З. Фрейд. Техника психоанализ

Фрейд З.
Техника психоанализа / Пер. с нем. А.М. Боковикова. — М.: Академический Проект, 2008. — 292 с.— (Психологические технологии).

В эту книгу вошли работы, посвященные теоретическим и практическим проблемам психотерапии в целом и психоанализа в частности. Представленные в хронологической последователь ности работы позволяют проследить изменения психотерапев тической техники, применявшейся Фрейдом, от использования гипноза и катартического метода Брейера до создания им соб ственно психоаналитического метода. Особый интерес представ ляют собственные оценки Фрейда возможностей применения и эффективности психоаналитического метода.

I

УДК 159.9

ББК 88

© Боковиков А.М., перевод, 2008
© Оригинал-макет, оформление.
ISBN 978-5-8291-1035-2 Академический Проект, 2008

ПСИХИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ДУШЕВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ) (1890)

Психика — греческое слово и в немецком переводе звучит *Seele* [душа]. Следовательно, психическое лечение означает *душевное лечение.* Можно было бы подумать, что под этим понимается лечение болезненных проявлений ду шевной жизни. Однако значением данного слова это не яв ляется. Психическое лечение скорее означает: лечение ду шой, лечение — душевных или телесных нарушений — средствами, которые в первую очередь и напрямую воздей ствуют на душевное в человеке.

Таким средством является прежде всего слово, а слова являются также важным инструментом душевного лечения. Дилетант сочтет это, пожалуй, не очень понятным, что бо лезненные нарушения тела и души должны устраняться «простым» словом врача. Он будет думать, что его подозре вают в вере в колдовство. В этом он не так уж не прав; слова нашей повседневной речи представляют собой не что иное, как поблекшее колдовство. Однако нам придется пойти дальним окольным путем, чтобы сделать понятным, как это науке удается возвратить слову по меньшей мере часть его прежней волшебной силы.

Также и обученные науке врачи оценили значение душев ного лечения только в недавнее время. Это легко объяснить, если подумать о том, как проходило развитие медицины в последнее полстолетия. По прошествии довольно бесплодного времени зависимости от так называемой натурфилософии[1] медицина под счастливым влиянием естественных наук доби лась наибольшего прогресса как наука и как искусство, иссле довала строение организма из микроскопически малых единиц (клеток), научилась физически и химически понимать отдель ные жизненные отправления (функции), различать видимые и осязаемые изменения частей тела, являющиеся последствиями разных болезненных процессов, с другой стороны, обнаружи ла также признаки, по которым глубоко лежащие процессы болезни выдают себя у живого, кроме того, выявила множе ство органических возбудителей болезни и с помощью вновь обретенного понимания в исключительной степени

[1] *[Ср. с нею влиятельную в первой половине XIX века и связанную в первую очередь с именем Шеллинга школу (Bernfeld, 1944).]*

уменьшила опасность серьезных оперативных вмешательств. Все эти до стижения и открытия касались телесного у человека и, таким образом, вследствие неверного, но легко понятного направле ния мыслей привели к тому, что врачи ограничили свой интерес телесным, а заниматься душевным с радостью предоставили презираемым ими философам.

Правда, современная медицина имела достаточно пово дов изучать несомненно имеющуюся связь между телесным и душевным, но затем она никогда не упускала случая пред-, ставить душевное как обусловленное телесным и зависящим от него. Так, например, подчеркивалось, что умственная деятельность связана с наличием нормально развитого моз га, получающего достаточное количество питательных ве ществ, и при любом заболевании этого органа она наруша ется; то, что введение ядовитых веществ в циркулирующую кровь позволяет вызвать определенные состояния, харак терные для душевной болезни, или — по мелочи — что сновидения спящего изменяются в зависимости от раздра жителей, которыми в целях эксперимента на него могут воздействовать[2]. Отношение между телесным и душевным (как у животного, так и у человека) — это отношение вза имодействия, но другая сторона этого отношения, воздей ствие душевного на тело, в прежние времена снискало мало милости у врачей. Похоже, они боялись предоставлять не которую самостоятельность душевной жизни, как если бы тем самым они покинули почву научности.

Эта односторонняя направленность медицины на теле сное за последние полтора десятилетия постепенно претер пела изменение, непосредственной причиной которого яви лась медицинская практика. Дело в том, что имеется большое количество легких и тяжелых больных, которые своими жалобами и расстройствами предъявляют большие требова ния к искусству врачей, но у которых видимых и осязаемых признаков болезненного процесса нельзя обнаружить ни в жизни, ни после смерти, несмотря на весь прогресс в разви тии исследовательских методов научной медицины. Группа этих больных обращает на себя внимание богатством и мно гообразием картины болезни; они не могут

[2] *[См. «Толкование сновидений» (1900a), глава I, раздел B (1); Studienausgabe*, т. 2, с. 50 и далее.]* Здесь и далее все ссылки на статьи на немецком языке даются по изданию: Studienausgabe (in 11 Bde.). S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 1969–1975.

работать умствен но из-за головной боли или нарушения внимания, у них болят глаза при чтении, их ноги устают при ходьбе, тупо болят или немеют, их пищеварение расстроено неприятными ощу щениями, отрыжкой или спазмами желудка, для опорожне ния кишечника необходима подмога, сон исчез и т. д. Они могут иметь все эти недуги одновременно, или поочередно, ил.и только некоторую их подборку; очевидно, что во всех случаях это одна и та же болезнь. При этом признаки бо лезни зачастую изменчивы, они сменяют и замещают друг друга; тот же больной, который до сих пор был недееспо собен из-за головных болей, но имел довольно хорошее пищеварение, на следующий день может иметь свежую голову, но отныне плохо переносит большинство блюд. Также внезапно недуги покидают его при кардинальном изменении условий жизни; во время путешествия он может очень хо рошо себя чувствовать и без вреда для себя вкушать самую разную пищу, но вернувшись домой, снова вынужден ограничиться простоквашей. У некоторых этих больных наруше ние — боль или сходная с параличом слабость — может даже внезапно менять сторону тела, переходить с правой стороны на соответствующую область тела слева. Но у всех можно произвести наблюдение, что на симптомы недуга весьма отчетливо влияют волнение, душевные переживания, заботы и т. д., а также, что они могут исчезнуть, уступить место полному выздоровлению, не оставляя даже следов после того, как сохранялись долгое время.

Врачебное исследование в конце концов пришло к выводу, что таких лиц нельзя рассматривать и лечить как страдающих болезнью желудка или глазной болезнью и т. п., а что в их случае речь, должно быть, идет о страдании всей нервной системы. Однако исследование мозга и нервов таких больных до сих пор не позволило выявить никакого явного изменения, а некоторые особенности картины болезни

не дают даже основания ожидать, что когда-нибудь с помощью более тонких методов исследования удастся вы явить такие изменения, которые могли бы объяснить болезнь. Эти состояния назвали нервозностью (неврастенией, исте рией) и охарактеризовали их как просто «функциональный» недуг нервной системы. Впрочем, и в случае многих более стойких нервных страданий, а также таких, которые обна руживают только психические симптомы болезни (так на зываемые навязчивые идеи, бредовые идеи, умопомешатель ство), детальное исследование мозга (после смерти больного) оставалось безрезультатным.

Перед врачами встала задача исследовать природу и происхождение проявлений болезни у этих нервнобольных или невротиков. При этом затем было сделано открытие, что по меньшей мере у части этих больных симптомы недуга возникают исключительно в результате *измененного влия ния их душевной жизни на тело,* что, стало быть, ближай шую причину расстройства надо искать в душевном. Каковы более отдаленные причины расстройства, затронувшего ду шевную сферу, а теперь со своей стороны патогенно воздей ствует на телесное, — вопрос другой, и мы можем спокойно оставить его здесь без внимания. Однако врачебная наука нашла здесь привязку, чтобы в полной мере обратить свое внимание на пренебрегавшуюся до сих пор сторону во вза имоотношении между душой и телом.

Только изучая болезненное, учатся понимать нормаль ное. О влиянии душевного на тело всегда было известно многое, что только теперь предстало в правильном свете. Самым обыденным, постоянным и наблюдаемым у каждого человека примером воздействия души на тело служит так называемое *выражение душевных переживаний.* Почти все душевные состояния человека проявляются в напряжении и расслаблении мышц его лица, в выражении его глаз, крове наполнении его кожи, использовании его голосового аппа рата и в положении его конечностей, прежде всего рук. Как правило, эти сопутствующие телесные изменения не прино сят данному человеку никакой пользы, напротив, зачастую они препятствуют его намерениям, если он хочет скрыть от

[1] *Прим. изд. Ср. т. II, раздел X, 4-я глава [сборника «Здоровье», в котором сначала появилась эта работа Фрейда].*

других свои душевные процессы, но другим они служат надежными знаками, по которым можно сделать вывод о душевных процессах и которым доверяют больше, чем, ска жем, одновременным преднамеренным выражениям с по мощью слов. Если во время определенной душевной дея тельности человека удается подвергнуть более точному исследованию, то обнаруживаются дальнейшие телесные их последствия в изменениях его сердечной деятельности, з изменении распределения крови в его теле и т. п.

При определенных душевных состояниях, которые на зывают *«аффекты»,* причастность тела столь очевидна и столь велика, что некоторые исследователи души даже сочли, что сущность аффектов состоит исключительно в этих ее телесных проявлениях. Общеизвестно, какие чрезвы чайные изменения в выражении лица, в кровообращении, в выделениях, в состояниях возбуждения произвольных мышц, происходят под влиянием, к примеру, страха, гнева, душевного страдания, сексуального упоения. Меньше известны, но полностью подтверждены другие воздействия аф фектов на тело, которые уже не относятся к их выражению. Стойкие аффективные состояния неприятного или, как го ворят, «депрессивного» характера, такие, как печаль, беспокойство и горе, в целом уменьшают трофику тела, становятся причиной того, что волосы бледнеют, жир исчезает, а стенки кровеносных сосудов болезненным образом изменяются. И наоборот, можно увидеть, как под влиянием радостного возбуждения, «счастья», как все тело расцветает, а человек вновь обретает некоторые признаки молодости. Сильные аффекты, очевидно, имеют непосредственное отношение к сопротивляемости инфекционным заболеваниям; хороший пример этого - когда наблюдатели-медики указы вают, что склонность к инфекционным заболеваниям и к дизентерии у военнослужащих разбитой армии гораздо зна чительнее, чем у победителей. Однако аффекты, причем почти без исключения депрессивные, довольно часто сами по себе становятся причинами заболевания как для болезней нервной системы, сопровождающихся анатомически доказуемыми изменениями, так и для болезней других органов, при этом можно предположить, что данный человек уже до этого имел доселе не проявлявшееся предрасполо жение к этой болезни.

На уже образованные состояния болезни могут весьма значительно повлиять бурные аффекты, большей частью приводя к ухудшению, но хватает также примеров того, что сильный страх, внезапная печаль, вызванная своеобразной перестройкой организма, благотворно влияли на имеющее под собой основание болезненное состояние или даже его устраняли. То, что продолжительность жизни может быть значительно сокращена депрессивным аффектом, а также, что сильный страх, жгучая *«обида »* или стыд могут неожи данно положить конец жизни, не подлежит никакому со мнению; странным образом последнее воздействие иногда также наблюдается как последствие неожиданной большой радости.

Аффекты в узком смысле отличаются совершенно осо бым отношением к телесным процессам, но, строго говоря, все, душевные состояния, также и те, которые мы привыкли рассматривать как «мыслительные процессы», в известной степе ни являются *«аффективными»,* и ни один из них не лишен телесных проявлений и способности изменять телесные процессы. Даже при спокойном мышлении с помощью «представ лений» в соответствии с содержанием этих представлений к гладким и полосатым мышцам постоянно отводятся возбуж дения, и это может отчетливо проявляться через их увеличе ние и дать объяснение некоторым бросающимся в глаза, более того, мнимым «сверхъестественным» явлениям. Так, напри мер, так называемое *угадывание мыслей* объясняется слабы ми, непроизвольными мышечными движениями, которые со вершает «медиум», когда вместе с ним проводят опыт, скажем, позволяют ему вести себя за собой, чтобы отыскать спрятан ный предмет. Все это явление скорее заслуживает названия *«разглашение мыслей ».*

Процессы воли и внимания точно так же способны глубо ко влиять на телесные процессы и играть важную роль при телесных болезнях в качестве способствующего или сдер живающего фактора. Один великий английский врач расска зал о себе, что в любой части тела, на которую он хочет направить свое внимание, ему удается вызывать разнообраз ные ощущения и боль, и большинство людей, по-видимому, ведет себя так же, как он. При оценке болей, которые обыч но относят к телесным явлениям, вообще необходимо учи тывать их совершенно отчетливую зависимость от душевных

условий. Дилетанты, которые склонны обозначать такие душевные влияния словом «воображение», обычно мало считаются с болями, возникающими вследствие воображе ния, в противоположность болям, вызванных повреждени ем, недугом или воспалением. Но это представляет собой явную несправедливость; какой бы ни была причина болей, также и воображение, сами боли не становятся из-за этого менее реальными и менее сильными.

Подобно тому, как боли порождаются или усиливаются благодаря обращению внимания, точно так же они исчезают при отвлечении внимания. Этот опыт можно использовать в общении с любым ребенком, чтобы его успокоить; взрослый воин не испытывает боли в пылу борьбы; мученик, возбуж денный своим религиозным чувством, всеми своими помысла ми обращенный на маячащее ему небесное вознаграждение, весьма вероятно, становится совершенно невосприимчивым к боли, причиняемой его мучениями. Подтвердить примерами влияние воли на процессы болезни тела менее просто, одна ко вполне возможно, что намерение выздороветь или жела ние умереть само по себе имеет значение для исхода тяже лых и внушающих опасение заболеваний.

Больше всего на наш интерес может претендовать ду шевное состояние ожидания, посредством которого может пробудиться ряд самых действенных душевных сил, способ ных привести к заболеванию и избавлению от телесных страданий. Несомненно, тревожное ожидание не является чем-то не имеющим значения для результата; было бы важ но со всей определенностью знать, действительно ли оно делает для заболевания так много, как это ему приписывают, соответствует ли правде, к примеру, то, что во время господства эпидемии наибольшей угрозе подвергаются те, кто опасается заболеть. Противоположное состояние, пре исполненное надежды *доверчивое ожидание,* представляет собой действующую силу, с которой, строго говоря, нам нужно считаться всегда, когда мы предпринимаем попытку лечения и исцеления. Иначе мы не смогли бы объяснить себе особенности воздействий, которые мы наблюдаем при при еме медикаментов и при врачебном вмешательстве. Но ощутимее всего влияние *доверчивого ожидания* проявляется в случаях так называемого чудодейственного излечения, ко торое еще и сегодня совершается на наших глазах без помощи

врачебного искусства. Настоящее чудодейственное излечение происходит у верующих под влиянием мероприятий, пригодных для того, чтобы усилить религиозные чувства, то есть в местах, где почитается чудотворная икона, где сынам человеческим показали святую или божественную особу и обещали им послабление в качестве вознаграждения за поклонение или где, словно сокровище, хранятся реликвии свя того. Но самой по себе религиозной вере, по-видимому, непросто вытеснить[1] болезнь на пути ожидания, ибо при чудодейственном излечении в большинстве случаев имеют место и другие мероприятия. Времена, в которые ищут божьей милости, должны характеризоваться особыми отношениями; тяжелые физические невзгоды, которым подвергает себя больной, тяготы и жертвы паломничества должны удостоить его особой милостью.

Было бы удобно, но совершенно неправильно просто-напросто отказаться поверить в эти чудодейственные исце ления, а рассказы о них объяснить совпадением лжи во спасение и неточности наблюдения. Сколь бы часто такая попытка объяснения ни была верной, сам факт чудодействен ных исцелений она все-таки отменить не в силах. Они дей ствительно имеют место, случались во все времена и касают ся не только недугов душевного происхождения, имеющих, стало быть, свои причины в «воображении», на которое как раз и могут особенно повлиять условия паломничества, но и «органически» обоснованных болезненных состояний, ко торые раньше оказывали сопротивление всем врачебным усилиям.

И все же привлекать для объяснения чудодейственных исцелений какие-либо другие силы, кроме душевных, нет никакой необходимости. Воздействия, которые можно было бы счесть непонятными для наших познаний, также и при этих условиях не обнаруживаются. Все происходит есте ственно; более того, сила религиозной доверчивости получа ет здесь подкрепление благодаря нескольким сугубо челове ческим факторам. Благочестивая вера отдельного человека возрастает благодаря воодушевлению толпы, в окружении

[1] *[Разумеется, это слово не следует здесь понимать в психоанали тическом смысле, так как данная работа относится к тому времени, когда концепция «вытеснения» никакой роли в теориях Фрейда еще не играла.]*

которой он обычно приближается к святым местам. В ре зультате такого воздействия масс все душевные побужде ния отдельного человека могут чрезмерно усилиться. Если же отдельный человек ищет исцеления в обители, то влия ние многолюдья заменяет репутация, престиж этого места, то есть здесь снова воздействует лишь власть толпы. Это влияние дает о себе знать еще и другим способом. Посколь ку известно, что божья милость всегда достается лишь еди ницам из многих, кто ее добивается, каждому хочется ока заться среди тех, кого выделили и избрали; на помощь набожной доверчивости приходит дремлющее у каждого честолюбие. Там, где взаимодействует так много сил, нам не следует удивляться, если порой цель действительно дости гается.

Также и неверующим нет надобности отказываться от чудодейственного исцеления. Престиж и массовое воздей ствие вполне заменяют им религиозную веру. Всегда имеют ся модные виды лечения и модные врачи, особенно подчи няющие себе общество аристократов, в котором стремление превосходить друг друга и подражать самым знатным пред ставляет собой мощнейшую движущую силу души. Такие модные виды лечения оказывают целебное действие, кото рое не относится к их сфере власти, а те же самые средства в руках модного врача, ставшего, скажем, известным как помощник выдающейся личности, дают значительно боль ший эффект, чем тот, которого могут добиться другие вра чи. Таким образом, подобно чудотворцам-богам существуют и чудотворцы-люди; разве что благосклонность моды и под ражания снискавшим уважение людям ими быстро растра чивается, что соответствует природе действующих на их стороне сил.

Понятная неудовлетворенность зачастую недостаточной помощью врачебного искусства, возможно, также внутрен ний протест против гнета научного мышления, которое от ражает человеку непреклонность природы, создавали во все времена и в наши дни снова необычное условие целебной силы людей и лечебных средств. Доверчивому ожиданию лишь хочется восстановить себя, если помощник — не врач и может похвалиться, что ничего не смыслит в научном обосновании врачевания, если средство не было проверено путем тщательных испытаний, а, скажем, пользуется хорошей

репутацией в народе. Отсюда изобилие форм врачевания природными лечебными средствами и соответствующих цели телей, которые и теперь тоже снова оспаривают у врачей за нятие их профессией и про которых мы можем по меньшей мере с некоторой уверенностью сказать, что они гораздо чаще вредят ищущим излечения, чем помогают. Если у нас здесь имеется основание пенять на доверчивое ожидание больных, то все же мы не вправе быть настолько неблагодарными, что бы забыть, что та же самая сила непрерывно поддерживает также и наши собственные врачебные усилия. Вероятно, воз действие каждого лечебного средства, назначаемого врачом, любого предпринимаемого им вмешательства состоит из двух компонентов. Один из них, который то больше, то меньше и которым никогда нельзя полностью пренебрегать, состав ляет психическое поведение больного. Доверчивое ожида ние, с которым он встречает непосредственное влияние вра чебных мер, с одной стороны, зависит от величины его собственного стремления к выздоровлению, с другой сторо ны, от его веры в то, что он сделал для этого правильные шаги, то есть от его уважения врачебного искусства в целом, далее от силы, которой он наделяет личность своего врача, и даже от чисто человеческой симпатии, которую у него вызвал врач. Есть врачи, которым способность завоевывать доверие боль ных присуща в более высокой степени, чем другим; в таком случае больной часто испытывает облегчение уже тогда, когда видит входящего в комнату врача.

Испокон веков, в давние времена еще активнее, чем сегодня, врачи занимались душевным лечением. Если под душевным лечением мы понимаем старания вызвать у боль ного наиболее благоприятные для исцеления душевные со стояния и условия, то этот вид врачевания в историческом отношения является самым старым. Древние народы едва ли располагали чем-то другим, нежели психическое лечение; они также никогда не упускали возможности подкрепить дей ствие целебных напитков и лечебных мероприятий настоя тельным душевным лечением. Применение известных маги ческих формул, гигиенические ванны, вызывание пророческих сновидений при помощи сна в помещении храма и пр. могли воздействовать только душевным путем. Сама личность врача создавала себе уважение, проистекавшее непосредственно из божественной силы, поскольку в самом начале врачевание

являлось прерогативой жрецов. Таким образом, персона врача тогда, как и сегодня, была одним из основных факто ров достижения благоприятного для исцеления душевного состояния у больного.

Теперь мы начинаем понимать также «магию» слова. Слова — это важнейшие посредники для влияния, которое человек хочет оказать на другого; слова — хорошее сред ство, чтобы вызвать душевные изменения у того, кому они адресуются, и поэтому уже не звучит загадочно, когда утверждают, что магия слова может устранить болезненные явления, особенно такие, которые сами обусловлены душев ными состояниями.

Всем душевным влияниям, оказавшимся действенными для устранения болезней, присуще нечто непредсказуемое. Аф фекты, добрая воля, отвлечение внимания, доверчивое ожи дание — все это силы, которые порой упраздняют заболева ние, а в других случаях отказываются это делать, но при этом ответственность за разный результат нельзя возлагать на при роду болезни. Речь, очевидно, идет о самоуправстве столь разных в психическом отношении личностей, которое стоит на пути регулярности успеха лечения. С тех пор как врачам стало понятно значение душевного состояния для излечения, они уже старались не отдавать на откуп больному ту степень душевного содействия, которая могла у него возникнуть, а целенаправленно подходящими средствами добивались бла гоприятного душевного состояния. С этих усилий берет свое начало современное *душевное лечение.*

Таким образом, получается огромное множество методов лечения, одни из которых совершенно естественны, другие называются доступными пониманию только на основании запутанных предположений. Совершенно естественным явля ется, скажем, то, что врач, который сегодня уже не может вызывать восхищение как жрец или человек, владеющий тайной наукой, держит себя как личность таким образом, что может завоевать доверие и часть расположения своего боль ного. В таком случае то, что такой результат достигается им лишь с ограниченным числом больных, тогда как других в силу их уровня образования и расположения привлекают другие врачи, служит целесообразному распределению. *С упраздне нием же свободного выбора врачей важное условие для ду шевного влияния на*

больных исчезает.

Врач вынужден отказаться от целого ряда очень дей ственных психических средств. Он либо не имеет власти, либо не вправе позволить себе ее применять. Прежде всего, это относится к вызыванию сильных аффектов, то есть к важ нейшим средствам, с помощью которых душевное воздей ствует на телесное. Зачастую судьба лечит болезни сильным радостным возбуждением, удовлетворением потребностей, исполнением желаний; с нею врач, который за пределами своего искусства сам часто бывает бессилен, состязаться не может. В его власти скорее порождать в лечебных целях ужас и страх, но он должен будет хорошенько подумать — если только речь не идет о детях — стоит ли прибегать к таким обоюдоострым мерам. С другой стороны, все отноше ния с больным, связанные с нежными чувствами, для врача исключаются из-за жизненного значения этих состояний души. И, таким образом, полнота его власти в смысле душевного изменения его больных с самого начала показалась бы столь ограниченной, что намеренно предпринятое душев ное лечение не сулило бы никакого преимущества в сравнении с предыдущим способом.

Врач, скажем, может попытаться управлять волевой деятельностью и вниманием больного и при различных бо лезненных состояниях имеет для этого хороший повод. Если он настойчиво заставляет того, кто считает себя парализо ванным, совершать движения, которые для больного якобы невозможны, или в случае тревожного человека, который требует, чтобы его исследовали из-за явно не существую щей болезни, отказывает в этом исследовании, то он выби рает правильное лечение; но эти отдельные случаи едва ли дают право выставлять душевное лечение в качестве особого лечебного метода. Напротив, своеобразным и непредсказу емым путем врачу представилась возможность оказать глу бокое, хотя и временное влияние на душевную жизнь своих больных и использовать его в лечебных целях.

С давних времен было известно, но только в последние десятилетия перестало вызывать какие-либо сомнения, что с помощью определенных мягких воздействий человека можно ввести в совершенно необычное душевное состояние, которое имеет большое сходство со сном и поэтому обозна чается как *гипноз.* Способы введения в гипнотическое состо яние на первый взгляд имеют не так много общего.

Можно гипнотизировать, побуждая человека несколько минут под ряд не сводя глаз следить за блестящим предметом, или в течение такого же времени у уха испытуемого держать кар манные часы, или несколько раз, держа собственные руки горизонтально, с близкого расстояния провести ими над его лицом и конечностями. Но этого же можно достичь, если человеку, которого хотят загипнотизировать, спокойно и уверенно сообщить о наступлении гипнотического состоя ния и о его особенностях, то есть «внушить» ему гипноз. Можно также объединить оба метода. Например, предло жить человеку сесть, один палец держать перед его глазами, попросить неподвижно на него глядеть, а затем сказать: «Вы чувствуете себя усталым. Ваши глаза закрываются, вы не можете держать их открытыми. У вас отяжелели конечно сти, вы не можете больше двигаться. Вы засыпаете» и т. д., И все же надо заметить, что общим для всех этих методов является приковывание внимания; что касается методов, приведенных первыми, речь идет об утомлении внимания с помощью слабых и равномерных раздражителей органов чувств. Как получается, что простое внушение вызывает точно такое же состояние, как и при других методах, — это пока еще удовлетворительным образом не объяснено. Опыт ные гипнотизеры указывают, что таким способом достигали явного гипнотического изменения примерно у 80 процентов испытуемых. Однако нет никаких признаков, по которым можно было бы заранее догадаться, каких лиц можно загипнотизировать, а каких — нет. Болезненное состояние к условиям гипноза отнюдь не относится, нормальные люди особенно легко позволяют себя загипнотизировать, а среди нервнобольных какая-то часть поддается гипнозу с огром ным трудом, тогда как душевнобольные полностью ему недоступны. Гипнотическое состояние имеет разные градации; вето самой легкой степени гипнотизируемый ощущает лишь нечто похожее на легкое оцепенение, высшая степень, харак теризующаяся весьма необычными проявлениями, называется *сомнамбулизм* из-за его сходства со *снохождением,* наблю даемым как естественное явление. Однако гипноз — это от нюдь не сон, подобный нашему ночному сну или искусст венному сну, вызванному снотворным. В нем возникают изменения, и при нем сохраняются результаты душевной заботы, которые у нормального сна отсутствуют.

Некоторые явления гипноза, например, изменения мы шечной деятельности, имеют только научный интерес. Но самая существенная и для нас самая важная особенность гипноза состоит в поведении гипнотизируемого по отноше нию к своему гипнотизеру. Если по отношению к внешнему миру гипнотизируемый обычно ведет себя, как спящий, то есть вместе со всеми своими органами чувств от него отво рачивается, то для человека, который ввел его в гипноз, он остается *бодрствующим,* только его слышит и видит, пони мает его и ему отвечает. Это явление, которое в гипнозе называют *раппортом,* находит соответствие в том, как спят иные люди, например, мать, кормящая своего ребенка[1]. Оно настолько бросается в глаза, что должно помочь нам понять отношения между гипнотизируемым и гипнотизером.

Однако то, что мир загипнотизированного, так сказать, ограничен гипнотизером, — отнюдь не единственное. К этому добавляется то, что первый становится совершенно послуш ным последнему, *уступчивым и доверчивым,* причем при глу боком гипнозе почти безгранично. И теперь в проявлении этого послушания и этой доверчивости как особенность гипноти ческого состояния обнаруживается, что влияние душевной жизни на телесное у загипнотизированного человека исклю чительно велико. Когда гипнотизер говорит: «Вы не можете двигать своей рукой », — рука, словно неподвижная, опуска ется; загипнотизированный явно напрягает все свои силы, но двигать ею не может. Когда гипнотизер говорит: «Ваша рука совершает движения сама по себе, вы не можете ее удер жать», — эта рука начинает двигаться, и видно, как за гипнотизированный предпринимает тщетные усилия, чтобы ее обездвижить. Представление, которое гипнотизер передал загипнотизированному с помощью слова, вызвало у него именно то душевно-телесное поведение, которое соответствует его содержанию. В этом, с одной стороны, проявляется послуша ние, но с другой стороны — усиление влияния идеи на тело. Слово и в самом деле стало здесь снова магией.

То же самое в области восприятий органами чувств. Гипнотизер говорит: «Вы видите змею, вы чуете запах розы,

[1] *[См. в связи с этой темой некоторые замечания в «Толковании сновидений» (Freud, 1900a), например, в главе V, раздел B; Studienausgabe, т. 2, с. 231.]*

вы слышите самую прекрасную музыку», — и загипнотизи рованный видит, чует запах, слышит так, как этого требует от него внушенное представление. Откуда известно, что у загипнотизированного действительно есть эти восприятия? Можно было бы подумать, что он просто-напросто притво ряется; но все же нет причин сомневаться в этом, ибо он ведет себя в точности так, как если бы оно действительно у него было, проявляет все соответствующие аффекты, при определенных обстоятельствах может также рассказать после гипноза о своих воображаемых восприятиях и пере живаниях. В таком случае становится ясно, что он видел и слышал так, как видим и слышим мы в сновидении, то есть что он *галлюцинировал.* Очевидно, что он настолько дове ряет гипнотизеру, что *убежден:* если гипнотизер сообщает ему о змее, то ее нужно увидеть, и это убеждение так сильно воздействует на телесное, что он действительно видит змею; впрочем, такое порой случается и с людьми, которые ее были загипнотизированы.

Попутно заметим, что такая доверчивость, которую загипнотизированный проявляет к своему гипнотизеру, по мимо гипноза, в настоящей жизни встречается лишь *у ре бенка по отношению к любимым родителям,* и подобная установка собственной душевной жизни по отношению к ду шевной жизни другого человека с подобным подчинением имеет один-единственный, но полноценный эквивалент в некоторых *любовных отношениях,* которые характеризуются полной преданностью. Совпадение исключительного уважения и доверчивого послушания вообще составляет одну из характеристик любви[1].

О гипнотическом состоянии надо рассказать кое-что еще. Речь гипнотизера, выражающая описанные магические воз действия, называется суггестией, и стало привычным упот реблять это название также и там, где вначале присутствует только намерение произвести такое воздействие. Подобно движению и ощущению, также и все остальные виды душевной деятельности загипнотизированного повинуются суггестии, и в то же время, как правило, он не может ничего

[1] *[Спустя многие годы в главе VIII работы «Психология масс и анализ Я» (1921c), Studienausgabe, т. 9, с. 104-108, Фрейд еще раз вернулся к этой теме.]*

предпринять по собственной инициативе. Гипнотическое по виновение можно использовать в ряде в высшей степени уди вительных опытов, позволяющих заглянуть в глубинные ме ханизмы психики и создающих у зрителя неизгладимое впечатление, вынуждая его убедиться во власти душевного над телесным. Подобно тому как загипнотизированного можно заставить увидеть то, чего в данный момент не существует, точно так же можно ему запретить видеть то, что в данный момент присутствует и навязывается его органам чувств, на пример определенного человека (так называемая негативная галлюцинация), и этот человек затем обнаружит, что едва ли способен привлечь к себе внимание загипнотизированного с помощью каких-либо раздражителей; тот будет относиться к нему как к «пустому месту». Загипнотизированному можно внушить произвести некоторое действие только через определенное время после выхода из гипноза (постгипнотическое внушение), и загипнотизированный придерживается этого времени и в бодрствующем состоянии совершает внушенное действие, не будучи способным указать его причину. Если его спросить, почему он сейчас это сделал, то он сошлется либо на смутный позыв, которому он не смог воспротивиться, либо выдумает более или менее подходящий предлог, но истинную причину, внушение, которому он подвергся, не вспомнит.

Пробуждение от гипноза происходит без труда благо даря властному слову гипнотизера: «Проснитесь». В случае очень глубокого гипноза все, что переживалось во время гипноза под влиянием гипнотизера, затем не помнится. Эта часть душевной жизни словно остается отделенной от ос тальной. У других загипнотизированных людей имеется рас плывчатое воспоминание, а еще другие, хотя и все помнят, тем не менее сообщают, что испытывали психическое давле ние, которому не могли сопротивляться.

Научную выгоду, которую принесло врачам и исследо вателям души знакомство с гипнотическими феноменами, трудно переоценить. Но чтобы теперь понять практическое значение новых фактов, поставим на место гипнотизера вра ча, на место загипнотизированного — больного. Не кажется ли вам, что гипноз призван удовлетворить все потребности врача, если он хочет выступать в качестве «врачевателя души» по отношению к больному? Гипноз наделяет врача автори тетом, которым, наверное, никогда не обладал священник

или чудотворец, поскольку он сосредоточивает все душев ные интересы загипнотизированного на персоне врача; он упраздняет самоуправство душевной жизни больного, в ко тором мы распознали своенравную помеху для проявления душевных влияний на тело; по существу он увеличивает власть душевного над телесным, что в остальных случаях наблюдается лишь при самых сильных аффективных воз действиях, а благодаря возможности только потом, в нормальном состоянии, проявляться тому, что было внушено больному в гипнозе (постгипнотическое внушение), он дает врачу в руки средство использовать свою огромную власть во время гипноза для изменения больного в бодрствующем состоянии. Таким образом, мы имеем перед собой простой образец способа излечения посредством душевного лечения. Врач вводит больного в состояние гипноза, внушает ему, меняя в зависимости от обстоятельств формулу, что он не болен, что после пробуждения он не будет испытывать никаких признаков своего недуга, затем разбудит его и бу дет вправе надеяться, что суггестия сделала что ей положе но по отношению к болезни. Этот метод, если, скажем, однократное его применение не принесло достаточной пользы, можно было бы повторить необходимое число раз. От самого применения такого многообещающего метода лечения врача и пациента могло бы удержать единственное сомнение. А именно, если бы получалось так, что польза от введения в гипноз нивелировалась бы вредом в другом отношении, например, последующим стойким нарушением или ослаблением в душевной жизни загипнотизированного. По лученного ранее опыта уже достаточно для того, чтобы устранять это сомнение; единичные гипнотические вмеша тельства полностью безопасны, и даже часто повторяюще еся гипнотическое воздействие в целом безвредно. Нужно подчеркнуть только одно: там, где обстоятельства делают необходимым постоянное применение гипноза, возникают привыкание к гипнозу и зависимость от гипнотизирующего врача, которые не могут входить в намерения лечебного метода.

