

Потенциал анализанта как ко-терапевта в аналитическом процессе



Димитрис Анастасопулос (Dimitris Anastasopoulos)

- Психиатр
- Тренинг-аналитик и супервизор Греческой ассоциации психоанализа и психотерапии
- Один из основателей Греческой ассоциации детской и подростковой психоаналитической психотерапии
- 2001-2009 г — вице-председатель EFPP (Европейской федерации психоаналитической психотерапии)
- 2005-2010 г — координатор Секции детей и подростков
- 2007-2010 г — редактор серии книг EFPP
- Является автором статей на греческом и английском языках
- Ведет семинары по клинической психологии в Афинском университете

Несмотря на растущее количество психоаналитической литературы по интересности и взаимодействию аналитика и анализанта при конструировании аналитического поля, основное внимание всегда направлено на то, чтобы пролить новый свет на роль аналитика. Анализанту по-прежнему достается роль «пациента», который хоть и может косвенно влиять на процесс, но его аналитическая судьба зависит, в первую очередь, от навыков аналитика.

Эта статья не ставит под сомнение важность навыков и способностей аналитика для проведения курса терапии.

В ней предпринята попытка осмыслить, то, как блестящие аналитические идеи могут возникать в умах компетентных, но не слишком блестящих аналитиков. Автор рассматривает творческое развитие аналитического процесса, происходящее несмотря на недостатки и случайные слабости компетентного аналитика; и то, как неопытные аналитики помогают развитию более продвинутых анализантов; то, что перипетии личной жизни аналитика и/или важные жизненные события не обязательно препятствуют творческому аналитическому процессу. В данной статье разъяснение этих вопросов предлагается

Перевод с англ.яз. Х.Г. Фостиропуло

искать, прежде всего, в динамике аналитических отношений, которые складываются между анализантом и аналитиком.

КОНТЕКСТ

В последние 40 лет классическая теория психоанализа рассматривает аналитика как полноценного участника процесса анализа (Boesky, 1982; Freud, 1912; Gill, 1983; Hoffman, 1983). Согласно более ранним подходам аналитик занимал неактивную косвенно влияющую позицию, относительно защищенную от взаимодействия с пациентом (Levine, 1994). Данн (Dunn, 1995) комментирует идеализацию объективной истины и способность аналитиков исключать и контролировать беспокоящие их личные проблемы: «ригидное требование абсолюта ведет к догматической, авторитарной и грандиозной чувствительности» (р. 724).

Таким образом, существовала модель, в которой прямо или косвенно утверждалось, что: (1) прогресс анализанта полностью зависит от прогресса, достигнутого аналитиком; (2) аналитик является пределом, которого может достичь анализант, а также тем идеалом, интроспекция которого определяет пределы терапевтического курса анализанта; (3) как терапевт, аналитик должен быть нейтральной фигурой, и при этом фактически не существовать как реальный человек (4) любая неудача в терапии обычно объяснялась недостатками или непригодностью пациента.

Помимо недостатков, присущих этой модели, возникла еще одна загадка: если предел развития каждого пациента — и, следовательно, максимальная психическая зрелость и баланс, которых он может достичь — соответствовал бы достигнутому аналитиком, в таком случае качество и навыки последующих аналитиков постоянно снижались бы, они были бы меньше или, в лучшем случае, равным предыдущим. Следовательно, психоанализ в целом регрессировал бы, вместо того, чтобы развиваться. Однако реальность этого не подтверждает, многие аналитики-потомки превзошли своих предшественников, развивая новые идеи и двигая психоаналитическую мысль вперед.

В этой статье рассматривается аналитический процесс *lege artis*¹, предполагая компетентного аналитика и пациента, структурная организация которого не является психотической или пограничной.

ТЕОРИЯ

По мере того как психоаналитическая мысль становилась все более сосредоточенной на объектных отношениях, а затем на терапевтической паре, интерсубъективности и аналитическом поле, центр тяжести сместился с того, как аналитик и анализанд каждый по своему реагируют на интрапсихические процессы и переживают их, на то, как два реальных человека встречаются, взаимодействуют и формируют терапевтические отношения (Gerson, 1996), проходя через проективные и интроективные процессы в рамках заданной аналитической структуры и асимметричных терапевтических отношений. Важность личности аналитика в целом уже были выделена Хайманн при определении контрпереноса как неотъемлемой части аналитического процесса и ключевого аналитического инструмента для понимания бессознательного пациента: «это отношения между двумя людьми... не наличие чувств у одного партнера, пациента, и их отсутствие у другого, аналитика... но прежде всего степень переживаемых чувств аналитиком и использование им этих чувств, эти факторы взаимозависимы» (Heimann, 1950, р. 81–82).

То же самое предполагал Ракер, когда говорил о согласующейся (гомологичной) идентификации — «идентификации каждого элемента личности [аналитика] с соответствующей психологической частью пациента: Ид аналитика с Ид пациента, Эго с Эго и Суперэго с Суперэго» (Racker, 1968, р. 134). Многие авторы британской школы также в своих работах касались субъективности аналитика (Bollas, 1987; Klauber, 1965; Sandler, 1976), в то время как по другую сторону океана Гилл (Gill, 1983, р. 212) пишет: «участие аналитика зависит не только от его

1 LEGE ARTIS (лат., крылатое выражение) — по всем правилам искусства, мастерски

Стиль психоаналитика — это живой, постоянно меняющийся способ быть с самим собой и быть с пациентом.

спективу: эмоционально заряженное бессознательное и более осознанное понимание ситуации. В этом процессе большую роль играет субъективность аналитика, благодаря которой появляется возможность адаптировать технику к конкретным потребностям, способностям и возможностям данного пациента. Недавние исследования подтверждают такой подход (Bush & Meehan, 2011; Werbart & Levander, 2011). Постепенно мы пришли к принятию того, что на форму и развитие терапевтических отношений влияют такие факторы, как личность аналитика, его гендер, культура, теоретические знания, а также важные жизненные события (Anastasopoulos, 2004; Gerson, 1996).

