люди заболевают неврозом, когда возмож-

ность удовлетворения либидо отсутствует (они заболевают в результате «фрустрации», так я буду называть это в дальнейшем), а их симптомом в действительности является заместителем недостигнутого удовлетворения. Это, конечно же, не означает, что любая фрустрация либидинального удовлетворения делает каждого, кто столкнется с ней, невротиком. Но при исследовании причин невроза влияние фактора фрустрации всегда очевидно. Следовательно, такая зависимость существует. Вы, без сомнения, понимаете, что это положение не раскрывает всех секретов этиологии неврозов, но делает акцент на фрустрации как на важном и необходимом для нее условии.

ФРУСТРАЦИЯ И СУБЛИМАЦИЯ

Теперь, продолжая наше изложение, мы не знаем, с чего начать: с природы фрустраций или характера людей, подвергающихся ее влиянию. Понятие фрустрации очень обширно и несколько абсолютизируется. Ведь чтобы достичь патологического эффекта, нужно воспрепятствовать реализации удовлетворения в той единственной форме, которую желает человек, к реализации которой он способен. В действительности же существует множество способов достичь либидинального удовлетворения и избежать заболевания. Мы знаем людей, которые способны переносить воздержание без особого вреда для себя. Они не счастливы, так как страдают от длительного неудовлетворения потребности, но они не заболевают. Следовательно, мы можем заключить, что сексуальные импульсы возбуждения «пластичны», если, конечно, я могу употребить здесь это слово. Они могут перемещаться из одной области в другую, и если удовлетворения невозможно достичь одним способом, то другой полностью его компенсирует. Они связаны друг с другом подобно сети сообщающихся каналов, заполненных перетекающей по ним жидкостью, и все это, несмотря на их подчиненность генитальным приоритетам (условие, которое не так-то легко себе представить).

Далее, частичное сексуальное влечение, также, как и объединенный сексуальный импульс, демонстрирует способность менять свой объект, то есть сменять один объект на другой, более достижимый. Эта способность к замене и созданию суррогата должна порождать сильный эффект, противоположный эффекту фрустрации. И что-то служит основой этого процесса защиты против болезни, который приобрел большое значение в развитии культуры. Этот процесс запускается, когда невозможно прямо и полностью удовлетворить сексуальное побуждение, и человек либо частично удовлетворяет сексуальный им-

пульс, либо достигает удовлетворения другим способом, адаптируя побуждение к новой цели. Причем эта новая цель порождена сексуальным импульсом и генетически восходит именно к нему, но в то же время уже не носит сексуального характера и является социальной по своей природе. Этот процесс мы назвали *сублимацией* и ввели основной стандарт, который оценивает социальные цели как более высокий уровень по сравнению с сексуальными целями, которые носят совершенно эгоистичный характер. Сублимация — это специфический вариант отношений между сексуальными импульсами и несексуальными, но мы еще обсудим этот вопрос в другом контексте.

У вас может создаться впечатление, что мы считаем стремление к получению сексуального удовлетворения совсем незначительным фактором в жизни человека, так как существует много других способов достичь удовлетворения, трансформировав первоначальный импульс. Но нет, в действительности это не так. Стремление к удовлетворению удерживает свою патологическую власть, и сублимация не всегда является лучшим способом его преодоления. Мера неудовлетворенности либидо, которую может перенести человек, ограничена. Наличие таких свойств либидо, как пластиность и подвижность, не означает, что каждый человек обладает ими в полной мере. Сублимация никогда не освободит нас полностью от влияния либидо, к тому же у большинства людей способность к сублимации развита очень слабо. Очевидно, что даже приписывание либидо свойства подвижности ограничивает возможности человека в достижении некоторых целей и овладении определенными предметами. Главное, запомните, что неполноценное развитие либидо влечет за собой очень устойчивые и иногда многочисленные фиксации либидо на ранних фазах сексуальной организации или неправильном выборе объекта, который не способен дать реального удовлетворения. Поэтому вы можете считать фиксацию либидо вторым фактором, который, действуя в сочетании с фрустрацией, вызывает заболевание. Обобщив то, что было написано ранее, мы можем сказать, что фиксация либидо представляет собой внутренний фактор, определяющийся предрасположенностью индивида, а фрустрация выступает в роли внешнего, случайного фактора. В совокупности они являются ведущими факторами, которые необходимы для понимания этиологии неврозов.

Я воспользуюсь этим случаем, чтобы предостеречь вас от участия в одном совершенно бессмысленном споре. В научных кругах уже вошло в привычку хвататься за какую-то часть истины и объявлять ее абсолютной, а потом, опираясь на этот фрагмент, рассуждать о том, что в действительности является истин-

ной. Уже не одно направление раскололось таким способом о движение психоанализа. Одни из них признают наличие только эгоистических импульсов и отрицают сексуальные, другие говорят об определяющем влиянии реальной жизненной ситуации, отрицая влияние личного прошлого индивида на его жизнь, и так далее. Сейчас у нас есть повод противопоставить этим спорным взглядам наш антитезис. Как вы думаете: неврозы имеют экзогенную или эндогенную природу, являются неизбежным результатом определенного типа конституции человека или спровоцированы неким вредоносным (травматическим) случаем, произошедшим с человеком? И действительно, причиной невроза надо считать фиксацию либидо и определенную сексуальную конституцию человека или давление фрустрации? Такая постановка вопроса кажется мне настолько же разумной, как и вопрос о том, кто сыграл решающую роль в появлении ребенка — отец или мать? Конечно же, без участия их обоих ребенок не родился бы. Поэтому условия, приводящие к формированию невроза, должны пониматься сходным образом, хотя, конечно, это не одно и то же.

* * * * *

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И ПЕРЕНОС*

ДИНАМИКА ТЕРАПИИ

Прежде всего, мы хотим сказать о наследственной предрасположенности. Мы нечасто упоминали о ней, так как на нее опираются многие теории, и мы не можем сказать по этому поводу ничего нового. Однако не думайте, что мы придаём этому фактору минимальное значение. Мы практики, а потому не можем не чувствовать его влияние и силу. Но это тот самый случай, когда мы ничего не можем изменить, и для нас работа с этим фактором ограничивается фиксацией исходных данных, так как иначе он сильно ограничил бы наши возможности и усилия. Влиянию детского раннего опыта мы придаём в психоанализе очень важную роль, но он тоже находится в прошлом индивида, и мы не можем аннулировать или уничтожить его. Что касается жалоб на несчастливую жизнь, мы относим их к «фрустрации реальностью», когда отсутствие любви в жизни происходит из бедности, семейных ссор, ошибки в выборе спутника жизни, неблагоприятных социальных условий и суровости требований морали, которые подавляют человека.

* Ibid., pp. 374—388, 392—398.

* * * * *

Значит, здоровье заключается в ведении «свободного» образа жизни. Это то пятно, которое, будьте уверены, будет долго довлесть над психоанализом, так как он не обслуживает общепринятую мораль. Он освобождает индивида от правил этого мира.

Но позвольте, кто дал вам столь извращенное впечатление о психоанализе? Неуместный вопрос, скажете вы, так как основной смысл аналитического лечения и заключается в том, чтобы дать этот совет — живите «свободно». Кроме того, мы сами описали в своей концепции сильнейший внутренний конфликт между либидинальными желаниями и сексуальным вытеснением, между чувственностью и аскетической тенденцией. Но дело в том, что этот конфликт не должен закончиться нашей помощью одной из сторон в победе над другой. Мы действительно видим, что в наши дни широко распространен невротический аскетизм. Его результатом является вытеснение сексуальных импульсов и замена их на разнообразные симптомы. Но если мы сделаем возможной абсолютную победу чувственности над аскетизмом, то пренебрежение мощными силами, подавляющими сексуальность, приведет к формированию других симптомов. Внутренний конфликт не должен закончиться победой ни одной из этих альтернатив, так как оба исхода будут неудовлетворительными для человека.

* * * * *

Обсуждая этот вопрос, люди обычно опускают один существенный и очень важный момент, а именно, что патологический конфликт невротика не должен смешиваться с естественной и нормальной борьбой между конфликтующими импульсами, которые действуют в различных психических пространствах. Это битва между психическими силами, одна из которых находится на уровне предсознательной и сознательной психических систем, в то время как другая существует на бессознательном уровне. Вот почему этот конфликт никогда не может быть закончен победой одной из сторон, антагонисты встречаются друг с другом так же редко, как кит и полярный медведь в небезызвестной истории. Эффективное решение может быть найдено только тогда, когда конфронтующие стороны столкнутся друг с другом на одной территории, а это, по моему мнению, и является исключительной и основной задачей, решаемой в процессе лечения.

Кроме того, я уверен, что вы сильно дезинформированы, раз предполагаете, что советы, руководство и управление жиз-

нью пациента являются основополагающими в аналитическом методе. Наоборот, насколько это возможно, мы стараемся избежать принятия менторской роли в процессе терапии. Лучшим вариантом для нас является ситуация, когда пациент сам находит адекватное и наиболее подходящее для него решение проблемы. К тому же мы предлагаем пациенту отложить принятие каких-нибудь жизненно важных решений — таких, как выбор карьеры, начало собственного дела, свадьба или развод — на время лечения. Признайтесь, что вы ожидали совсем другого. Только с теми пациентами, которые слишком юны или беспомощны и беззащитны, мы нарушаем установленное нами ограничение. В работе с ними мы комбинируем позиции врача и руководителя. Мы осознаем степень нашей ответственности, и поэтому действуем с требуемой осторожностью.

Не удивляйтесь моему желанию защитить себя от обвинений в том, что психоаналитическое лечение невротика заключается в разрешении ему жить «свободной» жизнью и влиянии на пациента через выход за рамки общепринятой морали. Все эти версии также далеки от наших истинных целей, как и многие другие предположения. Мы не реформаторы, и это правда. Мы только наблюдатели. Но мы не можем избежать критического анализа того, что мы видим. И мы не сочли возможным оказать свою поддержку общепринятой сексуальной морали или одобрить мнение, согласно которому общество пытается создать препятствия для развития сексуальности человека в реальной жизни. Мы с легкостью можем продемонстрировать, что то, что называют сегодня кодексом нравственности, требует гораздо больших жертв, чем это действительно необходимо, и такое поведение отнюдь не диктуется ни честностью, ни мудростью. Мы не просим пациентов перестать прислушиваться к голосу разума, мы лишь предлагаем им рассмотреть сексуальные проблемы непредубежденно, так же, как и многие другие. И если после этого они станут независимыми и благодаря эффекту лечения смогут выбрать промежуточный путь между безудержным распутством и оправданным аскетизмом, наша совесть будет чиста. Мы уверены, что тот, кто пройдет этот путь и узнает некоторую правду о себе, будет защищен от опасности аморального поведения в будущем, пусть даже его собственные моральные стандарты будут немного отличаться от общепринятых.

Мы должны воздержаться от переоценки того значения, которое играет воздержание в формировании невроза. Очень небольшое число патогенных ситуаций приводят к фрустрации, так как чрезмерная аккумуляция энергии либидо может быть значительно ослаблена, например, в результате полового сно-

шения, осуществление которого для большинства людей не представляет особых затруднений.