Гипнотическое лечение теперь действительно означает существенное расширение сферы власти врача и тем самым прогресс искусства исцеления. Можно дать каждому больному совет довериться этому искусству, если им занимается

сведущий и достойный доверия врач. Но гипнозом должны были пользоваться и другим способом, чем это чаще всего происходит сегодня. Обычно к этому способу лечения при бегают только тогда, когда все остальные средства подвели, больной отчаялся и помрачнел. Тогда покидают своего вра ча, который не может загипнотизировать или этим не зани мается, и обращаются к постороннему врачу, который, как правило, ничего другого не делает и не умеет делать, кроме как гипнотизировать. И то и другое нехорошо для больного. Домашний врач должен быть сам знаком с гипнотическим методом лечения и применять его с самого начала, если счи тает случай и человека пригодными для него. Там, где гип ноз вообще применим, он должен быть равноценен другим методам лечения и не означать последнего убежища или даже переход от научности к шарлатанству. Однако гипноти ческий метод лечения пригоден не только при всех нервных состояниях и нарушениях, возникших вследствие «вообра жения», а также для отучения от нездоровых привычек (алкоголизм, морфинизм, половые извращения), но и при многих органических заболеваниях, даже воспалительных, где имеется перспектива при дальнейшем существовании основного недуга устранить его признаки, в первую очередь беспокоящие больного, такие как боли, двигательная затор моженность и т. п. Выбор случаев для применения гипноти ческого метода целиком зависит от решения врача.

Теперь, однако, пора рассеять впечатление, будто бы с появлением вспомогательного средства в виде гипноза для врача наступило время приятного чудотворства. Необходимо учесть еще разнообразные обстоятельства, пригодные для того, чтобы существенно снизить наши претензии к гипнотическому лечебному методу и, скажем, свести пробудившиеся у боль ного надежды к их оправданной степени. Прежде всего ока зывается несостоятельной одна главная предпосылка, что с помощью гипноза больного удалось бы лишить приводящего к нарушениям самоуправства в своем психическом поведении. Они сохраняют его и доказывают это уже своим отношени ем к попытке их загипнотизировать. Когда выше было ска зано, что примерно 80 процентов людей подвластны гипно зу, то это большое число появилось лишь благодаря тому, что все случаи, где отмечается какой-либо след влияния, были причислены к положительным случаям. На самом деле

случаи глубокого гипноза с полной покорностью, какой при описании выбирают в качестве образца, собственно говоря, редки, во всяком случае не настолько часты, как это было бы желательно в интересах лечения. Можно опять ослабить впечатление от этого факта, подчеркнув, что глубина гипно за и покорность внушениям не всегда шагают в ногу друг с джутом, а потому при легком гипнотическом оглушении не редко все-таки можно наблюдать хорошее воздействие суг гестии. Но даже если саму по себе гипнотическую покор ность считать более важной особенностью состояния, необходимо признать, что отдельные люди проявляют свое своеобразие в том, что на них можно влиять только до определенной степени уступчивости, на которой они тогда ос танавливаются. Стало быть, отдельные люди обнаруживают очень разную степень пригодности для гипнотического лечебного метода. Если бы удалось найти средство, благодаря которому можно было бы все эти особые ступени гипнотического состояния довести до полного гипноза, то своеобразие больных снова было бы упразднено, был бы осуществлен идеал душевного лечения. Но до сих пор такого достижения добиться не удалось; по-прежнему гораздо больше от больного, нежели от врача, зависит, какая степень покорности будет предоставлена в распоряжение суггестии, то есть опять-таки все упирается в добрую волю больного.

Еще важнее другая точка зрения. Когда изображают в высшей степени удивительные успехи суггестии в гипноти ческом состоянии, легко забывают о том, что здесь, как и при любых душевных воздействиях, речь также идет об отношениях величин или сил. Если здорового человека вво дят в глубокий гипноз и теперь велят ему грызть картофель, который представляют ему как грушу, или внушают ему, что он видит знакомого, которого должен поприветствовать, то можно будет легко увидеть полную покорность, поскольку у гипнотизированного нет никакой серьезной причины, из-за которой он мог бы воспротивиться суггестии. Но уже при других поручениях, когда, например, обычно стыдливую девушку просят обнажиться или честного мужчину — с помощью кражи присвоить какой-нибудь ценный предмет, то можно заметить сопротивление у загипнотизированного, которое может даже зайти столь далеко, что он откажется подчиняться внушению. Из этого становится ясно, что в

наилучшем гипнозе суггестия осуществляет не безграничную власть, а только власть определенной силы. Маленькие жертвы загипнотизированный человек приводит, от больших, в точности как в бодрствовании, воздерживается. Если же приходится иметь дело с больным и с помощью суггестии его побуждают к отказу от болезни, то можно заметить, что для него это означает большую, а не маленькую жертву. Хотя власть суггестии и тогда тоже тягается с силой, создавшей и удерживающей болезненные явления, но опыт показыва ет, что последняя — совершенно иного порядка величина, чем гипнотическое влияние. Тот же самый больной, кото рый уступчиво мирится с любой — напрямую не предосуди тельной — ситуацией во сне, которую ему внушают, может оставаться совершенно упрямым к внушению, которое, ска жем, лишает его воображаемого паралича. На практике приходят еще и к тому, что именно нервнобольные в боль шинстве случаев плохо поддаются гипнозу, так что борьбу с огромными силами, благодаря которым болезнь закрепля ется в душевной жизни, приходится вести не полному гип нотическому влиянию, а только его частице.

Стало быть, победа над болезнью не гарантирована суггестии заранее, если когда-то удался гипноз и даже глу бокий гипноз. В таком случае по-прежнему необходима борьба, а исход ее очень часто оказывается неизвестен. Поэтому с серьезными расстройствами душевного проис хождения при помощи одноразового гипноза ничего поде лать нельзя. Однако с повторением гипноза впечатление чуда, к которому, возможно, приготавливался больной, пропадает. В таком случае можно добиться того, что при повторных гипнозах недостающее вначале влияние болезни будет становиться все более отчетливым, пока, наконец, не будет достигнут удовлетворительный результат. Но такое гипнотическое лечение может проходить с таким же трудом и отнимать много времени, как и какое-либо другое.

Другой способ, каким выдает себя относительная сла бость суггестии в сравнении со страданием, которое требу ется одолеть, состоит в том, что хотя суггестия и упраздня ет болезненные явления, но только на короткое время. По истечении этого времени симптомы недуга появляются сно ва, и их вновь приходится изгонять посредством повторного гипноза с суггестией. Если эта последовательность повторяется

достаточно часто, то обычно терпение больного, равно как и терпение врача, исчерпывается, и это влечет за собой отказ от гипнотического лечения. Также и в этих случаях у больного обычно возникают зависимость от врача и своего рода пристрастие к гипнозу.

Хорошо, если больной знает эти недостатки гипноти ческого лечебного метода и о возможности разочарования при его применении. Целебная сила гипнотического внуше ния является чем-то фактическим, она не нуждается в чрез мерном расхваливании. С другой стороны, нетрудно понять, почему врачи, которым гипнотическое душевное лечение сулило намного больше, чем смогло выполнить, без устали будут искать другие методы, которые обеспечивают более радикальное или менее непредсказуемое воздействие на душу больного. Можно с уверенностью ожидать, что целенаправ ленное современное душевное лечение, которое, в сущнос ти, представляет собой совсем недавнее возрождение ста рых лечебных методов, даст врачам в руки еще гораздо более сильное оружие для борьбы с болезнью. Более глубокое понимание процессов душевной жизни, зачатки которого покоятся как раз на опыте использования гипноза, укажет средства и пути к этому[1].

[1] *(См. сочинения Фрейда о гипнозе и суггестии в G. W., дополнительный том, с. 103-178.]*

О ПСИХОТЕРАПИИ ИСТЕРИИ (1895)

[Из «Этюдов об истерии» 1893-1895]

В «Предварительном сообщении»[1] мы указали, что в ходе исследования этиологии истерических у нас также появился терапевтический метод, который мы считаем важ ным в практическом отношении. *«К нашему величайшему удивлению, мы перво-наперво обнаружили, что если у больного удавалось пробудить совершенно отчетливые воспоминания о событиях, послуживших причиной болез ни, вызывая также и сопровождающий эти воспоминания аффект, и если больной подробнейшим образом описывал это событие и выражал аффект, то некоторые симпто мы истерии сразу же исчезали и больше не появлялись »* ([1895*d*], с. 85 [*Та.,* с. 9-10]).

Далее мы попытались понять, каким образом действует наш психотерапевтический метод: *«Он лишает действен ности первоначально не отреагированное представление тем, что обеспечивает с помощью слов отвод связанному с ним защемленному аффекту и предоставляет возмож ность для его ассоциативной коррекции, привнося его в нормальное сознание (в состоянии легкого гипноза) или устраняя при помощи врачебной суггестии, как это про исходит при сомнамбулизме, сопровождающейся амнези ей»* ([там же] с. 97 [*Та.,* с. 18]).

Теперь я хочу попытаться обстоятельно показать, как далеко простирается этот метод, насколько более он эф фективен, чем другой, с помощью какой техники и с какими трудностями он работает, хотя все самое важное на этот счет уже содержится в предшествующих истори ях больных, и в этом изложении я не смогу избежать повторов.

[1] *[1893a, в качестве первой части перепечатано в «Этюдах об исте рии» (1895d).]*

1

Про себя я смею сказать, что могу придерживаться содержания «Предварительного сообщения»; но должен признаться, что за годы, прошедшие с той поры — при «прерывном занятии затронутыми там проблемами, — у меня невольно возникли новые представления, имевшие следствием, по крайней мере отчасти, иную группировку и иное объяснение известного тогда фактического материала. Было бы неправильно, если бы я попытался возложить слишком большую ответственность за такой ход событий на моего уважаемого друга И. Брейера. Поэтому дальнейшие рассуждения я привожу главным образом от собственного имени.

Когда я попытался использовать придуманный Брейером метод лечения истерических симптомов через выведывание и отреагирование в гипнозе на большем числе больных, мне пришлось столкнуться с двумя трудностями, прослеживая которые я пришел к необходимости изменения как техники, так и своей позиции. (1) Не все люди, которые демонстрировали несомненные истерические симптомы и у которых, по всей вероятности, преобладал один и тот же тонический механизм, поддавались гипнозу; (2) Я должен был занять определенную позицию в вопросе, что же, в сущ ности, характеризует истерию и чем она отличается от других неврозов.

Чуть позже я сообщу, как преодолел первую трудность и чему она меня научила. Сначала я остановлюсь на том, нагую позицию в ежедневной практике я занял в отношении второй проблемы. Очень трудно правильно понять случай невроза, пока он не был подвергнут основательному анализу: анализу, который вытекает как раз из применения мето да Брейера. Однако решение, касающееся диагноза и вида терапии, должно быть вынесено *до* того, как получено такое глубокое знание. Поэтому мне не оставалось ничего другого, как подбирать такие случаи для катартического метода, которые предварительно можно было диагностировать как истерию, которые позволяли распознать отдельные или многочисленные признаки или характерные симптомы истерии. И тогда иной раз случалось, что терапевтические результаты вопреки диагнозу истерии оказывались весьма скудными, что даже анализ ничего важного не выявлял.

В других случаях я с помощью метода Брейера пытался лечить неврозы, которые, несомненно, ни на кого не произ вели бы впечатления истерии, и я обнаружил, что на них можно было повлиять, более того, их можно даже разре шить этим способом. Так, например, это у меня получалось с навязчивыми идеями, истинными навязчивыми представле ниями по классификации Вестфаля[1], в случаях, которые *ни одной* своей чертой не напоминали истерию. Таким образом, психический механизм, раскрытый в «Предварительном сообщении», не мог быть патогномоничным для истерии; я также не мог решиться ради этого механизма свалить мно гочисленные другие неврозы в одну кучу с истерией. В ре зультате всех этих заставлявших задуматься сомнений в кон це концов у меня возник план лечить все остальные неврозы, о которых здесь идет речь, так же, как истерию, всякий раз исследовать этиологию и психический механизм, а решение о правомерности диагноза истерии поставить в зависимость от результата такого исследования.

Таким образом, исходя из метода Брейера, я пришел к тому, чтобы заняться этиологией и механизмом неврозов вообще. Затем мне посчастливилось за сравнительно короткое время получить пригодные результаты[2]. Вначале я невольно пришел к пониманию того, что, если можно говорить о причинах, из-за которых *приобретались* неврозы, то этио логию надо искать в *сексуальных* моментах. К этому доба вился установленный факт, что разные сексуальные факто ры, взятые в общем и целом, создают также разные картины невротических заболеваний. И теперь, по мере того как подтверждалось последнее обстоятельство, можно было также отважиться использовать этиологию для характери стики неврозов и провести строгое разграничение картин болезни при неврозах. Если этиологические особенности постоянно совпадали с клиническими, то это было оправ данным.

[1] *[К.Ф.О. Вестфаль (1877) опубликовал подробную описательную классификацию навязчивых идей.]*

[2] *[Сведения, которые Фрейд сообщает здесь, а также в трех следующих абзацах, он уже опубликовал в своей первой работе о защитных невропсихозах (1894г) и в первой статье, посвященной неврозу тревоги (1895b). Читая следующие пассажи, надо вспомнить о том, что впоследствии Фрейд выделил еще одну клиническую единицу, которую он*

Таким образом, у меня получилось, что *неврастении* по существу соответствует монотонная картина болезни, в кото рой, как показали анализы, «психический механизм » никакой рели не играет. От неврастении отчетливо отделился *невроз навязчивости,* невроз истинных навязчивых представлений, в котором удалось выявить сложный психический механизм, этиологию, сходную с истерической, и далеко простирающуюся возможность его упразднения посредством психотерапии. С другой стороны, мне казалось, несомненно, необходимым отделить от неврастении невротический симптомокомплекс, зависящий от полностью отличающейся, более того, по суще ству противоположной этиологии, в то время как частные симптомы этого комплекса объединяет особенность, выявлен ная еще Э. Геккером (1893). Они представляют собой либо симптомы, либо эквиваленты и рудименты *проявлений тревоги,* и поэтому я назвал этот комплекс, который необходимо отделять от неврастении, *неврозом тревоги.* Я говорил про него [1895*b*], что он возникает из-за накопления физического напряжения, которое само опять-таки имеет сексуальное происхождение; этот невроз также еще не имеет психиче ского механизма, но оказывает постепенное влияние на психическую жизнь, а потому «тревожное ожидание», фобии, повышенная чувствительность к боли и т. п. относятся к ее регулярным проявлениям. Этот невроз тревоги, как я его понимаю, частично совпадает с неврозом, который в много численных описаниях под названием «ипохондрия» признается наряду с истерией и неврастенией; однако ни в одной из «имеющихся разработок я не могу считать выделение этого невроза правильным и нахожу, что пригодности названия «ипохондрия» наносит вред то, что его постоянно связывают с симптомом «страха болезни»[1].

назвал «тревожная истерия» и которая, хотя тревога была ее самой заметной характерной чертой, основывалась на подтвержденном фактами психическом механизме, сопоставимом с конверсионной истерией. Первое подробное обсуждение Фрейдом тревожной истерии содержит ся в описании случая «маленького Ганса» (1909b), Studienausgabe, т. 8, с.99-101. Различие между «неврозом тревоги» и «тревожной истерией» очень четко проводится в статье о «диком» психоанализе (1910k, см. ниже с. 96-102).]

[1] [Ср. 1895d, Та., с. 196. Уже в ч. I своей первой работы, посвященной неврозу тревоги (1895b), Ф. обсуждал отношения между ипохондрией, неврастенией и неврозом тревоги. Гораздо позднее,

После того как я таким образом зафиксировал для себя простые картины неврастении, невроза тревоги и навязчи вых представлений, я подошел к пониманию повсеместно встречающихся случаев неврозов, которые рассматриваются и диагностируются как истерия. Теперь я должен был себе сказать, что не годится трактовать невроз вообще как исте рический только из-за того, что из его симптомокомплекса просвечивает несколько истерических признаков. Я очень хорошо мог объяснить себе эту практику, поскольку исте рия — все-таки самый старый, наиболее известный и самый бросающийся в глаза из рассматриваемых неврозов; но все же это было злоупотреблением, таким же злоупотреблени ем, из-за которого на счет истерии отнесли так много черт перверсии и дегенерации. Как только в сложном случае психической дегенерации выявляли истерический признак, анестезию, характерный приступ, все в целом называли «истерией», но тогда, правда, можно было обнаружить, что под таким ярлыком объединяли все самое плохое и проти воречивое. Несомненно, *эта* диагностика была неправильной, несомненно, можно было провести разделение с учетом невротической стороны, а поскольку неврастению, невроз тревоги и т. п. знали в чистом виде, их уже нельзя было не заметить и в комбинации.

Поэтому более правомерной казалась следующая точка зрения: обычно встречающиеся неврозы в большинстве слу чаев нужно называть «смешанными»; без труда можно най ти также и чистые формы неврастении и невроза тревоги, чаще всего у молодых людей. Чистые случаи истерии и не вроза навязчивости встречаются редко, обычно два этих невроза сочетаются с неврозом тревоги. Столь частое нали чие смешанных неврозов объясняется тем, что их этиологи ческие моменты очень часто смешиваются; то просто случай но, то вследствие каузальных связей между событиями, из которых проистекают этиологические моменты неврозов. Это легко можно выявить и показать у отдельного человека; для

в своем заключительном слове к обсуждению онанизма (1912/), он пред ложил рассматривать ипохондрию — наряду с неврастенией и неврозом тревоги — в качестве третьего «актуального невроза», то есть считать, что они имеют токсическую этиологию. Еще раз он обратился к этой идее в работе, посвященной нарцизму (1914c) (Studienausgabe, т. 3, с. 50-51), где она обсуждается более подробно.

истерии же из этого следует, что едва ли возможно при рассмотрении вырывать ее из взаимосвязи сексуальных не врозов; что, как правило, она представляет только одну сторону, только один аспект сложного невротического случая и что в качестве изолированного невроза ее можно встре тить и подвергнуть лечению лишь в пограничном, так ска зать, случае. В ряде случаев можно сказать: *a potiori fit denominatio*[1] .

Я хочу проверить приведенные здесь истории боль ных на предмет того, подтверждают ли они мою точку зрения о клинической несамостоятельности истерии. Анна О., больная Брейера[2], по-видимому, противоречит ей и иллюстрирует чисто истерическое заболевание. Од нако этот случай, ставший столь плодотворным для понимания истерии, тем, кто его наблюдал, с точки зрения сексуального невроза совсем не рассматривался, и в этом отношении сегодня его просто нельзя использовать. Когда я зачал анализировать вторую больную, фрау Эмми фон Н., я был весьма далек от того, чтобы ожидать сексуальный невроз как основы для истерии; я только что вернулся из школы Шарко и рассматривал связь истерии с сексуаль ной тематикой как некое оскорбление — подобно тому, как это обычно делают сами больные. Когда я просматриваю сегодня свои заметки об этом случае, для меня не подлежит никакому сомнению, что я должен признать его *случаем* тяжелого невроза тревоги с тревожным ожиданием и фобиями, который возник вследствие сексуального воздержания и сочетался с истерией.

Случай 3, случай мисс Люси Р., скорее всего, пожалуй, можно назвать пограничным случаем чистой истерии; речь шла о кратковременной, эпизодически проте савшей истерии при несомненной сексуальной этиологии, которая соответствовала бы неврозу тревоги; перезрелая нуждающаяся в любви девушка, склонность которой слишком скоро пробуждается по недоразумению. Одна ко невроз тревоги выявить было нельзя или я его пропустил. Случай 4, Катарина, является прямо-таки образцом

[1] *[То есть, что они были названы по своему самому важному при знаку.]*

[2] *[См. 1895d, Та., с. 20 и далее.]*

того, что я назвал виргинальной тревогой[1]; это комбинация невроза тревоги и истерии; первая создает симптомы, последняя их повторяет и оперирует ими. Впрочем, это типичный слу чай столь часто встречающихся неврозов юного возраста, называемых истерией. Случай 5, фрейлейн Элизабет фон Р., опять-таки как сексуальный невроз не исследовался; я мог только выразить подозрение, но не подтвердить, что осно ву создала спинальная неврастения. Однако я должен доба вить, что с тех пор чистые случаи истерии попадались мне еще реже; если я смог сопоставить эти четыре случая как истерию и при их обсуждении отказаться от определяющих для сексуальных неврозов точек зрения, то причина этого заключается в том, что это более старые случаи, когда я еще не проводил нацеленного и обязательного исследования невротического сексуального основания. И если вместо этих четырех случаев я не рассказал о двенадцати, из анализа которых можно получить подтверждение отстаиваемого нами психического механизма истерических феноменов, то отка заться от этого меня вынудило лишь то обстоятельство, что эти случаи заболевания анализ одновременно раскрыл как сексуальные неврозы, хотя ни один диагност наверняка не преминул бы дать им «имя» истерия. Однако разъяснение таких сексуальных неврозов выходит за рамки этой нашей совместной публикации.

Мне не хочется быть неправильно понятым, будто я не желал признать истерию в качестве самостоятельного не вротического расстройства, будто я понимал ее исключитель но как психическое выражение невроза тревоги, будто я приписал ей только «идеогенные» симптомы, а соматические симптомы (истерогенные точки, анестезии) отнес к неврозу тревоги. Ничего подобного; я полагаю, что очищенную от всех примесей истерию можно самостоятельно разрабаты вать с любой точки зрения, только не с точки зрения тера пии. Ибо в случае терапии речь идет о практических целях, об устранении всего болезненного состояния, и если исте рия чаще всего предстает как компонент смешанного невроза,

[1] *[См. 1895d, с. 186, прим. 1, Та., с. 102, прим. 1. В «Собрании сочинений» случаи обозначаются буквами, а именно, поскольку описа ние случая Анны О. отсутствует, «фрау Эмми фон Н.» буквой А, «мисс Люси Р.» — Б, «Катарина»* — В, «фрейлейн Элизабет фон Р.» — Г.]

[2] *[См. 1895 d, с. 243, прим., Та., с. 142, прим.]*

то дело обстоит, наверное, так же, как при смешанных инфекциях, где задачей ставится сохранение жизни, и эта задача не совпадает с преодолением воздействия одного возбудителя болезни.

Поэтому для меня так важно отделять компонент исте рии в картинах смешанных неврозов от компонентов невра стении, невроза тревоги и т. д., поскольку после этого раз деления я могу дать краткое выражение терапевтической ценности катартического метода. А именно я осмеливаюсь утверждать, что он — в принципе — вполне способен уст ранить любой истерический симптом, но в то же время, как нетрудно увидеть, совершенно бессилен против феноменов неврастении и только изредка и обходными путями оказы вает влияние на психические последствия невроза тревоги. Стало быть, его терапевтическая эффективность в отдельном случае будет зависеть от того, могут ли истерические компоненты картины болезни притязать на важное в прак тическом отношении место в сравнении с другими невроти ческими компонентами.

Существует также второе ограничение эффективности катартического метода, на которое мы указывали уже в «Предварительном сообщении»[1]. Она не оказывает влияния за каузальные условия истерии, то есть не может воспре пятствовать тому, что на месте устраненных симптомов воз никают новые. В целом, стало быть, я должен требовать для вашего терапевтического метода видного места в рамках терапии неврозов, но не советовал бы оценивать или приме тить его вне этой взаимосвязи. Поскольку я не могу дать здесь «терапию неврозов», которая была бы необходима практикующему врачу, предшествующие высказывания рав носильны отсрочивающей ссылке на возможные более по здние сообщения; и все же я полагаю, что для рассуждения и объяснения могу присовокупить также следующие заме чания:

(1) Я не утверждаю, что я тоже действительно устранил все истерические симптомы, на которые собирался по влиять катартическим методом. Но я думаю, что препятствия были связаны с личными обстоятельствами пациентов и не носили принципиальный характер. Вынося суждение, эти

[1] *[Там же, с. 97, Та., с. 18.]*

неуспешные случаи я могу оставить без внимания, подобно тому как хирург оставляет в стороне случаи смерти под наркозом, из-за последующего кровотечения, случайного сепсиса и т. п., принимая решение относительно новой тех ники. Когда несколько позже я буду говорить о трудностях и недостатках метода, неудачам такого происхождения еще раз будет дана оценка.

(2) Катартический метод не становится малоценным из-за того, что он является *симптоматическим,* а не *каузаль ным.* Ибо каузальная терапия, собственно говоря, в основ ном является только профилактической, она препятствует дальнейшему воздействию вредности, но этим необязатель но устраняет продукты, которые ранее создала эта вредность.
Как правило, требуется еще и вторая акция, решающая последнюю задачу, и в случае истерии катартический метод пригоден для этой цели как никакой другой.

(3) Там, где период истерической продукции, острый истерический пароксизм, преодолен и в качестве остаточ ных явлений сохраняются лишь истерические симптомы, катартический метод удовлетворяет всем показаниям и достигает полноценных и устойчивых результатов. Такая благоприятная констелляция для терапии нередко возникает как раз в области половой жизни вследствие боль ших колебаний интенсивности сексуальной потребности и усложнения необходимых для сексуальной травмы усло вий. Здесь катартический метод достигает всего, что можно поставить ему задачей, ибо врач не может выдвигать на передний план изменение такой конституции, как истери ческая; он должен быть доволен, если устраняет недуг, к которому склонна подобная конституция и который мо жет от нее произойти при содействии внешних условий. Он будет удовлетворен, если больная снова стала дее способной. Впрочем, если он учитывает возможность ре цидивов, то ему не понадобится и утешение в будущем. Он знает основную черту в этиологии неврозов, то есть что в большинстве случаев их возникновение *сверхдетерминировано*[1], что для такого эффекта должно совпасть

[1] *[Введенный Фрейдом термин «сверхдетерминированный» впер вые встречается в статье Брейера «Теоретическое» (см. 1895d, Та., с. 171). Здесь Фрейд впервые использует его в своей публикации. Ниже он употребляет также синоним «сверхобусловленный»; этот термин*

несколько моментов; он вправе надеяться, что это совпадение не произойдет снова, даже если остались действен ными отдельные этиологические моменты.

Можно было бы возразить, что в таких истекших случаях истерии остающиеся симптомы и так проходят спонтанно; на это можно, однако, ответить, что очень часто такое спонтанное излечение не протекает ни дос таточно быстро, ни полностью и что ему необычайно содействует вмешательство терапии. Излечивают ли с помощью катартической терапии только то, что способ ов к спонтанному излечению, или же порой и другое, то, что спонтанно не исчезло бы, — это можно пока оставить неулаженным.

(4) Там, где мы столкнулись с острой истерией, со слу чаем в период самой оживленной продукции истерических симптомов и как следствие ослабления Я[1] продуктами болезни (истерический психоз), также и катартический метод мало изменит впечатление о случае заболевания и его течение. Тогда пожалуй, мы находимся в той же позиции по отношению к неврозу, какую занимает врач в отношении острого инфекционного заболевания. За истекшее время, на которое теперь нельзя повлиять, этиологические моменты в достаточной степени оказали свое действие и теперь по прошествии инкубационного периода становятся очевидными; прервать возбуждение невозможно; необходимо дожидаться его прекращения и тем временем создавать самые благоприятные условия для больного. Если же в этот острый период устранить продукты болезни, недавно возникшие истерические симптомы, то нужно быть готовым к тому, что устраненные симптомы вскоре заменятся новыми. Врач не избегнет огорчающего впечатления бесконечного и бесплодного труда, «попыток сделать черное белым»; огромные затраты усилий, недовольство родственников, которым представление о неизбежном периоде острого невроза

встречается уже в его монографии об афазии (1891d, с. 76), в пассаже об обучении речи. Вместе с тем маловероятно, чтобы мысль о множественных причинах болезни еще задолго до этого не была выражена другими в сходной терминологии.]

[1] *[Мысль об «ослаблении Я» гораздо позже появляется в сочине нии Фрейда снова. Ср. главу V работы «Я и Оно» (1923b), usgabe, т. 3, с. 323 и прим. 3.]*

едва ли будет столь же знакомо, как в аналогичном случае острого инфекционного заболевания, это и многое дру гое, наверное, сделают последовательное применение катартического метода в данном гипотетическом случае невозмож ным. И все же надо подумать о том, не будет ли всякое устранение продуктов болезни оказывать целительное воз действие также и при острой истерии, поскольку оно под держивает нормальное Я больного, занятое защитой, и обе регает его от ослабления, от впадения в психоз, возможно, в полную спутанность.

То, чего способен достичь катартический метод также и при острой истерии, и то, что он сам ощутимым на прак тике образом ограничивает новую продукцию болезненных симптомов, вне всяких сомнений, становится ясным из исто рии Анны О., при лечении которой Брейер впервые научился использовать этот психотерапевтический метод.

(5) Там, где речь идет о хронически протекающих истериях с умеренной, но непрерывной продукцией истерических сим птомов, пожалуй, сильнее всего приходится сожалеть о нехватке эффективной каузальной терапии, но и больше всего ценить значение катартического метода как симптоматической терапии. В таком случае мы имеем дело с повреждением вследствие хронически действующей этиологии; все сводится к тому, чтобы укрепить нервную систему больного, ее резистентную способ ность, и нужно сказать себе, что существование истерического симптома означает для этой нервной системы ослабление ее ре зистентности и представляет собой момент, предрасполагаю щий к истерии. Словно проистекая из механизма моносимп томатической истерии, новый истерический симптом легче всего образуется в связи и по аналогии с уже имеющимися; место, где он уже однажды «пробился»[1], представляет сла бый пункт, в котором он пробьется также и в следующий раз; однажды отщепившаяся психическая группа играет роль провоцирующего кристалла, с большой легкостью порожда ющего кристаллизацию, которая при иных обстоятельствах не происходит[2]. Устранить уже имеющиеся симптомы, упразднить лежащие в их основе психические изменения —

[1] Ср. не включенную в это собрание сочинений [G. W.] статью Брейера «Теоретическое» в первом издании «Этюдов об истерии» Й. Брейера и З. Фрейда, с. 177 [1895d, Ta., с. 163-164].

[2] [См. 1895 d, с. 182, Ta., с. 99.]

означает вернуть больным полную меру их резистентной способности, благодаря которой они могут успешно сопротив ляться воздействию вредности. Для таких больных можно очень многое сделать благодаря более длительному наблю дению и проводимой время от времени *«chimney sweeping»*[1].

(6) Я должен был бы напомнить еще о мнимом противоречии между признанием, что не все истерические симптомы являются психогенными, и утверждением, что все их можно устранить с помощью психотерапевтического метода. Реше ние заключается в том, что некоторые из этих не психоген ных симптомов, к примеру, стигмы, хотя и представляют собой признак болезни, но не могут называться недугом; если они сохраняются после терапевтического улаживания болез ни, то практически не привлекают к себе внимания. К другим подобным симптомам, по-видимому, относится то, что они каким-то окольным путем захватываются психогенными сим птомами точно так же, как каким-то окольным путем они зависят и от причин психического характера.

Теперь я должен напомнить о трудностях и недостат ках нашего терапевтического метода, если они не становят ся очевидными каждому из предшествующих историй боль ных или из последующих замечаний о технике метода. Мне хочется скорее их перечислить и обозначить, нежели обсу дить их подробно: для врача метод является трудоемким и отнимает у него много времени, он предполагает наличие у него большого интереса к психологическим проявлениям, но также личное сострадание к больному. Я не могу себе представить, что сумел бы углубиться в психический меха низм истерии у человека, который казался бы мне вульгар ным и неприятным, который при более близком знакомстве не был бы в состоянии пробудить человеческую симпатию, но в то же время я могу считать лечение больного табесом шли ревматика независимым от такого личного расположе ния. Не меньшие условия требуются со стороны больных. Ниже определенного уровня интеллекта метод не приме ним вообще, он чрезвычайно затрудняется любой примесью

[1] *Ср. не включенную в это собрание сочинений [G. W.] историю болезни «фр. Анны О.» в первом издании «Этюдов об истерии», с. 23. [1895 d, Та., с. 27. Анна О. называла процедуру произнесения своих мыслей вслух «talking cure» (лечением разговором) или в шутку — «chimney sweeping» (прочисткой дымохода).]*

слабоумия. Требуется полное согласие больных, полное их внимание, но прежде всего их доверие, поскольку анализ регулярно ведет к самым интимным и сокровенным психи ческим процессам. Значительная часть больных, которые подошли бы для такого лечения, избегают врача, как толь ко у них зарождается подозрение, в каком направлении будет продвигаться исследование. Врач остался для них чужим человеком. У других, которые решились довериться врачу, что обычно делается исключительно добровольно, но никогда этого не требуют, так вот, у этих других едва ли можно избежать того, что по меньшей мере в течение како го-то времени совершенно некстати на передний план выдви гается их личное отношение к врачу; более того, похоже на то, что такое воздействие врача составляет условие, при ко тором только и может разрешиться проблема. Я не думаю, п что в этом положении вещей что-то существенно меняется ; в зависимости от того, можно ли было воспользоваться гип нозом или следовало обойтись без него и чем-то его заме нить. Справедливости ради нужно подчеркнуть, что эти недостатки хотя и не отделимы от нашего метода, быть поставлены ему в вину все же не могут. Напротив, вполне очевидно, что они обусловлены предпосылками неврозов, нуждающихся в лечении, и что они будут присущи всякой врачебной деятельности, которая сопровождается интенсив ной заботой о больном и вызывает в нем психическое изме нение. Никакой вред и никакую опасность я не мог свести к применению гипноза, как бы активно в отдельных случа ях я ни пользовался этим средством. Там, где я наносил вред, причины были иными и более глубокими. Если оки нуть взором терапевтические усилия этих лет, с тех пор как сообщения моего уважаемого учителя и друга Й. Брейера дали мне в руки катартический метод, то, думается, пользу я приносил все-таки гораздо больше и чаще, чем причинял вред, и, кроме того, делал многое, для чего обычного тера певтического средства было бы недостаточно. В целом, как отмечалось в «Предварительном сообщении», это было «значительным терапевтическим достижением» .

