

## **Психоаналитическое лечение депрессии**

Др. Гари Н. Голдсмит

Odessa, November 5, 2010

Большое спасибо за приглашение посетить Вас и поработать с Вами. Я благодарен за возможность поговорить с Вами о психоаналитическом лечении депрессии. Ваше приглашение дало мне возможность еще раз поразмышлять о депрессии на данном этапе моей профессиональной жизни. Помнится, когда я начинал обучение в резидентуре по психиатрии, у меня было чрезвычайно простое и наивное представление о том, как действует психотерапия – *важно помочь пациенту плакать*. С ретроспективной точки зрения, это и в самом деле была отличная теория, даже если и чуть-чуть поверхностная. Это была клиническая теория, учитывающая аффект и абреакции, и основана она была на моем непродолжительном к тому времени опыте. (Тогда я не осознавал, насколько все сложнее, чем я думал; что нужно также учитывать воспоминания, перенос, эмпатию и так далее...) Готовя сегодняшний доклад, я снова об этом подумал, и понял, что та мысль частично основывалась на теории депрессии (что очевидно, поскольку я думал, что пациент должен был плакать, выражая свою печаль) и была тесно связана с понятием Фрейда о формировании симптомов в виде «придушенного аффекта», описанным им в «Изучении истерии» – одной из первых прочитанных мною книг по психоанализу. (помнится, два года назад, во время президентских выборов в США, я больше года работал с депрессивной женщиной, и добился очень немного (мне даже не удалось заставить ее плакать!). Но тут сенатор Джон МакКейн номинировал кандидатуру Сары Пэлин на пост вице-президента, и моя депрессивная пациентка так рассердилась, что забыла о своей депрессии, стала активной и начала работать на кандидатство Обамы. Это – тоже пример излечения путем абреакции. Однако такое излечение бывает редко, и не является результатом психоаналитического понимания и прорабатывания, даже если терапия и сыграла некоторую роль в том, чтобы помочь пациентке собраться и начать действовать.) Длительное время я осознавал, что мне тоже кажется, что все мои пациенты так или иначе депрессивные. Такое впечатление возникало также, когда я учился в резидентуре по психиатрии; там меня научили, что разница между тревогой и депрессией в том, что тревога – это реакция на ожидаемую утрату, а депрессия – на пережитую. Тем не менее, я уже знал тогда, что *психоаналитическое значение симптомов следует искать в бессознательном*, а не только во внешней жизни пациента. И, поскольку бессознательное находится вне времени (то есть, у него нет ни прошлого,

ни будущего), я никогда не был полностью согласен с таким определением разницы между тревогой и депрессией. (Конечно, я осознавал отличия между симптомами, переживаемыми пациентами, но я старался думать об их бессознательных значениях). Кроме того, ожидание будущей утраты, вероятно, основывается на более раннем опыте утраты, повторения которого пациент опасается; все это делает различие между тревогой и депрессией еще более двусмысленным.

В некотором смысле, правда, что все пациенты являются депрессивными; просто они проявляют это разными способами. У некоторых бывают объективные симптомы, которые мы называем депрессией *per se*, а другие могут просто по-другому выражать свою эмоциональную боль. У каждого пациента есть что-то утраченное, будь то объект (то есть, человек), цель, возможность, состояние комфорта или равновесия, часть себя, время и. т. д. Такие темы могут быть практически неуловимыми, их сложно обнаружить, особенно потому, что пациент может пытаться их избежать, чтобы защититься от еще более болезненного аффекта. Я ощущаю депрессию во всех, или практически во всех моих пациентах. Если она не является ведущим симптомом, то, по крайней мере, второстепенным, в виде реакции на само наличие эмоциональных проблем. Или, возможно, это просто один из способов установить отношения с моими пациентами и попытаться найти в них чувства, которые я смогу понять и которым смогу сопереживать, и, таким образом, наладить с ними эмоциональный контакт.

Редко какой психоаналитик (впрочем, редко какой человек) сам не переживал депрессии. Она часто ведет к процессу интроспекции, который, в свою очередь, может привести к заинтересованности психоанализом. Но, как бы мы не старались учиться на себе, наверно, лучшие учителя – это наши пациенты. Поэтому я хотел бы поделиться с Вами тем, как изучать и слушать пациентов *без предубеждений*, чтобы Вы могли извлечь как можно больше пользы из общения с ними как с людьми, которые могут Вас чему-то научить. По ходу дела, мы, конечно, надеемся, что и пациенты тоже извлекут для себя пользу. Я тоже буду говорить о том, как справляться с вопросами контрпереноса в работе с депрессивными пациентами. Думаю, что изучение того, *как мы слушаем*, является одним из аспектов таких попыток, поскольку оно может помочь нам защититься от излишних отрицательных реакций контрпереноса. наш интерес порожден проблемами с *негативным* контрпереносом; однако, *излишнее позитивное* контрперенос тоже может стать проблемой, поскольку целью является некий

нейтралитет, который предоставляет нам наилучшее положение для наблюдения за пациентом, процессом и нами самими.

Если говорить об «анализе депрессии», тогда может оказаться, что все пациенты одинаковы, что само по себе может положить начало проблеме контрперенесения. Но если говорить об *анализе пациентов* (реальных людей), тогда они все разные, и намного более интересные. Еще одна вступительная деталь: в названии я написал *психоаналитическое*, но я также имею в виду аналитически-ориентированную психотерапию. Я буду использовать одно и то же слово – как правило, «анализ», для описания обоих методов лечения, для краткости. Отличие проявится там, где мы почувствуем, что показания к использованию одного из методов превышают показания к другому. Но, в конце, в обеих ситуациях мы говорим о понимании *бессознательного* происхождения симптомов у пациентов, и о путях, какими мы пытаемся понять их.

Я бы хотел обсудить с вами несколько тем. Я знаю, что вы уже знаете много об истории депрессии в психоаналитической литературе, но я бы хотел вкратце ее повторить на свой лад, чтобы предоставить основу для дальнейшей дискуссии. Возможно, вы тоже услышите кое-какие намеки на другую точку зрения, отличную от той, с которой вы уже знакомы. Я бы также хотел поговорить о том, как мы слушаем, поскольку цель изучения теорий динамики депрессии – помочь нам слушать несколько иначе, чем мы это делали раньше, чтобы расширить нашу способность прислушиваться к ассоциациям пациента. Я попытаюсь связать это с понятием психической реальности. И я также хотел бы поговорить о том, как мы начинаем лечение. Надеюсь, что в конце вопросов у вас будет больше, чем изначально.

Начну с противоречия: не думаю, что существует понятие «психоаналитическое лечение депрессии», несмотря на название моего доклада. Мы не анализируем депрессию; мы анализируем *пациентов*. Это немаловажный вопрос. Депрессия – это симптом, хотя иногда ее называют болезнью, или состоянием, или настроением. Но, как бы ее не называли, мы лечим *всего* пациента, а не симптом. Это может показаться примитивным, но такое наблюдение часто упускается из виду на практике, и мы обнаруживаем, что в поиске исцеления, чтобы доктору было легче, на пациента вовсе не обращают внимания. Терапевт может безошибочно следовать теории, и все же игнорировать страдания пациента. Это делается ненамеренно, однако, это может быть результатом чрезвычайно сильного старания излечить пациента так, как, по «мнению»,

терапевта, следует это делать. Недавняя карикатура в бостонской газете отлично иллюстрирует эту проблему:

Терапевт: Я вижу, Вы последовали моему совету и купили кошку, чтобы скрасить Ваше одиночество.

Пациент: Да, теперь мне приходится кормить кошку.

Терапевт: Замечательно. Домашние животные хорошо умеют снимать стресс. Так что, похоже, в последнее время Ваши дела идут на поправку.

Пациент: (долгое молчание)

Терапевт: И у Вас есть домашний любимец, составляющий Вам компанию. Так что теперь мы можем перейти к другим проблемам.

Пациент: Вы опять делаете то же самое. Вы говорите много слов, которые мне не помогают, а потом меняете тему.

Терапевт: Давайте поговорим о проблемах с Вашим шефом.

