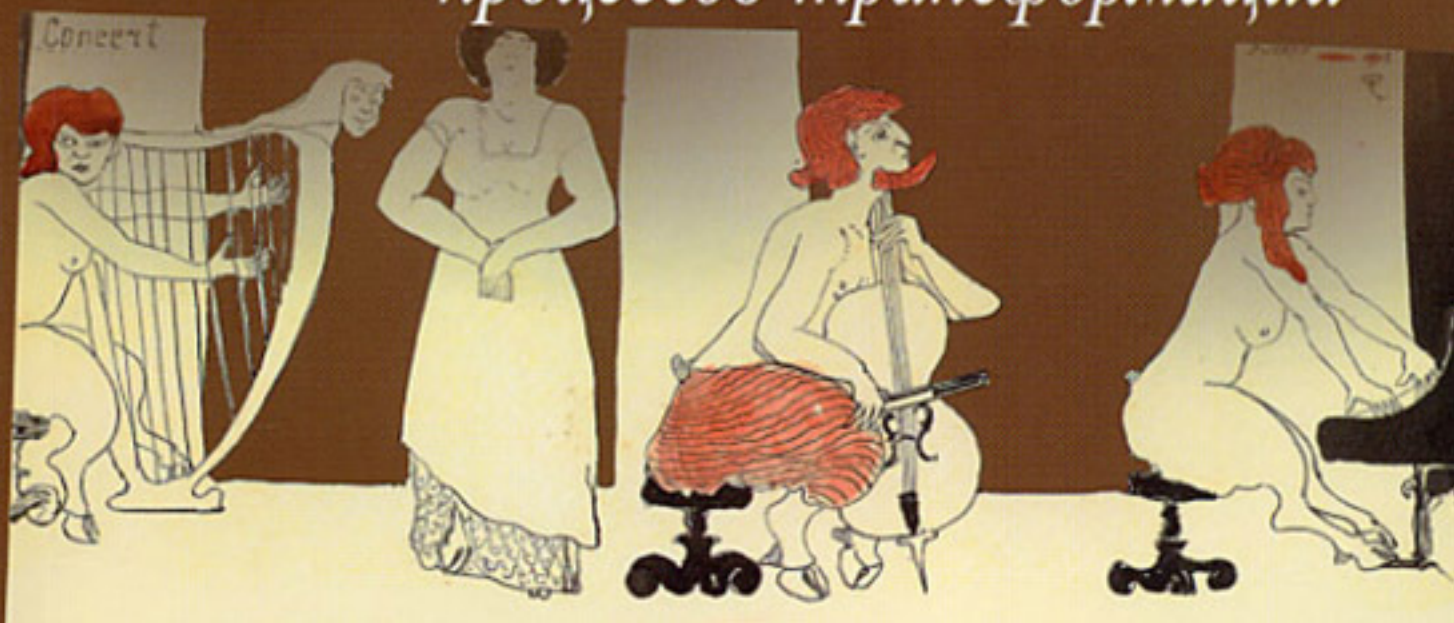


Библиотека
психоанализа

Терапевтические факторы в психоанализе

*Специфичность
и неспецифичность
процессов трансформации*



Библиотека психоанализа

Сборник статей

**Терапевтические факторы в
психоанализе. Специфичность
и не специфичность
процессов трансформации**

«Когито-Центр»

2002

УДК 159.9
ББК 88

Сборник статей

Терапевтические факторы в психоанализе. Специфичность и не специфичность процессов трансформации / Сборник статей — «Когито-Центр», 2002 — (Библиотека психоанализа)

ISBN 5-89353-216-3

В сборнике представлены избранные доклады участников XII Конгресса Итальянского Психоаналитического Общества, состоявшегося в Триесте 13–16 июня 2002 г., на котором обсуждалась тема: «Терапевтические факторы в психоанализе. Специфичность и не-специфичность процессов трансформации». В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

УДК 159.9
ББК 88

ISBN 5-89353-216-3

© Сборник статей, 2002
© Когито-Центр, 2002

Содержание

Психоаналитическое лечение: формы древнего знания	6
Литература	16
Общие специфические терапевтические факторы и терапевтические факторы, свойственные психоанализу	17
Общие специфические терапевтические факторы	18
Конец ознакомительного фрагмента.	19

Терапевтические факторы в психоанализе. Специфичность и неспецифичность процессов трансформации Под редакцией Анны Казанской

Печатается с разрешения и при финансовой поддержке Итальянского психоаналитического общества



Под редакцией
канд. психол. наук, члена Международной Психоаналитической Ассоциации
Анны Казанской

Перевод с итальянского
Ольги Живаго

В оформлении использованы рисунки первого российского психоаналитика ИД. Ермакова, любезно предоставленные его дочерью М.И. Давыдовой.

© «Когито-Центр», 2007

Психоаналитическое лечение: формы древнего знания Доменико Кьянезе

Триест – город предчувствий. «В начале этого века мы все еще живем предчувствиями, и предчувствия эти лучше всего ощущаются именно в Триесте. Уже давно, еще до того, как идеи великого венского доктора проникли в итальянские научные круги, студенты, приезжавшие в Триест из Вены, донесли до нас откровение о новом способе проникновения в психологию человека», – так пишет А. Спиани в «Автопортрете из Триеста» (1963)¹.

Мы солидарны с антигероическими и антириторическими настроениями таких известных жителей Триеста, как Звево и Саба, и не соблюдаем здесь, в Триесте, обряд возвращения к истокам, ибо понимаем, что любое возвращение – это отдаление. Мы признаем внимание к истокам постоянным и формальным условием знания и лечения, и в этом смысле Триест открывает перед нами перспективы переосмысления нашей истории, так что – не вдаваясь в ложную риторику, которая замыкается сама на себе, – мы постараемся ответить на все живо-трепещущие вопросы.