Более того, стиль психоаналитика — это живой, постоянно меняющийся способ быть с самим собой и с пациентом. Некоторые аспекты стиля аналитика в рамках конкретной сессии с конкретным пациентом играют большую роль, чем другие. В некотором смысле пациент влияет на то, каким образом аналитик выражает свои проявления, в том числе интимные и неконтролируемые. Стиль придает форму и цвет методу, а метод — это средство, с помощью которого стиль воплощается в жизнь (Levenson, 1989; Ogden, 2009). Терапевтические отношения диалектически связаны с индивидуальностью участников и постоянно эволюционируют; они отличаются друг от друга и отражают асимметрию аналитических отношений (Ogden, 1997).

В ходе аналитических отношений каждая сторона подвергается проекциям, психической турбулентности, фантазиям, которые вызваны психической доступностью другого. Проекции и проективные идентификации могут быть направлены на различные части психики; однако они находят благодатную почву и влияют на особые, заряженные области психики воспринимающего индивида (Brenman-Pick, 1985; Feldman, 1997). Это делает диагностику и лечение потенциально болезненными или трудными для аналитика, но одновременно ценным для его самопознания. И, что особенно важно, помогает исследовать и собирать информации о наиболее нарушенных областях психики анализанта.

Взаимное развитие и сопутствующие трансформации асимметричны, также как и сами отношения. Для анализанта нагруженность, интенсивность и степень трансформации намного больше. Его психическое развитие зависит от степени разъединения и повторной интеграции частей самого себя. Однако важность анализа и прогресс каждого из анализантов имеют решающее значение для нарциссического баланса аналитика. По завершении курса терапии изменения неизбежно коснутся как анализанта, так и аналитика.²

личности, но и от типа пациента, которого он лечит».

ОБ ИНТЕРСУБЪЕКТИВНОСТИ

Первоначально психоанализ был сосредоточен на технике, фокусируясь на интерпретации. В современном психоанализе центральным предметом являются терапевтические отношения (Kantrowitz, 1986, 1993, 1995), а сеттинг и техника используются для работы с элементами, порождаемыми этими отношениями. Акцент сместился на дуальную психологию участников и аналитического процесса, которые имеют двойную пер-

2 Отдельный вопрос, который иногда поднимается, это обратная асимметрия, при которой аналитические способности пациента превосходят способности терапевта и аналитический процесс заканчивается обслуживанием аналитиком фантазий пациента. Когда аналитик бессознательно принимает психическое и/или ментальное превосходство пациента, это естественно приводит к аналитическому тупику или искажению процесса.

ФУНКЦИЯ АНАЛИТИЧЕСКОГО ПОЛЯ

Таким образом, аналитик и анализант развивают и формируют терапевтические отношения, и, следовательно, терапевтический процесс. Динамика, взаимные проекции и встреча двух психических миров создают аналитическое поле. Это то, что создается между ними двумя — единство, которое они формируют в каждый момент сессии — что-то радикально отличное от того, что было бы создано каждым в отдельности (Baranger & Baranger, 2008). Таким образом, аналитическое поле — это промежуточное пространство между двумя психиками и, прежде всего, между двумя бессознательными.

Аналитическое поле всегда двойное или множественное; это никогда не одна ситуация, но различные смешанные или перекрывающиеся ситуации, отличные одна от другой, но никогда четко не определенные (Baranger & Baranger, 2008). Важно развить бессознательную фантазию, которая выстраивает интерсубъективное поле аналитической ситуации. Беренже и Беренже (1961–1962, р. 798) говоря о необходимости расщепления между переживающим и наблюдающим Я аналитика отмечают: «Аналитическая пара — это трио, один из участников, которого отсутствует физически и присутствует в опыте».

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЪЕКТ И АНАЛИТИЧЕСКИЙ ТРЕТИЙ

В аналитическом поле формируется общая основа пересечения двух бессознательных, создается иная субъективность, порождаемая аналитиком и анализантом. Именно здесь, по словам Грина (Green, 1975), развивается аналитический объект. Грин считает, что дуальность отношений внутри Я (переживающего и коммуницирующего) и способность к отражению — фундаментальные элементы человеческого существования (Green, 2005). Он утверждает, что аналитический объект состоит из двух дублей (то, что прожил и то, что сообщает каждый участник), один принадлежит пациенту, а другой — аналитику. Аналитический объект находится в точке, где дискурс одного встречает дискурс другого. Как только этот общий путь будет прочно установлен, он остается открытым и поддерживается обеими сторонами. Предполагается, что такое положение часто может быть достигнуто через дополнительную гиперфункцию одного, когда другой не может вынести свою часть груза.

Аналитический третий, согласно Огдену (1997) близок к аналитическому объекту Грина, — это результат обмена состояниями реверси между аналитиком и анализантом. Аналитический процесс включает частичную передачу индивидуальности третьему субъекту, который бессознательно генерируется аналитической парой и через который проводится анализ

Важность анализа и прогресс каждого из анализантов имеют решающее значение для нарциссического баланса аналитика.

Уникальность каждого анализа основана на уникальности личностей аналитика и анализанта, которые взаимодействуют и вносят свой вклад в создание аналитического третьего

(Ogden, 1991, 1997). Уникальность каждого анализа основана на уникальности личностей аналитика и анализанта, которые взаимодействуют и вносят свой вклад в создание аналитического третьего (Ogden, 1994). И, несмотря на то, что его развитие в значительной степени зависит от функции реверси и контейнирующей способности аналитика, этот взаимный вклад не всегда в большей степени на стороне аналитика.

В то время как проекции и последующие процессы порождают обе стороны, именно аналитик призван их сконтейнировать

Пациенты больше реагируют на свое представление об аналитике, чем на то, кем он на самом деле является. Уровень соответствия зависит от психических потребностей и дефицитов пациента, стадии терапии и развития терапевтических отношений; более того, на него могут влиять изменения, вторгающиеся в жизнь аналитика и/или пациента.

аналитического третьего, совместно созданного, но по-разному проживаемого в опыте, содержащего множество личных элементов обеих сторон.