Проблема не-слушания пациента может быть очень серьезной, если она ведет к ненависти или страху пациентов, что симптомы не пройдут. (Во время моего обучения в Бостоне мы, бывало, довольно грубо говорили о ситуации, когда доктора стремились к некому совершенству, и, если пациент умирал, то «Гарвардской смертью» - при этом его уровни электролитов были в норме, и применялось правильное лечение. Другими словами, фокус был не на пациенте, а на его анализах; мы могли гордиться своей работой, даже если мы забывали, что наша цель – считаться с пациентом и сохранить ему жизнь, или, по крайней мере, облегчить его боль). На самом деле, симптом далеко не так важен для нас, как другие аспекты психики пациента. Пациент – это намного больше, чем его симптомы, даже если внимание к симптомам является способом выразить сочувствие.

Сейчас я опять буду противоречить сам себе, когда скажу, что никакой депрессии вообще не существует. Под этим я подразумеваю, что существуют «депрессии» - во множественном числе. Депрессия при биполярном расстройстве, или психотическая депрессия, отличается от реактивной или невротической, которая, в свою очередь, отличается от органической депрессии при некоторых заболеваниях или в виде побочного действия некоторых медикаментов. Существуют депрессии, при которых главной проблемой является низкая самооценка; при других сознание

сосредотачивается на утрате или одиночестве, или на чувстве беспомощности. Существуют постпсихотические депрессии, послеродовые депрессии, инволюционные депрессии, хронические и острые депрессии, и т. д. Иногда употребляют термин «депрессивный спектр расстройств»; это достаточно хорошее описание. Было бы ошибкой пытаться найти единую теорию, которая объясняла бы весь этот спектр как можно лучше. Даже Фрейд в начале «Скорби и меланхолии» признает, что, как бы он ни старался, все-таки не смог найти единого объяснения всем феноменам депрессии. В нашей беседе я не буду обращаться к физическим или психиатрическим заболеваниям. Скорее, я сосредоточусь на депрессиях, которые pochodят от многих невротических состояний. Тем не менее, остается неисследованным вопрос взаимоотношений этих различных типов депрессии.

Изучение психодинамики депрессий началось, пожалуй, не с Фрейда, а с Карла Абрахама. В 1911 году Абрахам, изучая депрессивных пациентов, описывал динамику, которая до сих пор считается валидной, несмотря на все последние достижения в этом вопросе. В то время как Фрейд писал об *обсессивных* пациентах (в случае Человека-крысы), что «ненависть и любовь все время мешают друг другу», именно Абрахам заметил это также у *депрессивных* пациентов. «У такого индивида тенденция к формированию враждебного отношения к окружающему миру так велика, что его способность любить сведена к минимуму».<sup>1</sup> Он считал, что чувство ненависти мешает способности любить. Фокус на *амбивалентности* Абрахама, который столь рано появляется в нашей литературе, остается центральным аспектом нашего понимания депрессии. Абрахам нашел свидетельства вытесненной враждебности в поведении и снах своих депрессивных пациентов. Как вы знаете, понятие вытесненного гнева при депрессии стало настолько центральным, что оно почти превратилось в клише, и несколько утратило свою свежесть (как у моей депрессивной пациентки, которая работала на штаб Обамы). В другой статье (1916) он писал о регрессии до оральной фазы в картине симптомов у многих депрессивных пациентов.<sup>2</sup> Он рассматривал эту регрессию как попытку получить удовольствие, отсутствующее в жизни депрессивного пациента. Здесь мы можем отличать первичные симптомы депрессии от вторичных, или «тех, что делает попытку вернуться к норме», но это будет отклонением от нашей сегодняшней темы. Абрахам четко сводил свое описание к «содержанию желаний» бессознательного при депрессивном мышлении, а не к механизмам, которые *вызывают* меланхолию (как тогда называли депрессию).

Разумеется, «Скорбь и меланхолия» Фрейда<sup>3</sup> справедливо считается великим трудом, который является фокусом для всех дальнейших дискуссий, посвященных депрессии. Несмотря на это, я лишь коротко прокомментирую эту работу, потому что я уверен, что вы ее читали и подробно обсуждали, и я бы не хотел повторять того, что вы и так знаете. Фрейд различал скорбь и меланхолию за несколькими чертами, в особенности по тому, что при скорби не нарушается самооценка, как при меланхолии. Для нормального скорбящего человека *мир* кажется беднее, но он постепенно может покинуть свою привязанность к любимому человеку (то есть, к интрапсихической репрезентации любимого человека), и восстановить свои отношения с внешним миром. При меланхолии, беднее становится Эго, и индивид упрекает и ненавидит самого себя. Таким образом, естественного процесса выхода из состояния скорби не происходит. Он отметил, что многие само-упреки не настолько относятся к индивиду, а, напротив, являются характерными для утраченного объекта любви. Таким образом, он приходит к ключевой идее интроекции и идентификации. То есть, меланхолик (депрессивный индивид) идентифицируется с утраченным объектом, выбор которого был определен бессознательными нарциссическими потребностями и целями. Амбивалентность по отношению к утраченному объекту любви (которая характеризуется избытком бессознательной враждебности) в конце-концов интернализируется с помощью процесса идентификации; теперь депрессивный индивид упрекает себя (то есть, собственное Эго, которое «содержит» интроектированный объект). Амбивалентность – состояние, предшествующее меланхолии. Интересно отметить, что задолго до создания структурной теории, Фрейд, тем не менее, описывает два различных участка психики – один, критикующий self и вызывающий вину (позже его назовут *superego*); другой – объект упреков (*ego*). Как и Абрахам, Фрейд увидел в этом процессе оральную регрессию, но, в то время как Абрахам имел в виду оральные *симптомы*, такие, как удовольствие от еды и питья, Фрейд имел в виду оральные психические *механизмы* (процесс интроекции любимого объекта). Фрейда также волновала предрасположенность некоторых людей к состояниям меланхолии, и он считал нарциссические выборы объекта важной характеристикой этих пациентов. Мы вернемся к описаниям Фрейда позднее.

Следующим, кто сделал значительный вклад по этому вопросу, был Sandor Rado в 1928 году, после того, как Фрейд заменил топографическую теорию психики (сознательное, предсознательное, бессознательное) структурной (*id*, *ego*, *superego*).

Вкратце, Rado рассматривал депрессивного пациента как излишне зависимого от одобрения, любви и признания других. Такой человек требует «внешних нарциссических подпиток», как мы сейчас их называем, потому что он неспособен сформировать самооценку исходя из собственной деятельности и достижений. Но, однажды завоевав такой восхищающийся объект любви, пациент с депрессией в дальнейшем относится к нему критически и снисходительно. Тогда последующая утрата объекта заставляет депрессивного индивида реагировать крайне враждебно. Тогда его просит прощения, и меланхолия рассматривается как «великий отчаянный крик о любви».4 Выбор меланхоликом объектов основан на прототипах родителей, чьей любви он жаждал всю свою жизнь. Однако, избыток бессознательной враждебности, направленной в сторону интроектированного объекта, все еще играет свою роль. Rado подчеркивал следующее: нарциссические потребности депрессивного индивида, его ущербная самооценка, его амбивалентность и функция самокритичности – это способ опять завоевать любовь объекта.