В эти дни некоторые наши коллеги поставят перед собой задачу возвратиться в неповторимый момент нашей истории: в Триест начала XX-го века. Даже при очень беглом взгляде на тот период оказывается совершенно очевидной внутренняя связь между болью каждой конкретной жизни, рождением нового вида лечения и, по выражению Саба, «...страшной болью, потрясшей наш несчастливый век».

О «несчастливости» поистине безумного и трагичного XX века размышляли многие. Леви-Страусс еще в середине века писал о «сильных угрызениях совести», мучивших Запад и вынуждавших его «сопоставить собственный образ с образами других народов в надежде, что эти образы отразят сходные проблемы или помогут объяснить, откуда те взялись в его культуре». Во время одного из своих долгих путешествий он познакомился с колдуном Квезалидом, образ которого будет сопровождать нас в этом кратком путешествии по дорогам лечения².

Квезалид не верил в силу шаманов и желал разоблачить их мошенничество. Он прошел долгий курс обучения, лишь усугубивший его сомнения и подозрения, но в результате сам стал шаманом. Впервые его позвали к больному, которому он приснился в облике спасителя. Этот первый сеанс имел громкий успех, но Квезалид не изменил своего критического отношения к шаманизму и приписал успех не своим усилиям, а психологическим причинам: «Больной, – утверждал он, – твердо верил в сон, который ему про меня приснился».

Квезалид посетил соседнее племя и вылечил многих людей. Он лечил эффективнее, чем другие шаманы. Наш герой задался вопросом: отчего его метод давал результаты, а другие методы – нет?

Проблема – комментирует Леви-Страусс – «имеет параллель в современной науке: две системы, о которых известно, что они в равной степени недостаточны, демонстрируют, тем не менее, одна относительно другой некое дифференциальное значение как с точки зрения логической, так и с точки зрения экспериментальной. В какой системе координат их оценивать? В фактической, где они неразличимы, или в их собственной, где они принимают неравные величины как теоретически, так и практически?»

Присущий Квезалиду скептицизм свободного мыслителя со временем уступил место более приглушенным чувствам. Существуют ли настоящие шаманы и является ли он одним из

¹ Цитата из работы Дэвида М. (David, 1966) «Психоанализ в итальянской культуре».

² Речь идет об автобиографическом рассказе одного шамана, приведенном Францем Боасом, с комментариями Леви Страссона, в эссе «Шаман и его магия» (в сб. «Antropologia Strutturale», 1958).

них? В конце рассказа это так и не проясняется. Квезалид О.Ж. продолжает выполнять свою работу и гордится своими успехами.

По мнению Леви-Страусса, действия и представления шамана, верования больного, а также коллективное мнение формируют некое «гравитационное поле», в лоне которого определяются и занимают свое место отношения «колдун-заколдованные».

Но что делает шаман, этот «мастер отреагирования»? Проводя лечение больного, шаман играет перед своей аудиторией своего рода спектакль.

* * *

Со спектакля шамана совершим прыжок во времени и пространстве и перенесем свое внимание на другой спектакль – тот, который, как мы можем вообразить, наблюдал Фрейд в клинике Сальпетриер.

Изогнутое тело, закрытые глаза, маска смерти и экстаза на лице, в центре сцены: «царица истерии», ее поддерживает мужчина, великий Шарко. На картине Бруалле 1887 года их тела образуют заглавную V, соединяясь внизу и словно указывая на их общую судьбу, а вокруг плотным кольцом стоят врачи и их ученики.

Фрейд был в восторге от этого зрелища.

«Гипноз, – будет вспоминать он в 1924 году, – был воистину непреодолимым искушением. Впервые можно было ощутить победу над собственным бессилием. Слава чудотворца грела.

Но в чем же разница между пространством аналитическим, которое провозглашает Фрейд, и тем зрительным театральным пространством Шарко, где великим отсутствующим было пространство психическое?

Можем ли мы признать в этом различии, которое Понталис (Pontalis, 1977) определяет как “решительный перелом”, рождение нового метода лечения, который будет опираться на научное знание и дистанцироваться от знания и лечения магического?

Пройдет более 10 лет, прежде чем мы сможем наблюдать этот «решительный перелом», который произойдет в 1897 году, в самый разгар моды на самоанализ: самоанализ, лечение пациентов и теория являются элементами взаимосвязанными, принадлежащими к одному и тому же процессу лечения и знания, приобретения «прототипического» опыта, который с тех пор обновляется в каждом конкретном анализе (Chianese, 1997).

При создании аналитического пространства Фрейд постарается выскользнуть из поля зрения, из человека превратится в Другого или, лучше сказать, Нейтрального. От театра тела Шарко Фрейд перейдет к театру психики и создаст совместное пространство психического аппарата и пространство аналитической ситуации. С тех пор терапевтическая сцена и сцена ментального аппарата будут взаимно определять друг друга.

Отсюда следует, что в психоанализе невозможно выделить факторы лечения, не обращаясь при этом к различным теориям психического аппарата, с которыми эти факторы связаны.

Что касается «личности» терапевта, то различные ученые – от Шарко до Фрейда, а также Брейер, отводят ей в лечении роль «фармакона» в его исконно двойственном значении: яда и лекарственного средства. «Даже самые блестящие результаты обращались вдруг в ничто, если в личных отношениях пациента с врачом что-то расстраивалось... мы поняли, что личная аффективная связь между врачом и пациентом, отношения, которые мы не знали, как регулировать, имеют гораздо большее значение, чем любая работа с катарсисом» (Freud, 1924). Историческая заслуга Фрейда состоит в том, что он сумел трансформировать эту «аффективную связь» в основной «специфический фактор» аналитического лечения.