Я должен подчеркнуть еще одну выгоду от применения этого метода. Я не знаю, как лучше всего разобраться с тяжелым

случаем осложненного невроза с большей или мень шей примесью истерии, чем подвергнуть его анализу с по мощью метода Брейера. При этом то, что указывает на ис терический механизм, уходит в первую очередь; в то же время при такого рода анализе я научился толковать оста точные явления и сводить их к этиологии; тем самым я по лучил исходные данные для того, чтобы определить, какое средство из арсенала терапии неврозов показано в данном случае. Когда я думаю об обычной разнице между моим суж дением о случае невроза *до и после* такого анализа, я чуть ли не поддаюсь искушению считать этот анализ безусловно необходимым для знания невротического заболевания. Да лее, я привык связывать применение катартической психо терапии с лечением лежанием на воздухе, которое по мере надобности принимает вид лечения усиленным питанием по Вейру Митчеллу. При этом я имею преимущество, что та ким образом, с одной стороны, я избегаю привнесения во время психотерапии мешающих новых психических впечат лений, с другой стороны, исключаю скуку при лечении уси ленным питанием, при котором больные нередко предаются вредным мечтаниям. Следовало ожидать, что зачастую зна чительная психическая работа, которой во время катартического лечения нагружают больных, возбуждение, вызван ное репродукцией травматических переживаний, будут противоречить духу лечения покоем по Вейру Митчеллу и препятствовать достижению результатов, которые привык ли от нее получать. Однако имеет место обратное; благода ря таким сочетаниям терапии по Брейеру и Вейру Митчеллу добиваются всего того физического улучшения, которого ждут от последней, и вместе с тем значительного психическо го влияния, которого при лечении покоем без применения психотерапии никогда не бывает[1].

2

Теперь к своим предыдущим замечаниям добавлю, что, попытавшись применить метод Брейера в большем объеме, я натолкнулся на следующую трудность: многих больных

[1] *[Фрейд написал благожелательную рецензию на книгу Вейра Мит челла (1877) в связи с ее публикацией в немецком переводе (ср. Freud, 1887b).]*

нельзя было ввести в гипноз, хотя им был поставлен диагноз «истерия» и был вероятен описанный нами психический механизм. Мне требовался гипноз для расширения памяти, чтобы выявить патогенные воспоминания, не присутствую щие в обычном сознании, и я должен был либо отказаться от такого больного, либо пытаться добиться этого расшире ния другим способом.

Отчего зависит, что одного человека можно загипноти зировать, а другого — нет, это я мог истолковать так же мало, как и другие, то есть я не сумел проложить каузаль ный путь к устранению трудности. Я только заметил, что у некоторых пациентов препятствие простиралось еще даль ше; они отказывались уже от попытки гипноза. Затем од нажды я пришел к мысли, что оба случая, наверное, иден тичны и что оба они могут означать нежелание. Нельзя загипнотизировать того, кто психически опасается гипноза, независимо от того, выражает он это как нежелание или нет. Я не прояснил для себя, вправе ли я придерживаться этого мнения.

Но тогда встал вопрос, как обойтись без гипноза и все-таки раздобыть патогенные воспоминания. Этого я добился следующим образом.

Когда при первой встрече я спрашивал моих пациентов, могут ли они вспомнить первый повод к возникновению данного симптома, то одни говорили, что ничего не знают, другие сообщали нечто такое, что они сами называли смут ным воспоминанием, и не могли проследить это дальше. Когда же по примеру Бернгейма при пробуждении якобы забытых впечатлений из сомнамбулизма я становился на стойчивым и заверял тех и других, что они это знали, могут припомнить и т. д. (ср. [1895 *d*] с. 167-168 [*Ta.,* с. 88-89]), то одним что-то все-таки приходило в голову, а у других воспоминание оказывалось чуть более ясным. Тогда я стал вести себя еще настойчивее, велел больным прилечь и пред намеренно закрыть глаза, чтобы «сконцентрироваться», что по меньшей мере придавало определенное сходство с гипно зом, и обнаружил, что без всякого гипноза появлялись но вые, простиравшиеся в прошлое воспоминания, вероятно, относившиеся к нашей теме. На основании этого опыта у меня сложилось впечатление, что благодаря одному только настаиванию действительно можно выявить серии патогенных

представлений, которые все-таки, несомненно, существовали, и поскольку это настаивание стоило мне усилий и у меня невольно возникло истолкование, что я должен был преодолевать сопротивление, положение вещей для меня сразу обернулось в теорию, что своей психической работой я должен преодолеть психическую силу у пациентов, ко торая противилась осознанию (припоминанию) патоген ных представлений. Похоже, мне открылось новое понима ние, когда мне пришла в голову мысль, что это, наверное, та же самая психическая сила, которая содействовала возник новению истерического симптома, а затем препятствовала осознанию патогенного представления. Какую же силу сле довало здесь признать действенной и какой мотив мог при вести ее в действие? Мне легко удалось создать себе мнение на этот счет; в моем распоряжении уже имелось несколько завершенных анализов, в которых я познакомился с приме рами патогенных, забытых и миновавших сознание представ лений. Благодаря им я увидел общую особенность таких представлений; все до единого они носили неприятный ха рактер, пригодны вызывать аффекты стыда, укора, психи ческой боли, ощущение ущерба, все до единого такого рода, что их не хотелось бы пережить, что их лучше всего было бы позабыть. Из всего этого словно сама собой появилась идея защиты. В целом психологи соглашаются, что приня тие нового представления (принятие в смысле веры, призна ния реальности) зависит от вида и направления представлений, уже объединенных в «я» [1] , и для процесса цензуры[2], которому подвергается вновь поступающее представление, они создали особое техническое название. К «я» больного подбиралось представление, которое оказывалось невыно симым, которое пробуждало силу отталкивания со стороны «я», целью которой являлась защита от этого невыносимо го представления. Фактически эта защита добивалась свое го, данное представление оттеснялось из сознания и из воспоминания,

1 [Разумеется, Фрейд употребляет здесь это понятие для обозначения личности в целом, а не структурной инстанции. Чтобы избежать путаницы и не обременять текст излишними примечаниями, здесь и в дальнейшем два этих термина мы будем различать с помощью написания: «я» будет использоваться для обозначения личности и Я — для обозначения структурной единицы психики. — Прим. перев.]

2 [По-видимому, Фрейд употребляет здесь этот термин впервые.]

его психический след вроде бы нельзя было обнаружить. И все же этот след должен был существовать. Когда я попытался обратить на него внимание, я ощутил ту же самую силу в виде *сопротивления,* которая при возник новении симптома проявлялась как *отвращение.* Когда же я сумел показать вероятность того, что представление ста новилось патогенным именно вследствие отвращения и вы теснения, цепь, похоже, замкнулась. Во многих эпикризах историй наших больных и в одной небольшой работе, посвя щенной защитным невропсихозам (1894[a]), я попытался представить психологические гипотезы, с помощью которых можно продемонстрировать и эту взаимосвязь — факт *кон версии.*

Итак, психическая сила, антипатия «я », вначале вытес нила патогенное представление из ассоциации, а теперь[1] противилась его возвращению в воспоминании. Следовательно, незнание истерических больных, собственно говоря, являлось — более или менее осознанным — нежеланием знать, и задача терапевта состояла в том, чтобы психической работой преодолеть это *сопротивление ассоциациям.* Вначале это делается путем «настаивания», использования психического принуждения с целью обратить внимание больного на искомый след представления. Но этим работа не исчерпывается, а принимает, как я покажу потом, в ходе анализа иные формы и призывает на помощь другие психические силы.

Остановлюсь пока на настаивании. Простым заверени ем: «Вы же это знаете, скажите же это, сейчас вам это придет на ум», — далеко не продвинешься. После нескольких фраз и у больного, пребывающего в «концентрации», нить обры вается. Но нельзя забывать, что речь здесь повсюду идет о количественном сопоставлении, о борьбе между разными по силе или интенсивности мотивами. Настаивание посторонне го и не сведущего в деле врача не может справиться с «со противлением ассоциациям» при серьезной истерии. Нужно подумать о более энергичном средстве.

Тут я пользуюсь прежде всего небольшим техническим приемом[2]. Я сообщаю больному, что в следующий момент

[1] *[Слово «теперь» содержится только в первом издании. Во всех более поздних изданиях оно, видимо, по ошибке, отсутствует.]*

[2] *[Ср. также 1895d, с. 167-168, Та., с. 88-89.]*

надавлю ему на лоб, заверяю его, что при этом надавлива нии ему явится воспоминание, оно либо предстанет перед ним в виде образа, либо всплывет в его памяти в виде мысли, я обязываю его рассказать об этом образе или об этой мысли, какими бы они ни были. Он не должен держать это в себе, допустим, из-за того, что подумает, что это не то, что ищут, не то, что надо, или потому, что ему неприятно это сказать. Никакой критики, никакой скрытности — ни из-за аффек та, ни из-за пренебрежения! Только так мы могли бы найти искомое и только так мы непременно сможем это найти. Затем в течение нескольких секунд я надавливаю на лоб лежащего передо мной больного, убираю руку и спрашиваю спокойным тоном, как будто разочарование исключено: «Что вы увидели?» или: «Что вам пришло на ум? »

Этот метод многому меня научил, а также всякий раз приводил к цели; сегодня я уже не могу без него обходить ся. Конечно, я знаю, что мог бы заменить надавливание на лоб каким-нибудь другим сигналом или другим телесным воздействием на больного, но когда больной лежит передо мной, давление на лоб или обхватывание двумя руками его головы оказывается самым суггестивным и удобным из всего того, что я могу предпринять в этих целях. Для объяснения действенности этого приема я мог бы сказать, что он соот ветствует «моментально усилившемуся гипнозу», однако механизм гипноза для меня настолько загадочен, что я не хотел бы привлекать его для объяснения. Скорее я думаю, что преимущество метода заключается в том, что с его по мощью я диссоциирую внимание больного от его сознатель ных поисков и размышлений, то есть от всего, в чем может выражаться его воля, подобно тому, как это делается путем фиксации взора на хрустальном шарике и т. п.[1] Однако вывод, который я делаю из того, что под давлением моей руки всякий раз появляется искомое мною, гласит: мнимо забытое патогенное представление каждый раз лежит наго тове «поблизости», к нему можно прийти с помощью легко

[1] [Роль, которую играет отвлечение сознательного внимания в техни ке гипноза, по прошествии многих лет обсуждалась Фрейдом в главе X работы «Психология масс и анализ Я» (1921c), Studienausgabe, т. 9, с. 117—118. То, что этот механизм обнаруживается также в технике остроты, довольно подробно обсуждается в главе V книги Фрейда, посвященной остроте (1905c), Studienausgabe, т. 4, с. 142-144.]

доступных ассоциаций; речь идет лишь о том, чтобы упразд нить препятствие. Этим препятствием, по всей видимости, является воля человека, и разные люди по-разному легко научаются избавляться от своей преднамеренности и отно ситься к психическим процессам в себе полностью как объек тивные наблюдатели[1].

Далеко не всегда под давлением руки появляется именно «забытое» воспоминание; лишь в самых редких случаях ис тинно патогенные воспоминания расположены так близко к поверхности, что их легко можно выявить. Гораздо чаще воз никает представление, являющееся в цепи ассоциаций проме жуточным звеном между исходным представлением и иско мым патогенным, или представление, образующее исходный пункт нового ряда мыслей и воспоминаний, в конце которого находится патогенное представление. В таком случае давление хотя и не раскрывает патогенное представление — которое, впрочем, без подготовки было бы вырванным из контекста и осталось бы непонятным, — указывает путь к нему, задает направление, в котором должно продолжаться исследование. При этом представление, вначале пробужденное надавливани ем, может соответствовать хорошо известному, никогда не вы теснявшемуся воспоминанию. Если на пути к патогенному пред ставлению взаимосвязь опять обрывается, требуется лишь повторить процедуру, надавливание, чтобы создать новую ориентировку и новое соединение.

Еще в других случаях благодаря надавливанию рукой пробуждается воспоминание, которое, будучи само по себе хорошо известным больному, своим появлением все-таки изум ляет его, поскольку его связь с исходным представлением оказалась забытой. Эта связь затем обнаруживается в ходе дальнейшего анализа. Из всех этих результатов надавливания возникает обманчивое впечатление о наличии вне сознания больного превосходного интеллекта, в определенных целях сохраняющего упорядоченным значительную часть психи ческого материала и осмысленно расположившего его, чтобы он мог вернуться в сознание. Как я предполагаю, этот бессоз нательный, второй интеллект все же является фикцией.

[1] *[Проблемы, связанные с неспособностью некоторых пациентов занять некритическую позицию, более подробно обсуждаются Фрей дом в главе II «Толковании сновидений» (1900a), Studienausgabe, т. 2,*

c. 121-123.]

В каждом более сложном анализе неоднократно, более того, в сущности, непрерывно используют эту процедуру (надавливание на лоб), которая либо из того места, где об рываются мысли пациента, показывает дальнейший путь через воспоминания, оставшиеся знакомыми, либо обращает вни мание на взаимосвязи, оказавшиеся в забвении, а затем вызывает и упорядочивает воспоминания, которые на про тяжении многих лет были лишены ассоциации, но по-преж нему могут быть узнаны как воспоминания, и, наконец, в качестве наивысшего достижения репродукции дает про явиться мыслям, которые больной никогда не хочет призна вать своими, которые он не *вспоминает,* хотя признается, что они, безусловно, вытекают из контекста, и в то же время убеждается, что именно эти представления приводят к завершению анализа и исчезновению симптомов.

Я попытаюсь привести некоторые примеры превосход ных достижений этого технического метода. Я лечил одну юную девушку с невыносимым, тянувшимся с шести лет *tussis wervosa*[1]**,** который, очевидно, подпитывался любым обыкно венным катаром, но, должно быть, все же имел свои сильные психические мотивы. Всякая другая терапия давно ока залась бессильной; итак, я пытаюсь устранить симптом посредством психического анализа. Ей известно только одно: ее нервный кашель начался, когда в четырнадцатилетнем возрасте она находилась у своей тети в пансионате; о душевных волнениях в то время она ничего не знает и не думает, что ее недуг чем-то обусловлен. Под давлением моей руки она вначале вспоминает о большой собаке. Затем она рас познает образ воспоминания, это была собака ее тети, кото рая к ней привязалась, повсюду ее сопровождала и т. п. Именно так, и теперь без всякой дальнейшей помощи ей приходит на ум, что эта собака умерла, что дети ее торже ственно похоронили и что на обратном пути с этих похорон у нее начался кашель. Я спрашиваю, почему, но вынужден снова ей помогать, прибегнув к надавливанию; и тут появля ется мысль: «Теперь я совсем одна на этом свете. Меня никто здесь не любит, это животное было моим единственным другом, и теперь я его потеряла». Затем она продолжает рассказ: «Кашель исчез, когда я ушла от тети, но появился

[1] *[Нервный кашель (лат.). — Примеч. перев.]*

опять через полгода». — «Какая была причина?» — «Не знаю». *Я* снова надавливаю; она вспоминает об известии о смерти своего дяди, когда у нее снова начался кашель, и о похожем течении мыслей. Дядя якобы был единственным человеком в семье, кто сердечно к ней относился, кто ее любил. Стало быть, патогенным представлением было: ее не любят, ее предпочитают любому другому, она и не заслу живает, чтобы ее любили и т. п. Однако представлению о «любви» было присуще нечто такое, что при рассказе о ней вызывало сильнейшее сопротивление. Анализ прекратился еще до прояснения ситуации.

Некоторое время назад мне довелось избавлять от при ступов тревоги одну пожилую даму, которая в силу особен ностей своего характера едва ли была пригодна к такому воздействию. После менопаузы она стала чрезмерно набожной и всякий раз встречала меня как нечистую силу, воору жившись небольшим распятием, которое она скрывала в руке. Ее приступы тревоги, носившие истерический харак тер, простирались в ранние девичьи годы и якобы проистекали от употребления йодистого препарата, которым она должна была снять умеренную опухоль *thyreoidea*[1]. Разу меется, я отверг этот дедуктивный вывод и попытался заме нить его другим, который был более созвучен моим пред ставлениям об этиологии невротических симптомов. На первый вопрос о впечатлении из юного возраста, которое находилось бы в каузальной связи с приступами тревоги, под давлением моей руки всплыло воспоминание о чтении так называемой назидательной книги, в которой можно было найти довольно сдержанное, проникнутое благоговением упоминание о сексуальных процессах. Соответствующее место произвело на девушку впечатление, противоположное намерению автора; она разрыдалась и отшвырнула от себя книгу. Это случилось *до* первого приступа тревоги. Второе надавливание на лоб больной вызвало следующую реминис ценцию, воспоминание об одном воспитателе братьев, кото рый относился к ней с пиететом и к которому сама она испытывала более теплые чувства. Это воспоминание увен чалось воспроизведением одного вечера в родительском доме, когда все они вместе с молодым человеком сидели за столом

[1] *[Щитовидной железы (лат.). — Прим. перев.]*

и увлеченно беседовали между собой. Ночью, последовав шей за этим вечером, ее разбудил первый приступ тревоги, который, пожалуй, имел скорее отношение к стремлению одолеть чувственное возбуждение, нежели к употребленно му примерно в это же время йоду. Каким другим способом у меня был бы шанс в случае этой строптивой пациентки, настроенной против меня и всякой мирской терапии, рас крыть такую взаимосвязь наперекор ее собственному мне нию и утверждению?

В другой раз речь шла о молодой женщине, состоявшей «удачном браке, которую уже в первые девичьи годы ка кое-то время заставали каждое утро в состоянии оцепене ния, с застывшими конечностями, раскрытым ртом и высу нутым языком и которая теперь при пробуждении повторяла похожие, хотя и не столь ужасные приступы. Глубокий гипноз оказался недостижимым; поэтому я начал с расспро сов в состоянии концентрации и при первом надавливании заверил, что сейчас она увидит нечто такое, что непосредственно связано с причинами ее состояния в детстве. Она вела себя спокойно и послушно, увидела снова квартиру, в ко торой она провела первые девичьи годы, свою комнату, место, где стояла ее кровать, бабушку, жившую тогда вме сте с ней, и одну из своих гувернанток, которую она очень любила. Одна за другой последовали многие сцены в этих комнатах и между этими людьми, в сущности все незначи тельные; под конец она рассказала о расставании с гувернанткой, которая вышла замуж. Я совершенно не знал, что делать с этими реминисценциями, я не мог установить их связь с этиологией приступов. Однако, как явствовало из различных обстоятельств, это был именно тот период, когда у нее впервые возникли приступы.

Но еще до того как я смог продолжить анализ, мне представилась возможность поговорить с одним коллегой, который в прежние годы был врачом в родительском доме моей пациентки. От него я получил следующее разъяснение: в то время, когда он лечил растущую, физически очень хорошо развитую девушку от тех первых приступов, ему бросилась в глаза чрезмерная нежность в общении между нею и находившейся в доме гувернанткой. Он заподозрил неладное и побудил бабушку проследить за этим общением. По прошествии недолгого времени пожилая дама смогла ему рассказать, что гувернантка имеет обыкновение

наносить ночные визиты в постель ребенка и что всякий раз после таких ночей ребенка заставали утром в припадке. И тогда они не замедлили втихую уволить эту растлительницу юных душ. Дети и сама мать остались при мнении, что гувернантка покинула дом, чтобы выйти замуж.

Успешная поначалу терапия состояла в том, что я сооб щил молодой женщине данное мне разъяснение.

Иногда разъяснения, получаемые благодаря процедуре надавливания, появляются в очень странной форме и при обстоятельствах, делающих гипотезу о бессознательном интеллекте, еще более заманчивой. Так, я вспоминаю об одной даме, многие годы страдающей навязчивыми представ лениями и фобиями, которая по поводу возникновения сво его недуга отослала меня к своему детству, но также совер шенно ничего не могла сказать, что могло бы быть в этом повинно. Она была откровенна и умна и оказывала лишь весьма незначительное сознательное сопротивление. (Добав лю здесь, что механизм навязчивых представлений во мно гом родственен механизму истерических симптомов и что техника анализа того и другого одна и та же.)

Когда я спросил даму, увидела ли она что-нибудь или, быть может, ей что-нибудь вспомнилось под давлением моей руки, она ответила: «Ни то ни другое, мне вдруг пришло в голову оно слово». — «Одно-единственное слово?» — «Да, но звучит глупо». — «Скажите мне все-таки». — «Домопра витель». — «И ничего больше?» — «Нет». Я надавил во второй раз, и опять появилось отдельное слово, которое ее поразило: «Сорочка». Теперь я заметил, что здесь имел место новый способ давать ответ, и посредством повторявшегося надавливания получил внешне бессмысленный ряд слов: «Домоправитель — сорочка — кровать — город — телега». «Что бы это значило?» — спросил я. Она на какой-то мо мент задумалась, затем ей пришло на ум: «Это может быть только одна история, которая теперь приходит мне в голо ву. Когда мне было десять лет, а моей следующей по возра сту сестре — двенадцать, у нее ночью случился припадок бешенства, ее пришлось связать и на телеге отвезти в город. Я точно знаю, что именно домоправитель сумел ее одолеть, а затем сопроводил в лечебницу». Тогда мы продолжили этот вид исследования и услышали от нашего оракула другие ряды

слов, которые мы, правда, не смогли истолковать все до единого, но они все же могли быть использованы нами для продолжения этой истории и присоединения к ней второй. Вскоре стало понятно также и значение этой реминисцен ции. Заболевание сестры произвело на нее глубокое впечат ление из-за того, что они разделяли друг с другом общую тайну; они спали в одной комнате и однажды ночью подвер глись сексуальным домогательствам со стороны одного лица мужского пола. Воспоминанием об этой сексуальной травме в раннем юном возрасте было раскрыто не только проис хождение первых навязчивых представлений, но и травмы, оказывавшей впоследствии патогенное действие. Необыч ность этого случая состояла лишь в появлении отдельных ключевых слов, которые нам требовалось переработать в пред ложения, ибо видимость обособленности и бессвязности присуща всем мыслям и сценам, которые обычно возникают при надавливании точно так же, как и этим словам, произ несенным подобно оракулу. При дальнейшем прослежива нии затем оказывается, что внешне разрозненные реминис ценции тесно связаны между собой узами мыслей и что они напрямую ведут к искомому патогенному моменту.

Поэтому я охотно вспоминаю о случае анализа, в кото ром мое доверие к результатам надавливания сначала под верглось суровому испытанию, но затем блестяще оправда лось: очень интеллигентная и внешне очень благополучная молодая женщина консультировалась у меня из-за упорной боли в нижней части живота, не желавшей поддаваться лечению. Я выяснил, что боль локализуется на брюшных стенках, объясняется ощутимыми мышечными рубцами, назначил местное лечение.

Через несколько месяцев я снова увидел больную, ко торая мне сказала: «С тех пор после рекомендованного ле чения боль прошла и долго отсутствовала, но теперь она вернулась как нервная. Я так сужу по тому, что при движениях у меня ее больше нет, как раньше, а есть только в определенные часы, например, утром при пробуждении, и при определенного вида волнении». Диагноз дамы был со вершенно правильным; теперь нужно было найти причину этой боли, и в этом она мне, находясь в состоянии, свободном от влияний, помочь не могла. При концентрации и под давлением моей руки, когда я спросил ее, не пришло ли что-

нибудь

в голову или, быть может, она что-нибудь увидела, она выбрала зрение и начала мне описывать свои зрительные образы. Она видела что-то похожее на солнце с лучами, что я, разумеется, должен был счесть фосфенами, вызванными надавливанием на глаза. Я ожидал, что последует нечто более пригодное, но она продолжила: звезды своеобразного блед но-голубого света, похожего на лунный, и т. п., сплошные мерцания, сияние и светящиеся точки перед глазами, как я и думал. Я уже был готов считать эту попытку неудавшейся и подумал о том, как бы мне выпутаться из затруднитель ного положения, как мое внимание привлекло одно из опи сываемых ею явлений. Она увидела большой черный крест, который стоял под наклоном, он имел по краям тот же слабый проблеск света, похожий на лунный, в котором озарились все прежние образы, а на его балке мерцал огонек; очевидно, это уже не был фосфен. Теперь я прислушался: в этом же свете появлялись многочисленные образы, своеобразные знаки, которые где-то были похожи на санскрит, затем фигуры, например, треугольники, среди них один большой треугольник; снова крест... На этот раз я предполагаю аллегорическое значение и спрашиваю: «Что это за крест?» — «Наверное, он подразумевает боль», — отвечает она. Я возражаю: под «крестом» обычно понимают мораль ное бремя; что скрывается за болью? Она не знает, что на это сказать, и продолжает говорить о своих видениях: солнце с золотыми лучами, которые она тоже может истолковать: это бог, начальная сила; затем огромная ящерица, на кото рую она смотрит вопросительно, но без страха, затем куча змей, затем снова солнце, но с мягкими серебристыми луча ми, а перед ней, между ее персоной и этим источником све та, решетка, закрывающая от нее середину солнца.

Я давно знаю, что имею дело с аллегориями, и тотчас спрашиваю о значении последнего образа. Она отвечает, не задумываясь: «Солнце — это совершенство, идеал, а решет ка — мои слабости и ошибки, которые стоят между мной и идеалом». — «За что же вы упрекаете себя, вы собой недо вольны?» — «Конечно». — «С каких же пор?» — «С тех пор, как я стала членом теософического общества и читаю издаваемые им сочинения. Я всегда была невысокого мнения о себе». — «Что же в конце концов произвело на вас самое сильное впечатление?» — «Перевод с санскрита, который

появится на прилавках». Минутой позже меня посвящают в ее душевную борьбу, в упреки, которые она сама себе предъявляет, и узнаю о небольшом происшествии, которое дало повод к упрекам и из-за которого раньше впервые воз никла органическая боль как результат конверсии возбуж дения. Образы, которые я вначале считал фосфенами, были символами оккультного хода мыслей, возможно, прямо-таки эмблемой титульных листов оккультных книг.

Я сейчас так горячо расхваливал результаты вспомога тельной процедуры надавливания и все время настолько пренебрегал точкой зрения защиты или сопротивления, что, несомненно, мог произвести впечатление, что теперь с помо щью этого небольшого приема можно справиться с психи ческими препятствиями катартическому лечению. Однако так полагать было бы серьезным заблуждением; насколько я вижу, таких выгод нет в терапии; для основательного изме нения здесь, как и везде, требуется большая работа. Проце дура надавливания — это не что иное, как уловка, чтобы на какое-то время обескуражить «я», охочее на защиту; во всех более серьезных случаях оно опять вспоминает о своих намерениях и продолжает свое сопротивление.

Я должен напомнить различные формы, в которых проявляется это сопротивление. Прежде всего в первый или во второй раз опыт с надавливанием обычно не удается. В таком случае больной разочарованно говорит: «Я поверил, что мне что-то придет на ум, подумать только, с каким любопытством я этого ждал; ничего не пришло». То, что пациент становится в позу, еще нельзя считать препятстви ем; на это ему говорят: «Как раз дело в том, что вы были чересчур любопытны; зато во второй раз получится». И затем действительно получается. Удивительно, как часто боль ные — причем самые уступчивые и смышленые — могут пол ностью забывать об уговоре, с которым до этого согласи лись. Они обещали говорить все, что им придет в голову под давлением руки, независимо от того, кажется ли им это су щественным или нет, приятно им об этом говорить или нет, то есть без разбора, без влияния со стороны критики или аффекта. Но они не сдерживают этого обещания, по-види мому, это выше их сил. Всякий раз работа застопоривается, снова и снова они утверждают, что на этот раз им ничего не пришло на ум. Им нельзя в этом верить, в таком случае всегда

нужно предполагать, а также высказывать, что они кое-что утаили, поскольку считают это неважным или ощущают неловкость. На этом настаивают, повторяют надавливание, притворяются непогрешимыми, пока действительно не уда ется что-то услышать. Тогда больной добавляет: «Я мог бы это сказать вам еще в первый раз». — «Почему же вы этого не сказали?» — «Я не мог подумать, что *это* и есть то, что нужно. Только когда это возвращалось каждый раз, я ре шился об этом сказать». Или: «Я надеялся, что это окажет ся чем-то другим; я могу оставить это при себе; только когда это нельзя было вытеснить, я заметил, это мне даром не пройдет». Так задним числом больной выдает мотивы со противления, которое он вначале вообще не хотел призна вать. Очевидно, он не может поступать иначе, кроме как оказывать сопротивление.

Удивительно, за какими отговорками часто скрывается это сопротивление. «Сегодня я рассеян, мне мешают часы или игра на пианино в соседней комнате». Я научился на это отвечать: «Отнюдь, теперь вы наталкиваетесь на что-то, о чем вам не хочется говорить. Это вам ни к чему. Просто сосредоточьтесь на этом». Чем дольше оказывается пауза между надавливанием моей рукой и высказыванием больного, тем более недоверчивым я становлюсь, тем скорее стоит опасаться, что больной обдумывает то, что ему пришло в голову, и изувечивает это при репродукции. Самые важные разъяснения часто приходят с оповещением в качестве излишнего аксессуара, словно переодетые нищими принцы в опере: «Теперь мне кое-что пришло в голову, но с этим ничего нельзя сделать. Я вам это скажу лишь потому, что вы требуете знать все». С этим сопровождением затем чаще всего приходит долгожданное решение; я всегда настораживаюсь, когда слышу, как больной столь пренебрежительно говорит о пришедшей в голову мысли. То, что при своем втором появлении патогенные представления кажутся столь мало значительными, является признаком удачной защиты; из этого можно заключить, в чем состоял процесс защиты; он состоял в том, чтобы из сильного представления сделать слабое, отнять у него аффект.

Среди прочих примет патогенное воспоминание узнают по тому, что оно характеризуется больным как несуществен ное и тем не менее высказывается только с сопротивлением.

Бывают также случаи, когда больной пытается его отрицать даже при его возвращении: «Теперь мне кое-что пришло в голову, но очевидно, что вы мне это внушили», или: «Я знаю, чего вы ждете, задавая этот вопрос. Вы наверняка полагае те, что я подумал то-то и то-то». Особенно умный способ отрицания заключается в том, чтобы сказать: «Теперь мне, правда, кое-что пришло в голову; только мне кажется, что я добавил это произвольно; мне кажется, что это не воспро изведенная мысль». Во всех этих случаях я остаюсь непоко лебимым, я не вдаюсь ни в одно из этих различий, а объяс няю больному, что это всего лишь формы и отговорки сопротивления, направленного против репродукции воспо минания, которое мы все же должны признать.

При возвращении образов в общем и целом мы имеем дело с более простой игрой, чем при возвращении мыслей; истерические больные, которые преимущественно являются людьми с преобладающей зрительной функцией, не создают аналитику так много трудностей, как люди с навязчивыми представлениями. Если однажды образ всплыл в памяти, то можно услышать слова больного, что тот разрушается и становится неясным по мере того, как он движется вперед в его описании. *Больной словно изнашивает образ, перево дя его в слова.* Тут ориентируются на образ воспоминания, чтобы найти направление, в котором нужно продолжать работу. «Рассмотрите картину еще раз. Она исчезла?» — «В целом да, но эту деталь я еще вижу». — «Тогда это должно значить что-то еще. Вы либо увидите здесь что-то новое, либо по поводу этого остатка вам придет в голову какая-то мысль». Если работа завершена, поле зрения ока зывается снова свободным, и можно выманить другой образ. В других же случаях такая картина упорно сохраняется перед внутренним взором больного, несмотря на ее описа ние, и это является для меня признаком того, что он может сказать мне еще что-то важное на тему картины. Как только он это сделал, образ исчезает подобно освобожденному духу, который обретает покой.

Разумеется, большое значение для продолжения ана лиза имеет то, что по отношению к больному врач каждый раз оказывается прав, ведь обычно зависят от того, что он считает правильным сообщить. Поэтому отрадно слышать, что процедура надавливания, собственно говоря, никогда не

дает промахов, за исключение одного-единственного случая, который я должен обсудить позже, но который я уже сей час могу охарактеризовать замечанием, что он соответствует особому мотиву к сопротивлению. Правда, может случить ся, что процедуру применяют в условиях, в которых она ничего не может выявить; например, спрашивают о дальней шей этиологии симптома, когда она уже представлена пол ностью, или исследуют психическую генеалогию симптома, скажем, боли, которая на самом деле была соматической болью; в этих случаях больной точно так же утверждает, что ему ничего не пришло на ум, и это правда. Уберечься от того, чтобы не поступать с ним несправедливо, можно, в общем и целом взяв себе за правило во время анализа не оставлять без внимания выражение лица спокойно лежаще го пациента. Тогда можно научиться без труда отличать душевное спокойствие при действительном отсутствии реминисценции от напряжения и признаков аффекта, при котором больной в целях защиты пытается отрицать появ ляющуюся реминисценцию. Впрочем, на таком опыте основывается дифференциально-диагностическое применение процедуры надавливания.

Стало быть, эта работа не является трудной и при использовании процедуры надавливания. Только мы получили одно преимущество — из результатов этого метода поняли, в каком направлении должно производиться исследование и чего надо требовать от больного. В некоторых случаях этого оказывается достаточно; речь, в сущности, идет о том, что я разгадываю тайну и сообщаю ее больному; как правило, он должен тогда отказаться от своего несогласия. В других случаях мне требуется большее; сохраняющееся сопротив ление больного проявляется в том, что связи разрываются, решения не приходят, вспоминаемые образы оказываются неясными и неполными. Часто, когда из более позднего периода анализа оглядываешься назад на более ранние, удивляешься, насколько изувеченными были все мысли и сцены, которые вырвали у больного с помощью процедуры надавливания. В них отсутствовало именно главное — связь с человеком или с темой, и поэтому образ оставался непо нятным. Я хочу привести один или два примера воздействия такой цензуры при первом появлении патогенных воспоми наний. Больной видит, к примеру, верхнюю часть женского

туловища, на оболочке которого словно по неаккуратности что-то зияет; только гораздо позже он добавляет к этому торсу голову, выдавая тем самым человека и связь с ним. Или он делится воспоминанием из своего детства о двух мальчиках, личность которых ему совершенно непонятна, которых обвинили бы в некоторой невоспитанности. Требу ется много месяцев и большие успехи в ходе анализа, чтобы он снова увидел эту реминисценцию и узнал в одном из детей себя самого, а в другом — своего брата. Какие средства имеются здесь в распоряжении, чтобы преодолеть это про должающееся сопротивление?