Таким образом, вы не можете объяснить терапевтический эффект психоанализа, основываясь на том, что он дает пациентам что-то вроде индульгенции на сексуальную свободу. Вы должны повнимательнее осмотреться вокруг и найти что-то еще. Я думаю, что одно из моих замечаний, которое я сделал, обсуждая ваше предположение, должно навести вас на правильный путь. Вероятно, это наличие в сознании заместителя чего-то бессознательного, трансформация бессознательного содержания в сознательные мысли — вот, что делает нашу работу эффективной. Вы правы, это действительно так. Переводя вытесненную информацию из бессознательного в сознание, мы уничтожаем те причины, которые привели к формированию симптома. И тогда патологический конфликт превращается в нормальный, который пациент сам может решать тем или иным способом. Мы как бы ничего не делаем для наших пациентов, мы позволяем произойти этим психическим изменениям. Мы допускаем это в той степени, в которой данный процесс будет полезен для нашего пациента. Там, где исключается вытеснение или другие психические процессы, аналогичные этому, нашей терапии делать нечего.

Конечная цель наших усилий может быть выражена в различных формулировках: сделать бессознательное сознательным, возвратить вытесненное, восстановить пропуски в памяти — но во всех случаях мы говорим об одном и том же.

* * * * *

Итак, что же мы должны делать, чтобы перенести бессознательное пациента в его сознание? Сначала мы думали, что эта задача очень проста: нужно определить, какой материал вытеснен, и потом рассказать о нем пациенту. Как бы то ни было, мы уже убедились в ошибочности этого предположения. Наше знание о его бессознательном не совпадает с его знанием о своем бессознательном. Когда мы говорим ему о том, что знаем, он не подставляет эту информацию *вместо* (на место) собственных бессознательных мыслей, но воспринимает *параллельно* им, и поэтому практически ничего не изменяется. Мы рассматривали бессознательное скорее топически и искали тот участок в памяти, где было осуществлено вытеснение. Вытесненное содержание должно быть возвращено, оно должно заменить бессознательные мысли на сознательные и дать нужный эффект. Но как вытесненное может быть возвращено? В процессе нашей работы мы выделили две основные фазы: на первой мы нахо-

дим вытесненное, а на второй мы пытаемся удалить сопротивление, которое удерживает вытесненное в бессознательном.

Как же можно отделаться от этого сопротивления? Точно таким же способом — раскрывая его суть и беседуя о нем с пациентом. Сопротивление опирается на вытесненное: на то, над выявлением которого мы работаем в данный момент, или на более раннее образование. Оно вырастает на силе «контратаки», которая предпринимается, чтобы вытеснить отторгнутый импульс. Теперь мы делаем то же самое, что делали раньше: интерпретируем, идентифицируем информацию и делимся ею с пациентом, — но с правильным пониманием процесса, лежащего в основе. Контратака и сопротивление по сути не являются бессознательными, они принадлежат сознательной функции, а сознание так или иначе сотрудничает с нами. И это происходит даже тогда, когда нужная информация не является в данный момент актуально осознаваемой. Мы понимаем, что многие трудности произрастают из двусмысленности самого слова «бессознательное», так как с одной стороны — это явление, а с другой стороны — это система. Исследования бессознательного малоизвестны и очень затруднены. Мы шли к формированию своей позиции в этом вопросе очень долго, и сейчас мы предполагаем, что сопротивление будет преодолено и контратака сменится отступлением, когда наша работа по интерпретации сделает возможным признать их существование. Какие же силы делают возможным наше успешное продвижение в лечении симптома? Во-первых, это желание пациента излечиться, которое побуждает его к сотрудничеству с нами в процессе терапии, и, во-вторых, это возможности его интеллекта, которые мы подкрепляем нашими интерпретациями. Совершенно очевидно, что пациенту гораздо легче осознанно распознавать наличие сопротивления и принимать ту бессознательную идею, которую оно в себе несет, если мы с самого начала внушим ему идею о существовании сопротивления, и он будет ожидать его проявления.

* * * * *

А теперь перейдем к фактам. В процессе работы со всем многообразием форм нервных болезней — с истериями, неврозами страха и неврозами навязчивых состояний — наша гипотеза работала. С ее помощью мы отыскивали вытесненный материал, раскрывали сопротивление, и сейчас мы можем полноценно завершать этот процесс, преодолевая сопротивление, неигнорируя вытеснение и переводя нечто бессознательное в область сознательного. По мере того, как мы все это делали, у нас складывалось очень сильное впечатление от картины того, на-

сколько большую власть имеет сопротивление, того, какая жестокая битва идет в душе пациента. Борьба, которая преобразует нормальный конфликт между двумя тенденциями в борьбу мотивов, один из которых пытается поддержать сопротивление, а другой — уничтожить его. Первый из них является более ранним мотивом, и именно он санкционирует вытеснение, а второй образовался сравнительно недавно и играет нам на руку. Мы успешно оживляем эту старую битву за вытесненное, предлагая пациенту заново пересмотреть решение, которое он когда-то принял. Затем мы поддерживаем свое предложение следующими средствами — мы показываем, что первоначальное решение, принятое пациентом, ведет к болезни, а к здоровью ведет другой путь, для которого мы можем создать необходимые условия. Затем мы указываем на то, что с того времени, когда пациент принял решение отторгнуть нежелательный импульс, обстоятельства совершенно изменились. Тогда его Я было слабым, инфантильным, и, возможно, у него действительно были причины сжиматься от ужаса перед требованиями либидо, которые были опасны для него. Сейчас же оно сильное, опытное и, более того, имеет помощника в качестве врача. Таким образом, мы демонстрируем свои ожидания по поводу того, что конфликт может быть решен более конструктивным способом, чем вытеснением. И как уже было сказано, истерия, неврозы страха и неврозы навязчивых состояний успешно решаются в контексте этих требований.

* * * * *

ПЕРЕНОС

Когда мы работали с истериками и невротиками, страдающими навязчивыми состояниями, мы вскоре столкнулись с фактами, к появлению которых совершенно не были готовы. После того, как процесс лечения начинался, мы начинали замечать, что эти пациенты ведут себя странным образом по отношению к нам...

Мы заметили, что эти пациенты, которые вроде бы не должны думать ни о чем другом, кроме как о разрешении своего сложнейшего внутреннего конфликта, начинают проявлять достаточно устойчивый интерес к личности врача. Все, что связано с его личностью, кажется им более важным, чем их собственные проблемы, и отвлекает их от своего заболевания. Отношения с пациентом через некоторое время становятся соответствующими. Он очень послушен, старательен и демонстрирует свою признательность всеми возможными способами. Он проявляет лучшие черты своего характера, даже те, которых мы в

нем совсем не предполагали. И через некоторое время у аналитика формируется очень хорошее мнение об этом пациенте, он рад такому отношению и готов поддерживать и оправдывать такое восхищение своей персоной. Если бы врач получил возможность услышать от третьих лиц мнение пациента о себе, то с удовлетворением отметил бы, что это уважение взаимно. Пациент и дома не устает нахваливать аналитика и приписывать ему все новые добродетели.

* * * * *

При таких условиях психоаналитик большими темпами продвигается вперед. Пациент принимает все установки, которые ему даются, он сконцентрирован на задаче предоставить как можно больше полезного материала для лечения, а именно, воспоминаний и ассоциаций, которые в огромных количествах предоставляются в распоряжение аналитика. Он убеждает аналитика в точности и глубине его интерпретаций. И аналитику остается только с большим удовольствием наблюдать, с какой быстротой и понятливостью пациент принимает все те новые психологические идеи, которые с таким трудом пока принимаются в научном мире. Общее улучшение состояния пациента объективно подтверждается по всем признакам, дополняясь гармоничными отношениями с аналитиком.

Но столь прелестная погода не может стоять вечно. И наступает момент, когда сгущаются облака. И тогда начинаются различные трудности. Пациент будет говорить, что уже не может придумать, о чем ему говорить. Создается в принципе безошибочное впечатление, что он более не заинтересован в нашей работе и сознательно игнорирует инструкцию, согласно которой он должен говорить все, что приходит ему в голову, и избегать каких бы то ни было критических возражений, которые могут у него возникнуть. И такое поведение определяется не ситуацией лечения — он ведет себя так, как будто у него никогда и не было согласия с врачом. Он, что совершенно очевидно, чем-то озабочен, но все же намеревается держать это при себе. Это ситуация, когда весь процесс лечения находится под угрозой. В этот момент начинает свою работу очень мощное сопротивление. Что же может произойти дальше?

Если попытаться разобраться в сложившейся ситуации, то причину создавшегося дисбаланса мы можем обнаружить в тех интенсивных чувствах нежности и любви, которые пациент переносит на врача, не отдавая себе отчет в своем последующем поведении и тех отношениях, которые складываются в процессе лечения. В целом, те формы, в которых эти отношения выра-

жаются, и те цели, которые они преследуют, зависят от ситуации, в которой взаимодействуют люди. Если одной стороной в этих отношениях выступает девушка, а второй — привлекательный молодой человек, можно предположить возникновение любви. Еще более естественно, если девушка влюбится в мужчину, с которым она много времени проводит наедине и при этом может говорить с ним об очень интимных вещах, а он при этом занимает авторитетную позицию. Совершенно очевидно, что у невротической девушки наблюдаются определенные нарушения в способности к любви, и мы можем ожидать ее появления при попадании девушки в ситуацию отношений между двумя людьми, напоминающую некогда возникшее отношение. При таких условиях с большой долей вероятности можно предполагать, что проявятся те же самые чувства. Это характерно для любых других сходных ситуаций. Еще можно понять, почему молодая женщина, несчастливая в браке, осыпает своего врача многочисленными знаками внимания и любви, или, если он еще не связан обязательствами, готова пойти на развод и уйти к нему. Если же обстоятельства не позволяют пойти на столь радикальные меры, она может вступить с ним в тайную любовную связь. Такие примеры хорошо известны и за пределами психоанализа. Но в этой ситуации и девушка, и женщина обычно делают удивительное по своему характеру признание, которое они привязывают к самому процессу лечения и своей проблеме. Они говорят, что всегда знали, что ничто иное, как любовь, сможет излечить их; что с самого начала лечения они ожидали, что со временем эти отношения перерастут в нечто большее и дадут им то, что отняла у них жизнь. Что питаемые только этой надеждой, они прикладывали столько усилий к процессу анализа и преодолевали все препятствия, раскрывая нам свои мысли. От себя мы могли бы добавить: «И так просто принимали то, что так сложно принять». Признания такого рода чрезмерно удивили нас, все наши расчеты по поводу хода лечения оказались фикцией. Могли ли мы упустить какой-то очень важный элемент при рассмотрении этой проблемы?