К переносу как неизбежное следствие примыкает контрперенос, *Gegenuebertragung* В прочтении Грибинского (Gribinski) предлог *gegen* должен переводиться как «вблизи»: нахо-

даться вблизи переноса пациента, следить за его «движениями». Аналитическое лечение будет формироваться, как *erfahrung* (в переводе с немецкого *опыт или объезд*): движение субъекта, повторяющего движение объекта.

Освобождение анализа от гипноза, а переноса – от «личности» терапевта (на которую следует опираться, но не смешиваться с ней) стало возможным благодаря толкованию сновидений.

«...Детскую амнезию можно преодолеть исходя из интерпретации некоторых сновидений. В этом случае сновидение выполняет функцию, которая ранее была прерогативой гипноза» (Фрейд, 1924).

Сновидение станет парадигмой бессознательных образований и начнет влиять на лечение, на теорию нового видения душевных болезней, которую разработает психоанализ.

Существует сложная аналогия между моделью сновидения (глава 7 «Толкования сновидений») и моделью аналитической ситуации. Еще более тесная связь существует между аналитическим методом и шестой главой «Толкования сновидений». «...Невозможно и не нужно, справедливо утверждает Риоло (Riolo, 1999), расчленять *Junktim* Фрейда на теорию, метод и лечение. Поэтому мы приняли, что путь познания и путь лечения – это один и тот же путь». Рисунок смещения, сгущения, вторичная переработка, средства изображения, описанные в шестой главе «Толкования сновидений», являются не только механизмами работы сновидения, а общими «правилами трансформации», главенствующими в построении сновидения, фантазии, симптома.

Сновидение – это главная артерия бессознательного; бессознательное всех объединяет: пациента и аналитика, «здорового» и «безумного».

Психоанализ при помощи этой главной артерии способствовал изменению научного и, частично, общепринятого представления о душевной болезни.

Психоанализ получает душевный недуг в наследство от медицины, которая освободила больного от моральных цепей, сковывавших его (исходя из равенства: болезнь душевная = болезнь моральная), но связала его новыми цепями: медицинскими. В западной медицине «история болезни» соответствует знанию о естественном «течении», которое развивается независимо от больного. То же самое в рамках душевной болезни: не признавалась позиция, при которой «история болезни» могла быть историей самого субъекта, его жизни, его боли. Фрейд эту традицию разрушает. История пациента не уничтожается в истории болезни, «лечение» не сужается до размеров «течения болезни».

Дистанция между аналитическим и медицинским лечением велика. Не совпадают концепции «симптома» и «выздоровления». В медицине, например, не имело бы никакого смысла выражение «уход в здоровье».

Аналитическое лечение стартует в тот момент, когда ему удастся дистанцироваться от медицинского мышления. Так что же, анализ не является терапией? Я предпочитаю говорить, в частности здесь, о «лечении как заботе». «Take care of yourself (позаботься о себе)», – говорят англичане. Психоанализ – это лечение себя и лечение другого, лечение себя через другого. В этом контексте концепция лечения выглядит особенно важной для психоаналитической мысли, без нее психоанализ потерял бы значительную часть своего смысла.

Фрейд, как мы знаем, был очень осторожен в отношении задачи лечения: трансформации неблагополучия невротического в житейское неблагополучие вообще. Дзено, герой романа Итало Звево, согласился бы с нами: «В отличие от других болезней, жизнь всегда смертельна. Она не поддается лечению».

До перелома 1920-х годов осторожность не мешала Фрейду воображать себе «грядущие перспективы психоаналитической терапии» (1910), предлагать «новые советы по технике анализа» (1913–1914). Во второй главе «новых советов» («Запоминать, повторять, перерабатывать») повторение не принимает демонической формы 1920-го года, когда оно являлось

для Фрейда выражением инстинкта смерти. Будучи правильно использованным, оно способно стать фактором лечения. Повторение стремится задействовать на аналитической сцене не только то, что произошло в прошлом, но также и то, что в прошлом не реализовано (бессознательное – это царство нереализованного) и что стремится реализоваться в переносе. В этом смысле перенос – это одновременно и повторение, и «впервые происходящее». Анализ является собой вечный возврат вытесненного или *новое начало* (Balint) в зависимости от угла зрения, под которым наблюдают или предполагают наблюдать процесс.

Что касается «переработки», она является «частью работы, которая вызывает наибольшие изменения и отличает аналитическое лечение»... «трудное для анализируемого»... «проблема терпения врача» (Freud, 1914, с. 3–63) от всех видов суггестивного воздействия.

Психическая переработка, вторичная переработка (сновидения), терапевтическая переработка. Переработка способствует уподоблению лечения спонтанному функционированию того психического аппарата, о котором мы уже упоминали.

Проработка (*Durcharbeitung*) представляет собой точку смыкания экономического и символического аспектов теории и аналитического *лечения*. Приставку *durch* в смысле пространственном можно перевести как «сквозь»: сквозь психические пространства. В смысле же временном – «на все времена, от начала и до конца». Проработка содержит в себе временной фактор.

Обычно говорят, что время лечит. А как лечит время в анализе? Анализ пересекают различные временные измерения: время линейное, время развития, время спиральное. Невозможно и не нужно выделять или предпочитать какое-либо из этих измерений.

В 1914-м году наступает время *nachtraeglichkeit*. Сдвоенное время травмы, сексуального и психического: время, которое опирается на «биологическое» время развития и питается им, но при этом отделяется от него. Судя по этим характеристикам, это очень «человеческое» время. Опыт подсказывает нам, что если лечение оказывает воздействие, то это происходит благодаря открытию такого временного аспекта, который обеспечивает смысловые потоки между *hic et nunc* (здесь и теперь) и *illo tempore* (в прошлом).