Встреча двух фантазийных миров создает и формирует аналитические отношения. Если цель аналитика сновидеть (*to dream*) то, что пациент выражает и через дискурс придать смысл означаемому, по мере продвижения анализа он предоставляет анализанту не только продукт своего мышления, но также способ приблизиться к нему и использовать его. Неустойчивый аналитик, тот который не может выдержать неопределенность, может прибегнуть к навязыванию власти своей ролью, к самоутверждению, или замене мышления теорией, так как он не может позволить себе сновидеть сновидение анализанта (Ferro, 2002).

Таким образом, основная общая фантазия, созданная в аналитическом поле включает важные элементы личной истории каждого участника, и каждый принимает в ней стереотипную для себя роль (Kansurper, 2009). В этом процессе элементы истории становятся для пациента реальными, даже если они не соответствуют реальности аналитика³. Это могут быть фантазии параноидно-шизоидной позиции негативного содержания, искажающие реальный образ аналитика, или грандиозные фантазии, связанные с идеальным Я. Такие грандиозные фантазии с использованием либидинально нагруженных проекций вносят свой вклад в улучшение и устранение существующих недостатков и несходства. Следовательно, пациенты больше реагируют на свое представление об аналитике, чем на то, кем он на самом деле является. Уровень соответствия зависит от психических потребностей и дефицитов пациента, стадии терапии и развития терапевтических отношений; более того, на него могут влиять изменения, вторгающиеся в жизнь аналитика и/или пациента.

Еще одна проблема, которую необходимо решить, это структура и функция профессионального Я (Self). Выбирая профессию аналитика, мы знаем свои сильные стороны

³ Если цель аналитика состоит в том, чтобы сновидеть то, что пациент пытается выразить, и с помощью дискурса придать смысл означаемому, по мере продвижения анализа он предоставляет не только продукты своего мышления, но также и способ их создания и использования. Это «наследство», которое получают пациенты, чтобы применить к своим мыслям и мечтам.

и ограничения; мы осознаем мотивы и конфликты, влияющие на этот выбор и возможные предубеждения, компромиссы и слепые пятна, которые могут вмешиваться в нашу работу (McLaughlin, 1991). Семь лет назад, исследуя причины, по которым человек выбирает эту «невозможную» профессию, я пришел к выводу, что бессознательные мотивы которые, помимо личных, могли повлиять на решение заняться психоанализом в качестве профессии можно в общих чертах классифицировать следующим образом:

1. Врожденная склонность к поиску истины.
2. Определенная степень мазохизма, так как приходится ежедневно подвергаться психической боли и справляться с ней.
3. Достижение непрерывной репарации в процессе трансформации в анализе, что применимо, хотя и в разной степени, и к аналитику, и к анализанту. В рамках аналитической диалогии, личность каждого участника входящего в аналитический процесс изменяется к его завершению.
4. Нарциссическое удовлетворение, которое обеспечивает «магическая» способность к интуиции, обладание знанием и особое взаимодействие с другим.

В некоторой степени терапия пациента одновременно представляет собой процесс переосмысления и восстановления поврежденных частей психики аналитика, в котором она обогащается и поддерживается новыми элементами. Кроме того, в аналитическом процессе находят применение наиболее зрелые и устойчивые части психики аналитика, и его развитая способность прощупывать болезненные участки или травмы, которые являются схожими для аналитика и пациента.

Все, что аналитик делает или не делает во время сессии, имеет совместное происхождение. Отношения с «другим» превращает нестабильные, обратимые микротрансформации, возникающие на отдельных сессиях, в устойчивые макротрансформации. Постепенно, по ходу применения метода, возникает психический метаболизм, в котором происходит переработка ранее невозможных к осмыслению чувств и мыслей пациента (Ferro, 2009).

В нормальных условиях этот процесс дает аналитику дополнительную возможность исправить собственные непроработанные части. Если по какой-то причине этого не происходит — обычно мешают нарциссическая защита и ригидность аналитика — анализант по-прежнему может пользоваться преимуществами анализа для дальнейшего исцеления и развития своего психического мира.

Промежуточное пространство аналитического третьего или аналитического объекта — это то место, где ассиметрично встречаются способная контейнировать, чуткая, психически доступная часть аналитика, и разрозненные, неспособные к мышлению, охваченные страхом части анализанта. Именно здесь эти части каждого участника, затронутые душевной болью, вступают в контакт. Это место, где идет поиск диалога с «другим», который позволит каждому обрести смысл (Klauber, 1965).

Беренже и Беренже (2008) утверждают, что аналитик может представлять Суперэго пациента, его подавленные влечения или отвергнутые части «Я». Более того, Ферро (Ferro, 1999) отмечает, что само присутствие аналитика как наблюдателя участвует в трансформации проективных идентификаций пациента, защитных структур и проективных идентификаций более глубоких эмоциональных состояний.

Все, что аналитик делает или не делает во время сессии, является совместным. Отношения с «другим» превращает нестабильные, обратимые микротрансформации, возникающие на отдельных сессиях, в устойчивые макротрансформации.

Позитивные элементы профессионального Я мобилизуются, чтобы служить намеченной цели аналитической работы. Этому интрапсихически способствуют элементы, представляющие Суперэго, Эго-идеал и потребности в творчестве и нарциссической оценке. Все это помогает аналитику преодолеть уязвимые места и привлечь на службу терапии собственную бессознательную мотивацию. Таким образом, функции частей Я фильтруются так, что они могут стать восприимчивы к реакциям и проекциям пациента, в то же время действуя под контролем Суперэго.

ВЗАИМНЫЙ ВКЛАД ТЕРАПЕВТА И ПАЦИЕНТА

Гилл (Gill, 1983) утверждает, что и аналитик участвует в процессе анализа в соответствии со своим типом личности и типом личности конкретного пациента (личность, характер, психопатология).