Во всех этих теориях можно увидеть попытку рассмотреть феноменологию депрессии – вопросы самооценки, чувства вины, обеднения его, бегство от внешнего мира, обсессивная самокритика, беспомощность, и. т. д. Однако, каждая теория, как и ее творец, делает упор на разные аспекты, будь то из-за обследования разных пациентов, использования разной терминологии, или ограничений их собственной психики. Поэтому очень важно внимательно изучать клинический материал, который каждый теоретик использует для поддержки своей точки зрения. Подозрительно, если терапевт *высказывает* вам свою интерпретацию происшедшего, но не *показывает* вам материал, на котором основана эта интерпретация, чтобы вы смогли сформировать свое собственное мнение. Человеческой природе свойственно использовать теорию, которая большинству из нас кажется разумной. Тем не менее, следует помнить, что теоретические модели являются искусственными построениями – они не «материальны». И позвольте вам напомнить, что одна теория не занимает место другой; она лишь добавляет новых оттенков значений, чтобы расширить нашу способность прислушиваться с тонкостью к ассоциациям пациента. Есть пациенты, которые лучше вкладываются в одну теорию, чем в другую, и разные теории вызывают ассоциации с разными пациентами, что, как я себе представляю, происходит с вами сейчас, во время моего исторического экскурса. У нас нет «единой полевой теории» депрессии, точно так же, как ее нет и в физике. Изучение одного аспекта феномена

может мешать изучению других. А при изучении человеческих чувств нам сложно даже быть уверенными, что мы описываем то же самое явление, даже если мы используем одну и ту же терминологию. Хотя, иногда теория может помочь создать терминологию, которая облегчит пациенту понимание собственных переживаний.

Поэтому, я не утверждаю, что нам не следует изучать психодинамику депрессии. Это необходимо для нашего понимания. Это помогает стабилизировать аналитика, может быть источником уверенности в минуты наибольшего давления контрперенесения, и помочь ему управиться с массой получаемой им (или ею) информации. Но теории не лечат пациентов; лишь терапевты могут это сделать. Теории – как обоюдоострый меч. С одной стороны, они могут помочь нам разобраться в материале. Но, с другой стороны, мы можем утешать себя иллюзией, что мы точно «знаем», что происходит, и это отдалит нас от прямых взаимоотношений с пациентом. И я гарантирую вам, что пациент так или иначе это чувствует. На самом деле, мы, возможно, *повторим* травму в жизни пациента, если мы отвлечем наше внимание с переживаний пациента на что-либо другое. Вот почему мне все еще нравится «наивная» теория, развитая мною давным-давно («пациент должен плакать»), поскольку она фокусируется на аффекте пациента. Слова могут лгать, аффект же – нет.

В продолжение: после публикации «Я и Оно» (1923) Фрейду стало очевидно, что интроекция, процесс, который, как он думал вначале, ограничивался нарциссическими выборами объекта (в оральной фазе), в действительности – *общий* феномен в психологическом развитии. Иными словами, каждый раз, когда объект утрачивается, особенно в первые годы развития, он интернализируется в его и, таким образом, становится интроектированной частью психики, и в конце-концов становится частью того, что мы называем «характером». В его известном выражении говорится, что «характер его является осадком покинутых объектных катексисов, и оно содержит архив прошлых выборов объектов». Это очень важно – оказывается, что в процессе изучения депрессии Фрейд постиг общий принцип развития психики – что утраты интернализируются и становятся частью структуры психики. *В дальнейшем, даже переход от каждой стадии развития к следующей фазе включает процесс утраты и интроекции новой функции.* Если отношения с родительским объектом достаточно хороши, без излишней враждебности или депривации, тогда результатом такого ряда утрат будет интроекция хороших объектов, что приведет к формированию его,



состоящего из положительных интернализированных объектных отношений, и личности, уверенной в своей способности справляться с различными стрессами. Если в отношениях с объектом слишком много депривации или ненадежности, это может подготовить почву для будущих депрессий (или для развития хронически депрессивного характера, без депрессивных эпизодов как таких), поскольку его так и не становится достаточно сильным, а доминируют нарциссические потребности. Многие другие способы психологической защиты также могут использоваться при попытках справиться с такими утратами; вот почему важно рассматривать *весь характер* пациента, со всеми его способами адаптации, а не только наиболее выраженные *симптомы*. Именно здоровая часть характера создает альянс с аналитиком, для того, чтобы справиться с нездоровой, или невротической, частью. В любом случае, эти проблемы, вероятно, будут отыграны в перенесении, если дать ему расцвести, и если аналитик способен быть (относительно) непредвзятым, слушая пациента, и сохранять интерес к тому, что ему незнакомо.

Melanie Klein<sup>5</sup> использовала некоторые идеи Фрейда в своей теории параноидной и депрессивной позиций. Вкратце, она заявляла, что чувства утраты и грусти могут переживаться только после отношений с любящей «цельной» личностью, а не с «объектами-частями» раннего детства. Таким образом, нормальная скорбь может иметь место только у индивидов с более полно организованным его. Те, кто в детстве пережил депривацию, предрасположены к такой депрессивной позиции, с чувствами постоянной утраты и грусти, вины и низкой самооценки. Она считала, что депрессивная позиция включает две совокупности чувств. Во-первых, существует опасность страхов преследования из-за опасности внутренних агрессивных влечений, а, с другой стороны, постоянное чувство грусти из-за утраты первичного объекта, страха потерять их, и желания вернуть их. Лишь после того, как ребенок пройдет через депрессивную позицию с помощью сильной веры в интернализированные объекты, он станет способным справляться с эмоциональным стрессом утраты: он больше не боится разрушить внутренний объект избытком агрессии.

Edward Bibring был авторитетом в вопросе депрессии; я считаю, что его работы недостаточно изучены. Bibring вывел наше понимание депрессии из рамок оральных и нарциссических потребностей. Оральными он называл избыточную потребность в привязанности, потребность в заботе, и в любви. Признавая важность оральной фазы, он обнаруживал у своих пациентов, что самооценка может снижаться и другими путями,

не только вследствие фрустрации потребности в привязанности и любви. Он говорил, что есть и другие нарциссические потребности, которые более связаны с *анальной* фазой, такие, как «желание быть хорошим, не быть обиженным и враждебным; быть любящим, чистым и добрым».6 Он заметил, что депрессия из-за неисполнения таких надежд будет окрашена чувствами потери контроля и слабости, и вины за отсутствие контроля. Он также описал нарциссические стремления, относящиеся к *фаллической* фазе, такие, как «желание быть сильным, лучшим, великим, в безопасности, не быть слабым». Депрессия, походящая от фрустрации этих желаний, окрашена чувствами несостоятельности и неполноценности. Наиболее значительным его вкладом является его фокусирование на аффекте *беспомощности*, который сопровождает сниженную самооценку, что для меня имеет значительный клинический резонанс. Важно также, что он не ограничивает источники депрессии до проблем в оральной фазе развития.

Еще одним теоретическим вкладом Bibring'a является его мысль, что депрессия является *его-феноменом*. То есть, она может быть не только результатом конфликта между *суперего* и *его*, но может иметь место полностью благодаря напряжению внутри самого *его*. То есть, так же, как Фрейд рассматривал тревогу как состояние *его*, Bibring считал, что *аффект* депрессии тоже является «состоянием *его*». Это «эмоциональное выражение состояния беспомощности и несостоятельности *его*, независимо от того, что могло вызвать поломку механизмов, которые устанавливают самооценку».7 Взгляды Bibring'a полезны тем, что напоминают нам придерживаться клинических феноменов, которые мы наблюдаем, и уделять внимание тонкостям страдания пациента и способу, каким он описывает свои страдания.

Это напоминает мне о небольшом случае из недавней супервизии, который я опишу, прежде чем вернуться к истории депрессии в аналитической литературе. Пациент находился в анализе в течение двух лет по причине депрессии, и только что увеличил частоту визитов с трех до четырех раз в неделю; аналитик давно предлагал это сделать, но пациент отказывался. В детстве, его отец по работе вынужден был уезжать из дому на длительное время, иногда практически неожиданно, и очень резко относился к проявлениям пациентом грусти по этому поводу. Его мать находилась дома, но она была довольно отстраненной, и была занята младшей сестрой пациента. В процессе лечения пациент хотел, чтобы аналитик принимал за него жизненные решения, после того как пациент расскажет ему о своей проблеме все, что может.

Аналитик только что вернулся из недельного отпуска. После его возвращения, пациент сказал:

Пациент: (со злостью) Мне кажется, что Вы похожи на диктатора.

Аналитик: Почему?

Пациент: Вы уезжаете, когда хотите, а я никак не могу на это влиять.

Аналитик: Но я предупредил Вас задолго до отпуска. (Аналитик думал, что он поступил правильно, зная историю пациента и не повторяя поступков его отца.)