Ведь невозможно даже представить себе обратный ход времени, когда оно, возвращаясь шаг за шагом назад, привело бы нас в нулевые времена, к исходной точке.

Чтобы поставить точку в описании изучаемого нами периода и прежде чем двигаться дальше, обратимся еще раз к «Новым советам» (1 глава из «Начала лечения», 1913, с. 340). «Разумеется, врач-аналитик может многое, но он не может точно знать, что он в состоянии сделать. Он запускает процесс... может следить за процессом, продвигать его. но однажды запущенный процесс идет своей дорогой, и ему уже нельзя диктовать ни направление движения, ни последовательность. что же касается воздействия психоаналитика на факторы болезни, то они сродни мужской потенции. Мужчина может зачать всего ребенка, но не может породить в женском организме голову, руку или только ногу ребенка, не может повлиять на пол ребенка. Он опять-таки лишь запускает сложнейший и древнейший процесс...»

Фрейд считает, что изменения являются по сути процессом интрапсихическим (он приводится в действие аналитиком), а не следствием постоянного и переменчивого взаимодействия аналитика и пациента в течение долгого времени. Можем ли мы в связи с этим считать анализ естественным процессом? Всего за два года до этого (28 мая 1911 г.) Л. Бинсвангер (Binswanger) писал: «По правде сказать, на свете нет ничего, к чему человек был бы так мало приспособлен, как к психоанализу».

Если анализ и может приспособиться к жизни, то только потому, что и анализ, и жизнь «питает» непредсказуемая человеческая «естественность» течения и конца.

В любом случае можно было бы надеяться на то, что, однажды начавшись, процесс войдет «в свою колею». Но на пути его ждут частые и назойливые встречи с «негативной терапевтической реакцией». Необходимо подчеркнуть, что перелом, а для многих это кризис 1920-го

года, рождается из клинического опыта, из препятствий, возникших в лечении. Теория приходит потом.

С введением понятий инстинкта смерти, негатива, сил «антижизнь» изменяются представления о здоровье, болезни, выздоровлении, лечении. В большей степени, нежели о факторах лечения, нам следовало бы говорить о факторах жизни и смерти, и мы знаем, что для Фрейда последние не так уж легко отделимы от первых, внедряются в них и под них маскируются.

Этот кризис, на мой взгляд, не найдет решения и послужит Фрейду в его позднем исследовании «Анализ конечный и бесконечный». Но именно по причине этой субстанциальной неразрешимости смогут быть открыты пути лечения, сохранившие актуальность до наших дней. Рассмотрим некоторые из них.

Начиная с 1920-х годов приобретает особую интенсивность диалог между Фрейдом и Ференци. После смерти Ференци Фрейд продолжит этот диалог в своих размышлениях. Точка зрения Ференци расходится с приведенной выше точкой зрения Фрейда, высказанной им в 1913 году. Ференци считает, что аналитик играет в анализе активную (слишком уж активную, сказал бы Фрейд) роль. Прошлое и вытесненное должны репрезентироваться в настоящем, в аналитической ситуации; переживание преобладает над пониманием. Для Ференци серьезное значение имела реальная травма. У Фрейда доминирует идея о психоанализе скорее как о «научном мероприятии», нежели «легкой терапевтической операции». Ференци в письмах советовал Фрейду «не заниматься техническими тонкостями».

«Эффект Ференци» актуален и сегодня. В великом венгерском аналитике мы сегодня признаем предтечу теории объектных отношений и биперсональных моделей в аналитическом лечении.

На мой взгляд, речь не идет о том, чтобы выбирать между Фрейдом и Ференци. Всегда трудно размышлять, исходя из логики диалога, усиливающего противостояние. Уместно вспомнить, что аналитическая мысль есть мысль конфликтная, дуалистическая, которой не следует замыкаться в противоречиях. Необыкновенно сложный диалог Фрейда и Ференци представляет собой «исходную матрицу» психоанализа в том виде, в каком мы его теперь практикуем, начало все еще открытого спора.

Особую судьбу имела трилогия, появившаяся во время кризиса 1920-х годов («По ту сторону принципа удовольствия», «Психология масс и анализ Я», «Я и Оно»): от нее отталкиваются и на нее опираются, как на матрицу, два противоположных направления: школа Кляйн и эгопсихология.

Тезис о влечении к смерти, принятый с осторожностью и явным недоверием многими учениками Фрейда, был выдвинут Кляйн в качестве центрального звена ее теории. Депрессивная позиция преобразует печаль уничтожения, прямое выражение влечения к смерти.

Танатос разрушает объекты, бросает свою тень на объекты-преследователи. Лечение проходит через анализ негативного переноса, редукцию механизмов расщепления, вращающегося в депрессивную позицию. В теории Кляйн содержится имплицитная концепция развития, наблюдаемого в переходе от «параноидношизоидной позиции» к «депрессивной позиции», но само понятие «позиции» отрицает последовательность и указывает на возможность колебания между данными позициями.

Бион впоследствии еще более ослабляет генетико-эволюционную привязку, и две эти позиции со всей очевидностью становятся психическими процессами. Лечение идет через «усвоение опыта», измерение, в котором преобладают синхрония и безвременность.

У Мельцера аналогия между аналитическим процессом и процессом развития перерастает в самый настоящий изоморфизм. Процесс описывается как некая последовательность в соответствии с «естественным» порядком, вытекающим из хода инфантильного развития.

Этот процесс повторяется на каждом этапе последовательности: сеансе, неделе, периоде анализа, всем анализе. Это последовательность, в которой нет места другим временным измерениям. Мы здесь далеки от сложных временных отношений преемственности.

