

## **Современный психоанализ — смена парадигмы мышления**

В энциклопедической статье 1922 года Фрейд определил психоанализ как способ исследования психических процессов, иными путями недоступных, а также как метод лечения невротических расстройств, основанный на этом исследовании, использующий ряд понятий психологии, опирающихся на вышеназванные методы исследования и лечения. Таким образом, Фрейдом был заложен принцип неразрывной связи лечения и исследования. Как писал Фрейд: «Наша аналитическая процедура является единственной, где это драгоценное соединение непременно»<sup>1</sup>. Согласно определению науки, данному А. Пуанкаре, что «наука — это прежде всего некоторая классификация, способ сближать между собой факты, которые представляются разделенными, хотя они связаны некоторым естественным скрытым родством. Иными словами, наука есть система отношений»<sup>2</sup> — можно сказать, что Фрейд смог представить исследование бессознательных процессов психики на уровне научных возможностей своего времени. Однако впоследствии психоанализ столкнулся с многочисленными трудностями как в лечении пациентов, так и в деле обоснования истинности своих предпосылок, что привело к перманентному кризису теории и практики психоанализа.

Следует сказать, что предпосылки такого кризиса коренились уже в самих основах психоаналитического учения. Частично они коренились в личных взглядах Фрейда, частично — в недостатках научного знания того времени. Так, например, говоря о личности Фрейда, Э. Джонс писал: «Его великой силой,

хотя иногда также его слабостью, было совершенно необычное уважение, которое он питал к единичному факту... Завладевая простым, но важным фактом, Фрейд пытался доказать его универсальность или общность с другими фактами. Мысль о собирании статистических данных по каждому вопросу была для него неприемлема»<sup>3</sup>. Это приводило, в частности, к тому, что ряд своих постулатов Фрейд оценивал как незыблемые, а не как культурно и исторически обусловленные (такие, как эдипов комплекс, страх кастрации у мальчиков и т.п.). Частично это было обусловлено тем, что, как писала К.Хорни: «В XIX веке знание культурных различий было весьма скудным, и преобладающая тенденция заключалась в приписывании особенностей собственной культуры человеческой природе в целом»<sup>4</sup>. Развивающаяся таким образом психоаналитическая схематизация, тяготея к догматизации, распространялась затем на явления культуры и социальной жизни общества, порождая у профессионалов в этих областях возрастание недоверия к психоанализу как научному методу. Не случайно К.Хорни, подвергнувшая фундаментальной критике многие положения фрейдизма, в то же время отмечала, что «система теорий, постепенно создававшаяся Фрейдом, является настолько согласованной, что, однажды в ней укоренившись, уже становится сложно делать наблюдения, на которые бы не влиял его образ мышления»<sup>5</sup>. Данное состояние дел пагубно сказывалось и на клинической практике, и не могло не вызвать сопротивления. Так, например, Ганс Захс в своей полемической статье писал, что точкой отсчета должен быть опыт, а не систематическое обоснование, «иначе существует опасность возникновения пропасти между реальной техникой ... и теорией, которая, хотя и является в высшей степени разработанной, но остается бесплодной — с другой»<sup>6</sup>. Х.Хартманн в своей монографии «Эго-психология и проблемы адаптации», также утверждал, что «методология предупреждает нас, что в области, которая более доступна прямому наблюдению, чем реконструкции из психоанализа взрослых, мы должны избегать высказывания предположений, которые приходят в конфликт с наблюдениями поведения»<sup>7</sup>. Сама же К.Хорни считала, что «все те препятствия, которые Фрейд считает ответственными за терапевтические неудачи — такие, как глубина бессознательного чувства вины, нарциссическая недоступность, неизменность биологических влечений, — в действительности обусловлены ошибочными предпосылками, на которых построена его терапия»<sup>8</sup>.

Для такого мнения были определенные основания. Во-первых, разработанная Фрейдом техника «классического» анализа была предназначена лишь для лечения невротических пациентов. Всех остальных пациентов, не способных развивать поддающийся анализу невроз переноса, он исключил из числа показанных к анализу лиц. К тому же экспериментальный метод психоанализа отличался отсутствием систематических наблюдений, а его гипотезы часто формулировались таким образом, что были недоступны опытной проверке — дефект, фатальный для научного прогресса. Чего стоит, например, концепция «реактивного образования» в качестве психоаналитической гипотезы на все случаи. Ибо если результат противоречит ожидаемому, может быть использовано объяснение с помощью реактивного обоснования. Об этом дефекте психоаналитических теорий писал Г.Блюм: «Короче говоря, мы сталкиваемся с распространением якобы теорий и недостатком необходимой проверки... Еще большего осуждения заслуживает факт, что теории, казалось бы потенциально зрелые, даже не излагаются в систематической форме, способствующей исследованию»<sup>9</sup>. Во-вторых, Фрейд «никогда не развивал теорию доэдипова развития и его трудностей, которые бы дали структурное и динамическое понимание патогенных условий, лежащих в основе психотического и пограничного уровней психопатологии»<sup>10</sup>.