Аналитический процесс включает модификацию интересубъективного поля посредством использования слов (Beranger, Beranger & Mom, 1983; Sopena, 2009). Слово открывает поле коммуникации, связывая изолированные или расщепленные области, и помогает идентифицировать, определять и дифференцировать его множественные элементы (Ferro, 1999). Способность аналитика размышлять о материале сессии и перевести его в речь (тем самым с помощью интерпретации придавая значение бессознательным фантазиям пациента) связана с диалектикой создаваемого психологического напряжения между параноидально-шизоидной и депрессивной позициями, контейнером и контейнируемым, устойчивостью к неопределенности.

Минимальный обмен между пациентом и аналитиком постепенно приводит к изменениям. Со временем интерпретации трансформируют аналитическое поле, что позволяет невысказанным мыслям выйти на поверхность и способствует развитию поиска нового смысла (Gaburri, E., 1998; Neri, C., 2009). Следует отметить, что интерпретация, как человеческий акт, включает как явное, так и скрытое содержание. Последнее неизбежно включает в себя чувства и элементы личности аналитика. Их понимание помогает обрести знание о бессознательных факторах, созданных в этих аналитических отношениях (D'Abreu, 2005). Используя эти элементы, терапевт и пациент формируют особую структуру сотрудничества и задачи совместной работы, которые при помощи сеттинга и границ обеспечивают необходимую поддержку и холдинг. В созданном поле образ аналитика состоит из элементов реальности, фантазий, проекций и аналитической роли (которая содержит личные навыки и установки, а также аналитическую рамку).

Другими словами, функционирование аналитической рамки, присутствие «достаточно хорошего» аналитика, выход за пределы техники через развитие терапевтических отношений и встреча хороших (здоровых) частей терапевта и пациента представляют собой

Функционирование аналитической рамки, присутствие «достаточно хорошего» аналитика, выход за пределы техники через развитие терапевтических отношений и встреча хороших (здоровых) частей терапевта и пациента представляют собой вспомогательное транспортное средство. Оно помогает анализу продвигаться дальше, чем на то способен аналитик. В то же время способности и навыки последнего являются необходимой основой для начала и поддержки всего аналитического процесса.

вспомогательное транспортное средство. Оно помогает анализу продвигаться дальше, чем на то способен аналитик. В то же время способности и навыки последнего являются необходимой основой для начала и поддержки всего аналитического процесса.

Аналитик предлагает пациенту себя в качестве посредника в ментальном путешествии. Пациент в силу своих возможностей и навыков будет использовать способности аналитика к мышлению. Нарциссизм аналитика значительно уменьшает его способность к контейнированию и порой мешает обеспечивать себя в таком качестве в рамках аналитического процесса. Также ограничить психическую доступность аналитика могут усталость, различные жизненные этапы, мощные проекции (Feldman, M., 1997) — градации психического функционирования по Ферро — или текущие жизненные события (Abend, 1986; Vassallo Torrigiani & Marzi, 2005).

Вышеупомянутая неспособность аналитика к контейнированию и реверси по отношению к более способному пациенту может временами заставлять его защищаться и прибегать к жесткому использованию терапевтического сеттинга, уходить в теорию (вместо того, чтобы заново открывать ее в процессе каждой сессии), или применять технику стерильным, непродуктивным способом (прибегая к безопасным клише или повторяя знакомые темы, избегая свободного фантазирования и «сновидения»). Для аналитического процесса может быть полезно рассматривать происходящее не только в рамках контрпереноса, но, также, с точки зрения интерактивных, intersубъективных отношений.

Однако в таких ситуациях вклад пациента может превосходить вклад терапевта. Продвижение пациента к внутренним преобразованиям также влияет на трансформацию аналитического поля и расширяет бессознательный вклад пациента в аналитический объект. Опора на освобождение механизмов мышления, проработка проекций и психических конфликтов, а также интроекция аналитика как хорошего объекта, может усилить вышеупомянутые процессы. Высвобождение ментальных и психических способностей пациента может поддерживать и двигать вперед аналитический процесс. Способы, которыми это будет достигнуто, могут выходить за рамки первоначальных намерений и ограничений аналитика.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

Описанный клинический материал относится к психоаналитической терапии или анализу с сеттингом три сессии в неделю.

Совместное формирование аналитического третьего в общем переходном пространстве, где встречаются два бессознательных, базируется на общих чертах личностей обоих участников. Убежденность в том, что аналитические отношения ассиметричны делает аналитика более щедрым, а анализанта более требовательным. В глубине души они могут находиться в бессознательном поиске взаимной компенсации личных недостатков. Терапевт сосредотачивается на бессознательных проекциях и фантазиях пациента, который делает то же самое, но не полностью осознает это.

Случай I

«Во многих случаях наши пациенты знают нас гораздо лучше, чем мы сами, только они не знают, что знают [что, то, что они чувствуют/думают о нас действительно правда]»

Пациентка, умная женщина 38 лет, успешная в своей профессиональной сфере. Пришла на терапию с целью улучшить личные отношения, особенно с мужчинами. Хотя она не могла описать, как или почему все ее отношения закончились плохо и с сожалением обеих сторон. Она надеялась завести роман, который исполнит ее мечты и ожидания. Пациентка старшая из двоих детей. Родителей она описала как пару без проблем, но и без нежных отношений, «как будто они просто оказались вместе».

Вскоре вышли на поверхность ее чувства сильной злости и соперничества в отношении мужчин, которых она презирала. Ее восхищали только те, кто был особенно умен и образован,

но одновременно недостижим. Фигура слабого отца, порой унижаемого родственниками, вызвала у нее разочарование и злость. Он не исполнил ее ожидания и не был идеальным мужчиной, из-за чего она не смогла осуществить свою фантазию стать его любимицей и создать с ним идеальную пару.

Аналитические отношения были глубокими и интенсивными. Мне казалось, она бросает мне вызов своим конфронтационным способом обращения с мужчинами. Я понимал опасность того, что я неосознанно могу попасть в игру соперничества, в которой каждая сторона будет пытаться доказать, что обладает фаллосом. Однако эта же область «опасности» дала мне возможность более ясно и глубоко понять переплетение ее эмоций, в том числе ее амбивалентные чувства ненависти и тоски по идеальному мужчине, который мог бы придать смысл ее жизни. Таким образом, она смогла работать с этими чувствами и начала разбираться с тупиками, которые она создавала в своих отношениях.