За океаном выбор между Я и Оно был решительно сделан в пользу Я. По мнению Анны Фрейд, психоанализ с приходом эгопсихологии сменил кожу и из «глубинной психологии» превратился в анализ всей личности. Я и Оно воспринимались в соответствии со структурной концепцией личности; была также предложена генетико-эволюционная и адаптивная концепция, которая смещала временную ось в направлении диахронии.

Красной нитью связаны эгопсихология, Я (self) психология и интерсубъективистский психоанализ. Эти позиции должны восприниматься в контексте питающей их культурной матрицы, в рамках антиметафизической и релятивистской традиции, чуждой «универсалиям».

В 1940-е годы в англосаксонской культуре, в гуманитарных науках можно было наблюдать дебаты вокруг концепции «объяснения». «Логика человеческих действий» изучалась через понятия «выбора», «решения», «цели». Рациональному объяснению, основанному на общих законах и принципах, предложенному Хемпелем (Hempel), противопоставлялось объяснение, исходившее из «намерений», «диспозиции» и «ситуации».

Жаркие дебаты, возникшие в Англии в кругах аналитической философии, переместились в Америку, приспособиваясь к прагматизму и инструментализму американской культуры.

На мой взгляд, эгопсихология оживает в этом культурном климате. Высоко оценены центральное положение Эго и его функции («агента», как сказал бы Шафер), определяющие мотивы, намерения, цели в отношении реального, действия в реальном и в приспособлении к реальному.

Американский психоанализ в лице своих наиболее значительных представителей – психоанализ «мотивационный». Эта традиция жива и по сей день. Взять, например, сборник «Психическая структура и психические изменения» под редакцией Горовица, Кернберга, Вейншела (Horowitz, Kernberg, Weinshel, 1998), состоящий из десяти эссе, посвященных Роберту Валлерштейну. Внимание направлено на процессы изменения. По мнению авторов, в ходе изучения процессов развития Я (self), «адаптивное функционирование, сопровождаемое большим удовлетворением, можно заменить экзистенциальным преобладанием психологических паттернов». Это подразумевает изменение психической структуры, которую питают уже не влечения, а «динамические силы мотивации».

Настало время оценить и развить эту традицию в контексте европейской и, в частности, итальянской психоаналитической традиции.

Такие понятия, как эмпатия, субъект, интерсубъективность, личность принимают различное значение и имеют различное применение в лечении в рамках этих двух традиций. «В любой области культуры невозможно быть оригинальным иначе, как на основе традиции» (Winnicott, 1971, с. 171). Мне представляется излишним заострять здесь внимание на споре, касающемся темы «поля» и «отношения», который вот уже более двадцати лет оживает итальянский психоанализ.

Эмпатия – как раз одна из тех областей, где можно оценить различия между этими двумя традициями.

Эмпатия позволяет нам проживать то же, что проживает пациент, и видеть происходящее глазами пациента. А может быть, анализ эмпатии приводит к констатации индивидуальных границ (идентичности) и их непреодолимости? В 1917 году («Проблема эмпатии») Эдит Штейн (Stein) писала так: «В основе любой дискуссии об эмпатии лежит допущение: нам предлагаются незнакомые субъекты и их жизненный опыт (*Erlebnis*)». Нам подсказывают, что нечто, прожитое другим, никогда не будет прожито мной в исходном виде. Аналитик может эмпатически чувствовать, что пациент является носителем прожитого опыта (например, печали) и что

он, аналитик, вынужден обратиться к себе, дабы осознать собственный исходный жизненный опыт (собственную печаль). В этом случае взаимное присутствие Другого позволит обоим – и пациенту, и аналитику – реконструировать собственную идентичность. Другой и идентичность сочетаются в эмпатическом акте.

Все это подводит нас к проблеме сложного статуса личности в психоанализе, а также к проблеме личности аналитика – особенно в аналитической ситуации.

Перенос опирается на личность аналитика, но не смешивается с ней. Аналитик, чтобы «спровоцировать» развитие переноса, должен оперировать чем-то вроде частичной и временной собственной «печали». Верно также и то, что в анализе наступает момент, когда перенос невозможно более «отсылать отправителю», предполагаемому адресату из прошлого. Т. е. нет больше «там и тогда», а есть «здесь и теперь»; перенос не может все время «мигрировать», он должен на чем-то остановиться, он должен восторжествовать *in praesentia* (латинское выражение, которым пользовался Фрейд, означает: «в прямом контакте с аналитиком»). Присутствие и отсутствие, личность-заменитель и адресат, личность и персонаж – таковы колебания, характеризующие парадокс положения аналитика.

Разрешение парадокса не придаст нам уверенности, даже если мы со всей убежденностью заявим, что все зависит от момента анализа, от пациента и т. д.

Я убедился в том, что положение аналитика допускает, чтобы «парадокс был принят, выстрадан и уважаем, но оставался при этом неразрешенным... парадокс можно было бы разрешить, но поплатиться придется потерей смысла самого парадокса». (Winnicott, 1971, с. 18).

Умение защитить парадокс собственного положения составляет специфический фактор аналитического лечения.

В нашем кратком обзоре не охвачено направление, которое можно было бы определить как статистико-эпидемиологическое и которое прекрасно отражает «дух времени». Примером тому служит монументальный труд Рота и Фонаги (Roth, Fonagy, 1966). «Различные виды психотерапии и проверка эффективности» – результат исследования, проведенного по поручению Министерства здравоохранения Англии. Это очень тщательно выполненное и изобилующее данными исследование, которое достигает кульминации, когда оценивает в качестве наиболее эффективного терапевтического элемента такой деликатный качественно и неисчислимым количественно фактор, как «личность терапевта». Кроме того, эффективность в исследованиях такого типа оценивается в зависимости от исчезновения симптомов, при этом не принимаются во внимание ни жизнь в семье, ни «качество» жизни, которые никак не являются вторичными элементами в экзистенциальном портрете. В предисловии к итальянскому изданию (под редакцией Танцеллы) говорится о предполагаемом выходе «более определенного, периодического и поддающегося проверке» сборника данных. Для большей убедительности приводится высказывание Холмса: «Наука – явление описательное и зависит от опытных данных».