Известный финский психоаналитик В.Тэхкэ приводит ряд причин «взрослообразных» неверных истолкований в связи с трудностями, свойственными тем методам, посредством которых добывается психоаналитическое знание о раннем развитии. По его мнению, те предположения, которые приписывают психологические познания и функции новорожденному младенцу, относятся больше к области веры, нежели знания, и связаны с потребностью аналитиков понять мир опыта субъективно допсихологического младенца или тяжело больного психотического пациента, при неспособности постигать внутренний мир другого человека без восприятия его Собственного Я. Все это приводит, по мнению В.Тэхкэ, к так называемому «мифу первичного Собственного Я», повсеместно распространенному в психоаналитических теориях раннего развития психики, примеры действия которого представлены, например, «концепцией о частичных объектах; постулированием очень ранних форм тревоги или первичных проективных и интроективных механизмов; рассмотрением реакции улыбки младенца как социального фено

мена; постулатом о желании слиться с матерью; путанием хаоса с творчеством в хаотическом восприятии; полаганием, что посредством генетических интерпретаций можно приблизиться и вступить в контакт с человеком, регрессировавшим к допсихологическому существованию»<sup>11</sup>.

Кроме того, хотя со времени публикации «Я и Оно» (1923) Фрейд радикальным образом пересмотрел свою концепцию психического аппарата, перейдя от топографической точки зрения в понимании психических феноменов в сторону структурного подхода, тем не менее в «Очерке психоанализа» (1940) он вновь вернулся к обсуждению характеристик Бсз., Псз., Псз-Сз. В то же время с точки зрения структурной теории «центральная техническая проблема лежит не в раскрытии вытесненного, не в патогенной роли защитных механизмов, а, скорее, в анализе тех компромиссных образований, которые смогло создать Я»<sup>12</sup>. И результатом анализа будет успешное или адекватное разрешение конфликта, а не восстановление вытесненного воспоминания. Подобным же образом в современном психоанализе произошла модификация дуальной теории влечений, если не полный отказ от нее. Как писал Д.Боулби, созданная К.Лоренцом психо-гидравлическая модель инстинкта со своим резервуаром и аккумуляцией энергии, которая несет явное сходство с моделью разрядки влечений, выдвинутой Фрейдом, в настоящее время дискредитирована, «ибо она не только механически непродуманна, но и неспособна правильно интерпретировать данные. Многие эксперименты в последние годы продемонстрировали, что бихевиоральные паттерны прекращаются не потому, что у них иссякла некая гипотетическая энергия, но потому, что они были «приглушены» или «выключены»»<sup>13</sup>. В этой сфере идеи приручения влечения вновь уступают место модели взаимной адаптации, где единицей исследования становится диада младенец-мать, а не сам по себе младенец. Современные психоаналитики «все более едины в том, что при изучении психической жизни ребенка важна концепция межличностных и объектных отношений и что нельзя говорить об одном только младенце, поскольку и биология, и общество диктуют, что аффективная (инстинктивная) жизнь младенца должна регулироваться диадой мать-младенец. С этой точки зрения становится невозможным определить количество влечения или аффекта, ибо то, что является конституциональным, всегда и тотчас взаимодействует с поведением опекающего лица в смысле проявления этих на

клонностей»<sup>14</sup>. Известный американский психоаналитик Г.Блум также считает, что «в настоящее время не оправдано повторение пустых слов о специфической значимости в психоаналитических концепциях фактора конституции, который якобы продемонстрируют будущие исследования»<sup>15</sup>. Поэтому современные психоаналитики при исследовании обстоятельств возникновения психического заболевания будут искать изменения в окружении и в объектных отношениях, т.е. будут использовать клинический, а не метапсихологический способ объяснения.

Таким образом, возникает необходимость в расширении границ психоанализа, которую следует понимать как «потребность развить теорию и технику психоаналитического лечения для понимания и признания специфических терапевтических потребностей тех пациентов, которые не были способны развить психопатологию невротического уровня, ..., ибо недостаточно развитые структуры пограничных и психотических пациентов ... не позволяют самостоятельно контролировать регресс и, следовательно, делают их неспособными извлекать пользу из таких способствующих регрессу процедур классической техники, как метод свободных ассоциаций, положение лежа или визуальная недоступность аналитика. Недостаток дифференциации и интеграции индивидуальных репрезентаций объекта и Собственного Я не позволяет развитие терапевтического альянса отдельно от фазово-специфического продолжения задержанных в ранний период развития взаимодействий. Крайняя зависимость этих взаимодействий от объекта, как замены недостающих структур, делает невозможным для этих пациентов отказаться от детского объекта с помощью интерпретаций переноса и их проработки.