Немногие, но почти все, с помощью которых один че ловек обычно оказывает психическое воздействие на друго го. Сначала нужно себе сказать, что психическое сопротив ление, особенно появившееся давно, можно устранить лишь медленно и постепенно, и нужно терпеливо ждать. Затем можно рассчитывать на интеллектуальный интерес, который начинает возникать у больного после короткой работы. Когда его просвещают, рассказывают ему об удивительном мире психических процессов, в который он заглянул лишь благо даря подобным анализам, тем самым его самого склоняют к сотрудничеству, подводят к тому, чтобы он рассматривал себя сам с объективным интересом исследователя, и, таким образом, оттесняют сопротивление, покоящееся на аффек тивной основе. И наконец, — и это остается сильнейшим рычагом — после того как догадываются об этих мотивах его защиты, нужно попытаться обесценить мотивы или даже заменить их более сильными. Здесь, пожалуй, пропадает возможность охватить психотерапевтическую деятельность в формулах. Выступают, насколько это возможно, в каче стве просветителя, где невежество породило боязнь, учите ля, представителя более свободного или реалистичного ми ропонимания, исповедника, который своим участием и вниманием словно отпускает грехи после сделанного при знания; с больным стараются вести себя человечно, насколь ко это позволяют широта собственной личности и мера сим патии, которую можно проявить в данном случае. Для такой психической деятельности в качестве непременного условия требуется, чтобы примерно были разгаданы природа случая и мотивы действующей здесь защиты, и, к счастью, техника надавливания и процедуры давления именно так далеко и

распространяется. Чем больше решена такая загадка, тем легче, пожалуй, разгадать новую и тем раньше можно будет приступить к собственно целебной психической работе. Ибо надо полностью отдавать себе отчет в том, что, хотя боль ной избавляется от истерического симптома только тогда, когда репродуцирует и высказывает, проявляя аффект, вызывающие его патогенные впечатления, терапевтическая задача все-таки заключается *только в том, чтобы его к этому подвигнуть,* и если эта задача однажды была реше на, то врачу уже нечего больше исправлять или устранять. Все, что нужно для этого от контрсуггестий, уже было использовано при преодолении сопротивления. Случай мож но сравнить, к примеру, с отпиранием запертой двери, после чего нажатие на щеколду, чтобы ее открыть, уже не создает трудностей.

Наряду с интеллектуальными мотивами, которые привлекают для преодоления сопротивления, редко можно обойтись без аффективного момента, личной значимости врача, и во множестве случаев последняя сама по себе способна устранить сопротивление. Здесь все точно так же, как в медицине, и ни от одного терапевтического метода нельзя требовать, чтобы он полностью отказался от содействия этого личностного момента.

3

В связи с рассуждениями в предыдущем разделе о труд ностях моей техники, которые я откровенно раскрыл — впрочем, я их собрал из самых тяжелых случаев, зачастую все происходит намного проще, — итак, в связи с таким положением вещей каждый, наверное, захочет поднять во прос, не будет ли более целесообразным вместо всех этих мучений энергичнее заниматься гипнозом или ограничить применение катартического метода такими больными, кото рых можно ввести в глубокий гипноз. На последнее предло жение я должен был бы ответить, что тогда число пациен тов, соответствующих *моему* умению, чересчур сократится; первому же совету я противопоставлю предположение, что принуждением к гипнозу едва ли можно уберечься от со противления. Мой опыт на этот счет, как ни странно, не очень богат, поэтому я не могу выйти за рамки предположения; но

там, где я проводил катартическое лечение в состоянии гип ноза вместо состояния концентрации, я обнаружил, что выпадающую мне работу я этим нисколько не уменьшал. Совсем недавно я закончил такое лечение, в ходе которого я смягчил истерический паралич ног. Пациентка впала в состояние, которое в психическом отношении очень сильно отличалось от бодрствования, а в соматическом отличалось тем, что она не могла открыть глаза или подняться, если я не прокричал ей: «Теперь вы просыпаетесь», и тем не менее никогда не встречал большего сопротивления, чем именно в этом случае. Я не придавал никакого значения этим физи ческим признакам, и к концу десятого месяца продолжав шегося лечения они стали незаметными; поэтому состояние пациентки, в котором мы работали, ничуть не лишилось своих[1] характерных особенностей: способности помнить о бессознательном, весьма особое отношение к персоне врача. В истории фрау Эмми фон Н. я, правда, привел пример катартического лечения, проведенного в самом глубоком сомнамбулизме, в котором сопротивление почти никакой роли не играло. Однако от этой женщины я также не узнал ни одной вещи, для сообщения о которой потребовалось бы особое преодоление, ничего из того, чего бы она не могла бы рассказать мне при более долгом знакомстве и некоторой оценке также и в бодрствовании. К настоящим причинам ее заболевания, несомненно, идентичным с причинами его ре цидивов после моего лечения, я так и не пришел — это был как раз мой первый опыт такой терапии, — и единственный раз, когда я случайно потребовал от нее реминисценции, в которую отчасти примешалась эротика[2], я увидел, что она сопротивляется и ненадежна в своих сведениях точно так же, как позднее какая-нибудь другая из моих не сомнамбу лических пациенток. О сопротивлении этой женщины также в сомнамбулизме другим требованиям и предположениям я уже говорил в истории ее болезни. В общем, ценность гип ноза для облегчения катартической терапии стала для меня сомнительной, с тех пор я встречал примеры абсолютной терапевтической непокорности при превосходном послушании

[1] *[В этом месте только в первом издании содержится характеристика: «психических».]*

[2] *[См. 1895d, с. 132-133, Та., с. 64.]*

иного рода в глубоком сомнамбулизме. О подобном случае я вкратце рассказал на с. 156-157 [прим., 1895*d*, *Ta.,*-с. 81, прим.][1]; я мог бы добавить еще и другие. Впрочем, я признаюсь, что этот опыт неплохо отвечал моей потребно сти в количественной взаимосвязи между причиной и след ствием также и в психической области.

В предшествующем описании на передний план выдвину лась идея *сопротивления;* я показал, как во время терапевти ческой работы приходят к пониманию, что истерия возникает вследствие вытеснения — в целях защиты — невыносимого представления, вытесненное представление продолжает суще ствовать в виде слабого (мало интенсивного) следа воспомина ния, отнятый у него аффект используется для соматической иннервации — конверсии возбуждения. Стало быть, представ ление именно из-за своего вытеснения становится причиной болезненных симптомов, то есть патогенным. Истерию, обнаруживающую этот психический механизм, можно назвать *защитной истерией.* Тут мы оба, Брейер и я, неоднократно говорили о двух других видах истерии, для обозначения которых мы ввели в употребление термины *«гипноидная истерия»* и *«ретенционная истерия».* Гипноидная исте рия — это истерия, которая вообще первой попала в наше поле зрения; я не смог бы привести лучшего примера для иллюстрации таковой, чем первый случай Брейера. Для та кой гипноидной истерии Брейер указал один психический механизм, существенно отличающийся от механизма кон версионной защиты. Здесь представление, должно быть, становится патогенным в результате того, что оно было воспринято в особом психическом состоянии, с самого на чала оставалось за пределами «я». Поэтому не требовалось никакой психической силы, чтобы держать его поодаль от «я», и это не может вызвать сопротивления, если его вводят в «я» с помощью сомнамбулической умственной деятельности. Ис тория болезни Анны О. и в самом деле не обнаруживает ни единого проявления такого сопротивления.

[1] *[В G. W. здесь ошибочно указана с. 83; это указание без измене ний было заимствовано из издания «Этюдов об истерии» в G. S.]*

[2] *[В первом издании предложение заканчивается словами: «Кото рый среди наших историй болезни стоит на первом месте». В изданиях в рамках G. S., 1925, и G. W., 1952, в которые случай Анны О. не вошел, эта часть предложения отсутствует.]*

Я считаю это различие настолько существенным, что благодаря ему я охотно склонен придерживаться выдвижения гипноидной истерии. Как ни странно, в своем собственном опыте настоящую гипноидную истерию я не встречал; то, за что я брался, превращалось в защитную истерию. Дело в том, что мне не приходилось сталкиваться с симптомами, которые, как было доказано, возникли в обособленных состояниях сознания и поэтому должны были оставаться исключенными от принятия в «я». Иногда такое встречалось и в моих случаях, но затем мне все-таки удавалось доказать, так называемое гипноидное состояние было обязано обособлением тому обстоятельству, что в нем проявилась ранее отщепленная защитой психическая группа. Словом, я не могу избавиться от подозрения, что гипноидная истерия и защитная истерия где-то в своей основе совпадают и что при этом защита первична. Но я ничего об этом не знаю. Таким же неуверенным является теперь и мое суждение о «ретенционной истерии»[1], при которой терапевтическая работа точно так же должна была происходить без сопротивления. У меня был случай, который я считал типичной ретенционной истерией; я обрадовался легкому и несомненному успеху, но этот успех отсутствовал, хотя работа и в самом деле была простой. Поэтому я предполагаю — опять-таки со всей сдержанностью, которая подобает незнанию, — что и при ретенционной истерии в конечном счете можно найти часть запиты, оттеснившую весь процесс в область истерических проявлений. Подвергаюсь ли я опасности из-за этой тенден ции к распространению понятия защиты на всю истерию иметь в ошибку по причине своей односторонности, надо надеяться, вскоре покажет новый опыт.

До сих пор я говорил о трудностях и технике катартического метода, а теперь хотел бы добавить еще несколько замечаний по поводу того, как с помощью этой техники осуществляется анализ. Это очень интересная для меня тема, от которой, однако, я не могу ожидать, что она вызовет такой же интерес у других, которые такого анализа еще не проводили. Собственно говоря, речь снова пойдет о технике, но на этот раз о содержательных трудностях, за которые нельзя возлагать ответственность на больного, которые при гипноидной

[1] *[Ср. 1895d, Та., с. 170.]*

и ретенционной истерии отчасти должны были быть такими же, как и при представляющихся мне образцом за щитных истериях. К этой последней части изложения я приступаю с надеждой, что обнаруживаемые здесь психи ческие особенности однажды смогут приобрести определен ную ценность для динамики представления в качестве ис ходного материала.

Первым и самым сильным впечатлением, получаемым при таком анализе, несомненно, является то, что патоген ный психический материал, который якобы забыт, не нахо дится в распоряжении «я», не играет никакой роли в ассо циации и в воспоминании, все же каким-то образом лежит наготове, причем он правильно и хорошо упорядочен. Речь идет только о том, чтобы устранить сопротивление, прегра ждающее к нему путь. Обычно же он становится сознательным[1], насколько мы вообще можем что-то знать; зачастую имеются правильные связи отдельных представлений друг с другом и с не патогенными представлениями, в свое время они были созданы и сохранены в памяти. Патогенный психический материал появляется как достояние интеллекта, который необязательно уступает нормальному «я». Часто самым обманчивым образом создается видимость второй личности. Оправданно ли это впечатление, не относят ли при этом расстановку психического материала, возникающую по завершении, ко времени болезни, — все эти вопросы я не хотел бы пока и именно здесь принимать во внимание. Во всяком случае опыт, полученный во время таких анализов, можно описать удобнее и нагляднее всего, если встать на точку зрения, которую мы вправе занять *после* того, как увидели целое.

Чаще всего положение вещей не такое простое, каким его представляли для особых случаев, например, для от дельного симптома, возникшего вследствие значительной травмы. Обычно встречается не один-единственный истери ческий симптом, а множество таковых, частично независи мых друг от друга, частично друг с другом связанных. Нельзя ожидать одно-единственное травматическое воспоминание и в качестве его ядра — одно-единственное патогенное

[1] *[Только в первом издании здесь вместо «сознательный» стоит «осознанный», что лучше передает смысл.]*

представление, а нужно быть готовым к целому ряду частичных травм и к переплетениям патогенных последовательностей мыслей. Моносимптоматическая травматическая истерия является, так сказать, элементарным организмом, однокле точным существом по сравнению с усложненной структурой тяжелого[1] истерического невроза, которая нам обычно встре чается.

Психический материал такой истерии предстает теперь многомерным образованием, состоящим по меньшей мере из *трех слоев. Я* надеюсь, что смогу вскоре оправдать этот наглядный способ выражения. Вначале имеется некое *ядро* таких воспоминаний (в переживаниях или последовательно стях мыслей), в которых травматический момент достиг высшей точки или патогенная идея нашла свою самую чис тую форму. Вокруг этого ядра часто находят невероятно огромную массу другого материала воспоминаний, который нужно проработать в анализе и имеющий, как уже упоми налось, троякого рода расположение. Во-первых, несомнен но *линейное, хронологическое* расположение, присущее каждой отдельной теме. В качестве примера я приведу толь ко его расположение в анализе Брейера больной Анны О. Темой здесь — глухота, потеря слуха; затем она дифференцируется по семи пунктам, и под каждым заголовком в хронологической последовательности были собраны от де сяти до ста отдельных воспоминаний. Это, пожалуй, как если бы извлекли державшийся в порядке архив. В анализе моей пациентки Эмми фон Н. содержались похожие, хотя и не представленные настолько полно «дела » с записями воспо минаний; однако они составляют совершенно общее собы тие в каждом анализе, появляются каждый раз в хроноло гическом порядке, который столь же непременно надежен, как очередность дней или названий месяцев у психически здорового человека, и затрудняют работу анализа той ха рактерной особенностью, что при репродукции они перевер тывают последовательность их возникновения; самое свежее, недавнее переживание появляется в «деле» первым в каче стве «верхнего приправочного листа», а конец кладет то впечатление, с которого в действительности начался ряд.

[1] *[В первом и втором изданиях здесь стоит «более тяжелого».]*

[2] *[См. 1895d, Та., с. 32.]*

Группирование однородных воспоминаний в линейное, расположенное слоями множество, какое представляет со бой «дело», пакет и т. п., я назвал образованием *темы.* Эти темы обнаруживают расположение второго рода; я не могу выразить это иначе, как *расположение концентрическими слоями вокруг патогенного ядра.* Нетрудно сказать, что образует это наслоение, по какой убывающей или возрас тающей величине происходит это расположение. Это *слои* одного и того же, усиливающегося к ядру *сопротивления и вместе с тем зоны одного и того же изменения сознания,* в которых простираются отдельные темы. Самые перифери ческие слои содержат те воспоминания о разных темах (или «делах»), которые легко напоминаются и всегда ясно осоз навались; чем глубже спускаешься, тем труднее распознать всплывающие воспоминания, пока, наконец, вблизи ядра не наталкиваешься на такое, которое пациент отрицает еще при репродукции.

Именно эта особенность концентрического наслоения патогенного психического материала придает, как мы узна ем, характерные черты течению таких анализов. Теперь надо упомянуть еще и третий, самый важный, способ расположе ния, которое труднее всего выразить в общем виде. Речь идет о расположении по содержанию мыслей, о связывании по средством доходящей до самого ядра логической нити, ко торая может соответствовать особому для каждого случая, беспорядочному и не раз пресекавшемуся пути. В отличие от двух морфологических наслоений, упомянутых первыми, это расположение имеет динамический характер. Если те в про странственно сделанной схеме следовало бы изобразить в виде неподвижных, дугообразных и прямых линий, то ход логического сцепления нужно было бы обвести палочкой, которая самыми витиеватыми путями движется от поверх ностных слоев в глубокие и обратно, но в целом от перифе рии к центральному ядру, и при этом должна коснуться всех пунктов, то есть подобно тому, как при решении загадки-кроссворда зигзагообразным хода коня обходят все клетки поля.

Я ненадолго остановлюсь на последнем сравнении, что бы подчеркнуть один пункт, в котором оно не отвечает осо бенностям сравниваемого. Логическая связь соответствует не просто зигзагообразно надломленной линии, а в большей

степени разветвленной, и особенно сходящейся системе линий. Она имеет узловые точки, в которых встречаются две или несколько нитей, чтобы, будучи отныне соединенными, продолжить путь, в ядро же, как правило, попадает несколь ко независимых друг от друга или местами связанных — окольными путями — нитей. Весьма примечательно, если выразить это другими словами, как часто симптом оказыва ется *множественно детерминированным, сверхобусловленным*[1].

В общем и целом здесь следует предохранить себя от двух вещей. Если больного сдерживают в репродукции по являющихся у него мыслей, то кое-что себе можно «засы пать», и в дальнейшем это все же придется освобождать с большим трудом. С другой стороны, нельзя переоценивать его бессознательный «интеллект» и уступать ему руковод ство всей работой. Если бы я захотел схематизировать спо соб работы, то мог бы, к примеру, сказать, что раскрытие внутренних слоев, продвижение в радиальном направлении, надо брать на себя, тогда как больной обеспечивает перифе рическое расширение.

Моя попытка проиллюстрировать организацию патоген ного психического материала будет завершена, если я введу еще одно-единственное осложнение. Дело в том, что может имеет место случай, в котором речь идет о более чем одном ядре в патогенном материале, например, если нужно про анализировать вторую вспышку истерии, имеющую свою собственную этиологию, но связанную с первой, преодолен ной несколько лет назад вспышкой острой истерии. Тогда можно легко себе представить, какие слои и пути мыслей должны присоединиться, чтобы создать связь между двумя патогенными ядрами.

К полученной таким образом картине организации па тогенного материала я хочу добавить еще несколько замеча ний. Относительно этого материала мы говорили, что он ведет себя как инородное тело; по своему действию терапия так же похожа на удаление инородного тела из живой ткани. Теперь мы способны увидеть, в чем это сравнение ошибает ся. Инородное тело не вступает ни в какие связи с перекрывающими его слоями ткани, хотя и изменяет их, вынуждает

[1] *[См. выше, с. 32-33, прим.]*

их реактивным образом воспаляться. Нашу патогенную пси хическую группу, напротив, нельзя аккуратно вылущить из «я», ее внешние слои повсюду переходят в части нормаль ного «я », собственно говоря, принадлежат последнему точ но так же, как и патогенной организации. Граница между ними при анализе проводится чисто условно, то там, то здесь, в отдельных местах ее, пожалуй, вообще нельзя указать. Внутренние слои все больше и больше отчуждаются от «я», но при этом граница патогенного опять-таки не становится где-либо очевидной. Патогенная организация, собственно говоря, ведет себя не как инородное тело, а скорее как инфильтрат. В качестве того, что просачивается, в этом срав нении нужно принять сопротивление. Да и терапия состоит не в том, чтобы что-нибудь удалить — на это психотерапия сегодня не способна, — а в том, чтобы свести на нет сопротивление и таким образом проложить путь циркуляции в закрытую доселе область.

(Я пользуюсь здесь рядом сравнений, имеющих лишь весьма ограниченное сходство с моей темой и не увязывающихся также и между собой. Я это знаю и не опасаюсь пере оценить их ценность, но мною управляет намерение с разных сторон проиллюстрировать крайне сложный мыслительный объект, который никогда еще не описывали, и поэтому я прошу мне позволить также и на следующих страницах распоряжаться сравнениями таким далеко не безупречным способом.)

Если бы после полного разрешения патогенный матери ал в его теперь уже распознанной, сложной, многомерной организации можно было бы показать третьему лицу, то он правомерно задал бы вопрос: «Как же такой верблюд про шел через угольное ушко? » То есть не без основания гово рят об «узости сознания». Этот термин приобретает смысл и жизненную свежесть для врача, проводящего подобный анализ. В сознание «я» всегда может попасть только отдельное воспоминание; больной, занятый его проработкой, не видит ничего из того, что проталкивается вперед, и забывает то, что уже проникло. Если преодоление этого одного пато генного воспоминания наталкивается на трудности, напри мер, если больной не перестает ему сопротивляться, если он хочет его вытеснить или изувечить, то узкое место словно загромождается; работа застопоривается, ничто другое прий ти не может, и перед больным, пока он не принял его в

просторы «я», останавливается одно-единственное прорвав шееся воспоминание. Таким образом, вся растянутая в про странстве масса патогенного материала пропускается через узкую расщелину и, стало быть, достигает сознания, рас члененная на части и полосы. Задача психотерапевта — сно ва составить из этого предполагаемую организацию. Тот, кто еще жаждет сравнений, может здесь вспомнить о голово ломке.

Если предстоит начать такой анализ, где можно ожидать подобную организацию патогенного материала, можно вос пользоваться следующими полученными на опыте результата ми: *совершенно бесперспективно продвигаться прямо к ядру патогенной организации.* Даже если бы можно было его разгадать, больной все равно не знал бы, что делать с дарован ным ему разъяснением, и психически не изменился бы.

Не остается ничего другого, как вначале придерживать ся периферии патогенного психического образования. На чинают с того, что больного просят рассказать, что он знает и помнит, при этом уже управляют его вниманием и благо даря применению процедуры надавливания преодолевают более легкие сопротивления. Каждый раз, когда благодаря надавливанию открывается новый путь, можно ожидать, что больной пройдет его часть без нового сопротивления.

Если какое-то время работали таким способом, то у больного обычно пробуждается склонность к сотрудниче ству. Теперь ему приходит на ум множество реминисценций, причем не требуется задавать ему вопросы и ставить задачи; тем самым проложен путь к внутреннему слою, в котором больной теперь спонтанно располагает материалом того же ого сопротивления. Поступают правильно, если ему позволяют какое-то время репродуцировать без какого-либо влияния; хотя сам он не в состоянии раскрыть важные взаимосвязи, тем не менее можно предоставить ему самому «износить» воспоминание в пределах того же самого слоя. Вещи, которые он таким образом сообщает, часто кажутся связными, но они предоставляют материал, который оживляется впоследствии выявленной взаимосвязью.

В общем и целом здесь следует предохранить себя от двух вещей. Если больного сдерживают в репродукции появляющихся у него мыслей, то кое-что можно

«засыпать», в дальнейшем это все же придется освобождать с большим трудом. С другой стороны, нельзя переоценивать его бес сознательный «интеллект» и уступать ему руководство всей работой. Если бы я захотел схематизировать способ работы, то мог бы, к примеру, сказать, что раскрытие внутренних слоев, продвижение в радиальном направлении, надо брать на себя, тогда как больной обеспечивает периферическое расширение.

Движение вперед происходит благодаря тому, что ра нее указанным способом преодолевают сопротивление. Но, как правило, перед этим необходимо решить еще другую задачу. Нужно суметь получить в руки часть логической нити, и только руководствуясь ею, можно надеяться про никнуть во внутренний мир. Не стоит ждать, что свободные сообщения больного, материал поверхностных чаще всего слоев поможет аналитику распознать, в каких местах дела процесс идет вглубь, к каким точкам присоединяются искомые мыслительные взаимосвязи. Напротив; именно это тщательно скрыто, то, о чем говорит больной, звучит как нечто окончательное и упрочившееся. Сначала перед этим стоят, как перед стеной, закрывающей всякую перспективу и не позволяющей догадаться, не скрывается ли за этим нечто, а если скрывается, то что именно.

Если же описание, полученное от больного без большого труда и сопротивления, окинуть критическим взглядом, то в нем непременно обнаружат пробелы и повреждения. Здесь связь явно прервана и кое-как дополняется больным пустой фразой, неудовлетворительной[1] информацией; там наталкиваются на мотив, который у нормального человека можно было бы назвать бессильным. Больной не хочет при знавать эти пробелы, если на них обращают его внимание. Но врач поступает правильно, если за этими слабыми мес тами ищет доступ к материалу более глубоких слоев, если именно здесь надеется найти нити взаимосвязи, которые он выслеживает с помощью процедуры надавливания. Стало быть, больному говорят: «Вы заблуждаетесь; то, что вы сообщаете, возможно, ничего общего с этим не имеет. Здесь мы должны натолкнуться на что-то другое, и это придет вам в голову под давлением моей руки».

[1] *[В первом издании здесь говорится: «совершенно неудовлетвори тельной».]*

Те же самые требования логической связи и достаточ ной мотивации, которые выдвинули бы у нормального инди вида, можно предъявить к ходу мысли у истерического больного, также простирающемуся в бессознательное. Ос лабление этих связей не подвластно неврозу. Если связи пред ставлений у невротических и, в частности, у истерических больных производят другое впечатление, если здесь соотно шение интенсивности различных представлений кажется необъяснимым одними только психологическими условия ми, то мы уже познакомились с причиной этой видимости и умеем обозначить ее как *существование скрытых, бессоз нательных мотивов.* Стало быть, мы можем предполагать наличие таких тайных мотивов повсюду, где можно дока зать подобный разрыв во взаимосвязи, превышение меры обычно оправданной мотивировки.

Разумеется, во время такой работы нужно избавиться от теоретического предубеждения, что здесь приходится иметь дело с патологическим мозгом *degeneres* и *desequilibres*[1], которые вольны — и в этом состоит их отличительный признак — низвергать обычные психологические законы связывания представлений, у которых любое представление без какого-либо мотива может чрезмерно усилиться, другое же без какой-либо психологической причины может оставаться несокрушимым. В отношении истерии опыт показывает обратное; если выявили и учитывают скрытые — зачастую остававшиеся бессознательными — мотивы, то и в истерической связи идей ничего загадочного и противоречащего правилам не остается. Стало быть, таким способом, отыски ванием пробелов в первом изложении больного, которое зачастую покрыто «ложными связываниями», ухватывают часть логической нити на периферии и с помощью процеду ры надавливания прокладывают себе оттуда дальнейший путь.

Очень редко удается при этом с помощью одной и той же нити пробраться внутрь; в большинстве случаев во время пути она обрывается, поскольку надавливание дает осечку, не приносит никакого результата или дает такой результат, который при всем старании нельзя прояснить и продолжить.

[1] *[Дегенератов и неуравновешенных людей (фр.). Именно так считали тогда многие французские*

психопатологи.]

Вскоре научаешься в этом случае оберегаться от напрашива ющихся недоразумений. По выражению лица больного можно догадаться, действительно ли пришли к концу или встретился пациент, который не нуждается в психическом разъяснении, или же все дело в огромном сопротивлении, повелевшем остановить работу. Если последнее нельзя немедленно одолеть, то можно предположить, что, следуя за нитью, достигли слоя, который пока еще герметичен. Эту нить можно бросить, чтобы поднять другую, которую прослеживают, вероятно, так же далеко. Если с помощью всех нитей проследовали в этот слой, обнаружили там узлы, из-за которых уже нельзя было изолированно проследить от дельную нить, то можно подумать о том, чтобы по-новому ата ковать предстоящее сопротивление.

Можно легко представить себе, как может усложниться такая работа. При постоянном преодолении сопротивления пробираются во внутренние слои, получают знание о темах, скопившихся в этом слое, и проходящих нитях, проверяют, как далеко можно продвинуться с помощью нынешних средств и своего добытого знания, благодаря процедуре надавливания получают первые сведения о содержании следующих слоев, бросают нити и поднимают их снова, прослеживают их вплоть до узловых пунктов, постоянно наверстывают упущенное и всякий раз, разбирая стопку воспоминаний, попадают на об ходной путь, который в конечном счете опять же во что-то упирается. В конце концов таким способом продвигаются столь далеко, что можно оставить работу, осуществляемую послой но, и по основному пути пробраться прямо к ядру патогенной организации. Тем самым борьба увенчалась победой, но еще не закончена. Нужно проследить до конца другие нити, которые пришлось бросить, исчерпать материал; но теперь больной энер гично помогает, сопротивление большей частью уже сломлено.

На этих более поздних стадиях работы идет на пользу, если догадываются о взаимосвязи и сообщают о ней больному еще до того, как ее раскрыли. Если догадались правильно, то течение анализа ускоряется, но помогают себе и неверной гипотезой, поскольку вынуждают больного высказаться и выманивают у него энергичные возражения, которые выдают его прекрасную осведомленность.

При этом с удивлением убеждаешься, *в вещах, кото рые больному якобы не известны, ему невозможно что-нибудь навязать или повлиять на результаты*

анализа, пробудив его ожидания. Мне ни разу не удавалось изменить и фальсифицировать репродукцию воспоминаний или связь событий своим предсказанием, что в конечном счете не вы дало бы себя противоречием в структуре. Если же случалось так, как я это предсказывал, то многочисленные не внушав шие подозрения реминисценции всякий раз подтверждали, что я попадал правильно. Стало быть, не нужно бояться высказывать больному то или иное мнение по поводу следу ющей взаимосвязи; это ничему не вредит.

Другое наблюдение, повторить которое можно всякий раз, относится к самостоятельным репродукциям больного. Можно утверждать, что во время такого анализа не появля ется ни одной реминисценции, которая не имела бы своего значения. Вмешательств ни с чем не связанных образов вос поминаний, которые так или иначе ассоциированы с важны ми, собственно говоря, вообще не бывает. Для таких вос поминаний, которые сами по себе не важны, но все же необходимы в качестве вставок, поскольку ассоциация меж ду двумя изобилующими связями воспоминаниями проис ходит только через них, можно постулировать одно не противоречащее правилам исключение. Продолжительность времени, в течение которого воспоминание задерживается в узком месте перед сознанием пациента, находится, как уже отмечалось, в непосредственной связи с его значением. Об раз, который не хочет исчезнуть, все еще требует своей оцен ки, мысль, от которой нельзя отделаться, все еще хочет быть прослежена дальше. И реминисценция никогда не возвраща ется во второй раз, если с нею было покончено; образ, кото рый был проговорен, нельзя будет увидеть снова. Если это все-таки происходит, то с уверенностью можно ожидать, что во второй раз новое мыслительное содержание свяжется с образом, новое заключение с мыслью, то есть что полного разрешения все же не произошло. И наоборот, часто имеет место возвращение с различной степенью интенсивности, сначала в виде намека, затем с полной ясностью, но это не противоречит только что сделанному утверждению.

Если к задачам анализа относится устранение симпто ма, который способен усиливаться или возвращаться (боли, симптомы, раздражения, такие, как рвота, неприятные ощу щения, контрактуры), то во время работы со стороны этого симптома наблюдают интересный феномен, который нельзя

назвать нежелательным, — феномен *«повторения вслед »* [1]. Данный симптом появляется снова или появляется с боль шей интенсивностью, как только удается попасть в область патогенной организации, содержащую этиологию такого симптома, и теперь он сопровождает работу с характерными и поучительными для врача колебаниями. Его интенсивность (скажем так: склонности прорваться) возрастает, чем глуб же проникают в одно из относящихся к нему патогенных воспоминаний, достигает самой большой высоты незадолго до его высказывания и неожиданно уменьшается или же на какое-то время полностью исчезает после рассказа об этом воспоминании. Если больной в силу сопротивления долго медлит с высказыванием, напряжение, порождаемое ощущениями, склонностью прорваться, становится невыносимым, и если нельзя добиться высказывания, то действительно наступает рвота. Таким образом получают наглядное представление о том, что «рвота» занимает место психи ческого действия (в данном случае высказывания), как это утверждает конверсионная теория истерии.

Теперь это колебание интенсивности со стороны истерического симптома повторяется каждый раз, как только обращаются к новому, патогенному в данном случае воспо минанию; симптом все время стоит, так сказать, *на повест ке дня.* Если нить, на которой висит этот симптом, на какое-то время требуется отпустить, то и симптом также отступает во тьму, чтобы вновь появляться в более поздний период анализа. Эта игра продолжается до тех пор, пока этот симптом не получит окончательного разрешения путем доработки относящегося к нему патогенного материала.

Строго говоря, истерический симптом ведет себя здесь ничуть не иначе, чем образ воспоминания или воспроизве денная мысль, которую вызывают под давлением руки. Здесь, как и там, то же самое надоедливое и упорное возвращение в воспоминании больного, которое требует разрешения. Различие состоит лишь во внешне спонтанном появлении истерических симптомов, в то время как когда вспоминают, сцены и мысли, пожалуй, провоцируют самостоятельно.

[1] *[Соответствующий пример содержится в описании случая фрей лейн Элизабет фон Р. (1895d, с. 212, 72г., с. 120). Этот феномен упоми нается также Брейером (1895 d, Та., с. 32).]*

Однако на самом деле от неизменных *остатков воспомина ния* об аффективных переживаниях и мыслительных актах ведет непрерывный ряд к истерическим симптомам, их *сим волам воспоминания.*

Феномен «повторения вслед» истерического симптома во время анализа приносит с собой практическое затруднение, с которым нужно суметь примирять больного. Совершенно не возможно произвести анализ симптома одним махом или распре делять паузы в работе таким образом, чтобы они как раз совпа дали с неподвижными точками в процессе разрешения. Напротив, перерыв, который властно предписывается побочными обстоя тельствами лечения, поздним часом и т. п., часто возникает совер шенно некстати, как раз тогда, когда можно было бы прибли зиться к решению, как раз тогда, когда появляется новая тема. Это точно такие же недостатки, которые каждому читателю га зеты отравляют удовольствие от чтения фрагмента ежедневного газетного романа, если непосредственно после решающей речи героини, после прогремевшего выстрела и т. п. приходится читать: «Продолжение следует». В нашем случае затронутая, но не за вершенная тема, сначала усилившийся и пока еще не объяснен ный симптом, продолжает существовать в душевной жизни боль ного и, вероятно, беспокоит его еще больше обычного. С этим нужно[1] уметь примириться; по-другому устроить нельзя. Есть вообще такие больные, которые во время такого анализа не могут снова оставить однажды затронутую тему, одержимы ею также н в промежутке между двумя лечениями, а так как сами они с разрешением все же не преуспевают, то вначале страдают боль ше, чем до лечения. Также и такие пациенты в конце концов на учаются дожидаться врача, весь свой интерес к объяснению па тогенного материала переносить на часы лечения, и тогда они начинают свободнее чувствовать себя в промежутках.

Также и общее состояние больных во время такого анализа кажется достойным внимания. Какое-то время, пока на него еще не повлияло лечение, оно остается выражением прежних действенных факторов, но затем наступает момент, в который больной становится «увлеченным», его интерес

[1] *[В двух первых изданиях «Этюдов» здесь стоит «он должен», и наоборот, в третьем, очевидно, допущена опечатка: «оно должно». В издании 1924 года это «оно» исправлено на безличную форму, что*

все же несколько изменяет смысл предложения с первоначальной формулировкой.]

приковывается, и отныне его общее состояние также все больше попадает в зависимость от состояния работы. Каж дый раз, когда получено новое разъяснение, достигнут важ ный рубеж в процессе анализа, больной также испытывает облегчение, он словно предвкушает близящееся освобожде ние; каждый раз, когда работа застопоривается, каждый раз, когда угрожает возникнуть путаница, возрастает психи ческая нагрузка, которая его угнетает, он еще больше ощу щает себя несчастным, становится еще более недееспособ ным. Но то и другое возникает лишь на короткое время; поскольку анализ продолжается, нет смысла превозносить момент хорошего самочувствия и не стоит придавать большо го значения периодам ухудшения. В целом можно порадо ваться, если спонтанные колебания самочувствия больного сменились колебаниями, которые провоцируют и понимают сами, и точно так же рады увидеть, что вместо спонтанного чередования симптомов появляется тот распорядок дня, ко торый соответствует положению дел в анализе.