Пациент: Все же у меня не было права голоса в этой ситуации. И, даже если бы я пожаловался, Вы бы не изменили своих планов из-за меня. Поэтому Вы диктатор, а я жертва. Здесь у меня нет власти. Как мне попасть в Ваш мир? (Пауза). Сейчас я чувствую, что Вы упорно молчите. И это еще больше меня злит. (Пауза). Я видел Вас во сне, и я позвал Вас и побежал за Вами, но не мог догнать Вас, а Вы меня не слышали.

Аналитик: Возможно, Вы все еще пытаетесь заставить Вашего отца услышать Вас.

Пациент: Ничего подобного. Я пытаюсь заставить Вас прекратить быть диктатором.

На первый взгляд, аналитик был невнимательным к чувствам пациента, и пытался анализировать происходящее, даже используя сон в качестве признака переноса на отца. Позвольте добавить, что это очень хороший аналитик, добросовестно относящийся к своей работе, имеет хорошие способности к эмпатии, и делает все, чтобы оставаться в контакте с чувствами пациента. Он помог пациенту удержаться в анализе, и был терпимым к отреагированию пациента. Он заметил, что пациент противоречит сам себе, поскольку просит аналитика принимать за него решения, но называет его диктатором, когда тот пытается помочь. Он (аналитик) чувствовал себя беспомощным и немного сконфуженным, поскольку он поступил правильно, заранее предупреждая пациента о своем отпуске. И он чувствовал себя в ловушке оттого, что пациент был прав – аналитик не хочет менять свои планы даже по просьбе пациента. Здесь мы можем прокомментировать множество вещей. Замечание аналитика насчет противоречия пациента для меня прозвучало как жалоба, как будто пациент не имеет права противоречить сам себе, и поэтому аналитик не виноват, если, как кажется, пациент неправильно понял попытки аналитика помочь ему. Аналитик пытался оправдаться. На первый взгляд, его замечание верно, но оно не учитывает

бессознательный конфликт, лежащий в основе жалобы пациента, и контекст этого отдельно взятого сеанса в протекании лечения.

Много процессов происходило одновременно. Хотя мы можем обсудить это позже, сейчас стоит отметить некоторые моменты. Во-первых, противоречия в лечении – повсеместны, поскольку сами симптомы пациента порождены конфликтами. Два чувства могут происходить из двух разных участков психики, отщепленных друг от друга. Его неспособность разрешить их является причиной его обращения за помощью, и не следует его за это винить. Во-вторых, вероятно, аналитик действительно чувствовал себя виноватым за то, что уезжает, и пытался высказать понимание чувств пациента. Но с точки зрения пациента, то есть, в *психической реальности* пациента, положение дел иное, поэтому мы должны отбросить самооправдание, даже нашу хорошую работу, чтобы проявить уважение к версии событий пациента. Одним из признаков сложности этого момента является использование аналитиком слова «но». (Будьте осторожны, употребляя слово «но» в разговоре с пациентом, так как оно может означать, что вы пытаетесь выстроить собственную версию реальности (вашей собственной психической реальности), правильную ее версию. Пациент воспринимает это как то, что отдаляет вас от его переживаний, считая, что вам выгодно защитить себя и показать, что вы правы. Вероятно, за этим последует протест, злость, возрастание сопротивления, или временное усиление симптомов. Я наблюдал, как психосоматические пациенты реагируют на «но» немедленной головной болью либо болью в животе. Несомненно, вы несколько раз услышите от меня, что *цель не в том, чтобы быть правым. Скорее, цель в том, чтобы быть терапевтом*. Это не всегда оно и то же). *В кабинете постоянно присутствуют две психические реальности. Кто посмеет сказать, что именно версия аналитика более правильная?* Разве не все мы склонны к искажению и скрытым конфликтам?

У аналитика есть несколько вариантов ответа. Он мог бы признать односторонность властных отношений, и добавить, что, тем не менее, он очень хочет знать, как это влияет на пациента, возможно, даже спросить у пациента, как бы он хотел, чтобы аналитик в будущем вел себя в ситуациях, касающихся отпуска. Он мог бы также уделить больше внимания сильному выражению аффекта. (Это то, что, я надеюсь, сделал бы в такой ситуации я). Другими словами, он сказал бы: «Я знаю, что молчал последние несколько минут, но что Вы имеете в виду под словами «упорно молчите»?» Здесь пациент представляет аналитику сильный аффект, который является

болезненным для пациента, значит, аналитик должен внимательно это выслушать, даже если это уводит их в сторону от формального предмета разговора. Хотелось бы отметить (но, скорее всего, не комментировать это замечание) тот факт, что пациент хочет проникнуть в мир аналитика; интересно, каким он представляет себе этот мир, каковы его фантазии. Далее, пациент видит сон с очевидным переносом, вызванный событиями реальной жизни – отпуском аналитика. Возможно, сон вовсе не об отпуске (поскольку пациент, вероятно, «знает», что, конечно, он не может изменить планов аналитика, и, возможно, даже не желает, чтобы такое было ему подвластно), а, скорее, о чувстве пациента, что его не слушают. Иными словами, дело вовсе не в отпуске, а в неспособности аналитика заинтересоваться, что почувствовал пациент, впервые услышав об отпуске. Далее, после рассказа о сне, аналитик не ждет и не спрашивает об ассоциациях пациента. (В действительности, многие ассоциации *предшествуют* сну. Помните – сон имел место в предыдущую ночь, значит, он был в мыслях пациента (сознательно или бессознательно – мы не знаем) во время всего сеанса). Вместо этого, он делает интерпретацию перенесения, которая, хотя и наверняка точна, отрицает переживания пациентом отдаленности аналитика «тут и теперь». Почему, можем мы спросить, сон приходит в голову пациенту как раз в этот момент сеанса, а не раньше? Это еще один способ, который аналитик мог использовать для работы с материалом сеанса.

Наконец, на втором плане в этих отношениях есть и другие вопросы, к которым нужно обратиться на следующих сеансах. Один из них: как это было – быть оставленным с холодной матерью каждый раз, когда уезжал отец. Другой – это то, что пациент недавно согласился на предложение аналитика приходить четыре раза в неделю. А награда за это? Аналитик уезжает в отпуск! Я полагаю, что решение пациента приходить чаще было либо следованием указаниям терапевта, либо пассивным повиновением, либо, наиболее вероятно, актом любви по отношению к аналитику. Но аналитик не понял этого, и ответил на усилия пациента актом покидания (в психологическом восприятии событий пациентом, то есть, в его психической реальности). Хотя мы и хотим относиться к событиям в терапевтических отношениях с позиции прошлого, это лучше всего получается при правильном расчете времени. На данном этапе пациента интересует не поведение его отца, а поведение аналитика. Только когда пациент будет убежден, что аналитик в самом деле его слушает, он захочет взглянуть на другие области, в которых активны его конфликты, потому что он

будет воспринимать аналитика как непредвзятого союзника. Кроме того, интересно отметить, что аналитик описывал чувство беспомощности. Он пытался помочь пациенту, который, в свою очередь, чувствует только злость по отношению к аналитику. Что действительно имеет значение, так это то, что пациент во время сеанса жалуется на то же самое – на *его собственное* чувство беспомощности. Таким образом, имеют место взаимные проекции и идентификации. Это часто случается на срединных стадиях анализа, когда перенесение очень активно, и может быть очень трудно понять получаемый материал. Тем не менее, с помощью этого примера я хочу донести до вас то, что обращение внимания на аффект пациента и его психологическую реальность более вероятно приблизит нас к центральному конфликту настоящего момента и укрепит терапевтический альянс, чем любой другой подход, даже включающий правильные интерпретации и хорошее понимание психологии пациента.