Поэтому ... многие основные процедуры и особенности классической техники могут быть или бесполезны, или опасны, или не применимы в терапевтическом взаимодействии с пациентами, страдающими более тяжелыми нарушениями, чем невроз»<sup>16</sup>.

Трудность получения психоанализом достоверных данных связана также с его интерпретативной природой, обусловленной тем, что объект исследования психоанализа — бессознательное — слоисто, и интерпретация должна обнаруживать эту множественность смыслов. Так, Н.С.Автономова выделяет три слоя бессознательного — животное бессознательное, групповое бессознательное и социальное бессознательное<sup>17</sup>, каждое из которых обладает своим качественным своеобразием, однако все они функционируют одновременно, взаимодействуя и взаимопро

никакая друг в друга. Имеется и дополнительная сложность, связанная с тем, что в «науках о человеке «теория» не есть случайный привесок: она участвует в конституировании объекта; она «конститутивна»: бес-сознательное как реальность неотделимо от моделей — топической, энергетической, экономической, которыми руководствуется теория. «Метапсихология», говоря словами самого Фрейда, это, если хотите, доктрина, но доктрина постольку, поскольку она делает возможным конституирование самого объекта: тогда доктрина является методом»<sup>18</sup>. Поэтому для более глубокого и точного отражения психоанализом своего предмета исследования требуются более глубокие и гибкие модели, т.е. концептуальный «прорыв», то или иное переосмысление понятий. В этой связи характерно высказывание В.Тэхэ, что хотя психические структуры традиционно понимаются большей частью как имеющие отношение к трем макроструктурам — Ид, Эго и Супер-эго, однако «со времени введения Гиллом концепции «микроструктур», которая дала статус структуры даже идеям и воспоминаниям, понимание психической структуры и «структурализации личности» стало значительно более гибким и продуктивным»<sup>19</sup>.

С точки зрения построения новых моделей психоанализа следует также отметить одну из самых современных версий психоанализа — интерсубъективный подход, создатели которого пытаются найти новый язык психоанализа, подвергая критическому переосмыслению основные психоаналитические концепции. Психоанализ, считают они, это наука об интерсубъективности, фокусом которой является взаимодействие наблюдателя и объекта наблюдения, а единственной реальностью, релевантной и доступной для психоаналитического исследования (т.е. эмпатии и интроспекции), является субъективная реальность пациента, субъективная реальность аналитика, а также психологическое поле, создаваемое в результате их взаимодействия. При этом они заменяют теорию «оптимальной фрустрации» Фрейда концепцией «оптимальной эмпатии», «оптимальной откликаемости», или аффективной настройки, считая, что «неустанная абстиненция со стороны аналитика может серьезно исказить терапевтический диалог, провоцируя бурные конфликты, которые являются в большей степени артефактом позиции терапевта, чем подлинной манифестацией изначальной психопатологии пациента»<sup>20</sup>. Авторы интерсубъективного подхода отказываются и от «археологической модели» психоанализа Фрейда, согласно которой психоанализ представлялся как техника раскапывания

бессознательного и прояснения все более глубоких его уровней, следуя которой придерживающиеся точки зрения Фрейда аналитики рассматривали свою работу в основном как реконструкцию того, что когда-то существовало, а затем было похоронено при помощи вытеснения. Согласно же авторам интерсубъективного подхода, «перенос — это не регрессия к предшествующей стадии, не смещение из прошлого, но скорее выражение продолжающегося влияния организующих принципов и образов, которые выкристаллизовались из ранних, формирующих переживаний пациента»<sup>21</sup>. Поэтому перенос рассматривается ими не как биологически детерминированная тенденция повторения прошлого, но скорее как проявление универсального психологического стремления организовывать опыт и конструировать смыслы.