Обычно работа становится сначала тем сомнительнее и труднее, чем глубже проникают в ранее описанное располо женное слоями психическое образование. Но если однажды добрались до ядра, то это становится светом, и не надо уже опасаться, что общее состояние больного сильно ухудшит ся. Однако вознаграждения за работу, исчезновения симп томов болезни можно ожидать только тогда, когда для каждого отдельного симптома произведен полный анализ; более того, там, где отдельные симптомы связаны между собой многочисленными узлами, не стоит воодушевляться частичными успехами во время работы. В силу имеющихся в избытке каузальных связей каждое пока еще проясненное до конца патогенное представление действует как мотив для всех порождений невроза, и только вместе с последним словом анализа вся картина болезни исчезает, в точности как вело себя отдельное репродуцированное воспоминание. Если патогенное воспоминание или патогенная взаимо связь, которые раньше были лишены «я»-сознания, раскры ваются работой анализа и включаются в «я», то у обогатив шейся таким образом психической личности наблюдают различные способы выражать свои приобретения. Очень часто случается, что больные, после того как их с трудом привели к определенному знанию, затем заявляют: «Я всегда

это знал, я мог бы сказать вам об этом и раньше». Более благоразумные распознают это затем как самообман и упре кают себя в неблагодарности. Обычно позиция «я» по отно шению к новому приобретению зависит в основном от того, из какого слоя анализа это приобретение происходит. То, что принадлежит к самым внешним слоям, признается без затруднений, ведь это оставалось во владении «я», и только его связь с более глубокими слоями патогенного материала была для «я» новостью. То, что выявляется из этих более глубоких слоев, тоже узнается и признается, но все-таки часто лишь после длительных колебаний и сомнений. Разу меется, зрительные образы воспоминания отрицать здесь труднее, чем мнемические следы, оставшиеся от просто мыслей. Совсем не редко больной сперва говорит: «Возмож но, что я думал об этом, но не могу вспомнить», — и только после более долгого знакомства с этим предположением к этому добавляется и распознавание; он вспоминает и подтвер ждает также побочными связями, что у него действительно когда-то была эта мысль. Я же во время анализа делаю пра вилом с вниманием относиться к появляющейся реминисцен ции независимо от признания больного. Я не устану повто рять, что мы обязаны принимать все, что обнаруживаем с помощью наших средств. Если бы что-то из этого было неправильным или ненастоящим, то впоследствии оно выбивалось бы из контекста. Это также подразумевает, что у меня едва ли был повод впоследствии не признавать временно допущенную реминисценцию. Что бы ни появлялось, вопре ки самой обманчивой видимости явного противоречия, в ко нечном счете оказывалось все же правильным.

Происходящие из самой большой глубины представле ния, которые образуют ядро патогенной организации, так же с наибольшим трудом признаются больными в качестве воспоминаний. Даже если все позади, если больные, уступая давлению логики и убеждаясь в целебном действии, сопро вождающем появление именно этих представлений, итак, повторяюсь, если больные сами признали то, что они так-то и так-то думали, зачастую они добавляют: «Но *вспомнить,* что я так подумал, я не могу». В таком случае с ними легко согласиться: это были *бессознательные* мысли. Но как же само это положение вещей внести в свои психологические представления? Надо ли не обращать внимания на это отвергнутое

осознание со стороны больных, которое после проде ланной работы является немотивированным; надо ли пред положить, что речь действительно идет о мыслях, которые не осуществились, для которых просто имелась возможность существовать, так что терапия заключалась бы в осуществ лении не состоявшегося тогда психического акта? Очевидно, невозможно об этом, то есть о состоянии патогенного мате риала, что-то сказать перед анализом, до того как обстоя тельно прояснены его психологические главные представле ния, особенно о сущности сознания. Остается, пожалуй, достойный размышления факт, что при таких анализах мож но проследить ход мысли из сознания в бессознательное (то есть того, что абсолютно не было узнано как воспомина ние), провести его оттуда на каком-то участке пути через сознательное, а затем снова увидеть, как он оканчивается в бессознательном, причем в нем самом, в его последовательности и во взаимосвязи его отдельных частей такое изменение «психической освещенности» ничего не меняет. Если затем весь этот ход мысли однажды оказывается передо мной, то я не могу догадаться, какая его часть была распознана больным как воспоминание, а какая — нет. Я только вижу, что верхушки хода мысли в известной степени погружены в бессознательное в противоположность тому, что говорят о наших нормальных психических процессах.

Наконец, я должен еще обсудить тему, играющую не желательно важную роль при проведении такого катартического анализа. Я уже признавал возможность того, что процедура надавливания отказывает, несмотря на все заве рения и убеждения, не вызывает никаких реминисценций. Тогда, сказал я, возможны два случая: либо в том месте, где пытаются что-либо разузнать, действительно ничего не по лучают; это распознают по абсолютно спокойному выраже нию лица больного; либо натолкнулись на сопротивление, которое можно преодолеть лишь позднее, оказались перед новым слоем, в который еще нельзя проникнуть, и об этом опять-таки догадываются по выражению лица больного, свидетельствующему о его умственном напряжении. Но возможен и третий случай, который точно так же означает препятствие, но не содержательное, а внешнее. Этот случай имеет место тогда, когда отношение больного к врачу на рушено, что представляет собой самую большую преграду,

с которой можно столкнуться. Но это можно принимать в расчет в каждом более серьезном анализе.

Я уже отмечал, какая важная роль выпадает персоне врача при созидании мотивов, которые должны победить психическую силу сопротивления. Во многих случаях, осо бенно у женщин и там, где речь идет о разъяснении эроти ческого хода мыслей, сотрудничество пациентов становится личной жертвой, которую требуется вознаградить каким-либо суррогатом любви. В качестве такого суррогата долж но быть достаточно дружеской помощи и терпеливого раду шия врача.

Если же отношение больных к врачу нарушено, то про падает и готовность больных; если врач хочет справиться о следующей патогенной идее, то вмешивается сознание боль ной претензий, которые накопились у нее к врачу. Насколько мне стало известно, это препятствие возникает в трех основных случаях.

(1) При личной разобщенности, когда больная думает, что ее обижают, презирают, оскорбляют, или если она услы шала нечто неблагоприятное о враче и методе лечения. Это наименее серьезный случай; препятствие легко преодолеть, высказав свое мнение и дав разъяснения, хотя чувствитель ность и подозрительность истерических больных иногда могут достигать непредвиденной степени.

(2) Если больная охвачена страхом, что она слишком привыкнет к персоне врача, утратит по отношению к нему свою самостоятельность и даже может попасть в сексуаль ную зависимость от него. Этот случай важнее, поскольку менее индивидуально обусловлен. Повод к этой преграде содержится в природе проявления терапевтического участия. Больная имеет теперь новый мотив к сопротивлению, кото рый выражается не только при определенной реминисценции, но и при каждой попытке лечения. Совершенно обычное дело, что больная жалуется на головные боли, когда производят процедуру надавливания. Ее новый мотив к сопротивлению большей частью остается для нее бессознательным, и она выражает его вновь созданным истерическим симптомом. Головная боль означает нежелание поддаваться влиянию.

(3) Если больная боится того, что неприятные представ ления, появляющиеся из содержания анализа, перенесет на персону врача. Это частое, более того, обычное

явление, возникающее в некоторых анализах. Перенос[1] на врача происхо дит в результате *ошибочного привязывания* (ср. [1895*d*] с. 121 [*Та.,* с. 56])[2]. Пожалуй, я должен привести здесь пример: при чиной определенного истерического симптома у одной из моих пациенток явилось возникшее много лет назад и сразу же от правленное в бессознательное желание, чтобы мужчина, с кото рым она тогда беседовала, крепко ее к себе прижал и добился от нее поцелуя. Теперь однажды после окончания сеанса такое желание появляется у больной по отношению к моей персоне; она от этого в ужасе, проводит бессонную ночь и в следующий раз, хотя и не отказывается от лечения, совершенно непригодна к работе. После того как я обнаружил препятствие и его устра нил, работа продвигается снова и, надо же, желание, которое так пугает больную, появляется в очередной раз в виде одного из патогенных воспоминаний, требуемого теперь логической взаимосвязью. То есть случилось так: сначала в сознании больной появилось содержание желания без воспоминаний о побочных обстоятельствах, которые могли переместить это желание в про шлое; имеющееся теперь желание под давлением господствующих в сознании ассоциаций связалось с моей персоной, которая вправе интересовать больную, и при этом мезальянсе — который я называю ошибочным привязыванием — пробуждается тот же самый аффект, который в свое время заставил больную изгнать это непозволительное желание. Однажды это узнав, я могу те перь в отношении любых таких же притязаний на мою персону предполагать, что снова имели место перенос и ошибочное при вязывание. Как ни странно, каждый раз больная снова становит ся жертвой иллюзии.

Ни одного анализа нельзя довести до конца, если не знать, как противостоять сопротивлению, возникающему в трех этих случаях. Но также и здесь находят

[1] *[Выражение «перенос» впервые появляется здесь в психоаналити ческом смысле, хотя тут оно употребляется в гораздо более узком значе нии, чем в последующих сочинениях Фрейда. Относительно несколько иного употребления термина ср. главу VII, раздел B «Толкования сновидений» (1900a), Studienausgabe, т. 2, с. 536-537. Следующее место, где Фрейд затем обращается к теме «переноса», находится в конце последней части описания случая «Доры» (1905e), Studienausgabe, т. 6, с. 180 и далее.]*

[2] *[Фрейд здесь ссылается на обстоятельное примечание в описании случая фрау Эмми, где он приводит и пример «ложного связывания» и подробно обсуждает «принуждение к ассоциации». Еще раньше он рас сматривал эту тему в связи с навязчивыми представлениями в своей работе «Защитные невропсихозы» (1894a), в начале раздела II.]*

путь, если с этим вновь продуцированным симптомом обращаются по той же старой схеме, что и с прежними. Сначала ставят задачу довести «пре пятствие » до сознания больных. К примеру, у одной из моих больных, у которой процедура надавливания неожиданно отка зала, и у меня имелась причина предположить наличие у нее бессознательной идеи наподобие той, что была упомянута ниже (2), в первый раз мне удалось застать ее врасплох. Я ей сказал, что, должно быть, существует препятствие, мешающее продол жить лечение, но процедура надавливания способна по меньшей мере показать ей это препятствие, и надавил ей на голову. Она удивленно сказала: «Мне видится, что здесь в кресле сидите вы, но это же вздор; что это значит?» Теперь я мог ее просветить.

У другой больной «препятствие » обычно не показывалось при надавливании, но я мог каждый раз его обнаружить, если возвращал пациентку к моменту, когда оно возникало. В возвра щении обратно этого момента процедура надавливания никогда у нас не отказывала. Вместе с нахождением препятствия и его доказательством была устранена первая трудность, но продол жала существовать еще большая. Она состояла в том, чтобы подвигнуть больную рассказать, где, по всей видимости, свою роль сыграли личные отношения, где некое третье лицо слилось с персоной врача. Сначала я был весьма недоволен этим увели чением моей психической работы, пока не научился видеть за кономерности всего этого процесса, и тогда я также заметил, что из-за такого переноса невозможно добиться никакого зна чительного продвижения. Работа для пациентки оставалась той же: преодолевать мучительный аффект, чтобы в течение како го-то времени она могла сохранять такое желание, и для успеха казалось неважным, брала ли она темой работы это психическое отвращение в историческом случае или в недавнем со мной. Больные постепенно учились также понимать, что при таких переносах на персону врача речь идет о принуждении и об иллюзии, которая исчезнет с окончанием анализа. Однако я думаю, что если бы я не стал разъяснять им природу «препят ствия», то просто заменил бы новый истерический симптом, хотя и более мягкий, другим, развившимся спонтанно.

Теперь, я думаю, достаточно указаний на то, как проводят ся такие анализы, и на приобретенный при этом опыт. Возмож но, они покажутся несколько более

сложными, чем на самом деле; многое получается даже само собой, если проводится такая работа. Я перечислил трудности в работе не для того, чтобы создать впечатление, будто при подобных требованиях к врачу и больному катартический анализ стоит предпринимать лишь в самых редких случаях. На мои врачебные действия влияет про тивоположная предпосылка. Разумеется, я не могу со всей опре деленностью говорить о показаниях к применению изображен ного здесь терапевтического метода без подробного обсуждения более важной и более обширной темы терапии неврозов в це лом. Я не раз сравнивал катартическую психотерапию с хирур гическими вмешательствами, называл свое лечение *психотерапев тическими операциями,* прослеживал аналогии со вскрытием наполненной гноем полости, выскабливанием места, поражен ного кариесом, и т. п. Такая аналогия находит свое оправдание не столько в удалении нездорового, сколько в создании лучших лечебных условий для течения процесса.

От моих больных, которым я обещал помочь или прине сти облегчение с помощью катартической терапии, мне посто янно приходилось слышать возражение: «Вы же сами говори те, что мое страдание, наверное, связано с моими условиями и судьбой: но здесь ведь вы ничего изменить не можете; каким же образом вы хотите мне все же помочь?» Я могу на это ответить: «Я не сомневаюсь, что судьбе легче, чем мне, устра нить ваш недуг; но вы убедитесь, что будет много достигнуто, если вашу истерическую беду нам удастся превратить в про стую невзгоду. От последней вы сможете лучше обороняться с помощью вновь обретшей здоровье душевной жизни»[1].

[1] *[Вместо этого словосочетания в изд. до 1925 го да, стоит «нервная система». Этой корректировкой Ф. дал понять, что он уже перестал мыслить понятиями неврологии и окончательно обосновался в области психологии. Когда писались «Этюды», он, буду чи учеником Брейера и Брюкке и отдавая дань физикалистской тради ции школы Гельмгольца, был еще убежден в том, что также и психопа тологические состояния в конечном счете нужно объяснять физиологи чески, то есть физически и химически. Его тогдашние усилия описывать психические феномены строго с позиции неврологии достигли высшей точки в написанном сразу после «Этюдов», но опубликованном только посмертно «Проекте» (1950a [1895]), но вскоре он от этого отказался. В главе V своей книги, посвященной остроте (1905c, Studienausgabe, т. 4, с. 139), Ф. открыто провозгласил, что не будет дальше пытаться приравнивать нервные волокна, или нейроны, к психическим ассоциа тивным путям. То, что на первый взгляд смысл вышеупомянутого пред ложения этой радикальной корректировкой не изменяется, указывает на то, что уже тогда старая неврологическая терминология в значитель ной степени использовалась, так сказать, лишь в качестве оболочки.]*

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ МЕТОД ФРЕЙДА (1904 [1903])

Своеобразный метод психотерапии, применяемый Фрейдом и названный им психоанализом, произошел от так называемого катартического метода, о котором в свое время он вместе с Й. Брейером в 1895 году сообщил в «Этюдах об истерии». Катартическая терапия была изоб ретением Брейера, который с ее помощью примерно де сять лет назад впервые вылечил одну истерическую боль-1ную и при этом сумел прийти к пониманию патогенеза ее симптомов. Затем по личной инициативе Брейера Фрейд овладел этим методом и испробовал его на большем числе больных. Катартический метод предполагал, что пациент под дается гипнозу, и основывался на расширении сознания, которое наступает в гипнозе. Он ставил себе целью устра нение симптомов болезни и достигал ее посредством того, что вводил пациента в психическое состояние, в котором впервые появился симптом. Затем у загипнотизированного больного возникали воспоминания, мысли и импульсы, кото рые прежде в его сознании не присутствовали, и когда он, проявляя интенсивный аффект, сообщал врачу об этих своих душевных процессах, симптом оказывался побежденным, его возвращение было исключено. Этот постоянно повторяющий ся опыт оба автора в своей совместной работе объяснили тем, что симптом занимает место подавленных и не достигших сознания психических процессов, то есть представляет собой преобразование («конверсию») последних. Терапевтическую действенность своего метода они объясняли себе отводом, так сказать, «защемленного» дотоле аффекта, связанного с по давленными душевными актами («отреагирование»). Однако простая схема терапевтического вмешательства почти всегда

усложнялась, когда обнаруживалось, что в возникновении симптома участвовало не отдельное («травматическое») впе чатление, а целый ряд таковых, по большей части с трудом поддающийся обозрению.

Главная особенность катартического метода, которая отличает его от всех остальных методов психотерапии, заклю чается, стало быть, в том, что в его случае терапевтическая эффективность не возлагается на суггестивный запрет врача. Скорее он ожидает, что симптомы исчезнут сами собой, если вмешательству, основывающемуся на определенных предпо ложениях о психическом механизме, удастся направить тече ние душевных процессов в русло, отличное от прежнего, которое дотоле вело к симптомообразованию.

Поправки, произведенные Фрейдом в катартическом методе Брейера, вначале представляли собой изменения техники, но они принесли новые результаты и в дальнейшем вынудили прийти к иному, хотя и не противоречаще му прежнему, пониманию терапевтической работы.

Если катартический метод уже отказался от суггестии, то Фрейд сделал еще один шаг, отказавшись и от гипноза. В настоящее время он лечит своих больных, предлагая им без какого-либо другого воздействия занять удобное поло жение на кушетке лежа на спине, в то время как сам сидит на стуле позади них, будучи недоступным их взгляду. Он также не требует от них закрывать глаза[1] и избегает всяко го соприкосновения, а также любой другой процедуры, ко торая могла бы напоминать гипноз. Стало быть, такой сеанс протекает в виде беседы между двумя одинаково бодрству ющими людьми, один из которых избавлен от всякого мы шечного напряжения и всякого отвлекающего впечатления, которые могли бы помешать концентрации внимания на сво ей собственной душевной деятельности.

Поскольку способность стать загипнотизированным, несмотря на всю сноровку врача, как известно, зависит от воли пациента, а большое число невротических лиц не возможно ввести в гипноз никаким способом, благодаря отказу от гипноза этот метод оказался пригодным для неограниченного числа больных. С другой стороны, не

[1] *[Правда, в «Толковании сновидений» (1900a, Studienausgabe, т. 2, с. 121) Фрейд еще рекомендовал просить больного закрывать глаза.]*

происходило гипнотического расширения сознания, по ставлявшего врачу именно тот психический материал вос поминаний и представлений, с помощью которого можно было осуществить превращение симптомов и освобожде ние аффектов. Если нельзя было возместить этот убы ток, то и о терапевтическом воздействии не могло быть и речи.

Такую вполне достаточную замену Фрейд нашел в фантазиях больных, то есть в невольных, большей час тью воспринимаемых как помеха, а потому при обычных условиях устраняемых мыслях, имеющих обыкновение нарушать связность задуманного изложения. Чтобы ра зобраться в этих фантазиях, он просит больных дать себе волю в своих сообщениях, «как, скажем, это делают в разговоре, перескакивая с пятого на десятое». Прежде чем побудить их к детальному рассказу истории своей болезни, он убедительно просит говорить ему все, что при этом приходит им в голову, даже если они полагают, что это не важно, или не относится к делу, или бессмыслен но. Но с особенной настойчивостью от них требуют, что бы они не исключали из сообщения ни одной мысли или фантазии из-за того, что им стыдно или неприятно об этом рассказывать. Стараясь собрать этот материал, состоя щий из обычно отвергаемых мыслей, Фрейд произвел наблюдения, которые стали решающими для всей его позиции. Уже при рассказывании истории болезни у больных выявляются пробелы памяти — либо из-за того, что были забыты фактические события, либо из-за того, что оказались перепутаны временные отношения или разор ваны причинные связи, в результате чего возникают не понятные эффекты. Без амнезии того или иного рода истории невротического заболевания не бывает. Если на стоять на том, чтобы рассказчик восполнил пробелы своей памяти напряженной работой внимания, то можно заметить, что возникающие по этому поводу мысли отгоняются им всеми средствами критики, пока, наконец, он не начинает непосредственно испытывать неприятное чувство, когда действительно возникло воспоминание. Из этого факта Фрейд заключает, что амнезии являются результатом про цесса, который он называет вытеснением, а мотивом его признает чувство неудовольствия. Психические силы, вызвавшие

подобное вытеснение, по его мнению, ощущают ся в *сопротивлении,* оказываемом излечению.

Момент сопротивления стал одним из оснований его теории. Обычно отвергаемые под всякими предлогами (пе речисленными в вышеупомянутой формулировке) внезап ные мысли он, однако, считает потомками вытесненных психических образований (мыслей и побуждений), их ис кажениями вследствие сопротивления, оказываемого их воспроизведению.

Чем больше сопротивление, тем сильнее это искаже ние. В этом отношении непреднамеренных мыслей к вытес ненному психическому материалу и состоит их ценность для терапевтической техники. Если обладать методом, позво ляющим от этих внезапных мыслей прийти к вытесненно му, от искажений — к искаженному, то можно и без , гипноза сделать доступным сознанию то, что в душевной жизни ранее было бессознательным.

Основываясь на этом, Фрейд разработал *искусство толкования,* с помощью которого достигается такой ре зультат, который, так сказать, извлекает из руды непред намеренно возникающих представлений чистый металл вытесненных мыслей. Объектом этой работы толкования являются не только внезапные мысли больного, но и его сновидения, открывающие самый непосредственный до ступ к пониманию бессознательного, его непреднамерен ные и бесплановые поступки (симптоматические действия), а также ошибочные действия в повседневной жизни (ого ворки, оплошности и т. п.). Детали этой техники толко вания или перевода пока еще не были опубликованы Фрейдом. По его намекам, речь идет о ряде эмпирически установленных правил того, как из случайных мыслей можно сконструировать бессознательный материал, об указаниях, как следует понимать ситуацию, если у пациен та таких мыслей не появляется, а также об эмпирических фактах, касающихся самых важных типичных сопротив лений, которые возникают в ходе такого лечения. Опуб ликованную Фрейдом в 1900 году объемную книгу «Тол кование сновидений» можно считать предтечей такого введения в технику.

Из этих намеков по поводу техники психоаналити ческого метода можно было бы сделать вывод, что его

изобретатель доставил себе ненужные хлопоты и непра вильно поступил, оставив менее сложный гипнотический метод. Но, с одной стороны, технику психоанализа при менять намного проще, однажды ей обучившись, чем это кажется при описании, с другой стороны, ни один другой путь не ведет к цели, а потому трудный путь еще и самый короткий. Гипноз можно упрекнуть в том, что он скры вал сопротивление и тем самым не позволял врачу уви деть взаимодействие психических сил. Но он не устраня ет сопротивление, а только избегает его и поэтому позволяет получить лишь неполные сведения и добиться лишь временного успеха.

Задачу, которую стремится решить психоаналити ческий метод, можно выразить в разных формулах, кото рые, однако, в своей сущности эквивалентны. Можно сказать: задача лечения состоит в устранении амнезий. Когда все пробелы в памяти восполнены, все загадочные эффекты психической жизни разъяснены, дальнейшее су ществование, более того, образование недуга заново ста новится невозможным. Это условие можно сформулировать по-другому: должны быть упразднены все вытеснения; в таком случае психическое состояние не отличается от того, в кото ром восполнены все амнезии. Более фундаментальной является другая формулировка: речь идет о том, чтобы бессознательное сделать доступным сознанию, что про исходит благодаря преодолению сопротивлений. Но при этом нельзя забывать, что такого идеального состояния не существует и у нормального человека и что лишь в редких случаях появляется возможность зайти в лечении так далеко. Подобно тому, как здоровье и болезнь принци пиально не отличаются, а отделены только практически определимыми суммированными границами, точно так же никогда нельзя ставить себе целью лечения нечто другое, нежели практическое выздоровление больного, восстанов ление его работоспособности и способности наслаждать ся. При неполном лечении или неполном его успехе преж де всего достигают значительного улучшения общего психического состояния, тогда как симптомы — но уже не имеющие для больного столь большого значения — могут продолжать существовать, не накладывая на него печати болезни.

За исключением незначительных изменений терапев тический метод остается одним и тем же для всех симп томов в многообразной картине истерии, равно как и для всех образований невроза навязчивости. Но о его неогра ниченной применимости не может быть и речи. Природа психоаналитического метода создает показания и проти вопоказания как в отношении лиц, нуждающихся в лече нии, так и с учетом картины болезни. Самыми благопри ятными для психоанализа являются хронические случаи психоневрозов, сопровождающиеся не очень бурными или не грозящими большой опасностью симптомами, то есть прежде всего все виды невроза навязчивости, навязчивые мысли и навязчивые действия, и случаи истерии, в кото рых главную роль играют фобии и абулии, далее также все соматические проявления истерии, поскольку главной задачей врача не становится быстрое устранение симпто мов, как, например, при анорексии. В острых случаях истерии приходится ждать наступления более спокойной стадии; во всех случаях, когда на первом месте стоит нервное истощение, нужно избегать метода, который сам требует напряжения, обнаруживает лишь постепенный прогресс и в течение какого-то времени оставляет без внимания сохраняющиеся симптомы.

К человеку, которого с пользой можно подвергнуть психоанализу, предъявляются многие требования. Во-пер вых, он должен быть способен пребывать в нормальном психическом состоянии; в периоды спутанности или ме ланхолической депрессии даже при истерии ничего нельзя сделать. Далее можно требовать известной степени при родного интеллекта и этического развития; к никчемным людям у врача вскоре пропадает интерес, который делает его способным углубляться в душевную жизнь больного. Выраженные искажения характера, черты действительной дегенеративной конституции проявляются во время лечения как источник едва ли преодолимых сопротивлений. В этом отношении конституция вообще ставит границы излечи мости посредством психотерапии. Также и возраст, при ближающийся к пятому десятку, создает неблагоприят ные условия для психоанализа. В таком случае уже нельзя одолеть массу психического материала, время, необходи мое для выздоровления, становится слишком большим, а

способность упразднять психические процессы начинает идти на убыль.

Несмотря на все эти ограничения, число лиц, пригод ных для психоанализа, необычайно велико, а расширение наших терапевтических возможностей благодаря этому ме тоду, по утверждению Фрейда, очень значительно. Фрейд полагает, что для эффективного лечения требуется много времени, от полугода до трех лет; но он указывает, что в силу различных обстоятельств, о которых легко догадать ся, до сих пор он мог испробовать свой метод в основном лишь на очень тяжелых случаях, на лицах с многолетним сроком болезни и полной недееспособностью, которые, разочаровавшись во всех видах лечения, искали, так ска зать, последнее убежище в его новом и не раз ставившем ся под сомнение методе. В случаях более легкого заболе вания длительность лечения, возможно, весьма сократится, и оно принесет огромную пользу с точки зрения предот вращения заболевания в будущем.

О ПСИХОТЕРАПИИ (1905 [1904])

Уважаемые господа! Прошло примерно восемь лет, с тех пор как по приглашению вашего покойного председа теля, профессора Редера имел возможность поговорить в вашем кругу на тему истерии[1]. Незадолго до этого я опуб ликовал совместно с доктором Йозефом Брейером «Этюды об истерии» (1895d) и предпринял попытку на основе но вого знания, которым мы обязаны этому исследователю, ввести новый метод лечения невроза. К счастью, могу ска зать, что старания наших «Этюдов» имели успех; пред ставленные в них идеи принципа действия психических травм посредством сдерживания аффекта и понимание истериче ских симптомов как последствий возбуждения, переместив шегося из душевной сферы в телесную, идеи, для которых мы создали термины «отреагирование» и «конверсия», се годня общеизвестны и всем понятны. Нет ни одного опи сания истерии — во всяком случае в немецких странах, — которое до известной степени не считалось бы с ними, и ни одного коллеги, который по меньшей мере какую-то часть пути не прошел бы с этим учением. И все же эти положе ния и эти термины, пока они еще были внове, наверное, звучали достаточно странно!

Я не могу того же сказать о терапевтическом методе, который был предложен коллегам одновременно с нашим учением. Он еще и сегодня борется за свое признание. Мож но сослаться на особые причины этого. Техника метода тогда еще не была разработана; я не мог дать врачу, читавшему

[1] *[Имелись в виду три доклада об истерии, которые Фрейд прочел перед Венской медицинской врачебной коллегией 14, 21 и 28 октября 1895 года, то есть девятью годами раньше. Им самим они никогда не были опубликованы, но об этом имеются подробные сообщения в вен ских медицинских журналах (Freud, 1895g). Годом позже (2 мая 1896 го да; 1896c) Фрейд выступил с похожей темой, об этиологии истерии, перед Обществом психиатров и неврологов; вышеупомянутые «восемь лет», возможно, объясняются тем, что он спутал два этих мероприятия.]*

книгу, те наставления[1], которые сделали бы его способным полностью проводить подобное лечение. Но, несомненно, свою роль играют также причины общего свойства. Еще и сегодня многим врачам психотерапия кажется продуктом современного мистицизма и в сравнении с нашими физико-химическими лечебными средствами, применение которых основано на знании физиологии, — прямо-таки ненаучной, недостойной внимания естествоиспытателя. Разрешите мне теперь защитить перед вами дело психотерапии и указать, что в этом осуждении можно назвать несправедливым или ошибочным.

Итак, во-первых, позвольте мне напомнить о том, что психотерапия — не современный метод лечения. Напротив, это самый старый вид терапии, которым пользовалась меди цина. В поучительном труде Лёвенфельда («Учебник общей психотерапии» [1897]) вы можете прочесть, какими были методы примитивной и античной медицины. Большей частью вы должны будете отнести их к психотерапии; в лечебных целях больных вводили в состояние «доверчивого ожидания», которое еще и сегодня делает для нас то же самое. Даже после того как врачи нашли другие лечебные средства, психотера певтические устремления того или другого рода никогда в медицине не пропадали[2].

Во-вторых, обращаю ваше внимание на то, что мы, врачи, не можем отказаться от психотерапии уже потому, что дру гая сторона, которую надо учитывать в процессе лечения, то есть больные не намерены отказываться от нее. Вы знаете, какими разъяснениями на этот счет мы обязаны школе Нанси (Льебо, Бернгейм). Фактор, зависящий от психического пред расположения больных, добавляется — причем без каких-либо наших намерений — к воздействию всякого применя емого врачом метода лечения, в большинстве случаев в благоприятствующем, но зачастую также в препятствующем значении. Мы приучены употреблять для этого факта слово «суггестия », а Мёбиус нам показал, что ненадежность, на

[1] *[Ср. главу о психотерапии в «Этюдах».]*

[2] *[Содержание этого абзаца, а также следующих пассажей значи тельно подробнее обсуждается в работе Фрейда «Психическое лечение» (1890a, в данном томе с. 3 и далее), для которой данный доклад служит своего рода продолжением.]*

которую мы жалуемся, говоря об иных наших лечебных методах, можно объяснить именно препятствующим воздей ствием этого могущественного момента. Стало быть, мы, вра чи, все вы, постоянно занимаемся психотерапией также и там, где этого не знаем и не предполагаем; плохо только, что в своем воздействии на больного вы полностью уступаете ему психический фактор. Таким образом он становится неконт ролируемым, не дозируемым, неспособным к усилению. Не будет ли тогда правомерным стремлением врача овладеть этим фактором, пользоваться им преднамеренно, управлять им и его усиливать? Ничего другого, кроме этого, научная психо терапия от вас и не требует.

В-третьих, уважаемые коллеги, я хочу указать вам на давно известный факт, что определенные недуги, и особенно психоневрозы, намного доступнее душевным влияниям, чем любому другому предписанию врача. Это не современное высказывание, а изречение старых врачей, что эти болезни лечит не лекарство, а врач, то есть, пожалуй, личность врача, поскольку он оказывает психическое воздействие через нее. Я хорошо знаю, уважаемые коллеги, что у вас очень популяр но воззрение, которому эстетик Фишер в своей пародии на «Фауста» дал классическое выражение: «Я знаю, физикальное Влияет часто на моральное»[1].

Но не будет ли более адекватным утверждение, чаще соответствующее действительности, что на моральное челове ка можно воздействовать моральными, то есть психическими средствами?

Существует много видов и путей психотерапии. Все они хорошие, если ведут к цели излечения. Наше обычное утеше ние: «Все опять будет хорошо!», которое мы так щедро даем больным, соответствует одному из психотерапевтических методов; но при более глубоком понимании сущности невро зов у нас не было необходимости ограничиваться утешени ем. Мы разработали технику гипнотической суггестии, пси хотерапии при помощи отвлечения, упражнения, вызывания целесообразных аффектов. Ни к одному из них я не отно шусь с пренебрежением и при подходящих условиях пользо вался бы ими всеми. Если в действительности я ограничился

[1] *Ф.Т. Фишер, «Фауст: III часть трагедии» [4-я сцена].*

единственным лечебным методом, методом, который Брейер назвал *«катартическим»* и который я предпочитаю имено вать *«аналитическим»,* то решающими для меня оказались исключительно субъективные мотивы. Вследствие моего участия в разработке этой терапии я чувствую себя лично обязанным посвятить себя ее исследованию и развитию ее техники. *Я* смею утверждать, что именно аналитический ме тод психотерапии действует энергичнее всего, дает больше всего и благодаря ему достигается самое радикальное измене ние больного. Если на один момент оставить терапевтическую точку зрения, то в пользу его я могу выставить довод, что он самый интересный и что только он позволяет что-то узнать о возникновении и взаимосвязи болезненных явлений. Бла годаря пониманию механизма душевного нездоровья, которое он нам дает, он мог бы один вывести за свои пределы и указать нам путь к другим способам терапевтического воз действия.

Относительно этого катартического, или аналитическо го, метода психотерапии позвольте мне теперь исправить некоторые ошибки и дать некоторые пояснения.

(а) Я замечаю, что этот метод очень часто путают с гипнотическим суггестивным лечением, замечаю это потому, что сравнительно часто также коллеги, доверенным лицом которых обычно я не являюсь, посылают ко мне больных, разумеется, строптивых больных, с поручением их загипно тизировать. Но уже более восьми лет я не использую гипноз в целях терапии (за исключением отдельных попыток) и имею обыкновение отсылать назад присланных с советом тем, кто полагается на гипноз, самим его и проводить. На самом деле между суггестивной техникой и аналитической существует огромная противоположность, та противоположность, ко торую великий Леонардо да Винчи в отношении искусств облек в формулы *per via di porre* и *per via di levare*[1]. Живопись, говорит Леонардо, работает *per via di porre;* то есть она накладывает мазки красок там, где раньше их не было, на бесцветное полотно; скульптура, напротив, действу ет *per via di levare,* то есть она отнимает у камня именно

[1] *[Подробное обсуждение этого содержится в Richter (1939), т. 1, 47 и далее, где данные высказывания Леонардо воспроизведены на итальянском и английском языках.]*

столько, сколько скрывает поверхность содержащейся в нем статуи. Точно так же, уважаемые господа, суггестивная техника пытается действовать *per via di porre,* ее не заботит происхождение, сила и значение симптомов болезни, а нечто накладывает, а именно суггестию, ожидая, что это ока жется достаточно сильным, чтобы воспрепятствовать про явлению патогенной идеи. Аналитическая терапия, напротив, не хочет накладывать, вводить ничего нового, а старается отнимать, убирать, и для этого интересуется происхождением болезненных симптомов и психической взаимосвязью патогенной идеи, устранение которой и является ее целью. Таким способом исследования она оказала очень существен ное содействие нашему пониманию. Я давно отказался от суггестивной техники и вместе с ней от гипноза, отчаявшись сделать суггестию столь сильной и стойкой, как это было бы необходимо для полного излечения. Во всех тяжелых случаях я видел, как внушенное вновь рассыпается и снова затем наступает та же болезнь или что-то ее заменяющее. Кроме того, я ставлю в упрек этой технике, что она скрывает от нас взаимодействие психических сил, например, не дает нам увидеть *сопротивление,* посредством которого больные держатся за свою болезнь, то есть противятся так же выздоровлению, и которое все же единственно позволя ет понять их поведение в жизни.