На четвертый год анализа напряжение значительно снизилось, и у нее впервые в жизни появились длительные отношения. Наша работа была глубокой и сплоченной, и я чувствовал удовлетворенность прогрессом терапии. Затем последовал период, который понравился бы любому аналитику: всё, казалось, шло правильно; мои интервенции часто поднимали более глубокий материал, чем я ожидал. Процесс его проработки, казалось, идет без усилий; представлялось, что место фаллического антагонизма заняло сотрудничество во имя общей цели. Поскольку в то время я был особенно обременен различными видами деятельности, я расслабился и позволил моему вниманию блуждать.

В какой-то момент я осознал, что пациентка реагировала на анализ, так, как если бы его результат был легко доступным и знакомым для нее. Естественно, я предположил, что может быть, мы движемся к бессознательному балансу внутреннего конфликта и умиротворения, и все будет замечательно, и мы вскоре поздравим друг друга. Однако я заметил кое-что другое: как будто я частично отступил, а она, посредством фаллической сублимации, компенсировала часть моего вклада в терапевтический процесс (интуитивно взяла на себя роль аналитического третьего).

Например, на одной из сессий она вспоминала свидание с мужчиной, с которым она встречалась в прошлом году. Описывая randevu, она сказала: «Я рада наконец почувствовать, что могу ладить с мужчиной. Могу радоваться тому, что он активный, не пытаюсь при этом доминировать. Мне все равно, что он маленького роста (short)». Она немного поколебалась, прежде чем добавить: «Но то, что я говорю, похоже, указывает на то, что я продолжаю конкурировать с ним, и меня утешает то, что я в чем-то лучше». Хотя я не чувствовал между нами противостояния, я решил дать соответствующую интерпретацию: «Но совсем не так как Вы соревнуетесь со мной и находите утешение в том, что выполняете мою работу, так как это «умаляет» (shorten) мое присутствие в терапевтических отношениях». Немного озадачено, и возможно, немного грустно, она ответила: «Я могу понять, почему Вы сказали это, но я так не чувствую. Это больше похоже на то, что Вы позволяете мне использовать то, чему Вы меня научили. А не как раньше, когда я чувствовала, что краду что-то у Вас».

В то время мне иногда казалось, что пациентка думает мои мысли одновременно со мной или даже раньше меня. Более того, в какой-то момент она рассказала о том, как она представляла себе место, где я жил, описав почти в точности интерьер моего дома. Сначала я был удивлен, а потом понял, как близко мы были бессознательно. Эта близость и важность этих терапевтических отношений для нас обоих позволили развиться рабочей аналитической диаде. И это не о том, что аналитический процесс проводился «на автопилоте» в защитном бессознательном сотрудничестве для удовлетворения взаимных фантазий. В нем была взаимная чуткость, которая позволяла осуществлять психическую гармонизацию и совершение общей аналитической работы и в те периоды, когда аналитик был менее активен. Пациент призывается к ответным действиям, когда его бессознательное и внутренняя психическая реальность сталкивается с ситуацией, в которой сильный нарциссизм аналитика бессознательно мобилизует нарциссические защиты в отношении способного пациента (Brenman, 2006). Или в условиях неспособности аналитика отвечать требованиям анализа из-за усталости или жизненных событий.

Очевидно, что все вышесказанное не относится ко всем защитам или контрпереносным реакциям, которые возникают и разрешаются в анализе. Оно применимо лишь к довольно часто повторяющимся ситуациям, в которых слабость аналитика ограничивает способность к мышлению и психическому развитию.

Случай II

«Пациент может превосходно использовать то, что дает ему аналитик, выходя за пределы возможностей и намерений/ожиданий последнего»

Б. — одаренный молодой человек с превосходным университетским образованием, работающий на должности, которая была намного ниже его потенциала. Он пришел ко мне, потому что чувствовал депрессию и страдал частыми паническими атаками.

Б. был самым младшим из трех братьев. Сколько он себя помнил, он всегда был «особенным» для матери, как будто она считала, что он принадлежит ей и рожден исключительно для нее. Каждый раз, когда она злилась или расстраивалась, или что-то шло не так в ее жизни, она садистски оскорбляла его физически и эмоционально. Он вырос с отсутствием веры в людей и был неспособен доверять или сближаться с ними. У него были друзья, но ему было трудно чувствовать близость, он объяснил это тем, что у них был другой, более конкретный подход к жизни. Это был изысканный интеллеktуал, настоящий книжный червь, он хорошо понимал и чувствовал музыку и искусство, имел обширные познания в философии, политике, искусстве и литературе.

Терапевт был тогда намного моложе, такого же возраста, как и пациент, который как казалось, поддерживал ценности и идеалы аналитика. Между ними установились прочные терапевтические отношения, как будто они находили точку соприкосновения в начале каждой сессии. Примерно в начале третьего года анализа пациент начал регулярно приносить сновидения. Эта тенденция вылилась в то, что порой несколько сеансов подряд были почти полностью посвящены сновидениям. Сначала я принял это за достижение психотерапии. И мы погрузились в мир его грез и снов, пытаясь понять и прояснить их. Смысл сновидений становился все более запутанным и сложным, был наполнен сюжетами о брошенности или изоляции. Вскоре я начал задаваться вопросом, может ли это быть сопротивлением, и попытался понять, чего он старается избежать. Но содержание сессий было наполнено богатым смыслом, он регулярно приходил на встречи, и проработка материала казалась подлинной.

Затем Б. начал приносить на сессии книги, музыкальные композиции и делился эмоциями, которые они вызывали в нем. Я понял, что он пытался рассказать мне о своей жизни и чувствах, но у него не было для этого необходимых эмоциональных инструментов. Тогда я задался вопросом, может ли аналитический процесс принимать форму дискуссии двух интеллектуалов. Мои интерпретации в этом направлении результатов не принесли, в то время как материал оставался живым и был напрямую связан с переживаниями пациента.