И действительно, так и было. Наша дальнейшая практика подтвердила, что здесь действует новый фактор, который открывает совершенно новую и пока непонятную область, который опровергает некоторые наши научные выкладки. Первоначально было выдвинуто предположение, что психоаналитическое лечение столкнулось с препятствием, которое по природе своей случайно, чуждо анализу и совершенно не связано с ним. Но когда подобные случаи стали происходить с завидным постоянством и с незначительными вариациями, и к тому же в тех ситуациях,

где наблюдались почти абсурдные несоответствия (например, при анализе одной престарелой дамы или не менее старого мужчины), то есть в тех ситуациях, где уже нет места соблазну или искушению, — нам пришла в голову другая идея. А именно, о наличии некоего дезорганизующего явления, которое напрямую связано с самой природой заболевания и основывается на ней. И этот новый феномен, который мы признали с такими трудностями, получил название «переноса». При этом под переносом мы подразумевали тот самый, вышеописанный перенос любовных чувств на врача, потому что мы не верили, что ситуация лечения реально может спровоцировать появление этих чувств. Мы предположили, что эта готовность к проявлению и развитию чувств имеет иной источник, что она формируется в самом пациенте, а затем только переносится в реальный процесс лечения и на фигуру врача. Перенос может выражаться в форме страстного призыва к любви или принимать менее экстремальные формы. Когда речь идет о совсем юной девушке или о престарелом мужчине, то желание стать женой или любовницей отпадает и трансформируется, например, в желание быть любимой дочерью. Или либидинальное желание изменяет само себя и предстает в виде стремления к идеальной платонической дружбе. Большинство женщин знают, как можно сублимировать перенос, чтобы он оправдывал себя и за него не нужно было извиняться. Но некоторые выражают его в грубых и почти невероятных формах. Хотя основание во всех случаях одно и тоже. И оно исходит из одного и того же источника, который ни с чем не перепутаешь.

Пока мы размышляли, где в пределах нашей концепции можно поместить этот факт, мы несколько расширили описание переноса. Мы задались вопросом о том, как обстоит дело с переносом, если пациентом является мужчина? Мы надеялись, что этот проблемный элемент связан с половой дифференциацией и сексуальной привлекательностью. Что ж, картина была идентичной и поразительно похожей на ситуацию работы с женщиной — то же расположение к врачу, та же переоценка способностей и качеств врача, та же адаптация к его интересам и ревностное отношение ко всему, что касается его персоны. При взаимодействии двух мужчин преимущественно встречаются сублимированные виды переноса, а прямые сексуальные признания встречаются очень редко (за исключением наличия открытой гомосексуальной ориентации, что само по себе редкий случай). Но наиболее часто при работе с мужчинами встречается такая форма переноса чувств на аналитика, которая на первый взгляд противоречит самому определению переноса. Но все же это перенос, только враждебный или *негативный*.

Прежде всего позвольте заметить, что перенос зарождается в пациенте с самого начала лечения и значительно укрепляется в процессе работы. Ничто первоначально не свидетельствует об этом, затем, проявившись, он не вызывает больших проблем. И это продолжается до тех пор, пока он удобен для той формы работы, при которой тесно взаимодействуют двое людей. Когда же он трансформируется в сопротивление, он отвлекает на себя все внимание. И мы можем выделить два различных контрастирующих состояния психики пациента, которые складываются в процессе лечения. Первое характеризуется интенсивным развитием чувства любви, которое столь явно раскрывает либидинальное желание, лежащее в его основе, что начинает вызывать у пациента встречное сопротивление своему проявлению. Во втором случае мы встречаемся с выражением яркого противостояния вместо любовных чувств. Враждебные чувства, как правило, появляются несколько позже, чем доброжелательное отношение, и под его прикрытием. Когда же они проявляются одновременно, то служат великолепной иллюстрацией амбивалентности чувств, которая характерна для самых близких и интимных отношений между людьми. Враждебные чувства демонстрируют расположение, сходное с любовными чувствами, так же как и вызов демонстрирует некогда существовавшую зависимость, переросшую в бунт. Не может быть сомнений, что враждебные чувства к аналитику также относятся к явлению переноса, так как ситуация лечения не дает причин для проявления этих чувств. Необходимость рассматривать перенос именно в этом виде подтверждает наше предыдущее предположение относительно его позитивной вариации.

Когда перенос начинает проявляться, основная наша трудность заключается в ответе на вопрос о том, как мы можем преодолеть его и какую выгоду мы можем извлечь из его существования. Это тот самый вопрос, который может быть адекватно решен только с применением техники, используемой в рамках аналитического метода. Здесь я могу только коснуться особенностей ее употребления. Без сомнения, мы позволяем пациенту попасть под влияние переноса. Было бы совершенно абсурдным недоброжелательно отталкивать пациента или, более того, оскорбляться. А перенос преодолевается тем, что пациенту показывают, что эти чувства характерны для ситуации лечения и на самом деле не содержат в себе истинных чувств к врачу. А в действительности они воспроизводят что-то, что случилось с ним достаточно давно. И этим мы даем пациенту возможность трансформировать его «повторение» в его «воспоминание». Тогда перенос, который может быть представлен в положительной и

отрицательной форме, из основного препятствия превращается в лучший инструмент. С его помощью мы получаем возможность открыть многие запертыe двери души.

Я хотел бы сказать еще несколько слов, чтобы рассеять не- приятное впечатление от шока, вызванного перспективой встречи с этим явлением во время вашей работы. После всего, что я сказал о заболевании пациента, мы не должны забывать, что процесс его развития не завершен, он продолжается и во время лечения. Но врач берется поддержать пациента и помочь ему, и это становится возможным, когда болезнь сосредотачивается на каком-то одном направлении, а именно, на отношении к врачу. В этом смысле перенос можно сравнить с деревом и корой, которая покрывает его с внешней стороны, но именно на ней растет новая ткань дерева, и она покрывает всю его поверхность. Как только понимание переноса приобретет такое направление, работа с воспоминаниями пациента отодвинется на задний план. Неправильно было бы сказать, что мы не работаем с первоначальным заболеванием, а лишь занимаемся с новым трансформированным неврозом, который повторяет его. Новое образование старой болезни имеет важный смысл. Все симптомы пациента отбрасывают свое первоначальное значение и адаптируются к новому значению, которое складывается в отношениях переноса. Остаются только те симптомы, которые соответствуют этой ситуации и адаптированы к ней. Укрощение нового, искусственно вызванного невроза сопровождаются излечением той болезни, которая заявлялась с самого начала. И именно это является основной терапевтической задачей. Человек, став нормальным и освободившись от влияния бессознательных вытесненных влечений в своих отношениях с врачом, сохраняет это и в нормальной жизни, когда врач заканчивает свою работу.

Перенос имеет наиболее важное и, безусловно, центральное значение для лечения истерии, истерии страха и неврозов навязчивых состояний, которые мы объединяем в общую группу «трансферентных неврозов». Тот, кто смог ухватить из процесса анализа правильное понимание явления переноса, больше никогда не будет сомневаться в природе вытесненных импульсов, которые в результате превращаются в симптом. И для него не будет существовать более веского доказательства их либидинального характера. Мы можем сказать, что наша оценка симптома как заместителя удовольствия, необходимого либи-до, это представление, которое окончательно сложилось в результате оценки явления переноса.

Теперь мы должны несколько скорректировать наше понимание динамики процесса лечения, добавив в нее новое оп-

ределение (перенос). Когда пациент преодолевает естественный конфликт с сопротивлением, который мы в нем возбуждаем в процессе анализа, он порождает довольно мощную силу, которая, как мы и ожидали, продвигает его в стремлении излечиться. В противном случае пациент может решить вернуться к тому, что уже вроде бы пройдено, и позволит себе вновь соскользнуть к использованию вытеснения. Исход этой борьбы решается не его интеллектуальными силами, так как он еще зависим и не совсем здоров, а определяется его взаимоотношениями с врачом. Если перенос пациента имеет положительный характер, то он одевает врача в броню авторитета и перестраивается в соответствии с его ожиданиями и с полной верой в его слова. Если же присутствует негативный перенос, то слова врача так и не будут приняты и выслушаны. Ситуация будет воспроизводить отношение к какому-то человеку в прошлом, которое произведено от любви. И до тех пор, пока мы не погрузим его в критические размыщения по поводу того, кто является тем человеком, которого он любил, но отношения с которым складывались в такой же манере, мы не сможем разговаривать с пациентом и у нас не будет решающего аргумента, побуждающего его к работе. Таким образом, человек станет доступным нашему влиянию (даже на его интеллектуальную оценку ситуации), и чем развитее его способность к помещению либидо в новый объект, тем больше у нас возможностей. Но мы должны опасаться его нарциссизма, который может стать значительным препятствием для нашего влияния, даже при использовании лучших психоаналитических техник.

Способность излучать либидо в направлении других людей и способность делать их своим объектом присуща каждому нормальному человеку. А тенденция к осуществлению переноса у невротиков, это лишь специфичная форма воплощения этой присущей всем способности. И нужно заметить, что эти человеческие черты — универсальные и очень значимые — никогда не исследовались и никогда не использовались. Бернхейм с присущей ему прозорливостью основывал свою теорию гипнотического воздействия на предположении о том, что все люди в той или иной степени поддаются внушению, они «гипнабельны». То, что он называл внушаемостью, есть ни что иное, как склонность к проявлению переноса, только более узко интерпретированная, поэтому негативный перенос не входил в это описание. Но Бернхейм ничего не говорил о том, что в действительности представляет собой внушаемость, какова ее природа, что ее порождает. Для него существование внушаемости было аксиомой, и он не давал пояснений по этому поводу. Он не увидел

связи между внушаемостью, сексуальностью и функционированием либидо. Мы признаем, что отказались от использования гипноза в нашем методе и вместо этого вновь открыли внушаемость в факте переноса.

* * * * *

ПСИХОАНАЛИЗ И ГИПНОЗ

В свете тех знаний, которые мы получили из психоанализа, различие между гипнотическим и психоаналитическим внушением может быть описано через следующее сравнение. Гипнотическая терапия словно пытается спрятать что-то и отбеливает сознание человека, аналитическая же наоборот — обнажает и пытается вернуть в сознание некое содержание. Первая работа имеет косметический характер, а вторая относится к области хирургии. Первая использует внушение, чтобы запретить появление симптома, и ничего не делает, чтобы вмешаться в процесс, способствующий формированию симптома или изменить его. Аналитическая терапия вплотную приближается к истинным причинам заболевания, работая с тем конфликтом, который возникает благодаря симптуму. Внушение же используется, чтобы изменить последствия этого конфликта. Гипнотическая терапия позволяет пациенту быть пассивным, не изменяться и оставляет его беспомощным перед новыми проявлениями болезни. Аналитическое лечение, наоборот, делает так, что основные усилия по преодолению внутреннего сопротивления в большей степени ложатся на плечи пациента и в меньшей степени зависят от работы врача. Психическая жизнь пациента меняется, когда он преодолевает сопротивление, — она поднимается на более высокий уровень развития, и пациент получает действенное средство против новых проявлений болезни. Работа по преодолению сопротивления и является основным видом работы в психоаналитической терапии. Ее совершает пациент, а врач делает это возможным с помощью внушения, которое по природе своей есть обучение. Таким образом, не будет большой ошибкой сказать, что психоаналитическое лечение — это один из видов переобучения.

* * * * *

ЛИБИДО И ЛИКВИДАЦИЯ СИМПТОМА

Теперь мы должны дополнить наше описание процесса лечения, выразив его в терминах теории либидо. Невротик не способен к удовольствию и его достижению. Во-первых, потому что его либидо не привязано к какому-либо реальному объекту, во-вторых, потому что большая часть энергии, которая могла

бы потратиться на развитие либидо, подавлена и препятствует его попыткам воспользоваться ею. Невротик излечился бы, если бы конфликт между его Я и его либидо был адекватно завершен. Основной задачей лечения в таком случае становится вывод либидо из его прежней позиции, когда оно находится выше Я, и создание ситуации, при которой либидо вновь станет полезным для Я. Итак, где же находится либидо невротика? Его легко найти. Оно привязано к симптуму, который является заместителем удовлетворения, и это все, что последний может дать. Мы должны отделить симптом и ликвидировать его, то есть сделать то, о чем просит нас пациент. А чтобы его ликвидировать, необходимо вернуться назад, в тот период, когда он был создан, еще раз восстановить конфликт, который его спровоцировал, и помочь тем силам, которые в то время не смогли взять верх и привести к правильному решению. Пересмотр вытесненного может быть произведен только в том случае, если мы обратимся к мnesическим следам того процесса, который приведет нас к вытесненному. Основная часть работы в данном случае заключается в следующем: через перенос и особое отношение к врачу создается новая ситуация, которая повторяет старый конфликт и провоцирует у пациента то же поведение, что и тогда. И в это же время активизируются все силы его души и используются все доступные средства, чтобы привести его к правильному решению. Перенос, таким образом, является полем битвы, на котором встречаются конфликтующие силы.