Все зависит от того, какой вид науки имеется в виду. То, что зависит от опыта, занимает лишь часть «пространства» даже среди точных наук. В любом случае наука не может быть измерена житейскими мерками. «Поиск правил, – утверждает Ницше, – есть главный инстинкт того, кто обладает знанием, тогда как о том, найдено ли правило, разумеется, ничего еще не известно. Однако все жаждут правил, ибо они освобождают мир от страшного. Страх перед неисчислимым – вот тайный двигатель науки».

Фрейд строго критиковал религию, идеологию и метафизику. И этот вектор не должен быть утрачен. За каждой наукой, – как свидетельствуют эпистемологические исследования, спрятаны *themata, особые темы* (Holton), некая «влиятельная» метафизика. Скрытое утверждение метафизики, поддерживающей экспериментальную науку и науку законов, гласит, что воспроизводимым, контролируемым и исчислимым является не только анализ, но и сама жизнь. Но это входит в противоречие с нашим опытом жизни и анализа, с бессознательным и его неисчерпаемостью и непредвиденностью, которые «измеряются» (коль скоро вы

желаете экспериментальных данных), с невозможностью предугадать, какой сон удивит нас этой ночью. В трудах 1913-го года Фрейд напоминает нам, что «анализ не позволяет предугадать ни направления, ни последовательности». Мне никогда не нравился применительно к анализу термин «процесс» из-за того значения времени, которое этот термин несет в себе, из-за предполагаемой предугаданности протекания процесса. Вслед за Понталисом (Pontalis, 1997) я предпочитаю термин «поход», хотя он и может показаться менее научным. Тот, кто ходит в горы или плавает в море, знает, что поход – это не только романтическое приключение, предполагающее наличие опыта (собственного и чужого), определенного инструментария и знания теории. Поход открыт непредвиденному случаю, фортуне или року. Путь, как и жизнь, постоянно наполнен «беспокойством» бессознательного, тем беспокойством, от которого так защищается обсессивность, но которое, как мне кажется, и составляет соль жизни.

Не случайно, обращаясь к теории, Мишель Фуко выделил в психоанализе и этнологии некий «постоянный принцип беспокойства», стоящий на стыке всех видов человеческого знания, «ибо это знание касается не самого человека, “главного героя” гуманитарных наук, но причины, которая делает возможным это знание о человеке».

Что же нам остается рассмотреть в завершение этого краткого обзора? Среди множества данных, приведенных в недавней книге Ферраро и Гареллы (Ferraro, Garella, 2001), за которые я перед ними в неоплатном долгу, есть цитата из Дарвина, определившего теорию эволюции как «долгое рассуждение». То же самое можно сказать и про развитие психоанализа. Я бы предпочел заменить слово «рассуждение» словом «диалог». Это «долгий диалог», трудный, не данный нам от рождения, а являющийся результатом труда. Как говорил Бахтин, гуманитарные науки являются науками «диалогическими»: в них всегда есть субъект, говорящий с другим субъектом, который говорит. С этой точки зрения, психоанализ, как утверждает Лаваджетто (Lavagetto, 1985), представляет собой образцовую, парадигматическую репрезентацию этого диалога. Это потенциально незавершаемый диалог без первого и последнего слова³. И если мое слово и отмечено моим свободным выбором (а по-другому не могло и быть), моими *themata*, оно не претендует и не может претендовать на то, чтобы быть последним словом.

* * *

Намечая различные пути лечения, начиная с Фрейда, я чувствовал на себе пристальный и любопытный взгляд Квезалида, того самого колдуна-просветителя. Порой мне казалось, что я описываю вещи, хорошо ему известные: толкование сновидений, обращение к образам прошлого. «...Не существует терапевта, – пишет Натан (Nathan, 1986, с. 35), – который не принимал бы в расчет предков и вообще генеалогию пациента... Мне кажется очевидным, что психоанализ можно описать логично и во всей последовательности предшествовавших ему терапевтических техник, таких, как экзорцизм, магнетизм, спиритизм, гипноз – и это если упоминать только недавние техники».

Критика изнутри, которую мы в настоящий момент предъявляем психоанализу, заключается в том, – утверждают Бальзамо и Наполитано (Balsamo, Napolitano, 1998, с. 222), – что он слишком многого хочет, исследуя нас в непривычных для нас формах, идущих от древнего знания».

Иногда передо мной вставало довольное лицо Квезалида. Его надежды сбылись: существуют терапевтические практики, основанные на различных теориях, возобладало наконец рациональное научное знание. По окончании «несчастливого века» и по прошествии целого

³ Одно слово встречается с другим, проникает в него, изменяет его и изменяется само, расширяет его, заставляет слово взорваться и звучать вне рамок знакомых и предусмотренных значений, при этом герменевтический круг превращается в двухфокусный эллипс (Lavagetto, 1985, с. 135).

века психоанализа мы, встав на позиции разума, стали менее к нему доверчивы, скептически относимся к его «высокомерию» (Vergine, 1996).

Квезалид говорит с нами и одновременно как бы расспрашивает нас о мирах и культурах, о культуре сновидений, почти уже нами утраченной, о людях «цивилизации бодрствования»; после Декарта шаг назад уже невозможен.