Во время одной из сессий он возбужденно рассказал о ночи, проведенной дома в одиночестве, он слушал Концерт для скрипки Брамса соч.77: «Вы понимаете, что я чувствовал во время второй части». Я тихонько кивнул, но тут же опешил, подумав: «Что я делаю? Я не знаком с этим произведением. Что заставляет меня согласиться, как будто я понимаю? Это разыгрывание или я втянут в процесс идеализации, если да, то чего именно?»

Вскоре я понял, что под действием чувства зависти и ревности к идеальному Я пациента моя аналитическая функция работала неполноценно. В то же время другая моя часть создавала эстетическую и интеллектуальную культурную основу необходимую для понимания пациента и создания содержательного материала. Вначале желание быть идеальным пациентом в анализе заставляло пациента приносить на сессии обилие сновидений, поскольку, по мнению Фрейда, сны — это «королевская дорога к бессознательному». В конечном итоге пациент брал на себя все больше и больше моей работы, а я все меньше присутствовал

в аналитическом процессе. Постепенно он начал действовать дополняюще, как будто мы стали единым целым, во многом компенсируя мою частичную инерцию. То есть бессознательно перешёл на более «плодородную почву», которую ощущал интуитивно.

На сессии, вскоре после описанной выше, мне была дана возможность вмешаться в процесс, я сказал: «Вы ведете себя так, будто чувствуете, что должны взять на себя обе роли, как будто вы должны действовать как мой представитель». Через мгновение он ответил: «Я не знаю, так ли это, как Вы говорите. Но я чувствую, что мы действуем так согласованно и гармонично, что мне трудно поверить в то, что что-то идет не так. Кроме того, я чувствую себя все более целостным и знающим чего я хочу и что я делаю».

Хотя я боялся, что это может быть ещё одним способом проявления лести, я чувствовал, что пациент был в контакте со мной и был честным в своих чувствах. В дальнейшем анализ показал свою содержательность и реальный прогресс, что помогло высвободить лучшие части моего аналитического Я из нарциссической ловушки. Признание этой ситуации помогло мне вновь стать более открытым для идентификаций, а терапевтические отношения достигли большей полноты.

Часто можно услышать о том, что пациенты неоднократно выражают один и тот же латентный материал, пока не заставят аналитика понять его (Ferro, 1999). И если аналитик не поймет и не отреагирует на это попытками исследовать конфликт анализанта, последний вернется, бессознательно пытаясь помочь терапевту (Rosenfeld, H., 1987). Таким образом, предполагается что, аналитический процесс в значительной степени поддерживается и продвигается способностями и мотивами пациента.

Случай III

«Пациент помогает аналитику понять материал и поддерживает его, когда последний не справляется с этой задачей»

Пациентка А. — психоаналитический терапевт. После тяжелой потери — смерти любимой матери, она чувствовала себя уязвимой и нуждалась в поддержке и сопровождении в работе. А. чувствовала неуверенность в понимании пациентов. Ранее мы работали вместе, она супервизировалась у меня. Мы обсуждали разные клинические случаи, один из них, очень важный для нее, она представила на четвертом году терапии.

Хотя А. была талантливым терапевтом, умеющим сохранять аналитическую позицию, она часто «отсутствовала» на сессиях, как если бы не могла быть сосредоточенной и отвлекалась на посторонние темы. Когда ее внимание возвращалось к сессии, она понимала, что ее пациентка находится в середине рассказа, начало которого она пропустила. Стараясь сконцентрироваться, она заполняла пробелы в сведениях, возникшие в моменты ее отрешенности, но затем снова упускала нить повествования.

Постепенно мы пришли к пониманию причин этого феномена: ее неспособность сконцентрироваться проистекала из бессознательного механизма избегания психической боли, который активизировался вследствие ее недавней тяжелой потери и стимулировался элементами из рассказа пациента. Немного позже мы затронули фантазию о воскресении, которая возникала каждый раз, когда ее способность к репарации позволяла заполнять пробелы памяти и заново переживать материал сессии. Все это, конечно, было связано с конкретной пациенткой, была схожесть в истории их развития и характерах. После нашего деликатного и честного обсуждения, она смогла признать это, испытывая боль и чувство вины. Она исключала любые мысли о временном прекращении терапии или признании собственной слабости, так как это вызывало чувство вины. Тем не менее, состояние пациентки продолжало улучшаться.

Мы решили, что в интервенциях, основанных на контрпереносе, можно использовать личный опыт терапевта, как способ восстановить «пробелы» в терапевтических отношениях и облегчить терапевту «поиск истины». Ее пациентка отреагировала на это тем,

что продолжала диалог, как и прежде заполняя «пробелы» самостоятельно. Казалось, что она не восприняла в полной мере интерпретацию, сделанную терапевтом. Но ее реакции показывали, что она восприняла их исходящими из Суперэго терапевта, которая была слишком требовательна к себе, что вызывало у пациентки беспокойство относительно того, что это может повлечь за собой повышенные требования и к ней.

Например, в одной из сессий в памяти терапевта вновь случился «пробел»: она отвлеклась на воспоминания о человеке, которого сейчас нет в ее жизни. А. попыталась достроить недостающие звенья в рассказе пациентки. Однако в данном конкретном случае это было невозможно сделать. И она решила использовать общую, расплывчатую интервенцию, при которой она чувствовала себя достаточно защищенной: «похоже, вы тревожитесь о том, что может произойти на нашей следующей сессии». Пациентка не только выслушала и отреагировала, но расширила и уточнила интервенцию, связав и достроив недостающее звено смысла. Затем терапевт отметила: «Похоже, Вы смогли использовать мой расширенный вопрос, когда я обратила внимание на тему, которую вы подняли, а я пропустила. Иногда мне кажется, что Вы дополняете меня, как бы принимая на себя обе роли, Вашу и мою, делаете это успешно и не жалуетесь».

Пациентка ответила: «Я не понимаю, что вы имеете в виду. Но, конечно, я использовала ваш комментарий и почувствовала, что это коснулось именно того, на чем я была сосредоточена. Если это мой навык, он развился благодаря Вам».