Либидо и силы оппозиции, направленные против него, концентрируются на одной и той же вещи — на отношении к врачу. И становится очевидным, что в такой ситуации симптом лишается либидо. На месте истинной болезни пациента появляется вновь созданная, как бы «перенесенная» болезнь. А на место различных и совершенно нереальных объектов его либидо ставится другой, не менее фантастический объект, а именно — фигура врача. И эта новая борьба, которая разрастается за присвоение этого нового объекта, в процессе психоаналитического лечения запускается на более высокий уровень и перерастает в нормальный психологический конфликт. Таким образом, избегается активизация процесса вытеснения, а конфликт между Я и либидо подходит к концу. Восстанавливается внутренняя целостность пациента. Отделяясь от временного объекта, представленного фигурой врача, либидо уже не может вернуться к раннему объекту, так как теперь оно находится в распоряжении Я. Существуют различные силы, которые противостоят нам в этой борьбе в процессе терапевтического лечения. В некотором роде нам помогает отвращение Я к возвращению либидо к прежним

тенденциям, которые выражены в вытесненных тенденциях. А с другой стороны нам мешает устойчивая привязанность или «вязкость» либидо, так как для него чрезвычайно затруднено отделение от объекта, к которому оно однажды присоединилось.

Терапевтическая работа, таким образом, проходит две фазы. На первой либидо в процессе переноса отделяется от симптома и концентрируется на фигуре врача, а на второй разворачивается борьба за новый объект, и либидо освобождается от него. Изменения, которые определяют успешность исхода этого возобновленного конфликта, лежат в помехах, создаваемых вытесненным, поэтому либидо не может снова оторваться от Я и вернуться в бессознательное. Все это становится возможным только благодаря тем изменениям Я, которые происходят в результате психоаналитического внушения. Усилия, прикладываемые при работе с бессознательным, значительно снижаются за счет работы интерпретации, которая возвращает бессознательный материал в сознание. В процессе обучения пациент должен примириться с либидо и стать способным давать ему необходимую степень удовлетворения. И ужас перед требованиями либидо должен снижаться благодаря новой способности регулировать его объем через сублимацию. Как можно более близкое приближение курса лечения к описанному идеалу обеспечит успех психоаналитической терапии. Главные препятствия для него лежат в недостаточной подвижности либидо, которому очень трудно отделиться от прежнего объекта и принять новый, а также в ригидности нарциссизма пациента, который не позволяет развиться в нужной степени переносу на объект. Возможно, динамика процесса излечения станет более понятной, если мы скажем, что через перенос мы переносим большую часть нагрузки на себя и концентрируем в одной точке либидо, которое вышло из-под контроля Я. После того, как произошло отделение либидо от прежнего объекта, оно не имеет силы вернуться к прежнему состоянию, которое занимало при заболевании. Благодаря этому в процессе лечения можно ярко представить, а затем изменить чрезвычайно сильный отцовский перенос на врача. Хотя из этого не следует, что в прошлом пациент именно таким способом бессознательно перенес либидо на своего отца. Отцовский перенос — это всего лишь поле битвы, на котором мы сначала встречаем, а затем делим либидо пленника. Либидо пациента переходит сюда из иной позиции, ведь битва неизбежно должна происходить в крепости врага. А защита главного укрепления врага может быть сломлена перед его воротами. (Обратите внимание на то, что не до, а после переноса пациент снова может реши-

тельно начать реконструировать в воображении то расположение либидо, которое наблюдалось в процессе болезни.)

В свете теории либидо последнее, о чём мы должны сказать, это о сновидениях. Сновидения невротика, как и его «ошибки» и свободные ассоциации, дают нам возможность понять смысл симптома и открыть расположение либидо. Эти формы, образованные в нем путем исполнения желания, показывают нам, какой импульс желания был вытеснен, а также указывают на тот объект, к которому привязалось либидо после отделения от Я. Поэтому интерпретация сновидений играет решающую роль в психоаналитическом лечении. Во многих случаях оно на длительный период становится самым важным инструментом в работе аналитика. Мы уже знаем, что в условиях сна механизмы вытеснения как бы ослабевают. Вытесненный материал, который обычно находится под огромным давлением, получает возможность видоизменяться и проявляться в снах гораздо более ярко и четко, чем это происходит днем через проявление симптома. Изучение снов становится наиболее легким путем к познанию вытесненного бессознательного, которое, в то же время, указывает на либидо, отделившееся от Я.

Как бы то ни было, сновидения невротика практически неотличимы от снов нормальных людей, и сложно выделить те признаки, по которым можно было бы произвести подобное различие. Было бы нелогичным считать, что в снах невротиков отсутствует какой-то положительный момент, который есть в снах нормальных людей. Все различие между невротиком и здоровым человеком становится заметным при свете дня, но никак не отражается на жизни в снах. Таким образом, становится необходимым перенести на здоровых людей те выводы, которые мы получили как результат сопоставления сновидений и симптомов невротиков. Мы заметили, что некоторые здоровые люди достаточно хорошо владеют некоторыми факторами психической жизни, несущими в себе информацию о формировании сновидения или симптома, и должны заключить, что здоровье тоже включает в себя вытеснение и тоже тратит энергию на его удержание, что их бессознательная психика также дает убежище вытесненным импульсам, которые все еще обладают энергией, и что часть их либидо также оторвана от контроля Я. Здоровый человек, таким образом, тоже потенциальный невротик. И будьте уверены, что, если вы повнимательнее присмотритесь к его жизни, то обязательно обнаружите что-то, что подтвердит ваше предположение. И эта кажущаяся здоровая жизнь пронизана бесчисленным количеством тривиальных и незаметных признаков возможности образования симптома.

Различие между нервным здоровьем и нервной болезнью (неврозом) лежит в практических особенностях и определяется реальным жизненным выражением. А именно тем, как надолго человек сохраняет способность достигать удовлетворения и практиковать активный подход к жизни. Это различие может быть выражено определенной пропорцией между той энергией, которая остается свободной, и той, которая подавляется. И это различие скорее количественное, нежели качественное. Этот взгляд характерен для нашей концепции и базируется на нашем убеждении о том, что невроз доступен для излечения, несмотря на то, что он может основываться на некоторой конституционной предрасположенности.

* * * * *

АНАЛИЗ СНОВИДЕНИЙ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ*

Сны, как известно всякому, могут быть смутными, неразборчивыми или представлять из себя абсолютную чепуху. Все, что они нам говорят, опровергает то, что мы знаем о реальности, и мы ведем себя в них как сумасшедшие люди. Однако, несмотря на это, все то время, пока длится сон, мы приписываем объективную реальность их содержанию.

Мы нашли основу интерпретации сновидений в выводе о том, что те картины, которые мы вспоминаем после пробуждения, не отражают истинный процесс, происходящий во сне, но являются только *фасадом*, за которым лежит этот процесс. Здесь мы различаем *явное* содержание сновидения и *скрытые* сновидные мысли. Процесс, который создает новую форму взамен истинной, мы назвали процессом работы сновидения. Наблюдение за работой сновидения показало нам прекрасный пример того пути, по которому материал из Оно, то есть места, где хранится реальное бессознательное и вытесненное бессознательное, находит путь к Я. Первоначально оно становится предсознательным и потом, вследствие Я-оппозиции, производит те изменения, которые нам известны как *деформация сна*. В сновидении нет таких черт, которые нельзя было бы объяснить этим способом.

Формирование сновидения может происходить двумя путями. Либо какой-то инстинктивный импульс, который был вытеснен (или бессознательное желание), достаточно силен,

* Sigmund Freud, *An Outline of Psychoanalysis*, trans. James Strachey. London, 1964, pp. 165—168.

чтобы во время сна внедриться в Я, либо какое-то побуждение, которое было почерпнуто в состоянии бодрствования, остается в предсознательном и притягивает к себе другие противоборствующие импульсы, а во время сна находит себе поддержку в бессознательных импульсах. Сновидение может исходить как от Оно, так и от Я, но механизм формирования сновидения в обоих случаях одинаков и является динамическим по своей природе. Сновидение выдает свое происхождение от Оно, так как иногда прекращает свое функционирование и позволяет осуществить возврат в более раннее состояние. По логике это есть причина того, почему оно разрывает отношения с внешним миром и отводит катексис от сенсорных органов. Мы считаем, что этот феномен восходит к рождению и желанию вернуться во внутриутробную жизнь, которая была когда-то оставлена. Сон — это и есть возвращение в своеобразную матку. Управляющая подвижность Я сохраняется в состоянии бодрствования, но во время сна эта функция парализуется и поэтому большинство запретов, которые Я налагает на Оно, становятся бесполезными. Отведение или редукция этого «антикатексиса» позволяет Оно разгуливать на воле.

Свидетельством того участия, которое принимает Оно в формировании сновидений, неопровергимы и очень обильны:

1. Память во время сна активнее и богаче, чем в состоянии бодрствования, сновидения несут те воспоминания, которые сновидец забыл и которые недосыгаемы для него в обычном состоянии.

2. Сновидения позволяют неограниченно использовать лингвистические символы, смысл которых в большинстве своем не известен сновидцу, но сновидение делает нас способным подтвердить это значение, этот смысл (они, возможно, происходят из реальных фаз развития речи).

3. Память часто воспроизводит во сне впечатления, которые исходят из раннего детства сновидца, которые очень трудно вспомнить не только потому, что сновидец их забыл, а потому, что они стали бессознательными под действием вытеснения. Это объясняет ту, часто незаменимую помощь, которую предоставляют нам сновидения, когда мы в процессе аналитического лечения неврозов пытаемся реконструировать в сознании раннюю жизнь пациента.

4. Более того, сновидения проливают свет на материал, который не относится ни к взрослой жизни сновидца, ни к его раннему детству. Мы видим в этом часть архаического наследства, которое ребенок приносит в этот мир до того, как у него образуется собственный опыт, сложившийся под влиянием опыта

его предков. Мы находим какие-то части этого филогенетического материала в ранних легендах человечества и его обрядах. Таким образом, сновидения конституируются и из источника человеческой предыстории, которым также не нужно пренебрегать.