Говоря о смене парадигмы мышления в современном психоанализе, следует также привести точку зрения выдающегося американского психоаналитика Хаймона Спотница о том, что под влиянием формулировок Фрейда по нарциссизму, при описании шизофрении, некоторые психоаналитики того времени «стали интересоваться феноменологией и абстрактными догмами, касающимися любви к себе, а также сексуальными проблемами, вместо того, чтобы изучать каждый случай в терминах межперсональных взаимоотношений, и, соответственно, проводить свои собственные исследования»<sup>22</sup>. По мнению Спотница, шизофрения является организованной психической ситуацией, структурно сложной, но психологически неуспешной защитой от деструктивного поведения, первичными факторами которой являются агрессия, защита объекта и принесение себя в жертву. Иными словами, мы имеем здесь дело с неразряженной энергией. Если ребенок во взаимоотношениях с матерью испытывает чрезмерную фрустрацию, и в то же самое время рассматривает ухаживающий объект (обычно мать) как крайне ценный, и поэтому делает все возможное, чтобы сдержать направленную против него агрессию, то такое ее накопление в застойном психическом аппарате обеспечивает оптимальное состояние для развития шизофренической реакции. Таким образом, по мнению Спотница, в основе шизофрении лежит не регрессия к стадии нарциссизма, как считал Фрейд, а крайне сильное побуждение разрушить фрустрирующий объект.

В заключение хотелось бы сказать, что предстоит еще большая и длительная работа для обретения психоанализом статуса научной теории, одной из фаз которой должна стать всесторон

няя оценка существующих концепций с целью выбора достойных для будущих исследований. При этом любые психоаналитические идеи должны восприниматься критически, что составляет необходимую предпосылку научного подхода. Кроме того, в исследованиях необходим комбинированный и системный подход. Таким образом, перед психоанализом, если он хочет обрести статус научной теории, стоят непростые задачи как в клинической, так и в теоретической областях. Однако, как считает А.М.Руткевич, даже если «психоанализ сохранит свою значимость лишь как искусство [сценического] понимания, этого будет достаточно для того, чтобы психоанализ мог играть свою роль эффективной психотерапии, то есть выполнять свою главную функцию, не претендуя ни на роль строгой науки, ни на роль оригинальной философской антропологии<sup>23</sup>.

## Примечания

- <sup>1</sup> 1927а, р.256. — Цит. по кн.: *Томэ Х., Кэхеле Х.* Современный психоанализ. Т. 1. М., 1996. С. 494.
- <sup>2</sup> *Пуанкаре А.* О науке. М., 1990. С. 358.
- <sup>3</sup> *Джонс Э.* Жизнь и творения Зигмунда Фрейда. М., 1997. С. 66–67.
- <sup>4</sup> *Хорни К.* Собрание сочинений: В 3 т. Т. 2. М., 1997. С. 31.
- <sup>5</sup> Там же. С. 4.
- <sup>6</sup> «Конечный и бесконечный анализ» Зигмунда Фрейда. М., 1998. С. 67.
- <sup>7</sup> *Хартманн Х.* Эго-психология и проблема адаптации. Гл. 4.
- <sup>8</sup> *Хорни К.* Указ. изд. Т. 2. М., 1997. С. 257.
- <sup>9</sup> *Блюм Г.* Психоаналитические теории личности. М., 1996. С. 25.
- <sup>10</sup> *Тэххэ В.* Психика и ее лечение. Гл. 6. Застой в психоаналитическом лечении.
- <sup>11</sup> Там же. Гл. 1. Дифференциация.
- <sup>12</sup> «Конечный и бесконечный анализ» Зигмунда Фрейда. М., 1998. С. 91.
- <sup>13</sup> *Булби Д.* Создание и разрушение нежных привязанностей. Лекция 2. Этологический подход к исследованию развития ребенка; Первоначально опубликована в *British Journal of Medical Psychology* (1957). Vol. 30. P. 230–40.
- <sup>14</sup> «Конечный и бесконечный анализ» Зигмунда Фрейда. М., 1998. С. 153–154.
- <sup>15</sup> *Блюм Г.* Психоаналитические теории личности. М., 1996. С. 93.
- <sup>16</sup> *Тэххэ В.* Психика и ее лечение. Гл. 6.
- <sup>17</sup> *Автономова Н.С.* К спорам о научности психоанализа // Антология российского психоанализа. Т. 2. М., 1999. С. 235–236.
- <sup>18</sup> *Рикер П.* Конфликт интерпретаций (Очерки о герменевтике). М., 1995. С. 154.
- <sup>19</sup> *Тэххэ В.* Психика и ее лечение. Гл. 1. Дифференциация.
- <sup>20</sup> *Столороу Р., Брандшафт Б., Аввуд Д.* Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. М., 1999. С. 26.
- <sup>21</sup> Там же. С. 59.
- <sup>22</sup> *Спотниц Х.* Современный психоанализ шизофренического пациента // Психоаналитический вестник. 1999. № 1 (7). С. 104.
- <sup>23</sup> *Руткевич А.М.* Глубинная герменевтика А.Лоренцера // Антология российского психоанализа. Т. 2, М., 1999. С. 470.