(б) Мне кажется, что среди коллег широко распростра нено заблуждение, что техника исследования поводов забо левания и устранение симптомов при помощи этого исследо вания проста и само собой разумеющаяся. Я делаю такой вывод, потому что еще никто из многих людей, интересую щихся моей терапией и уверенно о ней рассуждающих, никогда не задавал мне вопрос, как, собственно, я это де лаю. Это может быть только одна причина: они думают, что спрашивать не о чем, все и так совершенно понятно. Иногда я также с удивлением слышу, что в том или другом отделе нии госпиталя молодому врачу его шеф дает поручение провести «психоанализ» с истерической больной. Я убежден, что ему не доверили бы исследовать удаленную опухоль, не убедившись до этого, что он знаком с гистоло гической техникой. Точно так же до меня доходят известия, что тот или иной коллега приглашает на прием пациента, чтобы провести с ним психическое лечение, в то время как

я уверен, что техники такого лечения он не знает. Стало быть, он должен ждать, что больной раскроет ему свои тайны, или ищет спасения в своего рода исповеди или от кровения. Меня не удивило бы, если бы такое лечение при несло больному больше вреда, нежели пользы. На инстру менте души играть не так уж просто. По таким поводам мне вспоминаются слова известного во всем мире невротика, который, правда, никогда не лечился у врача и жил только в фантазии поэта. *Я* имею в виду датского принца Гамлета. Король подослал к нему двух придворных, Розенкранца и Гильденстерна, чтобы допытаться, выведать у него тайну его удрученного состояния. Он отвергает их; тут на сцену при носят флейты. Гамлет берет флейту и просит одного из своих мучителей сыграть на ней, это ведь так же легко, как лгать. Придворный отказывается, он, мол, и держать-то ее не умеет, и так как подвигнуть его к игре на флейте не удается, Гамлет в конце концов разражается: «Вот видите, что за негодную вещь вы из меня делаете? На мне вы готовы иг рать; вам кажется, что мои лады вы знаете; вы хотели бы исторгнуть сердце моей тайны; вы хотели бы испытать от самой низкой моей ноты до самой вершины моего звука; а вот в этом маленьком снаряде — много музыки, отличный голос; однако вы не можете сделать так, чтобы он загово рил. *Черт возьми, или, по-вашему, на мне легче играть, нем на дудке? Назовите меня каким угодно инструмен том, — вы хоть и можете меня терзать, но играть на мне не можете»*[1]. (Акт III, 2 [сцена].)

(в) Из некоторых замечаний, наверное, вы догадаетесь, что аналитическому лечению присущи определенные каче ства, отдаляющие ее от идеала терапии. *Tuto, cito, iucunde*[1]*;* исследование и поиск не означают быстрый успех, а упоми нание сопротивления подготавливает вас к ожиданию непри ятностей. Несомненно, психоаналитическое лечение предъяв ляет к больному, как и к врачу, высокие требования; от первого оно требует жертвы в виде полной откровенности, отнимает у него много времени и поэтому также является

[1] *[Перевод М. Лозинского.]*

[2] *[Ср. в этой связи Авла Корнелия Цельса, «De medicina», III, 4.1: «Asclepiades officium esse medici dicit, ut tuto, ut celtriter, ut iucunde curet». («Асклепиад говорит: долг врача — лечить надежно, быстро, приятно».)]*

для него дорогостоящим; у врача оно тоже отнимает много времени, а из-за техники, которую он должен выучить и применять, является для него весьма трудоемким. Я нахожу даже вполне правомочным применять более удобные методы лечения, покуда имеется перспектива чего-нибудь добиться с их помощью. Все зависит только от этого пункта; если с помощью более трудоемкого и продолжительного метода добиваются зна чительно большего, чем с помощью кратковременного и просто го, то, несмотря ни на что, правомерен первый. Подумайте, ува жаемые господа, насколько неудобнее и дороже терапия волчанки по методу Финзена, чем раньше ранее применявшиеся прижига ние и соскабливание, и все же она означает большой шаг вперед исключительно потому, что добивается большего; то есть она радикально излечивает волчанку. Я не хочу проводить сравнение напрямую; однако на такое же преимущество вправе претендовать и психоаналитический метод. В действительности я мог разрабатывать и испытывать свой терапевтический метод только в тяжелых и самых тяжелых случаях; моим материалом вначале были только больные, которые безуспешно все испробовали и годами находились в лечебницах. Едва ли я накопил достаточный опыт, чтобы иметь возможность вам рассказать, как ведет себя моя терапия в случае тех более легких, эпизодически проявляю щихся заболеваний, которые, как мы видим, излечиваются бла годаря самым разнообразным влияниям, а также спонтанно. Пси хоаналитическая терапия была создана для больных, в течение долгого времени бывших нежизнеспособными, и только для них, и это ее победа, что она делает удовлетворительное количество таковых постоянно жизнеспособными. В сравнении с этим успе хом все издержки кажутся тогда незначительными. Мы не мо жем скрывать от себя того, что обычно отрицаем перед больны ми: что тяжелый невроз по своему значению для подверженного ему индивида не уступает ни одной кахексии, ни одному из вну шающих страх общих недугов.

(г) Вследствие многочисленных практических ограниче ний, затронувших мою деятельность, едва ли можно окон чательно установить показания и противопоказания к этому виду лечения. Тем не менее несколько пунктов я хочу попы таться обсудить вместе с вами.

(1) Помимо болезни, нельзя упускать из виду прочую ценность данного

человека и необходимо отказывать боль ным, не обладающим известным уровнем образования и в некоторой степени надежным характером. Нельзя забывать, что есть также и здоровые люди, которые ни к чему не пригодны, а все, что делает таких неполноценных людей нежизнеспособными, мы слишком склонны сваливать на болезнь, если они обнаруживают какой-либо налет невроза. Я придерживаюсь точки зрения, что невроз ни в коем случае не ставит на его носителя печать *degenere*[1], но что очень часто он встречается у того же самого индивида вместе с явлени ями дегенерации. Но аналитическая психотерапия не явля ется методом лечения невропатической дегенерации, напро тив, она в ней находит свою границу. Она также не применима к людям, которые не чувствуют себя нуждающимися в те рапии в связи со своим недугом, а подвергаются ей лишь под давлением своих родственников. Качество, которым опреде ляется пригодность для психоаналитического лечения, податливость воспитанию, мы должны будем оценить еще и с другой точки зрения.

(1) Кто хочет действовать наверняка, тот должен ог раничить свой выбор лицами, у которых бывает нормаль ное состояние, поскольку в психоаналитическом методе овладевают болезненным, отталкиваясь от этого состоя ния. Психозы, состояния спутанности и глубокой (я бы сказал: токсической) удрученности не пригодны для пси хоанализа, во всяком случае в том виде, как он сейчас при меняется. *Я* отнюдь не исключаю, что при соответству ющем изменении метода можно будет отказаться от этого противопоказания и, таким образом, взяться за психотера пию психозов.

(2) Возраст больных играет определенную роль при выборе психоаналитического лечения в том отношении, что у лиц, которым около или больше пятидесяти лет, с одной стороны, обычно отсутствует пластичность душевных про цессов, на которую рассчитывает терапия — пожилые люди уже не поддаются воспитанию, — а с другой стороны, ма териал, который необходимо проработать, удлиняет лече ние, делая его необозримым. Нижнюю возрастную границу следует определять исключительно индивидуально; нередко удается прекрасно подействовать на молодых людей, еще не достигших пубертатного возраста.

[1] *[Дегенерат (фр.). — Примеч. перев.]*

(4) Не будут прибегать к психоанализу, если речь идет о скором устранении угрожающих явлений, напри мер, при истерической анорексии.

Наверное, у вас создалось впечатление, что область применения аналитической психотерапии весьма ограни чена, поскольку по существу вы не услышали от меня ничего другого, кроме противопоказаний. Тем не менее остается еще достаточно случаев и форм болезни, на которых можно испробовать эту терапию: все хронические формы истерии с остаточными явлениями, огромная об ласть навязчивых состояний и абулий и т. п.

Отрадно, что таким способом, скорее всего, можно помочь именно самым ценным и самым высокоразвитым в других отношениях лицам. Там же, где посредством аналитической психотерапии удалось добиться лишь малого, можно с уверенностью утверждать, что какое-либо другое лечение наверняка не принесло бы вообще ничего.

(д) Наверное, вы захотите меня спросить, как обстоит дело с возможностью причинить вред при применении психоанализа. *Я* могу вам на это ответить, что, если только вы хотите судить справедливо и отнесетесь к этому методу с такой же критической благосклонностью, какую вы проявляли к другим нашим терапевтическим ме тодам, то должны будете согласиться с моим мнением, что при умелом проведении аналитического лечения не нужно опасаться вреда для больного. Иначе, возможно, будут судить так, как привык дилетант, — за все, что происходит в случае болезни, будут возлагать вину на лечение. Совсем недавно с таким же предубеждением относились к нашим водолечебницам. Так, некто, кому посоветовали посетить такую лечебницу, встревожился, потому что у него был знакомый, который, будучи нервно больным, приехал в лечебницу и сошел там с ума. Речь, как вы догадываетесь, шла о случае начинающегося об щего паралича у больного, которого в начальной стадии еще можно было поместить в водолечебницу, но неудер жимый болезненный процесс у которого привел там к манифестации душевного заболевания; для дилетантов вода явилась виновницей и первопричиной этого печаль ного изменения. Там, где речь идет о новых влияниях, также и врачи не всегда свободны от таких ошибочных

суждений. Я вспоминаю, как однажды предпринял по пытку провести психотерапию с женщиной, значительная часть жизни которой прошла в чередовании мании и ме ланхолии. Я взялся ее лечить к концу периода меланхо лии; две недели как будто все шло хорошо; на третьей неделе мы оказались уже на пороге новой мании. Несом ненно, это было спонтанное изменение картины болезни, ибо две недели — не время, за которое аналитическая психотерапия может что-либо сделать, но один выдаю щийся — ныне уже покойный — врач, наблюдавший боль ную вместе со мной, не смог все же удержаться от заме чания, что в этом «ухудшении», должно быть, повинна психотерапия. Я полностью убежден, что при других об стоятельствах он оказался бы более критичным.

(e) В заключение, уважаемые коллеги, я должен ска зать себе, что негоже все-таки так долго занимать ваше внимание аналитической психотерапией, не говоря вам, в чем это лечение состоит и на чем основывается. Правда, по скольку я должен быть краток, я могу это сделать толь ко в виде намека. Итак, эта терапия основана на понима нии того, что бессознательные представления — точнее, бессознательность известных душевных процессов — является ближайшей причиной болезненных симптомов. Мы отстаиваем такое убеждение вместе с французской школой (Жане), которая, впрочем, в грубой схематиза ции сводит истерический симптом к бессознательной *idee fixe*[1]. Вам не надо бояться, что при этом мы слишком углубимся и окажемся в самой тьме философии. Наше бессознательное не совсем такое, как бессознательное у философов, и, кроме того, большинство философов во обще ничего не желает знать о «бессознательном психи ческом». Но если вы встанете на нашу точку зрения, то увидите, что перевод этого бессознательного в душевной жизни больных в сознательное должен иметь успех — исправить их отклонение от нормы и устранить давление, под которым находится их душевная жизнь. Ибо созна тельная воля простирается только на сознательные пси хические процессы, а каждое психическое принуждение обусловлено бессознательным. Вам никогда не нужно

[1] *[См. Janet (1894), глава II.]*

также бояться, что больному может повредить потрясе ние, которое приносит с собой проникновение бессозна тельного в его сознание, ибо вы можете теоретически объяснить себе, что соматическое и аффективное воздей ствие ставшего осознанным побуждения никогда не смо жет стать настолько большим, как воздействие бессозна тельного. Ведь мы сдерживаем все наши побуждения лишь благодаря тому, что обращаем на них наши высшие, свя занные с сознанием душевные акты.

Однако вы можете избрать и другую точку зрения для понимания психоаналитического лечения. Раскрытие и перевод бессознательного сопровождается постоянным *сопротивлением* со стороны больного. Появление этого бессознательного связано с неудовольствием, и из-за этого неудовольствия оно снова и снова им отвергается. В этот конфликт в душевной жизни больного вы и вмешиваетесь; если вам удается подвести больного к тому, что он, руководствуясь мотивами лучшего понимания, принимает что-либо из того, что до сих пор отвергал (вытеснял) вследствие автоматической регуляции неудовольствия, то вы выполнили часть воспитательной работы с ним. Ведь если вы побуждаете человека, который по утрам неохотно встает с постели, все-таки это сделать, то это уже является воспитанием. В общем и целом вы можете понимать психоаналитическое лечение как подоб ное *дополнительное воспитание с целью преодоления внутренних сопротивлений.* Но ни в одном пункте нет такой большой необходимости в подобном дополнитель ном воспитании у нервнобольных, как в отношении ду шевного элемента в их сексуальной жизни. Нигде куль тура и воспитание не причинили такого большого вреда, как именно здесь, и, как покажет вам опыт, именно здесь можно найти этиологические моменты неврозов, на кото рые мы можем влиять; другой этиологический элемент, вклад конституции, предстает перед нами как нечто неиз менное. Отсюда, однако, вытекает важное требование, предъявляемое врачу. Он не только сам должен быть цельным характером — «моральное само собой разумеет ся», как имеет обыкновение говорить главный персонаж книги Т. Фишера «Тоже один»; он должен также преодо леть в своей собственной личности смесь сладострастия и

чопорности, с которой, к сожалению, очень многие люди приучены подходить к сексуальным проблемам.

Здесь, пожалуй, уместно следующее замечание. Я знаю, что о подчеркивании мною роли сексуального в возник новении психоневрозов стало известно в широких кругах. Но я также знаю, что ограничения и более точные опре деления малополезны при большой публике; толпа в сво ей памяти имеет место лишь для немногого и из некоего утверждения сохраняет только сырое ядро, создает для себя крайность, которую нетрудно заметить. И с некото рыми врачами, должно быть, случалось так, что содер жанием моей теории им представлялось сведение мною неврозов в конечном счете к сексуальным лишениям. В по следних нет недостатка в условиях жизни нашего обще ства. Насколько же заманчива мысль при таком предпо ложении избежать утомительного обходного пути через психическое лечение и стремиться к излечению прямо, рекомендуя в качестве лечебного средства сексуальную деятельность! Не знаю, что могло бы подвигнуть меня отвергнуть этот вывод, если бы он был справедлив. Но дело обстоит иначе. Сексуальная нужда и лишения — всего лишь один из факторов, играющих роль в механизме не вроза; если бы он был один, то следствием оказалась бы не болезнь, а распущенность. Другим, столь же необхо димым фактором, о котором слишком охотно забывают, является сексуальное отвращение невротиков, их неспо собность к любви, та психическая черта, которую я на звал «вытеснение». Невротическое заболевание происхо дит только из конфликта между двумя устремлениями, а потому побуждение к сексуальной деятельности при психоневрозах, собственно говоря, лишь в редких случа ях можно назвать хорошим советом.

Позвольте мне закончить этим возражением. Будем надеяться, что ваш очищенный от всякой враждебной предвзятости интерес к психотерапии поддержит нас в нашем старании добиться отрадных результатов и при лечении тяжелых случаев психоневрозов.

О «ДИКОМ» ПСИХОАНАЛИЗЕ (1910)

Несколько дней назад ко мне на прием в сопровождении подруги-защитницы пришла немолодая дама, которая жало валась на состояния тревоги. Ей было за сорок пять лет, она довольно хорошо сохранилась и, очевидно, еще не покончила со своей женственностью. Поводом к возникновению таких состояний явился развод с ее последним мужем; но тревога, по ее словам, значительно усилилась после того, как в приго роде, где она жила, ее проконсультировал молодой врач; ибо тот ей сказал, что причиной ее тревоги является сексуальная неудовлетворенность. Она не может не ощущать недостатка общения со своим мужем, и поэтому для нее есть только три пути к здоровью: либо она вернется обратно к своему мужу, либо заведет любовника, либо будет удовлетворять себя сама. С тех пор она убеждена, что неизлечима, поскольку возвра щаться к своему мужу ей не хочется, а другие средства про тиворечили ее морали и ее религиозности. Ко мне же она пришла потому, что врач ей сказал, что таков новый взгляд, которым обязаны мне, и она должна лишь получить от меня подтверждение, что дело обстоит именно так, а не иначе. Подруга, еще более пожилая женщина, выглядящая чахлой и нездоровой, заклинала меня убедить пациентку, что врач заблуждался. Ведь так быть не может, ибо она сама уже долгие годы вдова и все же осталась порядочной женщиной и не страдает тревогой.

Я не хочу останавливаться на непростой ситуации, в ко торой я оказался в результате такого визита, а попытаюсь осветить поведение коллеги, пославшего ко мне эту больную. Но сначала я хочу напомнить об одном предостережении, которое, возможно — или лучше сказать: надо надеяться, — будет нелишним. Многолетний опыт научил меня — как мог бы научить и любого другого — не принимать на веру все то, что рассказывают пациенты, особенно с больными нервами, о своем враче. При любом виде лечения невропатолог не про сто становится объектом, на которого направлены разнообразные

враждебные импульсы пациента; иногда вследствие своего рода проекции ему также приходится брать на себя ответственность за тайные, вытесненные желания нервно больных[1]. В таком случае печальный, но примечательный факт заключается в том, что нигде больше подобные обви нения не находят столько доверия, как у других врачей.

Стало быть, я имею право надеяться, что во время моего приема, передавая слова своего врача, эта дама тенденциоз но их исказила и что по отношению к нему, лично мне не знакомому, я поступлю несправедливо, если в своих замет ках о «диком» психоанализе буду опираться именно на этот случай. Но, может быть, этим я удержу других от неверных поступков в отношении своих больных.

Итак, предположим, что врач сказал именно то, что сообщила мне пациентка.

В таком случае каждый, критикуя его, с легкостью может сказать, что врач, если он считает необходимым обсудить с женщиной тему сексуальности, должен это делать тактично и осторожно. Но эти требования совпадают с соблюдением определенных *технических* предписаний психоанализа, и, кроме того, это означало бы, что врач не признал или не понял целого ряда *научных* теорий психоанализа и тем самым продемонстрировал, сколь мало продвинулся он к пониманию его сущности и намерений.

Начнем с последних, с научных заблуждений. Из советов врача становится ясно, в каком смысле он понимает «сексуальную жизнь». А именно в популярном смысле, при этом под сексуальными потребностями понимается не что иное, как потребность в коитусе или в чем-то ему подобном, в действиях, приводящих к оргазму и опорожнению поло вых веществ. Однако врачу не могло остаться неизвестным, что психоанализ имеют обыкновение упрекать за то, что он расширяет понятие сексуального и распространяет его дале ко за пределы обычных представлений. Это действительно так; но можно ли ставить ему это в упрек — этого мы здесь обсуждать не будем. Понятие сексуального охватывает в психоанализе гораздо большее; как снизу, так и сверху он выходит за пределы общепринятого значения. Это расширение

[1] *[Пример такого рода проекции содержится во втором из приме ров разглашения патогенных фантазий у невротиков (Freud, 1910j).]*

оправдывается генетически; мы причисляем к «сексуаль ной жизни» также все проявления нежных чувств, которые произошли из источника примитивных сексуальных импуль сов, даже если эти импульсы подверглись торможению в от ношении своей первоначальной цели или эта цель сменилась на другую, уже не сексуальную. Поэтому мы предпочитаем говорить о *психосексуальности,* тем самым делаем акцент на том, что не упускаем из виду и не недооцениваем душевный фактор сексуальной жизни. Мы употребляем слово «сексу альность» в том же самом широком значении, в каком в немец ком языке употребляется слово «любить». Мы также давно уже знаем, что может существовать душевная неудовлетво ренность со всеми ее последствиями, даже если нет недостат ка в нормальных сексуальных сношениях, и в качестве тера певтов указываем на то, что зачастую только незначительная часть неудовлетворенных сексуальных стремлений, с замеща ющим удовлетворением которых в форме нервных симптомов мы боремся, может быть отведена с помощью коитуса или других сексуальных актов.

Кто не разделяет этого понимания психосексуальности, тот не имеет права ссылаться на принципы психоанализа, в которых говорится об этиологическом значении сексуально сти. Исключительным подчеркиванием соматического факто ра в сексуальной жизни он, разумеется, очень упростил про блему, но пусть он один несет ответственность за свой образ действий.

Из советов врача становится ясным еще и второе, столь же серьезное недопонимание.

Психоанализ действительно подчеркивает, что сексуаль ная неудовлетворенность является причиной нервных неду гов. Но разве он не говорит большего? Разве можно оставить в стороне как нечто чересчур сложное его указание на то, что нервные симптомы происходят из конфликта между двумя силами, силой либидо, ставшей слишком большой, и силой слишком строгого отвержения сексуальности или вытеснения? Кто не забывает об этом втором факторе, которому на самом деле второстепенная роль не отводилась, тот никогда не смо жет поверить, что само по себе сексуальное удовлетворение является универсальным надежным лечебным средством от страданий нервнобольных. Более того, значительная часть этих людей при данных обстоятельствах или вообще неспособна к

удовлетворению. Если бы они были на это способны, если бы у них не было внутреннего сопротивления, то сила влечения указала бы им путь к удовлетворению, даже если бы врач этого не советовал. На что же годен подобный совет, который врач якобы дал той даме?

Даже если его можно научно обосновать, он для нее невыполним. Если бы у нее не было внутренних сопротивле ний против онанизма или любовных отношений, она давно бы уже прибегла к этим средствам. Или врач думает, что женщи на, которой за сорок, ничего не знает о том, что можно заве сти любовника, или он настолько переоценивает свое влияние, что полагает: без одобрения врача она никогда не решилась бы на такой шаг?

Все это кажется очень ясным, и все же надо признать, что существует момент, из-за которого прийти к определенному мнению зачастую становится трудно. Некоторые нервные состояния, так называемые *актуальные неврозы,* такие, как типичная неврастения и настоящий невроз тревоги, очевидно, зависят от соматического фактора сексуальной жизни, тогда как о роли психического фактора и вытеснения при них у нас нет четкого представления[1]. В таких случаях врачу приходит в первую очередь мысль принять во внимание актуальную терапию, изменение соматической сексуальной практики, и он делает это с полным правом, если его диагноз был верным. Дама, которую консультировал молодой врач, жаловалась прежде всего на состояния тревоги, и тогда он, вероятно, предположил, что она страдает неврозом тревоги, и считал себя вправе рекомендовать ей соматическую терапию. Опять-таки удобное недопонимание! Кто страдает от тревоги, тот необязательно болен неврозом тревоги; этот диагноз нельзя выводить из названия; нужно знать, какие явления составля ют невроз тревоги и отличают его от других болезненных состояний, также проявляющихся в виде тревоги. Как мне

[1] *[Актуальные неврозы — состояния, вызванные чисто физически ми и актуальными причинами — часто обсуждались Фрейдом в период сотрудничества с Брейером. (Сам термин впервые появляется в работе «Сексуальность в этиологии неврозов», 1989a, Studienausgabe, т. 5, с. 29.) В более поздних трудах они упоминаются лишь в редких случаях, например, в работе Фрейда, подытоживающей дискуссию об онанизме (1912f), и в сочинении, посвященном нарцизму (1914c, Studienausgabe, т. 3, с. 50), где он, как и в некоторых других местах, предлагает рассматривать*

кажется, дама, о которой здесь идет речь, страдала *тревожной истерией*[1], и вся ценность таких нозографических разграничений заключается в том, что они указывают на разную этиологию и разную терапию. Кто принял бы во внимание возможность такой тревожной истерии, тот не пренебрег бы психическими фактора ми, как это явствует из альтернативных советов врача.

Довольно странно, что в этой терапевтической альтернативе мнимого психоаналитика не остается места для психоанализа. Эта женщина сможет избавиться от своей тревоги только в том слу чае, если она вернется к своему мужу или будет удовлетворять себя с помощью онанизма или заведет любовника. И где же тогда можно было бы применить аналитическое лечение, в котором мы видим главное средство при состояниях тревоги?

Тем самым мы пришли бы к техническим ошибкам, кото рые замечаем в образе действий врача в предполагаемом случае[2]. Мы давно отказались от лежащего на поверхности[3] пред ставления, что больной страдает вследствие своего рода неведения, и если это неведение устранить с помощью сооб щения (о причинах и взаимосвязях его заболевания с его жизнью, о его детских переживаниях и т. д.), то он должен выздороветь. Патогенным моментом является не само по себе неведение, а обусловленность неведения *внутренними сопро тивлениями,* которые вызвали это неведение и теперь по-прежнему его поддерживают. В преодолении этих сопротив лений и состоит задача терапии. Сообщение о том, чего больной не знает, потому что он это вытеснил, является лишь одной из необходимых предпосылок терапии. Если бы знание о бессоз нательном было для больного столь важным, как думается

ипохондрию — наряду с неврастенией и неврозом тревоги — как третью форму актуальных неврозов. Во втором разделе своего «Авто портрета» (1925d) он комментирует факт, что эта тема осталась вне его поля зрения, но уверяет, что, как и прежде, он убежден в правильности своих прежних взглядов. Несколько позже он снова возвращается к этой проблеме в некоторых местах в работе «Торможение, симптом и тревога» (1925d, Studienausgabe, т. 6, с. 229-230, с. 253, с. 281 и с. 298). См. также 24-ю лекцию по введению в психоанализ (1916-1917).]

[1] [В качестве клинической единицы тревожная истерия была введе на Фрейдом несколько раньше в связи с анализом «маленького Ганса» (1909b, Studienausgabe, т. 8, с. 99-101).]

[2] [Только в первом издании 1910 года в этом месте следует допол нительное предложение: «Его нетрудно свести к неведению».]

[3] [В первом издании: «На самой поверхности».]

тому, кто несведущ в психоанализе, то для излечения будет достаточным, если больной прослушает лекции или прочитает книги. Но эти мероприятия оказывают такое же влияние на симптомы нервного недуга, какое оказывает на чувство голода раздача карты блюд голодным людям. Это сравнение пригод но даже в другом отношении, ибо сообщение больным о бес сознательном обычно приводит к тому, что конфликт у него обостряется и усиливаются симптомы.

Но так как без такого сообщения психоанализ обойтись не может, он предписывает, чтобы оно последовало не рань ше, чем будут выполнены два условия. Во-первых, пока боль ной благодаря подготовке сам не оказался вблизи того, что им было вытеснено, и, во-вторых, пока он настолько не привя зался к врачу *(перенос),* что эмоциональная связь с врачом делает для него невозможным новое бегство.

Только благодаря выполнению этих условий становится возможным распознать и одолеть сопротивления, приведшие к вытеснению и неведению. Стало быть, психоаналитическое вмешательство непременно предполагает длительный контакт с больным, а попытки уже при первом визите больного оше ломить его бесцеремонным сообщением разгаданной врачом тайны в техническом отношении неприемлемы и в большин стве случаев наказываются, поскольку они вызывают самую настоящую враждебность больного к врачу и исключают воз можность какого-либо последующего влияния.

Не говоря уже о том, что иной раз догадки оказываются неверными и никогда нельзя угадать все. Этими конкретными техническими предписаниями психоанализ заменяет требова ние неуловимого «врачебного» такта, в котором пытаются отыскать особый талант.

Стало быть, врачу недостаточно знать о некоторых резуль татах психоанализа; он должен быть также хорошо знаком с его техникой, если хочет руководствоваться в своих действиях пси хоаналитической точкой зрения. Эту технику сегодня пока еще нельзя изучить по книгам, а самому ее отыскать, разумеется, можно лишь с большими жертвами времени, труда и успеха. Ей, как и другим врачебным техникам, можно обучиться у тех, кто ею уже владеет. Поэтому для оценки случая, к которому я привязываю эти заметки, конечно, не может быть

безразличным, что я не знаю врача, давшего, должно быть, такие советы, и никогда не слышал его фамилии.

Ни мне, ни моим друзьям и коллегам не доставляет удо вольствия таким образом монополизировать право на приме нение врачебной техники. Но ввиду тех опасностей, которые приносит с собой предсказуемое применение «дикого» психо анализа[1] для больных и для дела психоанализа, нам ничего другого не оставалось. Весной 1910 года мы создали между народное психоаналитическое объединение, члены которого подтверждают свою причастность к нему через публикацию своих фамилий, чтобы иметь возможность снять с себя всю ответственность за деяния всех тех, кто к нам не принадле жит, но свой врачебный подход называет «психоанализом»[2]. Ибо на самом деле такие дикие аналитики все же наносят больше вреда делу, чем отдельному больному. Мне часто приходилось видеть, что такой неумелый образ действий, приводивший вначале к ухудшению самочувствия больного, в конце концов приносил ему пользу. Не всегда, но все-таки часто. После того как он довольно долго ругался на своего врача и чувствовал себя вне сферы его влияния, его симптомы затем ослабевают, или он решается на шаг, лежащий на пути к выздоровлению. Тогда окончательное улучшение наступает «само собой » или приписывается совершенно индифферентному лечению у врача, к которому впоследствии обратился больной. Что касается случая дамы, чьи жалобы на врача мы услышали, мне хочется думать, что дикий психоаналитик сделал для своей пациентки все-таки больше, чем какой-ни будь высокоуважаемый авторитет, который сказал бы ей, что она страдает «вазомоторным неврозом». Он заставил ее взгля нуть на действительную причину ее недуга или на близкую к ней, и это вмешательство, вопреки всему сопротивлению па циентки, не останется без благоприятных последствий. Но он навредил самому себе и помог усилить предубеждения, кото рые вследствие понятных аффективных сопротивлений воз никают у больных по отношению к деятельности психоанали тика. А этого можно было бы избежать.

[1] *[По всей видимости, эта часть предложения должна правильно звучать следующим образом: «Но ввиду предсказуемых опасностей, которые влечет за собой применение "дикого" психоанализа...»]*

[2] *[Это объединение было создано на Втором психоаналитическом конгрессе в Нюрнберге в конце марта 1910 года.]*

О ДИНАМИКЕ ПЕРЕНОСА (1912)

Неисчерпаемая тема «переноса» недавно описатель ным образом обсуждалась в этом «Центральном журна ле»[1] В. Штекелем (19116). Теперь я хотел бы присоеди нить здесь некоторые замечания, которые должны будут позволить понять, как возникает сопротивление в про цессе психоаналитической терапии и каким образом оно приобретает известную роль в ходе лечения.

Уясним для себя, что каждый человек в результате вза имодействия врожденных задатков и влияний, оказываемых на него в детские годы, приобретает определенные особенно сти, которые проявляются в том, как он осуществляет любов ную жизнь, то есть какие условия для любви он выдвигает, какие влечения при этом удовлетворяет и какие ставит перед собой цели[2]. В результате создается своего рода клише (или несколько клише), которое в течение жизни постоянно повторя ется, снова отпечатывается, насколько это позволяют внешние обстоятельства и характер доступных любовных объектов,

[1] *[Данная работа впервые была опубликована в этом журнале.]*

[2] *Защитимся в этом месте от упрека, основанного на недопонима нии, будто мы, сделав акцент на инфантильных впечатлениях, отрицаем значение врожденных (конституциональных) моментов. Такой упрек происходит от узости каузальной потребности людей, которая хочет довольствоваться — в полном противоречии с обычным положением вещей в реальности — одним-единственным причинным моментом. Пси хоанализ много говорил о случайных факторах этиологии, мало — о кон ституциональных, но лишь потому, что мог добавить к первым нечто новое, а о последних, напротив, знал поначалу не больше, чем знают обычно. Мы отказываемся устанавливать принципиальные различия между двумя рядами этиологических моментов; наоборот, мы допуска ем постоянное взаимодействие того и другого, приводящее к наблюдае мому эффекту. [конституция и случай] определяют судьбу человека; редко, быть может, никогда — одна из этих сил. Рас пределение этиологического влияния между ними происходит исклю чительно индивидуально и по отдельности. Ряд, в котором располагают ся изменчивые величины обоих факторов, разумеется, будет иметь и свои крайние случаи. В зависимости от состояния нашего знания мы*

и которое, разумеется, не остается полностью неизменным по отношению к недавним впечатлениям. Наш опыт показал, что из этих побуждений, определяющих любовную жизнь, лишь часть прошла полное психическое развитие; эта часть обраще на к реальности, находится в распоряжении сознательной личности и составляет определенную ее долю. Другая часть этих либидинозных побуждений задержалась в своем раз витии, она находится поодаль от сознательной личности, равно как и от реальности, могла либо распространяться только в фантазии, либо полностью остаться в бессознатель ном, а потому она неизвестна сознанию личности. Тот, чья потребность в любви не удовлетворяется без остатка реаль ностью, вынужден обращаться со своими либидинозными ожиданиями-представлениями на каждого вновь появляю щегося человека, и вполне вероятно, что обе порции его либидо — способные к осознанию, равно как и бессознательные — причастны к этой установке.

Поэтому совершенно нормально и естественно, что всегда готовое к экспансии и с нетерпением поджидающее своего часа либидо не совсем удовлетворенного человека обращается также и на персону врача. Согласно нашему предположению, этот катексис будет придерживаться шаблонов, опираться на одно из клише, имеющихся у данного человека, или, как мы мо жем также сказать, он будет включать врача в один из пси хических «рядов», которые были созданы страдающим че ловеком ранее. Это соответствует реальному отношению к врачу, если решающим для такого включения будет (по удачному выражению Юнга) имаго отца[1]. Однако перенос не привязан только к этому прототипу, он может произойти также через имаго матери, брата и т. д. Особенности пере носа на врача, выводящие перенос за рамки того, что можно объяснить на уровне здравого смысла, становятся понятны ми, если учесть, что этот перенос создается не только осоз нанными представлениями-ожиданиями, но и скрытыми, или бессознательными.

будем расценивать компонент конституции или переживания в отдель ном случае иначе и с изменением наших взглядов вправе модифициро вать и наше суждение. Впрочем, можно было бы отважиться саму кон ституцию понимать как осадок случайных воздействий на бесконечно большой ряд предков.

[1] *«Метаморфозы и символы либидо» ([Jung] 1911, 164).*

Об этом поведении переноса ничего нельзя было бы больше сказать и о нем нельзя было бы рассуждать, если бы при этом остались невыясненными два момента, представля ющие особый интерес для психоаналитика. Во-первых, мы не понимаем, почему в процессе анализа перенос у невроти ческих лиц оказывается намного более интенсивным, чем у других людей, не проходящих анализ, и, во-вторых, остает ся загадкой, почему при анализе перенос выступает в каче стве *сильнейшего сопротивления* лечению, тогда как вне анализа мы вынуждены признать его носителем целебного воздействия, условием хорошего результата. Ведь сколько угодно можно подтвердить на опыте то, что, если свобод ные ассоциации пациента отказывают[1], то заминка всякий раз устраняется заверением, что пациентом теперь овладела мысль, относящаяся к персоне врача или к чему-то с ним связанному. Как только дается подобное разъяснение, за минка устраняется, или ситуация осечки превращается в ситуацию умалчивания мыслей.