Фрейд, не отрекаясь от интеллекта вообще, ввел нас в мир интеллекта современного, «многослойного и разнообразного», и не случайно он начинает свое исследование с толкования сновидений (*Traumdeutung*). Чтобы разгадать загадки свои и пациентов, он исследует сновидение, сооружая, таким образом, мост между бодрствованием и сном, между ночью и днем: этот мост и представляет собой фактор лечения, а вместе с тем и определенный культурный феномен.

Точка зрения Фрейда сходна с мнением Биона, для которого нет четкой границы между сном и бодрствованием, между сознанием и бессознательным. Сновидение – это действие, которое прокладывает постоянно меняющийся рубеж между сознанием и бессознательным, – некую линию, которая проступает, а затем исчезает, чтобы вновь проявиться в другом месте.

Но оставим Квезалида и вернемся в Триест, город предчувствий. Дзено Козини (Zeno Cosini) обнаружил, что его «болезнь» была естественна в условиях XX века, в условиях «нашего тяжкого современного безумия».

Какие же изменения претерпело это «тяжкое безумие»?

Психоанализ рождался в момент серьезной трансформации культуры, рождался в той «лаборатории современности», каковой являлась в те времена Вена, а путь из Италии в Вену пролегал как раз через Триест.

Сегодня нам приходится сталкиваться с новыми и сложными процессами цивилизации, влияющими на психическую жизнь и ее развитие, определяющими условия жизни человека, моделирующими формы психических страданий. Триест – идеальное место для диагностики таких изменений. Стало меньше того, что А. Турен называет гарантом метасоциального и метапсихического: власти, иерархии, мифов, верований – они представляют собой также объемные матрицы символизации. А вот «новые болезни души», по Ю. Кристевой, характеризуются трудностями в репрезентации и символизации (об этом уже говорил Гаддини в 1985 году), в состоянии бытия, определяемом Лучо Руссо (Lucio Russo, 1988)⁴ как «безразличие души». Каес (Caes, 1998) задается справедливым вопросом о том, как влияет потеря метапсихических гарантов на структуру сегодняшнего психического аппарата, когда психическая реальность рождается и выражается через символы и явления культуры, и о том, какие изменения в своем развитии претерпевает психическая жизнь, когда эта поддержка ослабляется.

«Неужели психическое пространство, эта камера обскура нашей идентичности, в которой одновременно отражаются неудачи, радость и свобода западного человека, находится на грани исчезновения?» – спрашивает Кристева (Kristeva, 1998).

Это тревожный вопрос, обнажающий еще раз не только терапевтическую безотлагательность, но также и одну из проблем цивилизации. «В этой жизни, когда дни наполнены стрессом, жадной наживы, потребления, наслаждения и смерти, нет ни времени, ни необходимого пространства, чтобы подумать о душе.»

Должен ли психоанализ изменять этот мир или достаточно приспособиться к нему? Насколько он еще может и должен измениться? Где предел?

На этом конгрессе мы познакомимся со множеством точек зрения на аналитическое лечение. Маловероятно, что мы найдем общий знаменатель, но было бы уместно сопоставить базовую метафизику, модели и теории с практикой. Неплохо было бы задаться вопросом о новых «недугах цивилизации», ибо наш терапевтический, а также этический и культурный долг –

⁴ По этой теме есть работа В. Берлинчони и Ф. Петреллы, вышедшая в последнем номере «Psiche».

принять к сведению и окончательно понять, насколько изменилось то «гравитационное поле», в котором определяются и размещаются отношения между пациентом, врачом и миром. Лечение стало возможным и развивается в некой символической, общей для всех вселенной, а эта вселенная претерпевает изменения.

Нашим терапевтическим, этическим и культурным долгом является также поддержка и защита того, что мы считаем важным для пациента и вообще для человека. И если новые условия жизни предлагают нам субъекта поверхностного, погрязшего во множестве сиюминутных проблем, не признающего уроков прошлого, находящегося «на краю пропасти настоящего» (Le Golf, 1971), наше лечение будет представлять собой не что иное, как движение против течения, ибо для нас остаются фундаментальными психическое пространство, прожитое время, память и прошлое.

Наша наука не оперирует чистым отвлеченным знанием и не является общей теорией человека. Она не может также восприниматься как эмпирическая. Наше знание реализуется лишь в рамках лечения и включает в себя не только данные о человеке, но и самого человека. Любое наше знание связано с отношениями между аналитиком и пациентом, с аналитическим пространством, которое мы должны защищать, холить и лелеять, так как это пространство, выражаясь словами Винникотта (Winnicott, 1971), вызывает к жизни «воспоминания, переживания, фантазии, сновидения; в нем объединяются прошлое, настоящее и будущее».

Мое краткое выступление близится к финалу. Пора заканчивать и предоставить вам возможность дальше ткать полотно диалога о психоанализе, описывать и обогащать новыми формами наше древнее знание.