Что же делает сновидения такими незаменимыми помощниками? Это обстоятельство, согласно которому в тот момент, когда бессознательный материал находит себе путь в Я, он несет с собой собственный механизм работы. Это значит, что предсознательные мысли, в которых бессознательный материал нашел способ своего выражения, станут ведущими в процессе работы сновидения, поскольку они несут в себе какую-то часть бессознательного Оно. В случае альтернативного способа формирования сновидения бессознательные мысли, которые усиливаются за счет бессознательных инстинктивных импульсов, возвращаются в бессознательное состояние. Это путь, благодаря которому мы поняли законы движения в бессознательном и узнали, в чем состоит его отличие от тех правил, по которым мы живем и мыслим в состоянии бодрствования. Таким образом, работа сновидения представляет собой иллюстрацию работы бессознательного по перемещению своей информации на предсознательный уровень. Приведем аналог из истории. Вторгнувшиеся завоеватели управляют страной, не опираясь на ту судебную систему, которая там существовала и давно развивалась, а устанавливая собственные правила. Безусловен тот факт, что следствием работы сна является компромисс, так как управляющие структуры Я не полностью парализованы и препятствуют входению бессознательного материала. Вот почему зачастую наиболее эффективными становятся попытки придать некий общий знаменатель всей массе бессознательного материала, который не так противоречит правилам Я, что выражается во *вторичной ревизии*.

Закон, согласно которому контролируется переправка информации из бессознательного, достаточен для объяснения большинства вещей, которые кажутся нам очень странными в бессознательном. Существует тенденция к сгущению, склонность объединять элементы, которые в бодрствующем состоянии мы четко разделяем. Вследствие этого единичный элемент явного сновидения может содержать большое количество скрытых сновидческих мыслей и, комбинируясь с другими элементами, дает намек на это содержание. В целом, указания явного сновидения намного более бедны по сравнению с тем богатством материала, которое содержится в его первоначальном источнике. Другой особенностью работы сновидения являются случаи, когда

физическая энергия (катексис) смещается с одного объекта на другой элемент, не несущий в себе реального смысла, который представляется сновидцу как чрезвычайно важный в явном сновидении. А в это же время существенные сновидческие мысли могут быть представлены только в виде намеков. Если между двумя элементами существует хотя бы незначительная связь, этого более чем достаточно для работы сновидения, которое меняет их местами и осуществляет эту замену во всех последующих фрагментах. Легко себе представить, как этот механизм сгущения и смещения создает трудности для интерпретации сновидений и выявления отношений между явным сновидением и скрытыми сновидческими мыслями. А в доказательство существования этих двух сновидческих тенденций — сгущения и смещения — наша теория предполагает, что бессознательное Оно энергетично, и эта энергия находится как бы в свободном состоянии. Поэтому Оно представляет гораздо больше возможностей для продуцирования большего возбуждения по сравнению с другими образованиями. И наша теория относит эти два процесса к определению характера первичного процесса, который приписывается Оно.

ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ И ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ. ЭДИПОВ КОМПЛЕКС*

Первый орган, выполняющий функцию эрогенной зоны, удовлетворяющий потребностям либидо и существующий с момента рождения ребенка, располагается в области рта. Сначала вся психическая активность сконцентрирована на получении удовольствия, которое необходимо этой зоне. Первоначально, это удовольствие обслуживается с целью самосохранения, которое проявляется в необходимости приема пищи. Но в данном случае физиология не мешает психологии. Настойчивость и упорство ребенка в требовании и поглощении пищи свидетельствуют о том, что на ранней стадии развития существует необходимость в удовлетворении, которое первоначально достигается посредством питания. Но, кроме того, осуществляются попытки достичь этого удовлетворения вне зависимости от питания, что является той причиной, по которой мы относим его к категории сексуального.

В течении оральной фазы случайным образом впервые проявляются садистские импульсы, что связано с появлением зубов. Их проявление становится более явным в течение второй

* Ibid., pp. 153—155.

стадии, которую мы определяем как анально-садистскую стадию. Это связано с тем, что удовлетворение достигается через агрессивное поведение и выделительную функцию. Наше убеждение о том, что агрессивные импульсы и побуждения нужно включить в структуру либидо, базируется на нашем взгляде на садизм как на инстинктивное соединение либидинальных и совершенно деструктивных побуждений.

Третья фаза называется фаллической, является предвестником той окончательной формы, которую должна принять сексуальная жизнь, и уже во многом напоминает ее. Нужно заметить, что речь идет не о гениталиях обоих полов, а только о мужских половых органах (фаллос). Женские гениталии еще долго остаются неизведанными. В детских попытках понять сексуальный процесс явное предпочтение отдается «теории клоаки», теории, которая генетически оправдана.

В течение фаллической стадии сексуальность, характерная для раннего детства, переходит на более высокий уровень и достигает своего завершения. С этого момента девочки и мальчики идут по разным путям. И те и другие начинают проявлять сексуальную активность с тем, чтобы обслуживать свои сексуальные исследования. И те и другие начинают с признания универсального наличия пениса. Мальчик вступает в эдипову фазу. Он начинает манипулировать своим пенисом и одновременно фантазировать о проявлении некоторого рода активности по отношению к своей матери, что комбинируется со страхом кастрации, основанном на наблюдении того, что у женщин пенис отсутствует. Он переживает огромную травму в своей жизни и переходит в латентную стадию. Девочки после безнадежных попыток делать то же, что и мальчики, приходят к пониманию неполноценности своего клитора с сопутствующим эффектом, влияющим на развитие их характера. В результате первого разочарования в этом соперничестве девочка окончательно отворачивается от сексуальной жизни.

Но будет ошибкой предполагать, что эти три стадии сменяют друг друга чисто, точно и последовательно. Одна стадия может присутствовать в другой, перескакивать одна через другую или же быть представлена параллельно. На ранних фазах различные компоненты частичного влечения имеют место отдельно, независимо друг от друга. В фаллической фазе начинается постепенное установление субординации и постепенное подчинение всех остальных побуждений примату генитальности. Завершенную сексуальную организацию мы видим только в период пубертата, где-то в возрасте 14 лет, в период вступления в генитальную фазу. Положение вещей к этому моменту таково:

часть предшествующей либидинальной нагрузки сохраняется, остальной ее объем ложится в основу проявления сексуальной функции как потребность получения сексуального удовлетворения. Остальные же виды побуждений исключаются из генитальной организации, подавляются, вытесняются или используются Я для других целей (формирования некоторых характерных черт личности или сублимации их энергии).

ОНО, ПЕРВИЧНЫЙ ПРОЦЕСС И ВЛЕЧЕНИЯ (ЭРОС И ТАНАТОС)*

Сущность нашего существования... определяется бессознательным, которое не имеет прямой связи с внешним миром и становится доступным нашему знанию только через посредничество других агентов. В пределах Оно действуют органические инстинкты, которые конституируются через слияние в разных пропорциях двух первичных сил — Эроса и деструктивности, отделенных один от другого через отношение к органам или системам органов. Единственным побуждением, приводящим в действие эти влечения, является получение удовлетворения, которое происходит путем определенных изменений в органах, производимых посредством внешнего мира. Однако непосредственное и ничем не сдерживаемое удовлетворение влечений, как того требует бессознательное, приводит к серьезному конфликту с внешним миром и даже к смерти. Бессознательное не заботится о том, чтобы снизить страх или ослабить переживания. Говоря более точно, Оно может генерировать сенсорные элементы тревоги, но не может использовать их. Процессы, которые возможны в пределах и внутри психических элементов, сосредоточенных в Оно (*первичный процесс*), значительно отличаются от того, что мы воспринимаем через сознание из нашей интеллектуальной и эмоциональной жизни. И если мы входим в соприкосновение с ними, они могут быть восприняты нами даже как нездоровые процессы, и подвергнуться жесткой критике логики.

Оно, отрезанное от внешнего мира, имеет собственный мир. Он определяется с достаточно высокой точностью через изменение внутреннего состояния, особенно через колебания направленности инстинктивных потребностей и их изменений, которые проявляются в сознании через чувство удовольствия или неудовольствия. Трудно с уверенностью сказать, через какие процессы и с помощью каких сенсорных органов приходит это ощущение. Но очевиден тот факт, что через самоощущение удовольствия-неудовольствия Оно жестко управляет исходом

* Ibid., pp. 197–198.

ситуации. Оно руководствуется только принципом удовольствия. Хотя не только Оно поступает так. Активность других психологических агентов тоже направлена на модификацию принципа удовольствия, но не на его уничтожение. Поэтому до сих пор вопросом величайшего теоретического значения, на который пока нет ответа, остается вопрос о том, когда и как становится возможным преодоление принципа удовольствия. Рассуждение же о том, что принцип удовольствия требует редукции, а возможно даже ликвидации напряжения инстинктивной потребности (как, например, *Нирвана*) ведет нас к необходимости рассмотрения все тех же отношений между принципом удовольствия и двумя первичными силами — Эросом и Танатосом.

Я И ПРИНЦИП РЕАЛЬНОСТИ*

Другой агент нашей психики (которому мы верим, который мы хорошо знаем и в котором проще узнаем себя) известен нам как Я. Выросшее из областей Оно, адаптированное для восприятия и переработки раздражений, Я находится в прямом контакте с внешним миром (*реальностью*). Начинаясь с сознательного восприятия, оно оказывает влияние на очень значительные области и на глубинные уровни бессознательного, но в тоже время находится в сильнейшей зависимости от внешнего мира. Кроме того, Я несет на себе бесчисленное количество штампов, выдающих его происхождение (как если бы там было написано «Сделано в Германии»). Его психологическая функция заключается в повышении возможности перехода некоторого события в пределах Оно на более высокий динамический уровень. Например, трансформируя свободную подвижную энергию в «связанную» энергию, подобную той, что находится на предсознательном уровне. Конструктивная функция Я заключается в нахождении приемлемого соотношения между требованиями, которые выдвигает влече^{ние}, а также действиями, необходимыми для его удовлетворения, и реальностью. Анализируя наличную ситуацию и сравнивая возможные исходы с прошлым опытом, Я выдвигает возможные варианты активных действий. Таким путем Я приходит к решению о возможности осуществления попыток с целью получения удовлетворения или же решает, что влече^{ние} должно быть вытеснено как опасное для организма. (Здесь мы имеем дело с *принципом реальности*.) В то время как Оно руководствуется исключительно принципом удовольствия, Я управляет требованиями безопасности. Я ставит перед собой задачу самосохранения, а Оно пренебрегает ею.

* Ibid., pp. 198—200.

Я использует ощущение тревоги как сигнал приближения опасности, угрожающей его единству, целостности. Пока мnesические следы становятся сознательными только как ощущение, особенно через ассоциацию к речевым выражениям, возрастает вероятность путаницы, которая ведет к ошибкам в восприятии реальности. Я охраняет себя от подобных ошибок с помощью *испытания реальности*. Я, которое добивается собственной сохранности в среде подавляющего влияния механических сил, подвергается опасности, исходящей из первой инстанции внешней реальности. Но опасность идет не только оттуда. Собственное Оно представляет собой схожую опасность, и это происходит по двум причинам. Во-первых, чрезмерная сила влечений ставит Я в ту же ситуацию, что и подобные неумеренные побуждения, исходящие из внешнего мира. Верно, что это не может полностью разрушить Я, но может нарушить его динамические характеристики, изменить его организацию и вернуть Я на прежнее место — во владение Оно. Во-вторых, опыт может подсказывать Я, что удовлетворение некоторых инстинктов влечет за собой появление угрозы из внешнего мира, поэтому некоторые побуждения расцениваются как опасные. Таким образом, Я сражается сразу на двух фронтах: в борьбе за свое существование противостоит внешнему миру, который грозит уничтожением, равно как и сражается против внутреннего мира, предъявляющего несоразмерные требования. Я вырабатывает методы защиты против обоих, но защита против внутреннего врага бывает зачастую неадекватной. Результатом того, что у нас существует идентификация с последним врагом и мы существуем в непосредственной и постоянной близости от него, очень трудно избавиться от ощущения внутренней опасности. И она воспринимается как угрожающая, даже если она не так сильна.