Вернемся к литературе: есть множество других исследователей депрессии, но я думаю, что те, которых я назвал, сделали наибольший вклад в ее изучение. Вкратце, среди остальных можно назвать Bowlby, который описал нормальный процесс скорби и его сходство с депрессией, включая симптомы эмоциональной отстраненности и злости (он называет их «протестом, отчаянием и отчужденностью»), в то же время заявляя, что скорбь может также встречаться в детстве и походить на скорбь взрослых. Есть также работы Fenichel, Jacobson (которые описывали потерю самооценки как дефект ego), Winnicott, Sandler, Kohut, и другие. Sandler ввел понятие «чувства безопасности»,<sup>8</sup> в то время как другие пользовались термином «самооценка». Это явно походит из теории объектных отношений, поскольку Sandler утверждает: что действительно утрачивается при депрессии, так это «состояние благополучия, подразумеваемое, как психологически, так и биологически, в отношении с объектом. Таким образом, депрессивные личности утрачивают свое состояние «психофизического благополучия».» И он добавляет, что «душевная боль отражает расхождение между реальным состоянием self и идеальным состоянием психологического благополучия.»<sup>9</sup> Утрата объекта любви неминуемо ведет в душевной боли. Если это сопровождается чувством беспомощности, то мы называем такое состояние депрессией.

Kohut рассматривал депрессию через призму своей теории self-психологии. Он описывал понятие «пустой депрессии», типичное для нарциссических расстройств личности. Она характеризуется ипохондрией, депрессивным аффектом, повышенной чувствительностью к критике, отсутствием энергии и жизненной силы, и чувством

пустоты. Такие пациенты всю жизнь ищут отражение, одобрение, и восхищение, которые бы могли заменить их дисфорию. (Это напоминает описание оральных потребностей депрессивных пациентов Rado). Нарциссическая слабость приводит к тому, что утраты кажутся увеличенными и вызывают больший дистресс, чем они бы вызвали у личности с более «целостной» структурой self. Описание Kohut'a вызвало обсуждение в литературе между «отсутствием» структуры self (чувством «пустоты»), против аффективного состояния *чувствования себя опустошенным в результате внутреннего психологического конфликта*, после которого индивид чувствует себя опустошенным. Другими словами, пациент может описывать «пустоту», но нам не следует воспринимать это буквально и считать, что это *настоящая* пустота, или отсутствие одного из компонентов психической структуры.

Помните, что когда мы говорим о психике (душе), мы постоянно находимся под влиянием наших теоретических моделей, даже если это наши личные, неотчетливые модели. И все эти теории по определению являются метафорами. Поэтому мы должны быть осторожны, чтобы, как в приведенном выше примере, не совершить ошибку, думая, что пациент, описывающий «чувство пустоты», страдает от реальной «пустоты» в душе. Подобным образом, нам следует быть осторожными и не путать уровни абстракции при описывании психологических феноменов. Я уже совершал эту ошибку по крайней мере дважды в моем докладе, когда я говорил об его как о чем-то, что пытается справиться с потерей, и еще раз, когда я цитировал утверждение Rado о том, что «его умоляет о прощении». Его не является чем-то, что способно «умолять». Его является метафорическим сооружением, которое должно помогать нам организовать наши представления о различных функциях личности. Существует тенденция антропоморфизировать наши понятия, которой мы должны избегать, когда только возможно.

Некоторое время топографическая теория удовлетворяла Фрейда. После того, как он описал структурную теорию, понятия топографической теории не исчезли. Он просто организовал схему по-другому, чтобы лучше объединить новые наблюдаемые им феномены. В действительности, топографическая теория все еще часто бывает очень полезной для невротических пациентов, которые страдают от психологических конфликтов без ухудшения функций его, в то время как структурная теория помогает систематизировать наши знания о более примитивных состояниях, таких, как пограничные расстройства, при которых происходит серьезное нарушение

психологического функционирования. У невротических пациентов может быть достаточно рассматривать сознательное, бессознательное и вытеснение, поскольку мы можем принимать как должное автономное функционирование его, тестирование реальности и т.д. У пациентов с более тяжелыми расстройствами может быть необходимо усиление самих функций его в качестве первоочередного задания анализа, прежде чем мы сможем интерпретировать бессознательный конфликт. Как я еще скажу, это может сначала потребовать некоторого периода терапии.

После того, как я коротко представил некоторые психоаналитические теории депрессии, важно держать их в правильном порядке. Если вы будете помнить о динамике утраты, скорби, идентификации, амбивалентности, сопротивления и агрессии, я думаю, что это даст вам достаточно для того, чтобы сосредоточиться на пациенте. В самом деле, я бы сказал, что если я начинаю слишком много думать о теории в тот момент, когда слушаю пациента, это уже признак потенциальной проблемы контрперенесения. (Фрейд предостерегал по поводу преждевременных теоретических формулировок случая, пока пациент все еще находится в терапии. Он рекомендовал делать такие формулировки позже, именно потому, что считал – они могут подавлять потенциал модифицирования собственной способности слушать в ответ на изменения аффекта пациента.) Я признаю, что это может стать проблемой для менее опытных, как случилось со мной, поскольку тревога при лечении пациентов может быть очень высокой, а теории могут вселить уверенность. Очень часто я и сам чувствую себя тревожно, особенно с новыми пациентами. Но проблема для многих депрессивных пациентов в том, что их не слушали, или *им казалось*, что их не слушали. Такой опыт добавился к их и так ущербному чувству самооценки. (То, случилось ли это «на самом деле», или они «пережили» это как случившееся, неважно, если вспомнить, что объектом нашего внимания является психологическая реальность пациента, а не какая-то неуловимая и неосуществимая цель установления «исторической правды».) Прислушивание к теории, а не к пациенту, может привести к ненамеренному и нежелательному повторению проблемы, от которой пациент страдал в детстве. Вы получите ситуацию Гарвардской смерти – вы работали согласно теории; если пациенту не стало лучше – это его проблемы. Может быть, скажем мы в свою защиту, пациент был неспособен, или не старался, или имел какую-нибудь плохую черту характера. Много раз, проводя супервизию, или принимая нового пациента, который лечился у другого психотерапевта, я понимал, что терапевт сердился на пациента за то, что тому



не стало лучше от предложенного лечения. Они не говорили, что сердятся, но они использовали слегка пренебрежительные выражения по отношению к пациенту, чтобы защитить себя от критики собственного *superego*. Пациент почувствовал скорее нарциссическую озабоченность терапевта собственным успехом, чем интерес к чувствам пациента. Я не хочу сказать, что у всех нас при проделывании успешной работы отсутствует нарциссизм – конечно, некоторая доля его есть – но в психоанализе это действует иначе. Лучше быть невежественным, но любопытным, чем умным всезнайкой (потому-то я и сказал полушутя, что надеюсь, что в конце у вас возникнет больше вопросов, чем было вначале). И позвольте мне здесь добавить, поскольку я представляю тему друзьям и коллегам, что если вашей целью является доказать правильность теории, все, что вы будете делать, вы будете делать только с целью ее подтверждения. Если так и есть, вы не сможете ничего услышать с новой точки зрения, и вы никогда сами не сумеете приумножить наши общие познания. Поле психоанализа может быть расширено с помощью аналитиков, чей культурный опыт отличается от опыта происходящих преимущественно из Центральной и Западной Европы основателей психоанализа, и которые были сформированы в разных интеллектуальных традициях. **(Перерыв)**

При лечении пациентов с депрессией, повсеместной является неспособность справиться с чувствами по отношению к чему-либо утраченному. Таким образом, в терапии мы всегда ищем то, что было утрачено, будь то нечто конкретное или абстрактное, что-либо во внутриспсихической жизни пациента или в его межличностном мире (даже если это, в конечном счете, является *внутриспсихической* проблемой). Поэтому такой упор делается на поиск *провоцирующего фактора* депрессии. (И один из вопросов, которые мы можем задать пациенту, который не может нам сказать, что вызвало его депрессию – когда последний раз он чувствовал себя хорошо, и какие события произошли с тех пор, которые могли бы вывести его из состояния равновесия.) Важно не позволять пациенту обобщать, а показать наше любопытство и интерес, задавая вопросы, которые помогут ему сообщить больше подробностей. Обобщения, как правило, указывают на вытеснение наиболее важных деталей и болезненных чувств.