Тем не менее, аналогичные ситуации порой возникали. Пациентка вновь обратилась к аналитику за поддержкой, и это помогло ей проработать проблемы, связанные с травматическим опытом потери. Терапия и супервизии помогли ей за несколько месяцев найти свое первичное терапевтическое Я. На одной из сессий ее пациентка сказала ей: «Я не знаю, как это произошло, или с чем это связано, но мне приснилось, что Вы вернулись из поездки, и я была так счастлива, но вместе с тем почувствовала облегчение от того, что теперь вы освободите меня, как будто мы вместе делили какую-то ношу».

Все вышеперечисленные случаи, безусловно, могут быть рассмотрены с разных точек зрения, могли быть выдвинуты и другие гипотезы. Корректность интервенции определяется субъективным чувством терапевта, появлением ощущения интеграции или «избранного факта», в терминологии Биона, когда связываются рассеянные или нечеткие впечатления, а переживания терапевта переходят из неинтегрированного в интегрированное и связанное состояние (Brown, 2011).

ВЫВОДЫ

По сути, постфрейдистские теоретики психоанализа расширили его теорию через «сновидение» того, что описывал Фрейд. Следуя за их размышлениями, можно увидеть, что они часто начинали с минимальной, даже кажущейся незначительной, точки или темы, взятой под другим углом, и развивали ее. Придав ей новое измерение и интерпретировав её они создавали что-то новое. Мы предполагаем, что большая часть этих идей содержалась в мыслях или намерениях Фрейда.

Но присутствие его мыслей служит, прежде всего, «вдохновением», прочным фундаментом для фантазии, сновидения и трансформации мышления. Точно так же анализант, вдохновленный процессом анализа, может продвинуться дальше намерений или даже способностей аналитика. Однако профессиональное «Я» аналитика предоставляет матрицу для раскрытия сновидческого мышления.

Анализант, вдохновленный процессом анализа, может продвинуться дальше намерений или даже способностей аналитика. Однако профессиональное «Я» аналитика предоставляет матрицу для раскрытия сновидческого мышления.

Пациенту может помочь осознание или бессознательное признание ошибок и ограничений аналитика (Winnicott), при наличии уверенности в том, что аналитик действует из принятия и сотрудничества.

гласились бы с тем, что только сны, которые мы помним и которые были истолкованы, способствуют психологическому росту.

Для работы анализа важное значение имеет создание условий, в которых анализант смог бы сновидеть то, что ранее он сновидеть не мог, а аналитик при этом выступал бы в качестве контейнера. По сути, аналитик обеспечивает со-мыслящий ум, доступный и способный воспринимать несвязанные переживания внутренней и внешней реальности, чтобы соединить, казалось бы, несвязанные элементы, игнорировать и знать; и, конечно же, предлагать способ мышления и поиска (Cartwright, D., 2010). Все это, наряду с достаточно хорошим опытом терапевтических отношений, формирует матрицу для развития психических процессов, которая обеспечивает прогресс пациента. Глубина, степень и разнообразие этого процесса зависят от психического и ментального мира анализанта, который использует участие аналитика и формирование аналитического объекта как «матрицу мыслей» и сеть для их контейнирования (Ogden, 1991). Как отмечает Берман (Berman, 2000) профессиональную литературу пишут преимущественно супервизоры, описание случаев — аналитики, а письменные отчеты анализантов крайне редки. О роли анализанта обычно «предполагают», хотя и аналитики и супервизоры тоже в свое время были анализантами.

Пациенту может помочь осознание или бессознательное признание ошибок и ограничений аналитика (Winnicott), при наличии уверенности в том, что аналитик действует из принятия и сотрудничества. Пациент без сильных нарушений с чертами депрессивности или склонный к самоуничтожению легко почувствует благодарность даже за небольшую пользу от аналитических отношений, и сможет извлечь из них выгоду. Частично в угоду фантазийному образу аналитика, частично реагируя и сотрудничая с хорошей частью его профессионального Я.

Все упомянутые мной ситуации, включая клинические примеры, привели к более глубокому пониманию динамики аналитических отношений со стороны аналитика, а также к плавному, непрерывающемуся и в целом успешному развитию терапевтического процесса. Тем не менее, ситуации, в которых пациенты манипулируют аналитиком, чтобы удовлетворить фантазийные потребности, являются неудачей для терапии и не является предметом данной статьи.

Аналитик — это не приговор, а потенциал и возможность. Наша ответственность как аналитиков по-прежнему остается огромной. Но то, что, по-моему мнению, предопределяет в конечном итоге исход анализа — это способность к репарации внутри терапевтической пары, причина формирования которой только одна: оказать помощь в восстановлении нарушенного или дефицитарного психического баланса анализанта.

Способность аналитика сновидеть необходима для преобразования бета-элементов в альфа-элементы, но способность сновидеть получившиеся мысли далее с какого-то момента гораздо больше зависит от психического мира, черт характера и личности анализанта. И, конечно же, сбалансированная терапевтическая пара может быть очень творческой в этом постоянном обмене сновидениями. Анализ ограничен не границами аналитика или анализанта, но качеством их отношений и взаимодополняемостью внутри рабочей пары. Например, аналитик может прибегнуть к «техническому» толкованию сновидения, а анализант выйти за его пределы, разворачивая новые мысли и идеи. Огден (2005, 2009) указывает на то, что немногие аналитики сегодня со-

Анализ — это не реконструкция истории, которая имела место во внешней реальности, но конструирование внутренней психической реальности субъекта. Бессознательный процесс между аналитиком и анализантом вовлекает их в создание бессознательной функции аналитического поля, которое сформировано ими и содержит их обоих. Интерпсихическое возникает из творческого опыта интерперсонального благодаря совместному взаимодействию, профессиональным и личным качествам участников процесса.