СВЕРХ-Я И СОВЕСТЬ*

У нас нет иной возможности передать сложную структуру одновременных событий, кроме как последовательно их описывая. И выходит, что полученные выводы грешат односторонностью и необходимо ждать, пока они будут дополнены, соединены вместе и станут истинными.

Общее представление о Я многокомпонентно. Я является посредником между Оно и внешним миром, сдерживает требования инстинктов, способствуя их адекватному удовлетворению. Я удерживает прошлые восприятия, сохраняя их в памяти. Я заботится о самосохранении и защищает себя от несоразмерных

* Ibid., pp. 205–206.

требований обоих сторон, и в то же время служит для модификации принципа удовольствия в приемлемые формы. Но эта набросанная нами картинка Я верно описывает его только применительно к раннему периоду детства, где-то до пяти лет. В это время происходят серьезные внутренние изменения. Часть внешнего мира переходит внутрь путем идентификации, встраивается в Я и становится полноправной частью внутреннего мира. Этот новый психологический агент продолжает осуществлять функции, которые были возложены на человека из внешнего мира: наблюдение за Я, дача указаний, оценка его действий и угроза наказанием — точно как родители, чью роль он частично берет на себя. Мы назвали этого агента *Сверх-Я* и определили его основную функцию в нашей психике как *совесть*. Нетрудно заметить, что Сверх-Я проявляет строгость, которая не присуща реальным родителям, потому что они наказывают за сделанное, совершенное, а Сверх-Я может наказывать Я за мысли, намерения и желания, которые не соответствуют правилам. Это объясняет нам, почему главный герой в легенде о царе Эдипе так сильно переживал свою вину и выбрал себе жестокое наказание, хотя оракул принудительной властью освободил его от вины на суде человеческом и суде внутреннем. Сверх-Я по сути наследник Эдипова комплекса и появляется в нашей психике только после его прохождения. По этой причине чрезмерная строгость Сверх-Я отражает не какую-либо реальную модель, а направлена на усиление защиты от соблазнов Эдипова комплекса. Безусловно, у некоторых философов и верующих возникнут подозрения в том, насколько такая позиция отражает истинное положение вещей, и они начнут отстаивать свою точку зрения, согласно которой моральные принципы вкладываются в людей не в процессе обучения или жизни в социуме, а под воздействием высших сил.

Если бы Я и Сверх-Я работали и существовали внутри нас в полной гармонии, для нас было бы чрезвычайно затруднительным осуществить разделение между ними. Но напряжение и отчужденность, существующие между ними, делают это различие очевидным. Мучения ребенка вызваны тем, что Сверх-Я передает ему страх потерять любовь своих родителей, если что-либо будет сделано не по правилам морали. Но с другой стороны, если Я успешно сопротивляется искушению, о существовании которого известно Сверх-Я, Я испытывает небывалый подъем самоуважения, гордости за свой поступок, как будто оно приобретает для себя что-то очень ценное. Таким образом, Сверх-Я играет роль внешнего мира, представленного внутри нас, хотя оно само уже стало частью нашего внутреннего мира.

На протяжении всей жизни сохраняется то влияние, которое было обретено в детском возрасте. Оно подкрепляется поведением родителей, их заботой, защитой, обучением ребенка. Но нельзя забывать, что дело не в каких-то особых качествах родителей, что все те основы, которые ими передаются, — это стандарты и правила, заложенные в социуме. А также некоторые внутренние правила, которые являются существенным признаком той расы, к которой принадлежит человек. Тот, кто попытается обобщить все вышесказанное, может заметить, что внешний мир, в котором индивидуальность находит себя после отделения от родителей, представляет собой настоящее. Что Оно представляет собой органическое прошлое. И что Сверх-Я, которое присоединяется к ним несколько позже, представляет собой нечто большее, чем только культурное прошлое, которое ребенок имеет, но воспроизводит в себе опыт его раннего детства.

ТЕОРИЯ НЕВРОЗОВ И ПСИХОЗОВ*

Мы уже говорили о том, как слабое и незрелое Я в ранний период детства находится под давлением, пытаясь противостоять опасностям, свойственным этому возрасту. Дети защищаются от этих опасностей, исходящих от внешнего мира, через тепло и ласку своих родителей. За эту защиту они платят страхом потери любви, которая оставит их беззащитными перед угрозой внешнего мира. Это фактор оказывает решающее влияние на разрешение конфликта, когда мальчик обнаруживает себя в ситуации Эдипова комплекса, в котором угрозой его нарциссизму становится страх кастрации, внушаемый первобытными силами, хранящимися в нем. Двигаясь между двумя мощными влияниями — реальной опасностью и опасностью ощущаемой, заложенной в его филогенетической базе, ребенок предпринимает попытку защититься от них с помощью вытеснения. Но такой прием годится лишь как временный и в целом психологически неадекватен, поскольку более поздняя реанимация сексуальной жизни этого периода возобновит те требования и желания, которые были отвергнуты в прошлом. Подходя к этому вопросу с биологической точки зрения, мы могли бы сказать, что Я берется выполнить задачу контроля за возбуждением в ранний сексуальный период, в то время как само не готово к этому. Это задерживает развитие Я и либидо, в чем мы видим потенциальный зачаток невроза. И мы не можем вывести заключение о том, что невроз будет избегнут, если Я ребенка справится с

* Ibid., pp. 200—202.

этой задачей. Если только сексуальная жизнь ребенка примет свободные формы, как это было у первобытных людей. Возможно, что этиология невротического заболевания более сложна, чем то, что мы сейчас описали, но в любом случае, мы затронули ключевой момент этого этиологического комплекса. И, конечно же, мы не должны забывать о филогенетическом влиянии, которое частично представлено в Оно и частично в еще не описанных нами формах, которое имеет большую силу именно в ранний период жизни, чем в более поздние периоды. С другой стороны, ранняя попытка Я затормозить или приостановить действие сексуального инстинкта толкает его на сотрудничество с внешним миром, который противостоит внутреннему. Именно во внешнем мире Я отыскивает запрет на детскую сексуальность, и все это не может происходить без влияния на культуру. Требования мощных инстинктивных сил принимают новую форму, получая заменитель требуемого удовлетворения, и двигаясь в этом направлении в обход они могут становиться десексуальными и их первоначальные инстинктивные цели могут теряться. Следя этой точке зрения, мы можем предположить, что все, что мы имеем в нашей культуре, — это плата за сексуальность, за ограничение движущей силы нашей сексуальности.

Мы повторимся, что наиболее важные характеристики Я проявляются в этот период во взаимодействии с внешним миром. Это замечание подводит нас к выводу о том, что в данный момент Я находится в патологическом состоянии, так как вместо того, чтобы координироваться с Оно в решении проблем, Я прибегает к помощи внешнего мира. Это хорошо согласуется с тем, что мы получили из нашего клинического опыта, а именно, что внутренний взрыв, приводящий к психотическому поведению, происходит тогда, когда реальность становится невыносимо болезненной или когда инстинкты чрезмерно активизируются и усиливаются. Конкурирующие требования, предъявляемые Я внешним миром, и Оно, приводят к такому результату. Проблема психоза станет решаемой, если Я сможет полностью отделиться от реальности. Но это случается очень редко, и скорее всего, это даже невозможно. Даже в результате серьезного отделения пациента от внешней реальности можно заметить, что где-то в уголке его психики таится нормальная личность, которая, как побежденный защитник, скрылась от действия болезни. Я не знаю, как далеко мы можем провести подобное обобщение, но я наблюдал сходную ситуацию при психозах, которые имели менее бурное развитие. Мне на ум пришел случай одной хронической паранойи, при которой после каждого припадка ревности сновидение пациента предоставляло адек-

ватную оценку ситуации, лишенную каких-либо иллюзий или заблуждений. И здесь я столкнулся с этим интересным противоречием: в то время как мы привыкли искать в невротических снах те моменты ревности, которые не свойственны пациенту в бодрствующей жизни, в случае с психотиком все происходит наоборот. Иллюзия, которая мучает и преследует его в реальной жизни, корректируется и исправляется в его снах. То, что происходит в этом случае, свидетельствует о наличии психической *трещины, расщепления*. В человеке содержатся одновременно две различные психические позиции, одна из которых нормальна и согласована с реальностью, в то время как другая находится под влиянием инстинктов и ее Я оторвано от реальности. Исход этих отношений зависит от силы той или иной стороны. Если вторая позиция сильнее или усиливается со временем, необходимые условия для появления психоза созданы. Если соотношение сил иное, происходит излечение от иллюзорной идеи. Хотя в действительности она только уходит в бессознательное — к этому выводу нас приводят многочисленные наблюдения, свидетельствующие о том, что болезнь хранилась много лет, прежде чем открыто не вторглась в психику.

ПСИХОТЕРАПИЯ В РАМКАХ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Альфред Адлер (1870—1937), австрийский психиатр еврейского происхождения, родился и получил образование в Вене. В 1926 г. он переехал из Вены в Нью-Йорк, где работал в качестве приглашенного профессора в Колумбийском университете. С тех пор Адлер каждый год большую часть времени проводил в Соединенных Штатах. С 1932 г. до конца своей жизни он занимал должность профессора медицинской психологии в учебном заведении, которое в наши дни получило название Южного медицинского центра при Государственном университете штата Нью-Йорк.

Фрейд, на которого благоприятное впечатление произвела одобрительная рецензия, написанная Адлером на его «Толкование сновидений» (1900), в 1902 г. предложил Адлеру присоединиться к еженедельным собраниям психоаналитической дискуссионной группы. Но вскоре стало очевидным, что Адлер и Фрейд расходятся во взглядах. Пропасть между ними возросла до такой степени, что Адлер был вынужден покинуть психоаналитическое общество в 1911 г., а также отказаться от должности соредактора Центральной газеты. Адлер собрал собственную группу, которая в 1912 г. получила название Общества индивидуальной психологии.

В том же году он основал Журнал индивидуальной психологии, который перестал выходить во время первой мировой войны, когда Адлер выполнял обязанности военного врача. В 1922 г. журнал сменил название и стал выходить как Международный журнал индивидуальной психологии, но и его публикацию приостановила война, на этот раз — вторая мировая (с 1938 по 1946 год). Это печатное издание прекратило свое существование в 1948 г. Английский вариант этого журнала появился в Америке в 1935 г. (под редакцией Адлера) и с 1957 г. выпускался под названием Американский журнал индивидуальной психологии.

Нацистское движение в Европе набирало силу, поэтому последователи Адлера были вынуждены разойтись, а в 1934 г. были закрыты основанные Адлером воспитательные клиники. Сам Адлер был вынужден перевезти свою семью в Соединенные Штаты. Его русская жена, Раиса, была хорошей подругой Троцкого, вот почему многие последователи Адлера поддерживали социалистов, а сам он разработал теорию социального интереса. Его дети, Курт и Александра, также ставшие психиатрами, придерживаются принципов индивидуальной психологии, провозглашенных их отцом.