Все-таки, может случиться так, что более поздняя утрата является производной от более ранней большой утраты – утраты объекта, или утраты *любви объекта*, в детстве. Утрата – это общее переживание не только для пациентов, но и для всех нас,

поскольку психологическое развитие, хотя его и можно описывать как приобретение новых навыков *его*, происходит лишь в контексте утраты предыдущей зависимости. «Рост» - вот что необходимо, чтобы заменить утрату. В этом контексте, в нормальных условиях, утрата замещается *интернализацией объекта в психику*, так что он *расширяет* его индивида, давая ему больше способностей справляться со стрессовыми ситуациями. Даже когда утрата кажется нам тривиальной, если пациент все же депрессивный, для него она не может быть таковой. Нужно смотреть на нее с точки зрения самого пациента, без наших ранее сформированных идей о том, что является, а что не является веской причиной для депрессии. Иногда, особенно при хронических депрессиях, причина скрыта, или пациент и сам ее не знает, или же сам он отбрасывает ее как незначительную. Но такое отрицание само по себе может быть защитой от аффекта, и не должно восприниматься аналитиком «по одежке». Иногда это сложно, поскольку, если у пациента всю жизнь депрессия или мазохистическая жизненная позиция, то у него было множество неудач и несчастий. Но все они однотипны – они просто снова и снова повторяются, и не представляют собой дополнительных «доказательств» того, что пациент ущербен, просто потому, что они так часто случались.

Я бы хотел обратить ваше внимание на важное отличие между двумя типами депрессии, которое привело к путанице в литературе и в лечении пациентов еще со времен «Скорби и меланхолии» Фрейда. Вспомним, что Фрейд описывал пациентов, чья депрессия имеет отношение к ранним проблемам зависимости, к орально-инкорпоративной фазе развития. Тем не менее, (и вы слышали такие отголоски в обзоре различных исследователей депрессии), он также описывал пациентов, которые пошли далеко вперед в своем психологическом развитии, чья депрессия относится к эдипальной фазе и к *суперего*, с проблемами, включающими чувство вины, самоупреки, и само-наказания. Хотя он признавал, что депрессия может не быть унитарным явлением, он, тем не менее, пытался интегрировать эти разные типы в единую объединенную теорию (как это делали позже и другие исследователи). По моему мнению, клинический опыт свидетельствует о том, что нам следует продолжать разграничивать депрессию, фокусированную на зависимости, беспомощности, слабости, чувствах утраты, одиночества и брошенности, с одной стороны, и другую депрессию, основанную на чувствах неполноценности, жесткой самокритичности, низкой самооценке, чувствах фиаско и вины.<sup>10</sup> Первая группа испытывает

глубочайшую потребность быть любимыми, накормленными и защищенными: «Поскольку было слишком мало интернализации переживаний удовлетворения или качеств индивидов, которые давали удовлетворение, другие люди ценятся прежде всего за предлагаемые ими заботу, поддержку и удовольствие. Сепарация от окружающих и потеря объекта вызывают страх, и с ними часто справляются с помощью примитивных способов, таких, как отрицание и/или отчаянный поиск замены».11 У них трудности с постоянством объектов, и они могут страдать от соматических жалоб. Вторая группа характеризуется постоянным и жестким самокопанием, с хроническим страхом критики и утраты одобрения окружающих. Такие индивиды стремятся к чрезмерным достижениям и совершенству, и часто соперничают, многого требуют от себя, и чрезмерно чувствительны к мнению окружающих. Они могут многого достичь, но получают незначительное удовольствие от своих достижений. Они могут также быть излишне критичными и враждебными по отношению к другим людям.12 Эта схема описывает не только два типа индивидов, склонных к депрессии, но и два разных типа характера. Первый тип больше заботится о поддержке межличностных отношений; второй же – об интегрированном, позитивном ощущении self. Разумеется, в клинической работе можно часто найти смесь обоих типов, хотя, как правило, один тип внутреннего конфликта преобладает над другим.

Такая дифференциация имеет значение для лечения. Первый тип, более вероятно, быстрее почувствует облегчение симптомов депрессии, поскольку найден новый объект – терапевт. Однако у многих из таких пациентов могут быть проблемы с кушеткой, потому что они более интенсивно переживают отсутствие терапевта. Может быть показан некоторый период терапии, чтобы они могли интернализировать по крайней мере образ присутствия аналитика и поддерживающее отношение. Хотя анализ является предпочтительным, некоторые пациенты могут также получить пользу от менее интенсивной психотерапии. Тем не менее, им часто может быть необходимы долгосрочные отношения с аналитиком, поскольку у них часто существует опасность утратить интернализированный образ аналитика. Они находятся ближе к «пограничному» типу функционирования. Аналитик может воспринимать таких пациентов как менее способных получить пользу от интерпретации, ведь их основная цель – найти и удержать поддерживающий объект. Или, по крайней мере, нам следует сказать, что фокус интерпретаций должен быть иным – более в сторону разъяснений и замечаний, чтобы показать, что аналитик внимательно слушает. Сам сеттинг также

играет большую терапевтическую роль для этой группы по сравнению с другой. Это – не аргумент против анализа, но он влияет на то, как прогрессирует анализ. Мы больше не рассматриваем анализ как метод, сфокусированный исключительно на интерпретациях, потому что лучше понимаем, что существуют ранние пре-вербальные аспекты во всех анализах, и что изменения могут происходить и другими путями помимо интерпретации.

Второй группе, более вероятно, для улучшения состояния может понадобиться анализ или долгосрочная интенсивная психотерапия. Им необходимо больше времени для вступления в терапевтические отношения; тем не менее, у них часто обнаруживается большая способность к само-рефлексии и самонаблюдению. Это соответствует нашему клиническому опыту – депрессивные пациенты с навязчивостями требуют более долгой и интенсивной терапии для смягчения постоянных само-упреков. Процесс замены интернализированного критикующего родительского объекта интернализацией более благоприятного *superego* путем проработки в перенесении и интернализация нового объекта требует времени. Такие пациенты с большей вероятностью получают пользу от классической техники интерпретации и инсайтов, известной нам по первым работам о психоаналитической технике. Они могут переносить относительную *абстиненцию* аналитика лучше, чем пациенты из первой группы. Кроме того, меньше необходимость следить за поддержанием сеттинга.

Я бы хотел сейчас обратиться к другим вопросам техники. Первый из них мне лично особо интересен; это терапевтический альянс. Без крепкого альянса терапия не может быть эффективной, но, по моему опыту, ему в нашем образовании уделяется слишком мало внимания. Вместо этого, мы с самого начала в основном сосредотачиваемся на динамике, оставляя вопросы по поводу альянса неисследованными. Период формирования альянса важен для любой терапии. Разумеется, два вопроса на самом деле являются аспектами одного, так как альянс, как и любая другая составляющая терапевтических отношений, подвергается превращениям характера пациента и психодинамики. Тем более следует ближе его рассмотреть. Способность создать альянс у разных пациентов разная. Но сейчас я говорю о роли аналитика.