Нашим приоритетом, возможно, должно стать максимальное контейнирование пугающих нас частей нашего Я, потому что иначе они сделают нас высокомерными и нетерпимыми, дерзко низводящими «неизвестное» до «ничто» (Ambrosiano, L., & Gaburri, E., 2009). ■

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Abend S.M. (1986). Countertransference, empathy and the analytic ideal: The impact of life stresses on analytic capability. *Psychoanalytic Quarterly*, 5, 563–575.
2. Ambrosiano, L., & Gaburri, E. (2009). Las meninas. In A. Ferro and R. Basile (eds.), *The analytic field: A clinical concept* (pp. 107–131) London: Karnac.
3. Anastasopoulos, D. (2004). Introduction. In D. Anastasopoulos and E. Papanicolaou (eds.), *The therapist at work. Personal factors affecting the analytic process* (pp. XIII–XXIII). London: Karnac.
4. Baranger, M., & Baranger, W. (1961–1962). The analytic situation as a dynamic field. *International Journal of Psychoanalysis*, 2008, 89, 795–826.
5. Baranger, M., & Baranger W. (2008). The analytic situation as a dynamic field. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 795–826.
6. Baranger M., Baranger W., & Mom J. (1983). Process and no process in analytic work. *International Journal of Psychoanalysis*, 64, 1–13.
7. Berman, E. (2000). Psychoanalytic supervision: The intersubjective development. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 273–290.
8. Boesky, D. (1982). Acting out: A reconsideration of the concept. *International Journal of Psychoanalysis*, 63, 39–56.
9. Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unknown thought*. New York: Columbia University Press.
10. Brenman, E. (2006). *Recovery of the lost good object*. London: Routledge.
11. Brenman-Pick, I. (1985). Working through in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 66, 157–166.
12. Brown, L.J. (2011). Intersubjectivity and unconscious process: An integrated model. In L.J. Brown (ed.), *Intersubjective processes and the unconscious* (pp. 109–137). London: Routledge.
13. Bush, M., & Meechan, W. (2011). Should supportive measures and relational variables be considered a part of psychoanalytic technique? Some empirical considerations. *International Journal of Psychoanalysis*, 92, 377–399.
14. Cartwright, D. (2010). *Containing states of mind*. London: Routledge.
15. Dunn, J. (1995). Intersubjectivity in psychoanalysis: A critical review. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 723–738.
16. Ferro, A. (1999). *The bi-personal field. Experiences in child analysis*. London: Routledge.
17. Ferro, A. (2002). *Seeds of illness, seeds of recovery: The genesis of suffering and the role of psychoanalysis*. Hove, Sussex: BrunnerRoutledge.
18. Ferro, A. (2009). *Mind works: Technique and creativity in psychoanalysis*. London: Routledge.
19. Feldman, M. (1997). Projective identification: The analyst's involvement. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 227–241.
20. Freud, S. (1912). Recommendations to physicians practising psychoanalysis. SE 12: 111–120.
21. Gaburri, E. (1998). Il campo gruppale e la “non cosa” [The group field and the “nothing happened”]. In G. Rugi and E. Gaburri (eds.), *Campo gruppale* (pp. 3–24). Roma: Borla.

22. Gerson, B. (ed.) (1996). *The therapist as a person*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
23. Gill, M. (1983). The distinction between the interpersonal paradigm and the degree of the therapist's involvement. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 200–237.
24. Green, A. (1975). The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (On changes in the analytic practice and analytic experience). *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 1–22.
25. Green, A. (2005). *Key ideas for a contemporary psychoanalysis*. London: Routledge.
26. Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 81–84.
27. Hoffman, I. (1983). The patient as interpreter of the analyst's experience. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 389–421.
28. Kancyper, L. (2009). Adolescence as a dynamic field. In A. Ferro and R. Basile (eds.), *The analytic field: A critical concept* (pp. 81–105). London: Karnac.
29. Kantrowitz, I.L. (1986). The role of the patient—Analyst match in the outcome of psychoanalysis. *The Annual of Psychoanalysis*, 14, 273–297.
30. Kantrowitz, J.L. (1993). The uniqueness of the patient-analyst pair: Approaches for elucidating the analyst's role. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 893–904.
31. Kantrowitz, J.L. (1995). The beneficial aspects of the patientanalyst match: Factors in addition to clinical acumen and the therapeutic skill that contribute to psychological change. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 299–313.
32. Klauber, J. (1965). *Difficulties in the analytic encounter*. New York: Jason Aronson.
33. Levenson, E. (1989). Language and healing. In *Curative factors in dynamic psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
34. Levine, H. (1994). The analyst's participation in the analytic process. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 665–676.
35. McLaughlin, J.T. (1991). Clinical and theoretical aspects of enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 595–614.
36. Neri, C. (2009). The enlarged notion of the field in psychoanalysis. In A. Ferro and R. Basile (eds.), *The analytic field: A critical concept* (pp. 45–80). London: Karnac.
37. Ogden, T. (1991). Analysing the matrix of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 593–605.
38. Ogden, T. (1994). The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 3–19.
39. Ogden, T. (1997). Reverie and interpretation. *Psychoanalytic Quarterly*, 66, 567–595.
40. Ogden, T. (2005). The art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries. In T. Ogden (ed.), *This art of psychoanalysis* (pp. 1–18). London: Routledge.
41. Ogden, T. (2009). *Rediscovering psychoanalysis: Thinking and dreaming, learning and interrupted cries*. London: Routledge.
42. Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. London: Maresfield Library, 1985.
43. Rosenfeld, H. (1987). *Impasse and interpretation*. London: Tavistock Publications.
44. Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Journal of Psychoanalysis*, 3, 43–47.
45. Sopena, C. (2009). The dynamic field of psychoanalysis: A turning point in the theories of the unconscious. In A. Ferro and R. Basile (eds.), *The analytic field: A critical concept* (pp. 133–147). London: Karnac.
46. 147). London: Karnac.
47. Vassallo Torrigiani, M.G., & Marzi, A. (2005). When the analyst is physically ill: Vicissitudes in the analytical relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 1373–1189.
48. Werbart, A., & Levander, S. (2011). Vicissitudes of ideas of cure in analysands and their analysis: A longitudinal interview study. *International Journal of Psychoanalysis*, 92, 1455–1