Многие психологи считают, что некоторые идеи психоанализа являются прямым следствием детства и невротических переживаний самого Фрейда. Точно также и концепцию индивидуальной психологии можно рассматривать как результат определенных обстоятельств ранних лет жизни Адлера. Он был слабым, болезненным ребенком, склонным к повышенному травматизму и неспособным справиться со школьной программой. Это привело к тому, что в молодые годы Адлер приложил все усилия для того, чтобы вырваться из ощущения неполноценности, вызванного собственной неуспешностью. Он пытался получить компенсацию в виде успеха с сопутствующим ему чувством превосходства, изменяя, таким образом, свой стиль жизни в лучшую сторону. Чтобы компенсировать свои заболевания, Адлер решил стать терапевтом. Так, подобно Демосфену, он обратил недостаток в достоинство, покинув ряды неуспевающих по математике и став лучшим учеником в классе.

Адлер скоропостижно скончался в Шотландии, куда он приехал, чтобы прочитать курс лекций в Абердинском университете. Он потерял сознание на улице и умер от сердечного приступа 28 мая 1937 г.

Некоторые книги Адлера представляют собой сборники лекций, восстановленных его студентами, другие включают в себя статьи и документы. Здесь приведен список книг, издававшихся на английском языке; первая дата, указанная в скобках — это дата первого издания (если она известна), вторая — дата англоязычного издания. «Исследование физической неполноценности и ее психической компенсации» (*Study of Organ Inferiority and Its Psychical Compensation*, 1907; 1917), «Невротическая конституция» (*The Neurotic Constitution*, 1912; 1926), «Практика и теория индивидуальной психологии» (*The Practice and Theory of Individual Psychology*, 1920; 1927), «Постижение человеческой природы» (*Understanding Human Nature*, 1927), «Проблема невроза: сборник историй болезни» (*Problems of Neurosis: A Book of Case Histories*, 1929), «Наука жить» (*The Science*

of Living, 1929), «Мисс Р.: интерпретация истории жизни» (*The Case of Miss R.: The Interpretation of a Life Story*, 1928; 1929), «Воспитание детей» (*The Education of Children*, 1930), «Жизненный стиль» (*The Pattern of Life*, 1930), «Что значит для вас жизнь» (*What Life Should Mean to You*, 1931), «Социальный интерес: вызов человечеству» (*Social Interest: A Challenge to Mankind*, 1933; 1938), «Проблемный ребенок» (*The Problem Child*, 1930; 1963); «Превосходство и социальный интерес» (под редакцией Г. Л. Ансбахера) (*Superiority and Social Interest*, H. L. Ansbacher, ed., 1964).

Психотерапевтическая система Адлера основана на его собственной теории невротической и целостной личности. Адлер рассматривал человека как целостного, неделимого индивида, не терзаемого разрывающими его внутренними противоречиями, которые составляют структуру личности. Личность — это не поле битвы для сознательного и бессознательного, для мятежных Ид, Эго и Суперэго, как считал Фрейд. Личность — это динамическая целостность, стремящаяся к достижению единой цели. Будучи ориентированной на цель, личность включает в себя множество взаимодействующих образований, служащих для достижения фундаментальной цели или жизненного стиля, то есть фундаментального жизненного плана, который координирует между собой всевозможные функции личности, которые действуют в ней как единый слаженный механизм.

Личность ориентирована на достижение цели и с присущей ей независимостью и искренностью стремится к совершенству или успеху. Присущая человеку свобода выбора и принятия решений обусловливает конфликт, пугающий невротическую личность, и этот страх вызывает у невротика нерешительность, которая становится основным приемом, позволяющим выиграть время. Невротик в своей «богоподобности» преследует нереалистичные, недостижимые цели, выходящие за пределы человеческих возможностей, и потому никогда не может избавиться от ощущения неполноценности и несостоятельности, так как все его силы расходуются на безнадежную погоню за недостижимыми целями. В соответствии с этим психические расстройства, в особенности неврозы, представляют собой не болезнь, а неправильный образ жизни, неверный жизненный стиль, а психическое здоровье — наоборот, более правильный стиль жизни. Следовательно, психотерапия методом перевоспитания старается заменить откровенно ошибочный образ жизни на образ жизни, являющийся показателем

нормального функционирования личности, так как ошибки, свойственные образу жизни нормального человека, не представляют особой опасности.

Достичь психического здоровья, — значит определить истинный смысл жизни. Но так как на этот вопрос не может быть единственно верного ответа, то терапевт должен найти самый реальный и выполнимый. Смысл терапии Адлера заключается в том, чтобы научиться вести общественно полезный образ жизни, так как здоровые люди приносят пользу обществу в отличие от психотиков и других больных, которые антисоциальны или социально неполноценны. Первые стремятся к постоянному самосовершенствованию, к достижению общественно полезных целей, что представляется им свидетельством их превосходства, тогда как последние эгоцентричны и демонстрируют свое превосходство в ущерб окружающим, причиняя им боль. Исходя из всего этого, психическое заболевание представляет собой ошибочное преследование непродуктивных целей, а психическое здоровье — это стремление к превосходству или к достижению успеха — то есть к цели во благо всему обществу. Таким образом, терапия представляет собой расширение и интенсификацию социального интереса пациента и ослабление чувства неполноценности, которое мотивирует его на направление усилий в эгоистическое и антисоциальное русло.

Психотерапия тесно связана с искренностью человеческих взаимоотношений, с дружелюбием, ведь именно так терапевт передает пациенту его возрожденное чувство общественного. Таким образом, перенос представляет собой просто социальное чувство. Терапевтическая кушетка здесь не пригодится, так как терапевт и пациент общаются лицом к лицу. Ранние детские воспоминания пациента представляют собой информацию первостепенной важности, так как вплоть до настоящего времени они все еще являются мощным мотивирующим фактором.

Эгоистический интерес пациента и его склонность избегать ответственности должны в результате терапии уступить место жизни, наполненной общественно-полезной деятельностью. В соответствии с этим утверждением психотерапия в рамках индивидуальной психологии представляет собой социальную терапию, или средовую терапию, которая своей конечной целью видит не просто проникновение в проблемы человека, а работу, направленную на обновление роли пациента и его положения в обществе, а также его установок, на повышение его интереса к окружающим.

БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРАКТИКИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ*

1. Каждый невроз может быть понят как попытка человека освободиться от чувства неполноценности, чтобы достичь чувства превосходства.

2. Невротическая линия поведения расходится с направлением социального функционирования и не способствует решению неизбежных жизненных проблем, зато находит выход в малом семейном кругу, приводя, таким образом, к изоляции пациента.

3. Большая социальная группа частично либо полностью исключается из жизни пациента под действием механизма, который образован повышенной чувствительностью и нетерпимостью. Поэтому для проведения маневров, направленных на достижение различных видов превосходства, остается только малая группа. В то же время это предоставляет возможность отгородиться от требований общества и решения жизненных задач и уклоняться от их принятия и исполнения.

4. Таким образом, оторванный от реальности невротик живет в воображаемом мире, наполненном собственными фантазиями. Он использует различные способы уклонения от выполнения социальных требований, чтобы обеспечить себе идеальное положение, оправдывшись от обязанности приносить какую-либо пользу обществу и от любого вида ответственности.

5. Льготы и привилегии, которые обеспечивают болезнь и страдание, заменяют ему истинную цель, которая представляет для него опасность, — цель достижения превосходства.

6. Таким образом, невроз представляет собой попытку человека освободиться от любого вида общественного принуждения через выработку встречного сопротивления. Причем это встречное сопротивление организуется таким образом, что позволяет прекрасно справляться с особенностями окружающей среды и ее требованиями. Эти довольно убедительные выводы могут быть сделаны на основе того, каким образом проявляется это встречное сопротивление, и на основе рассмотрения вида самого невроза.

7. Встречное сопротивление имеет бунтарскую природу, а материалом для него служат подходящие эмоциональные переживания или наблюдения. Они позволяют мыслям и аффектам сосредоточиться либо на вышеупомянутых треволнениях, либо

* Alfred Adler, *The Practice and Theory of Individual Psychology*, 2nd Ed.; 1929, pp. 23—26.

на незначительных деталях при условии, что они способны отвлечь пациента и переключить его внимание с жизненных проблем. Таким образом, попав в зависимость от требований ситуации, человек провоцирует у себя появление тревожности, навязчивых состояний, бессонницы и обмороков, извращений, галлюцинаций и легких патологических аффектов, неврастенических и ипохондрических комплексов и психотической картины своего актуального состояния. Все эти проявления он использует в качестве оправдания.

8. Даже логика не справляется с встречным сопротивлением. Также как и при психозе, этот процесс может продолжаться вплоть до полного уничтожения логики.

9. Логическое мышление, жажда жизни, любовь, человеческая симпатия, сотрудничество и речь — все это проистекает из требований, связанных с совместным проживанием людей. Против этих требований направлены все планы невротической личности, которой свойственны стремление к изоляции и жажда власти.

10. Для лечения невроза и психоза необходимо полностью изменить всю систему воспитания пациента и прямо и однозначно ориентировать его на человеческое общество.

11. Все волеизъявления и стремления невротика обусловлены погоней за престижем и связанной с ней постоянной потребностью в оправданиях, которые позволяют невротику не решать встающие перед ним жизненные проблемы. Следовательно, он автоматически подавляет проявление какого бы то ни было общественного чувства.

12. Если необходимость целостного понимания человека и постижения его (неделимой) личности (точка зрения, которая диктуется как природой разума, так и индивидуально-психологическим пониманием стремления личности к интеграции) не вызывает сомнений, то сравнительный метод, который является основным инструментом в нашей работе, дает нам возможность сформулировать понятие силовых линий; следуя которым человек достигает превосходства.

Противоположным полюсом для сравнения нам служат следующие утверждения:

1. Наше собственное отношение к ситуации, в которой находится пациент, ищущий удовлетворения некой потребности. В таком случае терапевту необходимо в определенной степени обладать способностью «влезать в шкуру» другого человека.

2. Установки и аномалии пациента, появившиеся еще в раннем детстве. Они всегда определяются отношением ребенка к его окружению, его ошибочной и слишком обобщенной са-

мооценкой, его упорным и глубоко укоренившимся чувством неполноценности и стремлением к власти.

3. Другие типы личности, в частности — особо невротизированные. В этих случаях мы должны добиться от пациента понимания того факта, что цель, достижения которой один тип добивается при помощи неврастенических расстройств, другой пытается достичь при помощи страхов, истерии, невротической навязчивости или психоза. Черты характера, аффекты, принципы и невротические симптомы направлены на достижение общей цели, но, когда их вырывают из контекста, они приобретают противоположный смысл. Они служат защитой от потрясений, вызванных требованиями общества.

4. Такими же требованиями, которые выдвигает общество и от которых невротик уклоняется, являются кооперация, дружба, любовь, социальная адаптация и общественные обязательства.

При помощи этого индивидуально-психологического исследования мы выяснили, что невротическая личность в большей степени, нежели нормальный человек, организует свою психику в соответствии с желанием властвовать над окружающими. Жажда превосходства делает возможным постоянное и агрессивное отвержение любых внешних требований, обязательств перед другими людьми и обязательств, навязанных ей обществом. Понимание этого базового аспекта психического состояния невротика заметно облегчает проникновение в самую суть психических взаимосвязей, а посему должно стать основной рабочей гипотезой в процессе изучения и лечения невротических расстройств. Только достаточно глубокое и полное понимание человеческой личности даст нам возможность доискаться до истинных причин заболевания в каждом конкретном случае и постичь их истинное значение.