Начнем с первой встречи. Есть несколько способов рассмотрения начала терапии, поскольку во время первой встречи с пациентом у аналитика есть несколько разных целей. Две *главные* из них – *получить информацию и установить контакт*. Вы

также можете добавить задачи диагноза, решение по поводу терапии, и установление правил терапии. Эти задачи в некотором роде взаимоисключающие – можно провести диагностическое интервью (искать симптомы) с целью получения диагноза. Или же можно использовать психоаналитический подход с самого начала, прислушиваясь только к бессознательным темам в ассоциациях пациента. Существует также интерперсональный подход, при котором нас интересует качество отношений пациента и возможные проекции, включая те, которые появляются с самого начала отношений пациента и аналитика. Существуют и так называемые экзистенциальные подходы, когда аналитик пытается рассматривать уникальный опыт индивида в мире без предубеждений и без фокусирования на патологии. Хотя каждый подход вносит свои характерные данные и ограничивает данные других подходов (то есть, *сам метод влияет на собираемые данные*); просто невозможно все делать одновременно. Чем-то нужно пожертвовать, и мы должны сделать выбор. Задания первого интервью могут казаться непреодолимыми, но на мой взгляд, если вы будете помнить, что первостепенной целью является *установление эмоционального контакта* и донесение до пациента, что вы стараетесь понять, что пациент вам говорит, глядя на мир его глазами – вы справитесь с этой задачей. (Заметьте: я не сказал «вы понимаете», а только «стараетесь понять». Будет самонадеянным говорить, что вы понимаете на этом раннем этапе. Но вы можете задавать вопросы и говорить вещи, указывающие на то, что вы делаете попытку понять и разъяснить.) А цель установления эмоционального контакта? Это начало терапевтического взаимодействия. Она помогает пациенту чувствовать, что ему можно помочь, а также помогает терапевту чувствовать, что он может работать с данным пациентом. Другими словами – *она выражает чувство надежды*. Цель поддержания аналитической связи при работе с трудными чувствами контрперенесения у пациентов с ощущениями депрессии и безнадежности – это то, что продолжительные попытки понять и выпазить эмпатию дают возможность надеяться, в той время как пациент переживает лишь отчаяние. Типичные трудности контрперенесения с депрессивными пациентами – злость, скука, отчаяние, вина и фрустрация. Специфическая проблема, или комбинация проблем, уникальна для каждой терапевтической пары. Существуют интерактивные аспекты каждой терапевтической отношений, которые можно исследовать и понять, почему все так происходит; такое исследование может открыть новую информацию, которая поможет аналитику выйти из сложной контрпереносной ситуации. Для некоторых терапий это может быть

постоянной проблемой. Следует уделять внимание терапевтическому альянсу не только в начальной фазе, но и во всех фазах лечения. Проблемы как в переносе, так и в контрпереносе могут добавить препятствий в альянсе.

Вас, возможно, удивит мое утверждение о том, что интерперсональный и экзистенциальный подходы предлагают лучшие способы создания терапевтического альянса на первом сеансе, чем аналитический. (И, конечно, лучше, чем объективно-дескриптивный подход с составлением перечня всех симптомов без учета их бессознательного значения.) Психоаналитический подход становится полезен, как только составлен контракт и пациент понимает свою роль в лечении. Я считаю, что это трудно, если вообще возможно, во время первой встречи, и может даже препятствовать развитию альянса, так как пациента такой подход к лечению без подготовки может только привести в замешательство.

Я убежден, что, для аналитика, фокусирование на переживаниях пациента и эффект встречи с новой личностью, чей субъективный жизненный опыт оживает для нас здесь-и-сейчас, предлагает свои преимущества. Если отбросить преждевременные ожидания того, что, как мы «думаем», мы услышим, и, *эмпатически* слушая, постараться понять, как может себя чувствовать пациент, то пациент почувствует то, что его слушают по-новому, *по-настоящему*, и то, что пытаются понять его self во всей уникальности. В действительности, первым, кто порекомендовал такую технику, был Фрейд. Он писал, что «наиболее успешные случаи – те, в которых просто идешь вперед, не видя перед собой цели, позволяешь себе удивляться каждому новому повороту, и всегда встречаешь их с открытым сердцем, свободным от любых предварительных предположений. Правильное поведение аналитика состоит в переходе туда-сюда из одного психического состояния в другое в зависимости от необходимости...»<sup>13</sup>. Аналитик должен это делать вплоть до некоторой доверчивости, если он желает войти в психологическую реальность пациента. В процессе терапии для пациента большую пользу приносит чувство, что его поняли, а не чувство, что его отнесли к некой категории. Как я уже говорил, наша цель – не быть правым, а оказать помощь. Хорошая интерпретация – не та, которая сама по себе верна, но скорее та, которая даст пациенту ощущение, что его поняли. (Точная, но преждевременная интерпретация не принесет пользы, а наоборот – может усилить сопротивление. Следует быть внимательным к эмоциональному состоянию пациента, готовности у интерпретациям, фазе терапии, состоянию альянса и т.д.) Хорошая и вовремя

сделанная интерпретация дает ощущение, что мир снова обрел смысл, и помогает пациенту снова вступить в значимые отношения с понимающим его человеком. Для депрессивных пациентов это уже первый шаг к выздоровлению. Я также считаю, что хорошая интерпретация должна быть сделана в форме гипотезы, а не в утвердительной форме. Когда я говорю «гипотеза», я имею в виду то, что мы должны стремиться к двустороннему контакту и сотрудничеству с пациентом для того, чтобы расширить ее (гипотезы – прим. перевод.) значение и полезность.

Интерперсональные, или intersубъективные, подходы утверждают, что психологические феномены нельзя понять вне связи с их интерперсональным контекстом. Таким образом, уже с первого интервью, аналитик должен быть внимателен к тому, как пациент его воспринимает. Все отношения разные за счет того, что они управляемы двумя отдельными личностями, в каждый отдельный период времени. Таким образом, психическая реальность пациента неминуемо окрашивается его восприятием аналитика, и субъективность аналитика, в свою очередь, тоже играет свою роль. Психическая реальность пациента не может быть полностью независимой от intersубъективной клинической ситуации. (Пример из практики: вы, возможно, проводили интервью, скажем, при приеме на работу сотрудника, и сравнивали ваше интервью с интервью, проведенными другими людьми. Как правило, ваши впечатления преимущественно совпадали, но были (и должны были быть) отличия, основанные на том, как кандидат по-разному отвечает двум разным интервьюерам, что, в свою очередь, основано на том, как интервьюеры воспринимают кандидата. Если реакция одинакова, она говорит о степени ригидности кандидата). Субъективности двух участников нераздельно связаны между собой. Аналитик должен помнить о том, чтобы охватить всю полноту материала пациента и активацию перенесения, вызванного аналитическими отношениями.

В заключительной части лекции я бы хотел больше поговорить о том, о чем я уже несколько раз вспоминал, а именно, о психической реальности. И я бы хотел более подробно объяснить, почему я считаю ее такой важной. Опять же, именно Фрейд, на этот раз в постскрипуме к случаю Доры, впервые описал понятие психической реальности подобно его современному значению, хотя и не использовал этой терминологии. Здесь он впервые написал о перенесении. Стоит привести эту цитату полностью:

«Но после первого сна, в котором она предупреждала себя, что ей лучше оставить лечение у меня, так же, как она раньше покинула дом господина К., мне следовало и самому прислушаться к этому предупреждению. Мне следовало сказать ей: «так это с господина К. Вы делаете на меня перенесение. *Заметили ли Вы что-либо заставляющее Вас подозревать меня в дурных намерениях, подобных... господину К? Или, может быть, Вас во мне что-то поразило, или узнали что-либо обо мне, что возбудило ваше любопытство, как это случилось раньше с господином К?*» Тогда бы ее внимание обратилось на некоторые детали в наших отношениях, или в моей персоне...за чем скрывалось что-то аналогичное, но неизмеримо более важное, касающееся господина К. И, если бы это перенесение было выяснено, анализ получил бы доступ к новым воспоминаниям, которые, вероятно, имели отношение к реальным событиям. Но я был глух к этому первому предупреждению... Таким образом, перенесение застало меня врасплох, и, из-за неизвестного качества во мне, напомнившего Доре о господине К., она отомстила мне, как хотела отомстить ему, и покинула меня так же, как он, по ее мнению, в свое время обманул ее и бросил»<sup>14</sup>

Фрейд говорил о вкладе аналитика в переживания перенесения – аспекте терапевтических отношений, который упускается из виду на практике, как я уже подчеркивал. Показывая наш интерес к тому, как пациент воспринимает нас, мы не только получаем больше информации о перенесении; мы делаем это способом, который валидизирует восприятие пациента; пациент чувствует наш интерес к его переживаниям.<sup>15</sup> И мы, возможно, удивимся, узнав кое-что о том, как нас воспринимают, и это может помочь нам больше узнать о себе. Мы привыкли думать о восприятии пациента в перенесении как об искажениях, в то время как наше собственное мнение о взаимодействии правильно. Как я уже говорил, существуют две отдельных психических реальности, и перенесение происходит в обоих направлениях (просто одно из них мы называем перенесением, а другое – контрперенесением). Почему же мы полагаем, что версия аналитика более объективна, и поэтому более правильна, чем версия еще одного человека в этом же кабинете? Долгое время в анализе мы так и поступали, потому что это кажется правильным, и является защитой от психологических страданий пациента и нашего собственного психологического дискомфорта из-за «незнания». Есть ли у нас особенное умение наблюдать за внешней реальностью, лучшее, чем у пациента? Иногда нам может казаться, что да, ведь у нас есть теория, поддерживающая наше восприятие; но это не учитывает тот факт, что то,