На первый взгляд кажется огромным методическим недостатком психоанализа, что в нем перенос, обычно яв ляющийся мощнейшим рычагом успеха, превращается в сильнейшее средство сопротивления. Но при ближайшем рассмотрении по меньшей мере первая из двух проблем устраняется. Неверно, что перенос во время психоанализа проявляется интенсивнее и безудержнее, чем вне его. В ле чебницах, в которых нервнобольных не лечат аналитически, можно наблюдать самые сильные по интенсивности и самые недостойные формы сопротивления, доходящие до полной зависимости, имеющие также и несомненную эротическую окраску. Одна проницательная наблюдательница, а именно Габриэла Ройтер, в то время, когда еще не существовало психоанализа, изобразила это в одной замечательной книге, обнаруживающей самое лучшее понимание сущности и при чин возникновения неврозов. Стало быть, эти особенности переноса нельзя относить на счет психоанализа, а следует приписать самому неврозу. Вторая проблема остается пока незатронутой.

[1] Я имею в виду ситуацию, когда они действительно отсутствуют, а не умалчиваются им, скажем, вследствие банального чувства неудоволь ствия.

[2] «Из хорошей семьи», [Берлин] 1895.

Теперь мы должны обратиться к этой проблеме — к вопросу, почему в психоанализе перенос противостоит нам в виде сопротивления. Представим себе психологическую ситуацию лечения: постоянным и неизбежным предваритель ным условием *любого* заболевания психоневрозом является процесс, который Юнг удачно назвал *интроверсией* либи до[1]. Это значит: часть способного к осознанию, обращенного к реальности либидо уменьшается, и настолько же увеличи вается часть отвернувшегося от реальности, бессознательно го, которое, скажем, по-прежнему может питать фантазии человека, но принадлежит бессознательному. Либидо (пол ностью или частично) регрессировало и оживило инфантиль ные имаго . Туда теперь за ним следует аналитическое лече ние, которое хочет отыскать либидо, снова сделать его доступным сознанию и в конце концов сделать его подвла стным реальности. Там, где аналитическое исследование наталкивается на либидо, возвращенное в свои тайники, должна начаться борьба; все силы, вызвавшие регрессию либидо, в виде «сопротивлений» восстанут против работы, чтобы законсервировать это новое состояние. Если бы интроверсия

[1] Хотя некоторые высказывания Юнга производят впечатление, будто он усматривает в этой интроверсии нечто характерное для dementia praecox, не относящееся к другим неврозам. [По всей видимости, Фрейд впервые в своих публикациях использует здесь понятие «интроверсия». Этот термин был введен Юнгом (1910, 38); однако критика Фрейда относится, пожалуй, к работе Юнга 1911 года (135-136, прим.). Неко торые другие комментарии, касающиеся применения Юнгом этого вы ражения, содержатся в примечании к более поздней технической статье (Freud, 1913c), а также в одном пассаже в конце 23-й лекции по введе нию в психоанализ (1916-1917). В своих более поздних трудах Фрейд использовал этот термин крайне редко.]

[2] Удобнее было бы сказать: оно снова катектировало инфантиль ные «комплексы». Но это было бы неправильно; единственно правомер ным было бы выражение: бессознательные части этих комплексов. Чрез вычайная запутанность обсуждаемой в этой работе темы вводит в иску шение подробно остановиться на множестве смежных проблем, прояс нить которые, собственно говоря, следовало бы еще до того, как в не двусмысленных словах можно было бы говорить об описываемых здесь психических процессах. Такими проблемами являются: разграничение интроверсии и регрессии, введение теории комплексов в теорию либидо, отношение фантазирования к сознательному и бессознательному, а так же к реальности и т. п. То, что я не поддался этому искушению, едва ли нуждается в оправдании.

или регрессия либидо не оправдывалась опреде ленным отношением к внешнему миру (в самом общем виде: отказом в удовлетворении) и даже в данный момент не была бы целесообразной, она вообще бы не могла произойти. Однако сопротивления такого происхождения не единствен ные, да и не самые сильные. Либидо, имеющееся в распоря жении личности, всегда притягивалось бессознательными комплексами (точнее, частями этих комплексов, принадле жащими бессознательному) и регрессировало потому, что ослабла притягательность реальности. Чтобы его освободить, необходимо преодолеть теперь притяжение бессознательно го, то есть устранить возникшее с тех пор в индивиде вытес нение бессознательных влечений и их продуктов. От них происходит значительная часть сопротивления, столь часто позволяющего сохраняться болезни, даже если отвращение от реальности вновь утратило временное обоснование. Анализ должен бороться с сопротивлениями, проистекающими из обоих источников. Сопротивление сопровождает лечение на каждом его шагу; каждая отдельная мысль, каждое действие лечащегося должны считаться с сопротивлением, выступают как компромисс между силами, нацеленными на выздоровление, и указанными, противодействующими ему.

Если теперь проследить патогенный комплекс от его представительства в сознательном (либо обращающего на себя внимание как симптом, либо совсем незаметного) до его корней в бессознательном, то вскоре попадаешь в регион, где сопротивление дает о себе знать столь ясно, что следующая мысль вынуждена с ним считаться и проявляет ся как компромисс между его требованиями и требованиями исследовательской работы. Здесь-то, как свидетельствует опыт, и возникает перенос. Если что-нибудь из материала (содержания) комплекса пригодно для того, чтобы оказать ся перенесенным на персону врача, то появляется этот пе ренос, порождающий следующую мысль и заявляющий о себе через признаки сопротивления, скажем, посредством заминки. Из этого опыта мы заключаем, что идея, возник шая вследствие переноса, из всех остальных возможных

[1] *[См. в связи с этим подробное обсуждение в работе «О типах невротического заболевания» (1912c), Studienausgabe, т. 6, с. 219 и далее.]*

[2] *[Ср. начало прим. 1 на предыдущей странице.]*

мыслей проникла в сознание *потому, что* она воздает долж ное также и сопротивлению. Такой процесс повторяется в течение анализа бесчисленное множество раз. Всегда, когда приближается к патогенному комплексу, часть комплекса, способная к переносу, перемещается в сознание и отстаива ет себя с величайшим упорством[1].

После его преодоления преодоление остальных компо нентов комплекса доставляет уже мало трудностей. Чем дольше продолжается аналитическое лечение и чем отчетли вее больной сознает, что сами по себе искажения патоген ного материала не обеспечивают защиту от их раскрытия, тем с большей настойчивостью он пользуется способом ис кажения, который, очевидно, приносит ему наибольшую выгоду, — искажением при помощи переноса. Эти отноше ния приводят к ситуации, в которой в конечном счете все конфликты должны быть улажены в области переноса.

Таким образом, перенос в аналитическом лечении внача ле всегда предстает перед нами лишь как сильнейшее оружие сопротивления, и мы вправе сделать вывод, что интенсивность и стойкость переноса представляют собой воздействие и вы ражение сопротивления. Механизм переноса исчерпывается, правда, его сведением к готовности либидо, оставшегося в распоряжении инфантильных имаго; однако объяснить его роль в лечении удается только тогда, когда выясняют его отношения с сопротивлением.

Как получается, что перенос становится особенно приго ден к тому, чтобы стать средством сопротивления? Казалось бы, на этот вопрос нетрудно ответить. Ведь очевидно, что признаться в каком-либо предосудительном желании-побуж дении особенно трудно, если это признание, наверное, будет отвергнуто человеком, к которому и относится само побуж дение. Это принуждение приводит к таким ситуациям, которые

[1] *Из чего, однако, нельзя заключать, что элемент, избранный для сопротивления в переносе, имеет особое патогенное значение. Если в бою за обладание определенной церквушкой или отдельным крестьянским двором сражаются с особым ожесточением, то не следует предполагать, что церковь является, скажем, национальной святыней или что в доме хранятся сокровища армии. Ценность объектов может быть чисто так тической, возможно, они приобретают значение только в этом конкрет ном бою. [О сопротивлении в переносе см. также работу «О начале лече ния» (1913c).]*

в действительности кажутся едва ли осуществимыми. Именно этого и хочет добиться теперь анализируемый, делая так, что объект его эмоциональных побуждений совпадает с врачом. Однако при ближайшем рассмотрении оказывается, что это мнимое достижение к решению проблемы привести не может. Ведь, с другой стороны, отношение нежной самозаб венной привязанности может помочь преодолеть все трудно сти, связанные с признанием. В аналогичных реальных усло виях имеют же обыкновение говорить: «Тебя я не стыжусь, тебе я могу все сказать». Стало быть, перенос на врача точно так же мог бы служить облегчению признания, и было бы непонятно, почему он вызывает затруднения.

Ответ на этот повторно поставленный здесь вопрос дает не дальнейшее рассуждение, а опыт, приобретаемый в про цессе лечения при исследовании отдельных сопротивлений при переносе. В конечном счете становится ясным, что ис пользование переноса для сопротивления нельзя понять, покуда рассуждают просто о «переносе». Нужно решиться на то, чтобы «позитивный» перенос отделить от «негативно го»[1], обсудить перенос нежных чувств отдельно от враж дебных и по отдельности рассмотреть два вида сопротивле ния и два вида переноса на врача. Кроме того, позитивный перенос распадается на перенос дружеских, или нежных, чувств, способных к осознанию, и на перенос их продолже ний в бессознательном. По поводу последних анализ пока зывает, что они постоянно восходят к эротическим источни кам, так что мы вынуждены прийти к мысли, что все наши пригодные для использования в жизни эмоциональные от ношения симпатии, дружбы, доверия и т. п. генетически связаны с сексуальностью и благодаря ослаблению сексу альной цели развились из чисто сексуального вожделения, какими бы чистыми и нечувственными они ни казались на шему бессознательному самовосприятию. Первоначально мы знали только сексуальные объекты; психоанализ показыва ет нам, что просто ценимые или уважаемые люди из нашей реальности по-прежнему могут быть сексуальными объек тами для нашего бессознательного.

[1] *[По всей видимости, это является первым опубликованным в пе чати обсуждением различия между*

«позитивным» и «негативным» пе реносом.]

Стало быть, решение этой загадки заключается в том, что перенос на врача пригоден для того, чтобы стать сопротивле нием в лечении лишь постольку, поскольку он является нега тивным переносом или позитивным переносом вытесненных эротических побуждений. Когда мы «устраняем» перенос, делая его осознанным, мы отнимаем у персоны врача только два этих компонента эмоционального акта; другие, способные к осознанию и непредосудительные, компоненты продолжа ют существовать и являются в психоанализе точно такими же носителями успеха, как и при других методах лечения. Поэто му мы охотно соглашаемся, что результаты психоанализа основываются на суггестии; только под суггестией надо пони мать то, что мы вместе с Ференци (1909) в ней обнаруживаем: влияние на человека посредством возможных у него феноменов переноса. Мы заботимся об окончательной самостоятельности больного, используя суггестию для того, чтобы заставить его совершить психическую работу, имеющую обязательным следствием стойкое улучшение его психической ситуации.

Можно еще спросить, почему свойственные переносу феномены сопротивления проявляются только в психоанализе, а не при индифферентном лечении, например в лечебницах. Ответ гласит: они проявляются также и там, но только должны быть расценены как таковые. Прорыв негативного переноса в лечебницах случается даже очень часто. Больной покидает лечебницу не измененным или у него возникает рецидив, как только он оказы вается во власти негативного переноса. В лечебницах эротический перенос не оказывает такого сдерживающего воздействия, по тому что там он, как и в жизни, приукрашивается, а не рас крывается; но он выражается совершенно отчетливо в виде сопротивления выздоровлению, хотя и не тем, что побуждает больного покинуть лечебницу — напротив, он удерживает его в больнице, — но, пожалуй, тем, что он отдаляет его от жизни. Для выздоровления совершенно не важно, преодолевает ли больной в лечебнице тот или иной страх или торможение; го раздо важнее, чтобы он освободился от них также и в реаль ности своей жизни.

Негативный перенос заслужил детальной оценки, кото рая не может достаться ему в рамках этих рассуждений. При излечимых формах психоневрозов он встречается наряду с нежным переносом, зачастую одновременно направленным на

того же самого человека, для подобного положения вещей Блейлер создал удачное выражение *«амбивалентность»*. Та кая амбивалентность чувств, по-видимому, до определенной сте пени нормальна, однако высокая степень амбивалентности чувств, несомненно, представляет собой особую характеристику невро тических лиц. При неврозе навязчивости характерным, по-види мому, является преждевременное «разделение пар противополож ностей »[2], представляющее собой одно из его конституциональных условий. Амбивалентность направленности чувств лучше всего объясняет нам способность невротиков ставить свои переносы на службу сопротивления. Там, где способность к переносу стала по существу негативной, как у параноидных больных, возможность оказывать влияние и излечивать исчезает.

Однако всеми этими рассуждениями до сих пор мы дали оценку лишь одной стороне феномена переноса; необходимо обратить наше внимание на другой аспект этой проблемы. Кто получил верное представление о том, как анализируемый выбра сывается из своих реальных отношений с врачом, как только оказывается во власти мощного сопротивления при переносе, как он затем позволяет себе пренебрегать основным психоаналити ческим правилом[3], согласно которому должен без критики рас сказывать все, что приходит ему на ум, как он забывает намере ния, с которыми приступил к лечению, и как для него теперь становятся безразличными логические взаимосвязи и выводы, незадолго

[1] *E. Bleuler (1911, 43-44 и 305-306). Доклад об амбивалентности, прочитанный в Берне в 1910 году, реферат в «Zentralblatt fur Psychoanalyse», [т.] 1, с. 266. Для обозначения этих же феноменов В. Штекель предложил термин «биполярность ». [По всей видимости, Фрейд употребляет здесь слово «амбивалентность » впервые. Иногда он использовал его в другом значении, чем Блейлер, а именно для описания одновременного появления активных и пас сивных импульсов. См. редакторское примечание к работе «Влечения и их судьбы» (1915c), Studienausgabe, т. 3, с. 94, прим. 1.]*

[2] *[Влечения, проявляющиеся в парах противоположностей, впер вые были описаны Фрейдом в «Трех очерках по теории сексуальности» (1905d), Studienausgabe, т. 5, с. 69 и с. 75-76, а позднее в работе «Вле чения и их судьбы» (1915c), Studienausgabe, т. 3, с. 90 и далее. Их роль в неврозе навязчивости обсуждается в истории больного «Крысина» (1909d), Studienausgabe, т. 7, с. 94 и далее.]*

[3] *[Здесь впервые появляется выражение, ставшее затем общепри нятым обозначением важного технического правила. Правда, очень по хожая формулировка — Фрейд говорит там о «главном психоаналити ческом правиле» — встречается уже в третьей из его лекций, прочитан ных в Университете Кларка (1910a). Сама же эта идея, разумеется, вос ходит к далекому прошлому; в очень похожем выражении она высказывается,*

до этого произведшие на него огромное впечатление, тот будет иметь потребность объяснить себе это впечатление еще и другими моментами, отличными от тех, что приводились раньше, и таковые действительно находятся не так далеко; они опять-таки вытекают из психологической ситуации, в которой анализируе мый оказался в результате лечения.

В поисках либидо, оказавшегося вдали от сознания, мы проникли в сферу бессознательного. Вызванные реакции теперь проливают свет на многие особенности бессознательных процес сов, с которыми мы познакомились благодаря изучению сновиде ний. Бессознательные побуждения не хотят вспоминаться, как того желает лечение, а стремятся репродуцироваться в соответ ствии с безвременностью и галлюцинаторной способностью бес сознательного[1]. Больной, в точности как в сновидениях, приписы вает современность и реальность результатам пробуждения своих бессознательных импульсов; он хочет проиграть свои страсти, не принимая во внимание реальную ситуацию. Врач хочет заставить его включить эти эмоциональные побуждения во взаимосвязь лечения и в его жизненную историю, подчинить их мыслительно му рассмотрению и распознать их психическое значение. Эта борьба между врачом и пациентом, между интеллектом и жиз нью влечений, между распознаванием и желанием отыграть ра зыгрывается чуть ли не исключительно в феноменах переноса. На этом поле должна быть одержана победа, выражением которой является стойкое избавление от невроза. Нельзя отрицать, что преодоление феноменов сопротивления доставляет психоанали тику наибольшие трудности, но нельзя забывать, что именно они оказывают нам неоценимую услугу, делая скрытые и забытые любовные побуждения больного непосредственными и явными, ибо, в конце концов, никого нельзя убить *in absentia*[2] *или in effigie*[3].

например, в главе 2 «Толкования сновидений» (1900, Studienausgabe, т. 2, с. 121-122), а также в работе «О начале лечения» (1913c), ниже, с. 194, где, кроме того, эта проблема обсуждается в длинном примечании. Ср. также работу «Психоаналитический метод Фрейда» (1904a, в данном томе с. 103).]

[1] [Это далее обсуждается в работе «Воспоминание, повторение и проработка» (1914g), ниже, с. 210 и далее.]

[2] [В отсутствии (лат.), — Прим. перев.]

[3] [В воображении (лат.). — Прим. перев. Ср. аналогичное замеча ние опять же в работе «Воспоминание, повторение и проработка» (1914g), ниже, с. 212.]

СОВЕТЫ ВРАЧУ ПРИ ПИСХОАНАЛИТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ (1912)

Технические правила, которые мною здесь предлагают ся, появились у меня на основе многолетнего собственного опыта, после того как я сам потерпел неудачи, следуя другими путями. Легко заметить, что они — по крайней мере многие из них — сводятся к одному-единственному предписанию. Я надеюсь, что принятие их во внимание избавит занимающих ся анализом врачей от многих ненужных затрат и убережет их от некоторых ошибок; но я должен категорически заявить, что эта техника появилась как единственно целесообразная для моей индивидуальности; не отважусь оспаривать, что врач, совершенно иной по своему складу личности, возможно, пред почтет занять другую позицию в отношении больных и зада чи, которую ему предстоит решить.

(a) Ближайшая задача, которая возникает перед анали тиком, лечащим так более одного больного в день, покажется ему и наиболее трудной. Она состоит в том, чтобы сохранять в памяти все бесчисленные имена, даты, детали воспоминаний, мысли и продукты болезни, о которых пациент рассказывает на протяжении нескольких месяцев или лет во время лечения, и не смешивать их с похожим материалом, принадлежащим другим пациентам, анализируемым в это же время или проана лизированном раньше. Когда ежедневно приходится анализиро вать шесть, восемь больных, а то и больше, возможности памяти, которой удается такое, будут вызывать у посторонних людей недоверие, удивление или даже сочувствие. В любом случае будет любопытно ознакомиться с техникой, позволяющей справиться с таким изобилием, и мы полагаем, что она будет пользоваться особым вспомогательным средством.

Между тем эта техника очень проста. Она, как мы услы шим, отказывается от всех вспомогательных средств, даже от записей, и состоит просто в том, чтобы не стараться специально что-то для себя отмечать и проявлять ко всему, что приходится слышать,

одинаковое «равномерно парящее внимание», как я это уже однажды назвал[1]. Таким способом избегают необходимости напрягать внимание, которое все же нельзя было бы удерживать ежедневно по многу часов, и избегают опасности, неминуемой при произвольном вни мании. Дело в том, что как только намеренно напрягаешь свое внимание до определенного уровня, начинаешь также и делать выбор из предложенного материала; одну его часть фиксируешь особенно остро, но зато исключаешь другую, следуя при таком выборе своим ожиданиям или наклонно стям. Этого-то как раз делать нельзя; если при выборе сле дуешь своим ожиданиям, то рискуешь никогда не найти чего-то другого, отличного от того, что уже знаешь; если следуешь своим наклонностям, то, несомненно, будешь искажать воз можное восприятие. Нельзя забывать о том, что чаще всего приходится слышать вещи, значение которых становится понятным только впоследствии.

Как мы видим, предписание отмечать для себя одинаково все является необходимым дополнением к требованию, предъявляемому анализируемому, без критики и без выбора рассказывать все, что ему приходит в голову. Если врач поступает иначе, то большей частью он сводит на нет добытое благодаря соблюдению пациентом «основного психоаналитического правила». Правило для врача можно выразить следующим образом: надо устранить все сознательные воздействия на свою способность замечать и целиком довериться своей «бессознательной памяти », или, выра жаясь чисто технически: слушай и не заботься о том, замечаешь ли что-нибудь.

То, что достигается таким образом, удовлетворяет всем требованиям во время лечения. Теми составными частями материала, которые уже укладываются во взаимосвязь, врач может распоряжаться также сознательно; другой материал, пока еще не связанный, хаотически беспорядочный, вначале кажется позабытым, но он послушно всплывает в памяти, как только анализируемый приводит что-нибудь новое, он

[1] *[Здесь термин «равномерно парящее внимание» появляется в пуб ликациях Фрейда впервые. Вероятно, ссылка относится к словам, звуча щим, однако, несколько иначе («равное внимание»), в описании случая «маленького Ганса» (1909&), Studienausgabe, т. 8, с. 26. Данная форму лировка еще раз появляется позже, а именно в первой половине статьи «Психоанализ» в работе «"Психоанализ" и "теория либидо"» (1923а).]*

присоединяется к новому и благодаря ему может быть про должен. В таком случае с улыбкой выслушиваешь незаслу женный комплимент анализируемого по поводу «очень хо рошей памяти», когда по прошествии долгого времени репродуцируешь деталь, которую, наверное, не удалось бы зафиксировать в памяти при сознательном намерении.

Ошибки в этом запоминании случаются только тогда и в таких местах, где мешают личные отношения (см. ниже), то есть когда грубым образом отступаешь от идеала аналитика. Смешения с материалом других пациентов очень редки. В споре с анализиру емым, говорил ли он о чем-то конкретном и как это было, в большинстве случаев остается прав врач[1].

(б) Я не могу рекомендовать во время сеансов с анали зируемым в большом объеме делать записи, вести протоко лы и т. п. Помимо неблагоприятного впечатления, которое это производит на иных пациентов, это неприемлемо с тех же позиций, которые мы обсуждали, рассматривая запоми нание[2]. Записывая или стенографируя, вынужденно дела ешь вредный выбор из материала и этим сковываешь часть своей собственной умственной деятельности, которая долж на найти лучшее применение в толковании услышанного. Без упрека можно сделать исключение из этого правила для дат, текстов сновидения или отдельных примечательных резуль татов, которые легко выделяются из общей взаимосвязи и могут оказаться пригодными для самостоятельного исполь зования в виде примеров[3]. Но обычно я этого тоже не де лаю. Примеры я записываю вечером по окончании работы по памяти; тексты сновидений, которые меня заинтересова ли, я поручаю фиксировать пациентам после рассказа сна.

[1] Анализируемый часто утверждает, что уже раньше сделал опре деленное сообщение, тогда как со спокойной уверенностью можно его заверить, что сейчас это случилось впервые. В дальнейшем оказывается, что когда-то раньше анализируемый намеревался об этом рассказать, но этому помешало существовавшее сопротивление. Воспоминание об этом намерении для него оказалось неразличимым с воспоминанием о его исполнении. [По этому поводу Фрейд несколько подробнее высказыва ется в небольшой работе «O fausse reconnaissance» (1914я).]

[2] [Замечание о последствиях ведения записи Фрейд добавляет к своему описанию случая «Крысина» (1909a"), Studienausgabe, т. 7, с. 39, прим. 1.]

[3] [По-видимому, в научных целях.]

(в) Ведение записи во время сеанса с пациентом можно было бы оправдать намерением сделать данный случай пред метом научной публикации. Против этого едва ли можно привести принципиальные возражения. Но надо все же иметь в виду, что в аналитической истории болезни прото колы дают меньше, чем можно было бы от них ожидать. Строго говоря, они относятся к той мнимой точности, мно жество ярких примеров которой предоставляет в наше рас поряжение «современная» психиатрия. Как правило, они утомительны для читателя и все же не в состоянии заме нить ему присутствие при анализе. Мы вообще пришли к выводу, что читатель, если хочет верить аналитику, предо ставляет ему также кредит для небольшой обработки, ко торую тот проделывает со своим материалом; но если он не желает принимать всерьез анализ и аналитика, то игнорирует также и точные протоколы лечения. Похоже на то, что таким способом нельзя возместить недостаток фактов, обнаруживающийся в психоаналитических описаниях.

(г) Хотя это является одним из достоинств аналитической работы, что исследование и лечение в ней совпадают, однако техника, служащая одному, в определенном пункте все же про тиворечит другому. Нехорошо научно разрабатывать случай, пока лечение больного еще не завершено, пытаться его реконструиро вать, высказывать догадки о его дальнейшем течении, время от времени протоколировать его нынешний статус, как того требо вал бы научный интерес. В таких случаях, которые заранее ре шают использовать в научных целях и поступают исходя из научных потребностей, страдает результат; и наоборот, лучше всего удаются те случаи, при которых ведут себя, так сказать, непреднамеренно, позволяют себе удивляться любой переме не и постоянно относятся к ним беспристрастно и непреду бежденно. Правильное поведение для аналитика будет состоять в том, чтобы по мере надобности из одной психической установки переходить в другую, не рассуждать и не размышлять умозри тельно, пока он анализирует, а полученный материал подвергать умственной синтетической работе только после того, как анализ будет завершен. Различие между двумя установками не имело бы значения, если бы мы уже обладали всеми или всеми важными сведениями о психологии бессознательного и о структуре неврозов, которую мы можем получить в результате психоаналитической работы. В настоящее время мы

еще весьма далеки от этой цели

и не можем закрывать для себя пути для проверки того, что было установлено раньше, и для нахождения нового.

(д) Я не могу настоятельно рекомендовать коллегам во время психоаналитического лечения брать для себя пример с хирурга, оттесняющего все свои аффекты и даже человеческое сострадание и ставящего перед своими психическими силами одну-единственную цель: провести операцию, насколько это возможно, по всем правилам искусства. Для психоаналитика при господствующих сегодня условиях самым опасным становится одно аффективное устремление— терапевтическое честолюбие, с помощью своего нового и часто оспариваемого средства осуще ствить нечто такое, что может убедительно подействовать на других. Этим он не только приводит себя самого в неблагоприят ное для работы расположение духа, но и становится беззащит ным перед определенными сопротивлениями пациента, от взаи модействия сил которого в первую очередь зависит выздоровление.

Оправдание такой холодности чувств, требуемой от аналитика, заключается в том, что она создает самые благоприятные условия для обеих сторон, желательным образом щадит аффективную жизнь самого врача и позволяет оказать больному наибольшую

помощь, которая возможна для нас сегодня. Один старый хирург сделал своим девизом слова: *«felepansai, Dieuleguerit»*[1]. Чем-то похожим следовало бы удовлетвориться и аналитику.

(е) Легко догадаться, в какой цели совпадают эти выдви нутые по отдельности правила. Все они желают создать у врача эквивалент «основного психоаналитического правила», установленного для анализируемого. Подобно тому, как анализируемый должен рассказывать все, что он улавливает в своем самонаблюдении, воздерживаясь от каких бы то ни было логических и аффективных возражений, желающих подвигнуть его делать выбор, точно так же и врач должен уметь использовать все, что ему было рассказано, в целях истолкования, распознавания скрытого бессознательного, не заменяя выбора, от которого отказался больной, собствен ной цензурой, или, если выразить это формулой: он должен направить свое собственное бессознательное в качестве вос принимающего

[1] *[«Я обработал его раны, Бог его исцелил». Это изречение припи сывается французскому хирургу Амбруазу Паре (1510-1590).]*

органа на предоставляемое бессознательное больного, быть точно так же настроенным на анализируемого, как принимающее устройство телефона прилажено к диску. Подобно тому как приемное устройство вновь превраща ет в звуковые волны электрические колебания тока, возбуж денные звуковыми волнами, так и бессознательное врача способно из сообщенных ему производных бессознательно го восстановить это бессознательное, детерминировавшее мысли больного.

Если же врач должен быть в состоянии пользоваться таким способом своим бессознательным как инструментом в анализе, то он должен сам в значительной степени отвечать одному психоло гическому условию. Он не вправе допускать у себя самого ника ких сопротивлений, которые удерживают узнанное его бессозна тельным от его сознания, иначе он привнесет в анализ новый вид отбора и искажения, которые были бы гораздо вреднее, чем вызванные напряжением его сознательного внимания. Для этого недостаточно, чтобы он сам был в целом нормальным человеком, скорее можно выдвинуть требование, чтобы он подвергся психо аналитическому очищению и знал бы о тех собственных комплек сах, которые были бы пригодны помешать ему в понимании того, что преподнесено анализируемым. В дисквалифицирующем воз действии таких собственных дефектов по справедливости нельзя сомневаться; каждое нерешенное вытеснение у врача соответству ет, по меткому выражению В. Штекеля [1911a, 532], «слепому пятну» в его аналитическом восприятии.

Несколько лет назад на вопрос, как можно стать аналити ком, я ответил: через анализ своих собственных сновидений[1]. Несомненно, такая подготовка является достаточной для многих людей, но не для всех, которые хотели бы научиться анализу. Кроме того, не всем удается объяснять собственные сновидения без посторонней помощи. Я причисляю к многочисленным заслу гам цюрихской аналитической школы то, что она поставила усло вием и зафиксировала в требовании, что каждый, кто хочет ана лизировать других, сначала сам должен подвергнуться анализу у опытного аналитика. Тот, кто серьезно относится к делу, должен избрать

[1] *[Ссылка относится к третьей лекции Фрейда в Университете Кларка (1910a). Фрейд не всегда*

оценивал возможности самоанализа столь бла госклонно. Сообщения о важных частях его собственного самоанализа содержатся в письмах Флиссу (1950a), прежде всего в письмах № 70 и 71, написанных в октябре 1897 года. В письме Флиссу от 14 ноября 1897 года (1950a, письмо № 75, с. 202) он пишет: «Мой

этот путь, сулящий много преимуществ; жертва, состоящая в том, что без принуждения со стороны болезни приходит ся открываться постороннему человеку, окупается сторицей. Благодаря этому удается не только за гораздо более короткое время и с менее значительными аффективными затратами осуще ствить свое намерение — познакомиться со скрытым в собствен ной личности, но и на собственном опыте получить впечатления и доказательства, к которым тщетно стремятся посредством изу чения книг и слушания докладов. Наконец, нельзя недооценивать также и пользу от длительных душевных отношений, которые обычно устанавливаются между анализируемым и его наставни ком[1].

По понятным причинам такой анализ практически здорового человека останется незавершенным. Кто умеет высоко ценить приобретенные благодаря ему самопознание и возросшее самооб ладание, тот затем продолжит аналитическое исследование своей собственной личности в виде самоанализа и охотно будет доволь ствоваться тем, что всегда будет обнаруживать в себе и вне себя что-то новое. Но кто, будучи аналитиком, пренебрег осмотри тельностью собственного анализа, тот не только наказывается неспособностью узнавать от своих больных нечто большее опре деленной меры, но и подвергается более серьезной опасности, которая может стать опасностью для других. Он легко поддастся искушению спроецировать в науку в

самоанализ остается прерванным. Я понял, почему. Я могу анализировать самого себя только с объективно полученными сведениями (как посторонний человек), настоящий самоанализ невозможен, иначе не было бы [невро тической] болезни. Так как у меня имеются еще кое-какие загадки, каса ющиеся моих больных, это должно сдерживать меня и в самоанализе». В конце своей жизни в короткой заметке «Об ошибочном действии» (1935Й) он также указывает: «...при самоанализе опасность незавер шенности особенно велика. Слишком быстро довольствуются частич ным разъяснением, за которым легко скрывается сопротивление, что, возможно, важнее». Этому можно противопоставить осторожно выска занные слова одобрения, которыми он начинает свои заметки о работе Э. Пикворта Фарроу (1926), где приводятся результаты самоанализа (Freud, 1926c). См. также замечания в работе «Будущие шансы психо аналитической терапии» (191CW), с. 126-127, выше. Что касается учеб ного анализа, то Фрейд категорически подчеркивал необходимость ана лиза, проводимого другим человеком; см., в частности, «Конечный и бесконечный анализ» (1937c), с. 388-389, ниже.]

[1] *[Ср., однако, не столь оптимистичное мнение, которое высказы вается в разделе II работы «Конечный и бесконечный анализ» (1937c), с. 360 и далее, ниже. В ней во многих других местах (в частности, в разделе VII) обсуждается тема, затронутая в настоящем сочинении в этом, а также в*

следующем абзаце.]

качестве универсальной тео рии то, что он узнает в смутном самовосприятии особенностей своей собственной личности, он дискредитирует психоаналити ческий метод и введет в заблуждение неопытных.

(ж) Добавлю еще несколько других правил, в соответ ствии с которыми совершается переход от установки врача к лечению анализируемого.

Для молодого и старательного психоаналитика, конечно, заманчиво поделиться многим из собственной индивидуально сти, чтобы увлечь за собой пациента и с размаху поднять его над барьерами его стесненной личности. Можно предположить, что вполне допустимо и даже целесообразно для преодоления существующих сопротивлений больного, если врач позволит ему заглянуть в собственные душевные дефекты и конфлик- ты, доверительными рассказами о своей жизни предоставит ; ему возможность поставить себя наравне с ним. Ведь одно доверие стоит другого, и тот, кто требует интимности от дру гого, должен и сам отплатить ему тем же.

Однако в психоаналитическом общении кое-что протека ет иначе, чем мы можем ожидать, исходя из предпосылок пси хологии сознания. Опыт не свидетельствует о преимуществе такой аффективной техники. Нетрудно также увидеть, что тем самым покидают психоаналитическую почву и приближаются к суггестивным методам. Таким образом достигают, скажем, того, что пациент скорее и легче рассказывает о том, что из вестно ему самому и что он еще какое-то время скрывал бы в силу конвенциональных сопротивлений. Для раскрытия бес сознательного больному эта техника ничего не дает, она дела ет его лишь еще более неспособным преодолевать более глу бокие сопротивления и регулярно отказывает в более тяжелых случаях из-за пробудившейся ненасытности больного, кото рый хотел бы перевернуть ситуацию и находит анализ врача более интересным, чем собственный. Также и разрешение пе реноса, одна из основных задач лечения, затрудняется интим ной установкой врача, так что возможная выгода, получаемая вначале, в конечном счете более чем нивелируется. Поэтому я без колебаний отвергаю этот вид техники как ошибочный. Врач должен быть непроницаемым для анализируемого и, подобно зеркальной пластине, показывать только то, что показывают ему. Однако на практике ничего нельзя возразить против того, если психотерапевт часть анализа

сочетает с некоторой порцией суггестивного воздействия, чтобы за более короткое время дос тичь видимых результатов, как это, к примеру, бывает необходи мым в лечебницах, но можно требовать, чтобы у него самого не было сомнений относительно того, что он делает, и чтобы он знал, что его метод не является методом настоящего психоанализа.