Литература

- Balsamo M., Napolitano F. (1998). Freud, lei e l'altro, Milano Franco Angeli. Berlinconi V., Petrella F. (2002). La clinica e le nuove realtà tecnologiche.
Una riflessione psicoanalitica, Psiche. Anno X, n. 1 maggio 2002. Chianese D. (1997). Costruzioni e campo analitico, Roma, Borla.
David M. (1996). La psicoanalisi nella cultura italiana, Torino, Bollati Boringhieri.
Freud S. (1913). Inizio del trattamento O.S.F. Vd.6.
Freud S. (1914). Ricordare, ripetere e rielaborare O.S.F. Vol. 6.
Freud S. (1924). Autobiografia O.S.F., Vol 10.
Horowitz M.J., Kernberg O.F., Weinshel F.M. (a cura di) (1998). Struttura e cambiamento psichico, Milano (1998).
Kaes R. (1998). Il disagio del mondo moderno e taluni disturbi della vita psichica: caos nell'ideità, difetti di simbolizzazione, illusione della fine delle illusioni. Psiche, anno VI, n. 1 Roma, Borla.
Kristeva J. (1993). Le nuove malattie dell'anima, Roma, Boringhieri (1998).
Lavagetto M. (1985). Freud, la letteratura e altro, Torino. Einaudi.
Levi S. (1977). Storia e memoria, Torino, Einaudi.
Levi Strauss C. (1958). Antropologia strutturale, Milano, Il Saggiatore.
Nathan T. (1986). La follia degli altri, Firenze, Gruppo Editoriale Fiorentino (1990).
Penzance J.B. (1977). Tra il sogno e il dolore, Roma, Borla (1988).
Penzance J.B. (1997). Questo tempo che non passa, Roma, Borla (1999).
Riolo F. (1999). Il paradigma della cura, Riv. Psic. 1: 7-27.
Roth A., Fonagy P. (1996). Psicoterapie e prove di efficacia, Roma, Tipografia Editrice Romana, 1997.
Russo L. (1998). L'indifferenza dell'anima, Roma, Borla.
Vergine A. (1996). Ripensando il contesto lavorativo e formativo della psicoanalisi alla luce della crisi attuale, lavoro letto al Convegno Intercentri: La crisi della psicoanalisi (1996).
Winnicott D.W. (1971). Gioco e realtà, Roma Armando (1974).

Общие специфические терапевтические факторы и терапевтические факторы, свойственные психоанализу Джузеппе Берти Черони

Как лечит психоанализ?

Тема Конгресса (в ее выборе я участвовал наравне со всеми коллегами, так как она была в списке тем, предложенных предыдущей учредительной командой, Секретарем и Комиссией по науке) представляется мне актуальной и затрагивающей вопросы, которые волнуют всех нас. «Один из центральных вопросов, который предстоит рассмотреть психиатрии в новом тысячелетии, это вопрос о том, какое действие оказывает наше лечение, включая психотерапию», – сказал директор американского Национального Института Психического Здоровья (NIMH) Хайман (Hupman, 2000). Приступая к докладу, я призываю вас начать осмысление этой темы, так сказать, с ее «периферии» – *Nic sunt leones* (здесь опасность) – а именно: с позиции объективно обоснованной медицины (и психологии), для которых точкой опоры являются как усредненные, так и контролируемые экспериментальные исследования. Опора эта в последние годы слегка шатается, однако в основном все еще считается «золотым стандартом».

Общие специфические терапевтические факторы

Вопрос о способности экспериментальных исследований демонстрировать действенность специфического психиатрического, а также психотерапевтического лечения встал перед нами со всей остротой, ибо стал объектом обсуждения в таких весьма авторитетных изданиях, как Science (Trussels et al., 1999). Выяснилось, что эффект плацебо, который в Италии силами Лючии Панкери и Бруньоли (Lucia Pancheri, Brugnoli, 1999) был кардинально пересмотрен и признан комплексом плацебо, а также эффект ноцебо (см.: Herzhaft, 1969; Gorini, 1995), характеризующийся такими постоянными общими симптомами, как головная боль, ломота в костях, тошнота, головокружение и т. д. (их обычно педантично перечисляют в сопроводительной записке к любому лекарству и из-за них часто приходится менять лечение), равно как и эффект drop out (обрыв лечения), на долю которого приходится 10 % (см., например, Mulrow et al., 2000), оспаривают показатели специфической эффективности отдельных видов лечения.

В силу этого обстоятельства выявилась необходимость приложить серьезные усилия методологического характера для устранения обманчивого эффекта плацебо и подтверждения специфичности лечения у конкретного специалиста. Например, применительно к лечению депрессии была пересмотрена методология исследований эффективности как фармакотерапии (Quitkin et al., 2000), так и психотерапии (Thase et al., 2000). Все в том же лечении депрессии такой стойкий сторонник объективно обоснованной медицины, как Эндрюс (Andrews, 2001), был вынужден признать значительный эффект плацебо в обычной терапии, где 60 % эффективности можно отнести за счет комбинации хорошей клинической практики и элементов когнитивной и поведенческой терапии с оценкой приятных событий. Где и как этот изысканный винегрет готовили и по какой шкале оценивали, не уточняется.

То, что я говорил о психиатрии, относится и к медицине вообще. В преобладающей сегодня эпидемиолого-менеджерской тенденции эффект плацебо, или, пользуясь специальной лексикой, комплекс плацебо, а также эффекты ноцебо и drop out (обрыв лечения) представляют собой «возвращение вытесненного», а точнее – объекта отрицания.

В медицине, все более тяготеющей к процедурности, «базовым направлениям», стандартам и т. д., они снова и снова отражают переменную величину неизбежной субъективности пациента, а иной раз – и терапевта.

Любопытства ради продемонстрирую вам, как не только в медицине, но и в других дисциплинах становится непереносимой тирания математики, бухгалтерии, изоциренной статистической обработки скудных, случайных и неточных данных: критика «бухгалтерской» экономики, которую еще называют «аутичной» (здесь, разумеется, наша патопсихологическая терминология скудна и не очень точна), является в настоящее время модной темой журналистских репортажей.

Теперь давайте зададимся вопросом, какую общую основу имеют под собой в действительности плацебо, ноцебо, drop out, обычное лечение, а также медикаментозное лечение и специфическое психотерапевтическое лечение со всеми их характерными особенностями? Совместно с Вескови (Vescovi, 2001) я предложил назвать *общими специфическими терапевтическими факторами*

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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