что, как мы «знаем», правда, определяется использованием этой самой теории. Это, конечно же, круговая аргументация. Помните, у пациента тоже есть теория (депрессивные пациенты, согласно их собственной теории, могут быть плохими, или неполноценными, или уродливыми по сравнению с остальными окружающими). И пациент точно так же уверен, что его убеждения правильны, как и вы уверены в своих убеждениях. Как только мы осознаем, что наше восприятие обусловлено ограничениями нашего характера и наших органов чувств, и что это влияет на восприятие пациента, мы достигаем чего-то, схожего с инсайтами Гейзенберга и Эйнштейна, которые продемонстрировали изменчивость и относительность постоянно движущейся системы. А разве это – не описание системы психоаналитической терапии? Гейзенберг и Эйнштейн показали, что мир не таков, каким его воспринимают наши органы чувств, когда мы думаем, что пространство и время являются разными сущностями, измеримыми с единой точки наблюдения. Проводя свои исследования, они не игнорировали данные, не согласующиеся с господствующими теориями, даже если это ставило под сомнение их восприятие.

В завершение, у меня есть еще один маленький клинический пример из того же клинического случая, который я уже рассматривал раньше, об аналитике, которого обвинили в диктаторстве. Через несколько дней после процитированного мною сеанса пациент кричал о чувстве дефицита любви от родителей. Аналитик казалось, что он эмпатически относится к этим чувствам (и я был с ним согласен), предоставляя пациенту пространство для описывания своих депрессивных чувств. А пациент все же хотел, чтобы аналитик «фиксировал» все в его жизни. Ближе к концу сеанса, следующий пациент, который пришел заранее, позвонил по домофону, и аналитику пришлось ответить и попросить следующего пациента подождать. Пациент в офисе спросил: «Это ваш следующий *пациент*?» А аналитик ответил: «да, это моя следующая *встреча*». Пациент стал немного напряженным, а потом сказал с горечью в голосе, что он ему завидует. Тут сеанс закончился. Я отметил, что аналитик сказал «встреча» вместо «пациент». Он сказал, что не заметил этого раньше. (Он мог бы узнать об этом, обратив внимание на напряженную позу пациента и спросив о ней). Мы обсуждали тот факт, что он, возможно, чувствует себя виноватым перед пациентом, который только что говорил о недостатке любви, и пытается защитить его от страданий, связанных с необходимостью покинуть кабинет (теряя, таким образом, внимание аналитика, которое теперь будет направлено на другого человека.) Он сказал, что, возможно, это так и

есть, но он надеялся, что пациент воспринял это как попытку удержать на нем свое внимание, сведя к минимуму значение следующего часа, чтобы не дать пациенту рассердиться. (Действительно ли он пытался «исправить» все для пациента, как тот того и хотел?) Тем не менее, мне показалось, что он отрицал восприятие пациента, и хотел нейтрализовать и смягчить его. Таким образом, он может эмоционально «покидать» пациента в тот момент, когда он пытается «исправить» версию реальности пациента («следующий *пациент*»), и заменить ее собственной («следующая *встреча*»). Таким образом, мы видим, как в контрперенесении мы бессознательно повторяем аспекты проблемы пациента. (Это происходит в каждой терапии. На самом деле, это *должно* происходить, если аналитик *эмоционально* участвует в лечении, даже если он и принимает также *когнитивное* участие с помощью своего наблюдающего его.) Возможно даже, что пациент *не* почувствовал бы такой зависти, если бы его аналитик, еще во время терапии пациента, подтвердил реальность следующего пациента. Иными словами, зависть, возможно, больше относилась к тому, может ли аналитик «быть с ним» и подтверждать его восприятие во время терапии (и вообще), нежели к тому, что следующий пациент пришел на свой сеанс после него. Этот маленький эпизод также может подтвердить предыдущее впечатление пациента, что аналитик – диктатор, независимо от того, насколько бы заботливым и внимательным тот не чувствовал себя. Диктаторы говорят нам, какая из реальностей правильная, нравится нам это или нет. Повышенное внимание к таким моментам поможет нашим пациентам научить нас, как нам стать хорошими аналитиками для них.

Отсюда возникает интересное противоречие нашему обычному методу (и я обещаю, это – последнее противоречие). Мы привыкли говорить, что невроз перенесения пациента заставляет его искажать восприятие аналитика, и что наша задача – исправить эти искажения, интерпретируя их происхождение в детстве пациента. Я бы хотел предложить нам следовать другим путем. *Нам не следует искать искажения пациента, а следует искать, где пациент прав в своем восприятии.* Это приблизит нас к тому, как пациент видит этот мир, и поможет нам понять, *почему* он его так видит. Это поможет нам увидеть, как настоящие аналитические отношения тонко взаимодействуют с проблемами прошлого пациента. Это сведет к минимуму психологическое расстояние между пациентом и аналитиком, и откроет дополнительные территории для исследования в психике пациента.<sup>16</sup> Таким образом, это может уменьшить (хотя и не устранить) некоторые трудности контрперенесения,

отдаляющие нас от наших пациентов. В финальной стадии анализа, мы, более вероятно, будем делать интерпретации, основанные на информации, которая ближе к переживанию мира пациентом. Это сделает такие интерпретации более полезными.

---

<sup>1</sup>. Abraham, Karl, (1911), Notes on the psycho-analytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied condition. In Selected Papers on Psycho-analysis. (London: Hogarth Press, 1927), pp. 137-156

<sup>2</sup>. Abraham, Karl (1916), The first pregenital stage of the libido. In Selected Papers on Psycho-analysis. (London: Hogarth Press, 1927), pp. 248-279

<sup>3</sup>. Freud, Sigmund (1917), Mourning and melancholia. (Standard Edition, 18:243-58). London: Hogarth Press, 1957

<sup>4</sup>. Rado, Sandor (1928), The Problem of melancholia. Intl Jl Psycho-anal. 9:420-438

<sup>5</sup>. Klein, Melanie (1948), Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945. London: Hogarth Press.

<sup>6</sup>. Bibring, Edward (1953), The mechanism of depression. In Affective Disorders, ed. by Phyllis Greenacre. (New York: Intl Universities Press)

<sup>7</sup>. Bibring, Edward (1953), *ibid.*

<sup>8</sup>. Sandler, Joseph (1960), The background of safety. Intl Jl. Psycho-anal. 41:352-356

<sup>9</sup>. Sandler, Joseph, and Joffe, Walter (1965), Notes on childhood depression. Intl Jl. Psycho-analysis 46:88-96

<sup>10</sup> Blatt, Sydney, Contributions of Psychoanalysis to the Understanding and Treatment of Depression, Jl of Amer. Psia. Assn. , 46:723-752, 1998

<sup>11</sup> Blatt, Sydney, Levels of object representation in anacletic and introjective depression, Psychoanal.Study of the Child, 29:107-157, 1974

<sup>12</sup> Blatt, Sydney, *ibid.*

<sup>13</sup> Freud, Sigmund, (1912), Recommendations to physicians practicing psychoanalysis, Standard Edition, vol. 12 (London: Hogarth Press), 1958

<sup>14</sup> Freud, Sigmund, (1905), Fragment of an analysis of a case of hysteria: Part 4, Postscript, (Standard Edition, vol. 7)

<sup>15</sup> Schwaber, E. (1983), Psychoanalytic Listening and Psychic Reality, Intl Rev Psia,10:379-392

<sup>16</sup> McLaughlin, J.T. (1981), Transference, psychic reality, and countertransference. Psia Q. 50:639-664