* * * * *

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ЕЕ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ*

На данном этапе мы заинтересованы в том, чтобы представить убедительные доказательства целостности личности, представив этому свидетельство, которое не оставит у вас ни малейшего сомнения. Далее мы перейдем к краткому рассмотрению самых странных заблуждений, свойственных человеческому мышлению, которые уходят корнями в определенные личностные

* Ibid., pp v—vi.

особенности. Именно они являются причиной того, что человек оказывается не в состоянии справляться с реальным миром. Бессознательное в том смысле, в каком оно употребляется в учебниках, пытающихся дать его точное определение и раскрыть его значение (причем каждый автор гнет свою линию, а каждая точка зрения способна выступить в качестве *asylum ignorantiae*¹), представляется нам преимущественно неспособностью пациента понять свои импульсы, вызываемые его собственным социальным окружением. В соответствии с нашими исходными представлениями особенно отчетливые сновидения являются свидетельством подготовки к процессу борьбы с некой проблемой, которая таким образом заявляет о себе и о стремлении к превосходству средствами аналогии. Одним из самых значимых защитных механизмов является уничтожение привычных жизненных моделей, что создает благодатную почву для возникновения невроза или искаженного поведения. Это говорит о том, что боль и удовольствие не могут являться причинами и оправданием несоциального поведения. Они могут постоянно совершенствоватьсь, видоизменяться и по мере надобности принимать вид защитных механизмов. Механизмы действия внушения и самовнушения еще более наглядно предстают здесь в виде парциальных явлений, которые не могут иметь иного рационального объяснения, кроме как в рамках общего контекста.

Наше утверждение о том, что все виды невроза и ошибки в развитии являются выражением неполноценности и разочарования, имеет под собой прочную основу. И если в качестве критерия принять успешное излечение этих заболеваний, даже в самых тяжелых их формах, то практическое применение индивидуальной психологии показало, что она с честью выдержала это испытание. Более того, чтобы ободрить студентов, я могу добавить, что мы, индивидуальные психологи, считаем, что для эффективного лечения необходимо получить максимально полное представление о фундаментальной психической ошибке пациента во время первой же консультации. Таким образом, путь к излечению оказывается свободен.

* * * * *

ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ В РАМКАХ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ *

Чувство неполноценности, битва за преодоление и чувство общественного — вот основополагающие понятия, определяющие направление индивидуально-психологических иссле-

¹ Прибежище невежества (лат.). — Прим. ред.

* Alfred Adler, *Social Interest: A Challenge to Mankind*, 1938, pp. 38—41.

дований. Таким образом, перед нами встает необходимость принимать их во внимание — каждое в отдельности или в совокупности. Мы можем не всегда понимать их истинный смысл или по-разному выражать их суть; они могут быть неверно поняты, и мы можем вдаваться в чрезмерные тонкости, спорить по мелочам, но мы никогда не сможем отказаться от них. Для того чтобы дать верную оценку каждой личности, мы должны принимать во внимание все эти факты и установить наличие чувства неполноценности, битвы за преодоление и социального чувства.

Но с каждым отдельным человеком происходит то же самое, что и с цивилизациями, которые по давлению эволюции пришли к различным выводам и выбрали неверные пути. Только в детском возрасте в ходе развития идет создание психической структуры жизненного стиля и формирование соответствующих эмоций. Ребенок эмоционален; едва осознанная им способность действовать становится опорой для творческой активности в среде, которая отнюдь не нейтральна, и обеспечивает объективную подготовку к жизни. Основываясь на субъективных впечатлениях и действуя зачастую методом проб и ошибок, так как оценивать ситуацию он еще не может, ребенок создает свою дорогу, свою цель и выбирает себе вершины, которые он должен покорить в будущем. Все методы индивидуальной психологии, целью которых является понимание человека, направлены на выявление сути стремления человека к превосходству, силы его чувства неполноценности и уровня его социального чувства. Более тщательное рассмотрение взаимоотношений между этими факторами покажет нам, что они содействуют возникновению и развитию социального чувства. Исследование проводится теми же способами, что и в рамках экспериментальной психологии или при функциональном тестировании в медицине. Единственное различие заключается в том, что тест задает сама жизнь и он показывает, насколько крепка связь человека с жизненными проблемами. Иначе говоря, человек как существо целостное не может не быть связанным с жизнью, наверное даже лучше сказать — с обществом. Его отношение к обществу раскрывается в первую очередь через его стиль жизни. Именно поэтому экспериментальные тесты, которые в лучшем случае выявляют некоторые стороны жизни человека, не могут ничего сказать нам о его характере или даже о том, чего он сможет добиться в обществе. Даже гештальт-психологию следует дополнять индивидуально-психологическим методом, так как только тогда мы получим возможность составить максимально полное представление об установках, которыми руководствуется человек.

В связи с этим индивидуально-психологический метод, целью которого станет определение жизненного стиля, в первую очередь должен предполагать знание жизненных проблем и их требований к человеку. Очевидно для их решения человеку требуется наличие определенного уровня социального интереса, единения с жизнью в целом и способности сотрудничать и общаться с другими людьми. Если этой способности нет, то у человека может быть отмечено острое чувство неполноценности во всем его разнообразии и вкупе со всеми соответствующими последствиями. Оно в большинстве случаев принимает форму уклонения от действий и «нерешительной установки». Взаимосвязанные между собой телесные и психические явления, появляющиеся в результате, я называл «комплексом неполноценности». Нескончаемая борьба за превосходство направлена на то, чтобы скрыть этот комплекс при помощи другого комплекса — «комплекса превосходства», который, не принимая во внимание чувство общественного, всегда имеет своей целью блеск личных побед. Когда все психические явления, возникающие с целью уклонения в случае неудачи, получат объяснение, нужно переходить к поиску причин неверной подготовки к жизни, начиная с самого раннего детства. Так мы сможем получить правдоподобную картину привычного стиля жизни пациента и в то же время сможем оценить степень отклонения от социального чувства в случае неудачи, которое всегда сопровождается недостаточно развитым умением входить в контакт с окружающими. Из этого следует, что задача педагога, учителя, терапевта или пастора состоит в усилении социального чувства, что придаст человеку мужества. Такого результата можно добиться, открывая человеку истинные причины его неудач, разоблачая его неверные цели (ошибочный смысл, приписываемый им жизни) и открывая для него смысл миссии, возложенной на человечество самой жизнью.

Эта задача может быть выполнена только при условии наличия проникающего в самую суть вещей знания жизненных проблем и осознания слабого присутствия социального чувства в комплексах неполноценности и превосходства. От консультанта также требуется наличие большого опыта в определении ситуаций и обстоятельств, которые могут помешать становлению социального чувства в детском возрасте. До сих пор на основе собственного опыта наиболее надежным способом исследования личности я считаю исчерпывающее и всестороннее рассмотрение самых ранних детских воспоминаний, места ребенка в порядке рождения, любых отклонений в детстве, снов и фантазий, природы экзогенного фактора, вызвавшего заболевание. Все

результаты подобного исследования — наряду с теми методиками, которые демонстрируют отношение пациента к терапевту, — должны оцениваться максимально тщательно, а выводы, сделанные на их основе, должны быть проверены на соответствие со всеми остальными установленными в процессе обследования фактами.

* * * * *

СЕАНС КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ*

Наш основной принцип целостности жизненного стиля, выработанного в детстве, был уже известен мне, когда я только приступал к работе, хотя я и не понимал смысла этого утверждения до конца. Поэтому я начал с предположения о том, что человек, приходящий за советом, раскрывает свою сущность с того самого момента, как только он появился, причем сам он об этом даже не подозревает. Консультация представляет собой социальную проблему. Любой контакт одного человека с другим представляет собой проблему такого рода. Каждый может составить представление о себе тем, как он двигается. Эксперт всегда может получить некоторое количество информации о социальном чувстве пациента с первого же взгляда. При общении с опытным индивидуальным психологом притворство и лицемерие не помогут. Пациент ожидает от терапевта значительного объема чувства общественного. Мы же, по опыту знающие о том, что от пациента не стоит ожидать значительного уровня чувства общественного, не будем выдвигать высокие требования. В этой связи нам пригодятся еще два соображения. Первое предполагает, что, как правило, уровень чувства общественного невысок; второе заключается в том, что обычно мы имеем дело с людьми, которых в детстве баловали и которые до сих пор не вышли из своего иллюзорного мира фантазий. Я не удивлюсь, если большинство моих читателей не будут шокированы тем, что люди задают такой вопрос: «А почему я должен любить своего соседа?» В конце концов, Каин тоже об этом спрашивал.

Взгляд, походка, общий тонус пациента (пониженный или повышенный) могут многое сказать о нем. Можно многое упустить, если сажать пациента на какой-то конкретный стул или диван или жестко определять время встречи. Первая беседа становится тестом, и поэтому она должна быть совершенно непринужденной. Даже то, как пациент пожимает вашу руку, может указать вам на определенные проблемы. Избалованные люди часто прислоняются к чему-нибудь, а дети цепляются за мать. Здесь,

* Ibid., pp. 286—298.

как и во всем, что может помешать консультанту в построении его предположений, нельзя придерживаться строгих правил, зато тщательное исследование просто необходимо. Предпочтительнее держать свои взгляды при себе, так как впоследствии, когда случай уже разобран и понят, им можно найти лучшее применение, не причинив при этом вреда повышенной чувствительности пациента, которая наблюдается фактически у всех. Иногда пациенту нужно предложить сесть там, где он хочет, не указывая на конкретное место. Расстояние между доктором (или консультантом) и пациентом говорит о многом (так же, как и в случае со школьниками) и имеет прямое отношение к характеру человека. Далее важно отметить то, что «популярная» психология, повальное увлечение которой идет сейчас в консультациях, на различных собраниях и дружеских вечеринках, должна быть строго запрещена к применению. В начале курса терапии не следует отвечать на вопросы пациента и его родственников потоком специальных терминов. Индивидуальный терапевт должен всегда помнить о том, что, не принимая в расчет его собственную разработанную интуицию, он должен постоянно предоставлять доказательства людям, не обладающим его умением и опытом. Родители и родственники пациента никогда не должны видеть консультанта сомневающимся. Он должен представлять им любой случай как требующий внимания, но ни в коем случае не безнадежный, даже если сам он не собирается браться за него. Вской причиной сообщить родственникам правду являются только неоспоримые свидетельства безнадежности случая.

Я вижу большую пользу в том, чтобы не мешать движением пациента. Пусть он встает, приходит и уходит, курит, если ему так хочется. Я даже иногда позволял своим пациентам засыпать в моем присутствии: они сами просили меня об этом, желая таким образом усложнить мою задачу. Подобное отношение было для меня столь же красноречивым, как если бы они прямо сказали мне о своем сопротивлении. Косой взгляд пациента прямо указывает на то, что он не испытывает особого желания заниматься той самой общей проблемой, которая и связывает его с терапевтом. Это нежелание сотрудничать может ясно проявляться и в другом: пациент может быть немногословным, хранить молчание или же ходить вокруг да около, не давая терапевту вставить ни слова в поток своей непрерывной болтовни. Индивидуальный психолог, в отличие от психотерапевтов других школ, не позволит себе казаться сонным, засыпать или зевать, демонстрировать отсутствие интереса к пациенту, говорить резко, сквернословить, давать необдуманные советы, он воспринимать

Нажмите здесь, чтобы купить полную версию книги