(з) Другое искушение вытекает из воспитательной дея тельности, которая без особого умысла выпадает врачу при психоаналитическом лечении. При устранении задержек в развитии само собой получается, что врач получает возмож ность указать высвободившимся стремлениям новые цели. В таком случае это является всего лишь понятным честолю бием, когда человека, на чье освобождение от невроза он по тратил так много сил, он старается сделать еще и в чем-то особенно превосходным и устанавливает его желаниям высокие цели. Но также и здесь врач должен владеть собой и ру ководствоваться не столько собственными желаниями, сколь ко способностями анализируемого. Не все невротики обладают большим талантом к сублимации; относительно многих из них можно предположить, что они вообще не заболели бы, если бы владели искусством сублимировать свои влечения. Если их слишком усердно подталкивают к сублимации и перекрывают пути к самому простому и удобному удовлетворению влече ния, то в большинстве случаев жизнь, которая и без того им кажется трудной, осложняется еще больше. В качестве врача прежде всего нужно быть терпимым к слабостям больного, необходимо довольствоваться и тем, если не совсем полноцен ный человек может вновь обрести частицу способности рабо тать и наслаждаться. Воспитательное честолюбие столь же це лесообразно, как терапевтическое. Кроме того, надо учитывать, что многие лица заболели как раз из-за попытки сублимиро вать свои влечения сверх меры, допустимой их организацией, и что у людей, способных к сублимации, этот процесс обычно совершается сам по себе, как только благодаря анализу пре одолеваются их торможения. Поэтому я полагаю, что хотя стремление регулярно использовать аналитическое лечение для сублимации влечения всегда похвально, рекомендовать подоб ное стоит далеко не во всех случаях.

(и) В каких границах нужно использовать интеллектуаль ное сотрудничество анализируемого при лечении? По этому по воду трудно сказать что-либо

абсолютно верное. В первую очередь многое решает личность пациента. Но в любом случае при этом нужно соблюдать сдержанность и осторожность. Не правильно ставить перед анализируемым задачу собирать свои воспоминания, размышлять над определенным периодом сво ей жизни и т. п. Скорее он должен прежде всего свыкнуться с мыслью — а допустить ее не просто ни одному человеку, — что с помощью умственной деятельности, подобной размыш лению, усилием воли и напряжением внимания не решается ни одна из загадок невроза, их можно решить только благодаря терпеливому соблюдению психоаналитического правила, при казывающего исключить критику в отношении бессознатель ного и его производных. Особенно неумолимо нужно наста ивать на соблюдении этого правила теми больными, которые практикуют искусство сбегать при лечении в интеллектуаль ное, а затем много и часто очень мудро размышляют о своем состоянии и таким образом ничего не делают для его преодоления. Поэтому я не очень люблю, чтобы мои пациенты об ращались за помощью к чтению аналитических сочинений; я требую, чтобы они учились на собственной персоне, и заверяю их, что благодаря этому они узнают больше и нечто более ценное, чем могла бы им сообщить вся психоаналитическая литература. Но я понимаю, что в условиях пребывания в ле чебнице может оказаться очень полезным воспользоваться чтением для подготовки анализируемых и для создания ат мосферы, в которой врачу было бы проще оказывать свое вли яние.

Самым настоятельным образом я хотел бы предостеречь от того, чтобы добиваться одобрения и поддержки родителей или родственников, давая им для прочтения какое-нибудь — ознакомительное или более глубокое — произведение нашей литературы. Чаще всего этого благожелательного шага оказы вается достаточно, чтобы преждевременно вызвать естествен ную, когда-нибудь неизбежную враждебность к психоанали тическому лечению близких, из-за чего до начала лечения дело вообще не доходит. Я выражаю надежду, что опыт, накапливаемый психо аналитиками, вскоре приведет к согласию в технических воп росах по поводу того, каким образом целесообразнее всего лечить невротических больных. Что касается лечения «род ственников», то я признаюсь в своей полной растерянности, а на их индивидуальное лечение вообще мало рассчитываю.

О НАЧАЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

ДАЛЬНЕЙШИЕ СОВЕТЫ ПО ТЕХНИКЕ ПСИХОАНАЛИЗА 1 (1913)

Кто хочет по книгам научиться благородной игре в шахматы, тот вскоре узнает, что исчерпывающее систе матическое изложение допускают только дебюты и энд шпили, тогда как необозримое разнообразие игр, начина ющихся после дебюта, описать невозможно. Только усердное изучение партий, в которых боролись между собой мастера, может восполнить пробел в обучении. Сходным ограничениям подлежат, пожалуй, и правила, которыми можно снабдить проведение психоаналитическо го лечения.

В дальнейшем я попытаюсь собрать воедино некото рые из этих правил, которыми может воспользоваться практикующий аналитик, приступая к лечению. Среди них есть определения, которые могут показаться мелочными и, пожалуй, такими и являются. Оправданием их служит то, что это как раз правила игры, которые должны полу чить свое значение во взаимосвязи с планом игры. Но я поступлю правильно, если представлю эти правила как «советы» и не буду требовать безусловного их соблюде ния. Чрезвычайное разнообразие рассматриваемых пси хических констелляций, пластичность всех психических процессов и богатство детерминирующих факторов не противятся также механизации техники и допускают возможность того, что обычно оправданный образ действия

[Только в первом издании имеется следующее примечание к заго ловку: «Продолжение ряда статей, опубликованных в "Центральном журнале психоанализа", II, в номерах 3, 4 и 9. (Практика толкования сновидений в психоанализе. — О динамике переноса. — Советы врачу при психоаналитическом лечении.)».]

иногда оказывается неэффективным, а большей частью ошибочный однажды приводит к цели. Тем не менее эти условия не мешают определить в среднем целесообраз ное поведение врача.

Важнейшие показания для выбора больных я приводил уже несколько лет назад в другом месте[1]. Поэтому я не буду их здесь повторять; между тем они встретили одобрение со стороны других психоаналитиков. Однако добавлю, что с тех пор я приучил себя принимать больных, которых мало знаю, вначале только на время, на срок одна или две недели. Если лечение прерывается в этот период, то больной избегает неприятного впечатления от неудачной попытки лечения. Было проведено лишь зондирование, чтобы познакомиться с паци ентом и решить, пригоден ли он для психоанализа. Другого способа испытания, кроме такой попытки, в распоряжении не имеется; продолжающиеся беседы и расспросы в часы приема заменой служить не могут. Однако это предварительное испытание уже является началом психоанализа и должно следовать его правилам. Его можно считать отдельным, скажем, из-за того, что в основном побуждают говорить пациента и ему дают разъяснений не больше, чем это необходимо для продолжения его рассказа.

Начало лечения с введением такого испытательного срока на несколько недель имеет, впрочем, также диагности ческое обоснование. Довольно часто, когда имеешь дело с истерическими симптомами или симптомами невроза навяз чивости без чрезмерно резких проявлений и развившимися недавно, то есть именно с такими формами, которые хочется считать благоприятными для лечения, необходимо оставлять место сомнению, не соответствует ли данный случай пред варительной стадии так называемой *dementia praecox* (ши зофрении, по Блейлеру, парафрении, как было предложено мной[2]) и не проявится ли по прошествии короткого или дол гого времени выраженная картина этого поражения. Я не думаю, что всегда так просто провести разделение. Я знаю, что есть психиатры, реже сомневающиеся в дифференци альном диагнозе, но я убежден, что они ошибаются так же

[1] *«О психотерапии», 1905 [я]. [См. в данном томе с. 115-117.]*

[2] *[См. редакторское примечание к случаю Шребера (1911c), Studienausgabe, т. 7, с. 198, прим. 1.]*

часто. Только для психоаналитика ошибка чревата более серь езными последствиями, чем для так называемого клиническо го психиатра. Ибо последний в одном случае делает столь же мало полезного, как и в другом; он рискует совершить только теоретическую ошибку, а его диагноз представляет только академический интерес. Психоаналитик же в неблагоприят ном случае совершил практический промах; он повинен в на прасных затратах и дискредитировал свой лечебный метод. Он не может сдержать своего обещания излечить, если больной страдает не истерией или неврозом навязчивости, а парафренией, а потому у него имеется особенно сильный мотив избе гать диагностической ошибки. Во время пробного лечения, длящегося несколько недель, у него часто будут возникать настораживающие ощущения, которые могут заставить его прийти к решению не продолжать своего испытания. К сожа лению, я не могу утверждать, что такой опыт всякий раз позволяет прийти к надежному решению; это всего лишь еще один хороший способ проявить осмотрительность[1].

Долгие предварительные беседы до начала аналитического лечения, предыдущая терапия другого рода, а также прежнее знакомство врача с анализируемым имеют определенные не благоприятные последствия, к которым нужно быть подго товленным. Они приводят к тому, что пациент относится к врачу со сформированной установкой, обусловленной перено сом, которую врачу приходится раскрывать лишь постепенно, вместо того чтобы иметь возможность с самого начала наблю дать развитие и становление переноса. Поэтому на протяже нии какого-то времени пациент имеет преимущество, которое неохотно предоставляют ему в ходе лечения.

Ко всем, кто желает отложить начало лечения, нужно быть недоверчивым. Опыт показывает, что по истечении условленного срока они больше не появляются, даже если

[1] На тему этой диагностической неуверенности, о шансах анализа при легких формах парафрении и о причинах сходства обоих заболева ний можно было бы сказать очень много, чего в данном контексте я не могу сделать. Я охотно противопоставил бы по примеру Юнга исте рию и невроз навязчивости в качестве «неврозов переноса» парафре-ническим расстройствам в качестве «интровертированных неврозов», если бы при таком применении понятие «интроверсия» (либидо) не от далялось от своего единственно правомерного смысла. [Ср. «О динами ке переноса» (19126).]

мотивировка отсрочки, то есть рационализация намерения, кажется непосвященному безупречной.

Особенные трудности возникают тогда, когда между врачом и приступающим к анализу пациентом или их семь ями существовали дружественные или общественные отно шения. Психоаналитик, которого просят взяться за лечение жены или ребенка друга, должен быть готовым к тому, что подобное предприятие, чем бы оно ни закончилось, будет сто ить ему дружбы. Он должен, однако, принести эту жертву, если не сможет найти замены, достойной доверия.

Дилетанты, как и врачи, по-прежнему путающие психо анализ с суггестивным лечением, обычно придают большое значение тем надеждам, которые пациент возлагает на новую форму лечения. Они часто считают, что с данным больным не будет особых проблем, ибо он испытывает большое доверие к психоанализу и полностью убежден в его истинности и эффективности. С другим, пожалуй, будет труднее, ибо он настроен скептически и не желает ничему верить, пока не ощутил результата на себе самом. На самом же деле эта уста новка больных большого значения не имеет; его временное доверие или недоверие едва ли стоит принимать во внимание по сравнению с внутренними сопротивлениями, которые закрепляют невроз. Доверчивость пациента делает первое об щение с ним очень приятным; его за это благодарят, но под готавливают к тому, что его благожелательная предвзятость разобьется о первую трудность, которая возникнет в ходе лечения. Скептику говорят, что анализ не нуждается в дове рии, что он вправе быть каким угодно критическим и недовер чивым, что его установку отнюдь не хотят относить на счет его суждения, ибо он не способен составить себе надежное суж дение по этим пунктам; его недоверие — это симптом, такой же, как и другие его симптомы, и оно не должно ничему помешать, если только он будет добросовестно делать то, чего требуют от него правила лечения.

Тот, кто знаком с сущностью невроза, не будет удив лен, услышав, что также и тот, кто вполне способен прово дить анализ с другими, может вести себя как любой другой смертный и продуцировать самые интенсивные сопротивле ния, как только он сам становится объектом психоанализа. В таком случае вновь получаешь впечатление о психической глубине и не находишь ничего удивительного в том, что

невроз коренится в психических слоях, до которых аналитическое образование не сумело добраться.

Важными пунктами в начале аналитического лечения являются договоренности относительно *денег* и *времени.*

Что касается времени, то я следую исключительно прин ципу предоставления определенного часа. Каждый пациент получает определенный час, который я ему отвожу из имеющегося в моем распоряжении рабочего времени; этот час принадлежит ему, и он остается ответственным за него, даже если его не использует. Такая договоренность, в на шем добропорядочном обществе считающаяся совершенно естественной для учителя музыки или языка, по отношению к врачу, возможно, покажется слишком жесткой или даже недостойной. Возникнет желание указать на многие случай ности, которые могут мешать пациентам каждый раз появляться в один и тот же назначенный час, и потребуют, что бы врач считался с многочисленными интеркуррентными заболеваниями, которые могут имеет место в ходе длитель ного аналитического лечения. Но ответ мой таков: поступать по-другому нельзя. При более мягкой практике «случайных» отказов накапливается так много, что врач ощущает угрозу своему материальному существованию. И наоборот, при строгом соблюдении этой договоренности оказывается, что случайных помех вообще не бывает, а интеркуррентные заболевания очень редки. Едва ли бывает так, что наслаж даешься свободным временем, которого как зарабатывающий человек пришлось бы стыдиться; можно спокойно про должить работу и избежать неприятного и приводящего в замешательство чувства, что пауза, в которой никто не по винен, наступает в работе как раз тогда, когда она обещала быть особенно важной и содержательной. Только после того как многие годы занимался психоанализом при строгом соблюдении принципа выделенного часа, по-настоящему убеждаешься в значении психогении в повседневной жиз ни человека, в распространенности «школьных болезней» и в ничтожности случая. При несомненных органических за болеваниях, которые все же нельзя исключать из-за психи ческого интереса, я прерываю лечение, считаю себя вправе распорядиться освободившимся часом иначе и принимаю пациента снова, когда он поправился, а у меня освободился другой час.

Я работаю с моими пациентами ежедневно за исключени ем воскресений и больших праздников, то есть обычно шесть раз в неделю. В легких случаях или при далеко продвинув шемся лечении достаточно и трех часов в неделю. В остальных случаях ограничения по времени не приносят пользы ни врачу, ни пациенту; в начале лечения их следует отвергнуть полно стью. Даже из-за коротких перерывов работа всегда немного застопоривается; мы имели обыкновение шутливо говорить о «понедельничной корке», когда после воскресного отдыха снова начинали работу; при более редкой работе существует опасность того, что не удастся идти в ногу с реальными пере живаниями пациента, что лечение потеряет контакт с настоя щим и окажется оттесненным на окольные пути. Иногда встре чаются также больные, которым приходится уделять больше времени, чем среднестатистический один час, поскольку боль шую часть своего часа они расходуют на то, чтобы разгово риться, вообще стать общительными.

Неприятный для врача вопрос, который больной с самого начала адресует ему, гласит: «Как долго будет продолжаться лечение? Сколько времени вам потребуется, чтобы избавить меня от моего недуга?» Если предложить в течение нескольких недель провести пробное лечение, то можно избежать прямого ответа на этот вопрос, пообещав по истечении испытательного срока высказаться более определенно. Словно Эзоп в басне о путешественнике, спрашивающем о длине пути, предлагают: «Пройдись», — и обосновывают этот ответ тем, что сначала нужно узнать, какая длина шага у путешественника, прежде чем можно будет вычислить длительность его путешествия. Этим ответом помогают себе преодолеть первые трудности, но сравнение нехорошее, ибо невротик может легко менять темп своей работы и временами продвигаться лишь очень медленно. На самом деле на вопрос о предполагаемой продолжительно сти лечения едва ли можно ответить.

Неблагоразумие больных и неискренность врачей объеди няются с тем эффектом, что анализу предъявляются самые непомерные требования и при этом отводят ему кратчайший срок. Для примера я приведу следующие сведения из письма одной дамы в России, которое мне пришло несколько дней назад. Ей 53[1] года, больна с 23 лет, десять лет не способна

[1] *[В изданиях до 1925 года здесь указывается: «33».]*

больше ни к какой продолжительной работе. «Лечение в нескольких больницах для нервнобольных» не помогло ей вести «активную жизнь». Она надеется полностью излечить ся психоанализом, о котором читала. Но ее лечение уже так много стоило ее семье, что она не может задержаться в Вене больше, чем на шесть недель или два месяца. К этому добав ляется затруднение, что она с самого начала хочет «объяс няться» только письменно, ибо прикосновение к ее комп лексам вызовет у нее взрыв или «временно лишит ее дара речи». Никто обычно не стал бы ожидать, что поднимут тяжелый стол двумя пальцами, как легкую табуретку, или что могут построить большой дом за то же время, что и маленькую хижину, но когда речь идет о неврозах, которые в настоящее время, похоже, пока еще не включены во вза имосвязь человеческого мышления, даже образованные люди забывают об обязательной пропорциональности между вре менем, работой и результатом. Впрочем, это — естественное следствие глубокого незнания этиологии неврозов. Благода ря такому невежеству невроз является для них своего рода «девушкой из чужих краев». Неизвестно откуда он взялся, и поэтому ждут, что однажды он снова исчезнет.

Врачи поддерживают эту доверчивость; даже знающие среди них зачастую не оценивают должным образом тяжесть невротических заболеваний. Один хорошо мне знакомый коллега, которому я ставлю в заслугу, что после нескольких десятилетий научной работы, основанной на других предпосылках, он обратился к психоанализу, писал мне однажды: «Что нам требуется, так это короткое, удобное амбулатор ное лечение неврозом навязчивости». В этом я не мог быть полезен, устыдился и попытался загладить вину замечани ем, что, наверное, также и терапевты были бы очень доволь ны способом лечения туберкулеза или карциномы, сочетаю щим в себе эти преимущества.

Если сказать более прямо, то в случае психоанализа речь всегда идет о долгих периодах времени, о полугодии или целом годе, о более длительных, чем это соответствует ожиданию больного. Поэтому надлежит раскрыть больно му это положение вещей, прежде чем он сделает оконча тельный выбор в пользу лечения. Я вообще считаю более

[1] *[Намек на стихотворение Шиллера «Девушка из чужих краев».]*

достойным, но также и более целесообразным, не запугивая больного, все же заранее обратить его внимание на трудно сти и жертвы аналитической терапии и, таким образом, лишить его всякого права когда-нибудь впоследствии утверж дать, что его заманили в лечение, объем и значение которого он не знал. Кого можно удерживать такими сообщениями, кого отпугивают подобные сообщения, тот все равно ока зался бы непригодным позднее. Подобный отбор неплохо произвести до начала лечения. С прогрессом просветитель ской работы среди больных растет все же число тех, кто выдерживает это первое испытание.

Я против того, чтобы обязывать пациентов терпеливо оставаться в лечении в течение определенного срока, разре шаю каждому прекратить лечение по своему усмотрению, но не скрываю от него, что прекращение после непродолжительной работы не оставит после себя никакого результата и, подобно незавершенной операции, может легко его при вести в неудовлетворительное состояние. В первые годы моей психоаналитической деятельности я считал наибольшей трудностью подвигнуть больных оставаться; эта трудность давно сместилась, теперь я должен с тревогой заботиться о том, чтобы побудить их также и к прекращению.

Сокращение аналитического лечения остается правомоч ным желанием, к исполнению которого, как мы узнаем, стремятся разными способами. Ему, к сожалению, противо стоит очень важный момент — медлительность, с которой совершаются глубокие душевные изменения, в конечном счете, пожалуй, «безвременность» наших бессознательных процессов[1]. Если больные сталкиваются с проблемой боль ших затрат времени на анализ, то нередко они умеют пред ложить определенный выход из положения. Они разделяют свои жалобы на такие, которые они описывают как невыно симые, и другие, которые они считают второстепенными, и говорят: «Если вы избавите меня лишь от одной (например, от головной боли, от определенного страха), то с другой я уже и сам справлюсь в жизни». Но при этом они переоце нивают избирательную силу анализа. Несомненно, врач-ана литик способен на многое, но он не может точно опреде лить, чего он добьется. Он запускает некий процесс, процесс

[1] *[Ср. «Бессознательное» (1915e), Studienausgabe, т. 3, с. 146 и прим. 1.]*

устранения существующих вытеснении, он может за ним следить, ему содействовать, устранять препятствия, разуме ется, и многое в нем испортить. Но в целом однажды нача тый процесс идет своим собственным путем и не позволяет, чтобы ему предписывали ни направление, ни очередность тех пунктов, которые он атакует. Стало быть, с властью анали тика над болезненными явлениями дело обстоит примерно так же, как с мужской потенцией. Самый сильный мужчина хотя и может зачать целого ребенка, но не способен произ вести в женском организме одну только голову, руку или ногу; он даже не может определить пол ребенка. Он разве что запускает крайне запутанный и детерминированный ста рыми событиями процесс, который оканчивается отделени ем ребенка от матери. Также и невроз обладает свойствами организма, его частичные проявления зависят друг от друга, друг друга обусловливают, обычно взаимно поддерживают ся; всегда страдают только одним неврозом, а не несколь ки ми, случайно совпавшими в одном индивиде. Больной, кото рого по его желанию избавили от одного невыносимого симптома, легко мог бы убедиться на собственном опыте, что слабый дотоле симптом усиливается теперь до невыно симого. Кто вообще хочет по возможности отделить резуль тат от его суггестивных условий (то есть от условий перено са), тот правильно сделает, если откажется от признаков избирательного влияния на результат лечения, которые по праву принадлежат врачу. Для психоаналитика самыми и любимыми должны быть пациенты, которые требуют от него полного здоровья, насколько оно возможно для них, и пре доставляют в его распоряжение столько времени, сколько расходуется на процесс выздоровления. Разумеется, таких благоприятных условий можно ждать только в немногих случаях.

Следующим пунктом, по поводу которого должна быть достигнута договоренность в начале лечения, являются день ги, гонорар врача. Аналитик не отрицает, что деньги нужно рассматривать в первую очередь как средство самосохране ния и обретения власти, но он утверждает, что в оценке денег задействованы мощные сексуальные факторы. Он может сослаться на то, что культурные люди относятся к денеж ным делам точно так же, как к сексуальным вещам, с такой же двойственностью, щепетильностью и лицемерием. Поэтому

он заранее должен решить для себя не участвовать в этом, а вести себя перед пациентом в вопросах денег с той же самой естественной откровенностью, с какой он хочет его воспи тывать в вопросах сексуальной жизни. Он доказывает ему, что сам отказался от ложного стыда, по собственной ини циативе рассказывая, как оценивает свое время. Затем че ловеческое благоразумие подсказывает ему не допускать накопления больших сумм, а производить платеж регу лярно по истечении коротких периодов (например, еже месячно). (Как известно, ценность лечения в глазах паци ента не повышается, если оно обходится ему очень дешево.) Это, как многие знают, не является обычной практикой невропатолога или терапевта в нашем европей ском обществе. Но психоаналитик вправе поставить себя в положение хирурга, откровенного и дорогостоящего, поскольку он располагает методами лечения, которые способны помочь. Я думаю, что все же достойнее и в этиче ском отношении благонадежнее признаваться в своих дей ствительных требованиях и потребностях, чем, как это еще и теперь принято у врачей, изображать из себя бес корыстного филантропа, положение которого оказалось все-таки не по силам, и зато втихомолку сетовать на бес церемонность и корыстность больных или громко бранить ся по этому поводу. В обоснование своего притязания на гонорар аналитик выставит доводом, что, занимаясь тя желым трудом, он никогда не заработает столько, сколь ко другие медицинские специалисты.

По тем же причинам он вправе отказаться лечить без гонорара и не делать исключения для коллег или их род ственников. Последнее требование, по-видимому, нарушает правило врачебной коллегиальности; но надо иметь в виду, что бесплатное лечение означает для психоаналитика намно го больше, чем для любого другого, а именно лишение на многие месяцы значительной части своего рабочего времени (одной восьмой, седьмой и т. п.), которым он располагает для заработка. Одновременное второе бесплатное лечение лишает уже четверти или трети его трудоспособности, что можно было бы приравнять к последствиям приведшего к травме серьезного несчастного случая.

Тогда возникает вопрос, возмещает ли в какой-нибудь степени выгода для больного жертву врача. Пожалуй, я вправе

позволить себе высказаться по этому поводу, ибо на протя жении примерно десяти лет я ежедневно посвящал один час, иногда также два, бесплатному лечению, поскольку в целях ориентировки в неврозе хотел работать по возможности без сопротивления. При этом я не обнаружил преимуществ, которых искал. В результате бесплатного лечения иные со противления у невротика невероятно усиливаются: у моло дой женщины, например, — искушение, заключающееся в отношениях переноса, у молодого человека — происходя щее от отцовского комплекса возмущение против обязанно сти быть благодарным, принадлежащее к самым неблагоп риятным затруднениям при оказании врачебной помощи. Упразднение регулирования, которое все-таки задается воз награждением врачу, дает о себе знать весьма неприятным образом; все отношения оказываются вырванными из реального мира; пациент лишается хорошего мотива стремиться к завершению лечения.

Можно быть совершенно чуждым аскетическому осуж дению денег и все же приходится сожалеть, что в силу внешних, как и внутренних причин аналитическая терапия почти недоступна бедным людям. С этим едва ли что можно поделать. Быть может, верно широко распространенное утверждение, что тот, кого тяготы жизни вынудили к тяже лой работе, не так легко впадает в невроз. Но совершенно бесспорен другой факт, что бедному человеку, у которого однажды возник невроз, очень трудно с ним расстаться. Он оказывает ему слишком хорошую службу в борьбе за само утверждение; вторичная выгода от болезни[1], которую он приносит ему, слишком значительна. Сострадания, в кото ром люди отказали ему в материальной нужде, он теперь домогается под титулом своего невроза и может сам изба вить себя от требования бороться со своей бедностью по средством работы. Кто воздействует на невроз бедняка сред ствами психотерапии, как правило, на собственном опыте убеждается в том, что в этом случае от него требуется,

[1] *[Мысль о «вторичной выгоде от болезни» появляется уже в раз деле Б работы об истерическом приступе (1909а), Studienausga.be, т. 6, с. 201; однако само выражение, по всей видимости, впервые употребля ется именно здесь. Более подробное обсуждение см. в примечании, до бавленном Фрейдом в 1923 году к описанию случая «Доры» (1905г), Studienausgabe, т. 6, с. 118-119, прим. 1.]*

собственно говоря, актуальная терапия совершенно другого рода, терапия, которую, согласно распространенной у нас легенде, имел обыкновение проводить император Иосиф II. Разумеется, иной раз все же встречаются ценные и не по своей вине беспомощные люди, у которых бесплатное лече ние не наталкивается на указанные преграды и достигает прекрасных успехов.

Для среднего сословия денежные расходы, необходи мые на психоанализ, только кажутся непомерными. Не го воря уже о том, что здоровье и работоспособность, с одной стороны, и умеренные денежные расходы — с другой, во обще несоизмеримы: если суммировать никогда не прекра щающиеся расходы на санатории и медицинское лечение и противопоставить им повышение дееспособности и способ ности зарабатывать после удачно завершившегося аналитического лечения, то можно сказать, что больной совершил хорошую сделку. Ничто нам не обходится в жизни так дорого, как болезнь и глупость.

Прежде чем закончить эти заметки о начале аналитического лечения, еще несколько слов об известном церемониале ситуации, в которой проводят лечение. Я придерживаюсь совета укладывать больного на кушетку, в то л время как врач должен занять место позади него, остава ясь для больного невидимым. Это мероприятие имеет ис торический смысл, оно представляет собой остаток гип нотического лечения, из которого развился психоанализ. Но по многим причинам оно заслуживает, чтобы его при держиваться. Прежде всего по личному мотиву, который, однако, могут разделить со мной и другие. Я не вынесу, если ежедневно на протяжении восьми часов (или боль ше) меня будут разглядывать. Во время слушания я сам отдаюсь течению моих бессознательных мыслей и поэто му не хочу, чтобы выражение моего лица давало пациенту материал для истолкований или чтобы они влияли на него, когда он что-то рассказывает. Обычно пациент восприни мает навязанную ему ситуацию как лишение и ей проти вится, особенно если в его неврозе существенную роль играет влечение к рассматриванию. Но я настаиваю на этом мероприятии, имеющем целью и результатом предотвра щение незаметного смешения переноса с мыслями пациен та, изоляцию переноса и проявление его в свое время в

виде четко выраженного сопротивления. Я знаю, что мно гие аналитики делают это иначе, но не знаю, чем в боль шей степени продиктовано их отступление — стремлени ем делать это иначе или преимуществом, которое они при этом нашли.

Если теперь условия лечения урегулированы таким спо собом, то возникает вопрос, в какой момент и с каким ма териалом следует начинать лечение.

В целом не имеет значения, с какого материала начинают лечение, с истории жизни, истории болезни или с детских воспоминаний больного. Но в любом случае побуждают больного рассказывать и предоставляют ему выбрать исход ную точку. Стало быть, ему говорят: «Прежде чем я смогу вам что-то сказать, я должен много о вас узнать; пожалуй ста, расскажите мне то, что вы о себе знаете».

Исключение делают только для основного правила психоаналитической техники, которое должен соблюдать пациент. С ним его знакомят в самом начале: «Еще кое-что, прежде чем вы начнете. Ваш рассказ в одном пункте должен все-таки отличаться от обычной беседы. Если обычно вы с полным правом пытаетесь в ходе своего из ложения сохранять связность и отбрасывать все мешаю щие и посторонние мысли, чтобы, как говорится, не пере скакивать с пятого на десятое, то здесь вы должны поступать по-другому. Вы обнаружите, что во время рас сказа у вас появятся разные мысли, которые вам захочет ся отклонить под влиянием известных критических возра жений. Появится искушение себе сказать: "То или другое к делу не относится", — или: "Это совершенно не важ но", — или: "Это бессмысленно, поэтому незачем гово рить". Не поддавайтесь никогда такой критике и скажите это несмотря ни на что, более того, именно потому, что испытываете к этому антипатию. Причину этого предпи сания — собственно говоря, единственного, которому вы должны следовать — вы узнаете позже и с ним согласи тесь. Итак, говорите все, что вам приходит в голову. Ве дите себя так, как, например, путешественник, который сидит у окна железнодорожного вагона и описывает тому, кто расположен в его внутренней части, вид, меняющийся перед его взором. Наконец, никогда не забывайте о том, что обещали быть полностью откровенным, и не пропускайте

ничего из-за того, что по какой-то причине сообще ние этого вам неприятно»[1].

Пациенты, считающие себя больными с определенного момента, обычно ориентируются на повод к заболеванию, другие, которые сами усматривают связь своего невроза с детством, нередко начинают с изложения всей истории сво ей жизни. Никоим образом нельзя ожидать систематическо го рассказа и не надо ничего делать, чтобы ему способствовать. Каждый кусочек истории будет рассказан еще раз позднее, и только при этом

[1] *Можно было бы многое сказать о наблюдениях, связанных с основным уа правилом. Иногда встречаются лица, которые ведут себя так, словно они сами установили себе это правило. Другие грешат про тив него с самого начала. О нем необходимо, а также полезно сообщить на ранних стадиях лечения; позднее, при господстве сопротивлений, больной отказывается ему подчиняться, и у каждого когда-то наступает период, когда он его не выполняет. Из своего опыта самоанализа нужно вспомнить о том, сколь непреодолимо искушение уступить тем критическим предлогам и отклонить приходящие в голову мысли. Регулярно убеждаешься в незначительной эффективности договоренностей, кото рые заключаются с пациентом благодаря предъявлению основного уа правила, когда ему впервые приходится рассказывать что-то интимное о третьих лицах. Пациент знает, что должен рассказывать все, но останав ливается из такта по отношению к другим. «Я действительно должен рассказывать все? Я думал, что это относится только к вещам, которые касаются меня самого». Разумеется, невозможно проводить аналитическое лечение, при котором не сообщается об отношениях пациента с другими людьми и о его мыслях о них. Pour faire une omelette il faut casser des ceufs [нельзя приготовить яичницу, не разбив яиц (фр.)]. Поря дочный человек с готовностью забывает то, чем, по его мнению, ему не стоит интересоваться в подобных тайнах посторонних людей. Нельзя также отказаться от сообщения имен; в противном случае рассказы па циента приобретают качество чего-то расплывчатого, как сцены в «По бочной дочери» Гете, не желающего остаться в памяти врача; кроме того, не произнесенные имена закрывают доступ ко всякого рода важ ным отношениям. Имена можно, скажем, скрывать, пока анализируемый не познакомился ближе с врачом и методом. Весьма примечательно, что вся задача становится неразрешимой, как только позволили что-либо скрыть в одном-единственном пункте. Но подумайте, сколько времени потребовалось бы на то, чтобы собраться на одной площади в городе всему городскому отребью, если бы, например, право убежища суще ствовало у нас только в отношении этой единственной площади. Однаж ды я лечил высокопоставленного функционера, от которого служебная присяга требовала никому не рассказывать о некоторых вещах, состав ляших государственную тайну, и потерпел с ним неудачу вследствие этого ограничения. Психоаналитическое лечение не должно считаться со всеми этими соображениями, потому что невроз и его сопротивления бесцеремонны.*

повторении появятся те дополне ния, которые служат посредниками в важных и неизвестных больному взаимосвязях.

Есть пациенты, которые тщательно готовятся к своему рассказу с первых часов якобы для того, чтобы лучше исполь зовать время лечения. То, что таким образом драпируется как усердие, является сопротивлением. Надо удерживать от та кой подготовки, которая осуществляется лишь для защиты от появления нежелательных мыслей. Как бы искренне больной ни верил в свое похвальное намерение, сопротивление будет требовать своей доли в преднамеренной подготовке и добьет ся того, что самый ценный материал ускользнет и не будет рассказан. Скоро станет заметно, что больной изобретает еще и другие методы, чтобы лишить лечение требуемого. Напри мер, он будет каждый день говорить о лечении с близким другом и в этой беседе выложит все мысли, которые должны были бы у него возникнуть в присутствии врача. В таком случае лечение имеет пробоину, через которую вытекает как раз самое лучшее. Тогда вскоре настанет самое время посоветовать пациенту отно ситься к своему аналитическому лечению как к делу, касающе муся врача и его самого, и исключить от соучастия в нем всех других лиц, какими бы близкими или какими бы любопытными они ни были. На более поздних стадиях лечения пациент, как правило, таким искушениям не поддается.

Больным, которые хотят держать свое лечение в тайне, зачастую из-за того, что они скрывали также и свой невроз, я не чиню никаких препятствий. Конечно, я не имею в виду тот случай, когда вследствие этой сдержанности некоторые из самых пре красных успехов лечения не оказывают воздействия на окруже ние. Само собой разумеется, уже сам выбор пациентов в пользу тайны разоблачает одну черту их тайной истории.

Когда в начале лечения убедительно внушаешь больным посвящать в него как можно меньше людей, то этим до известной степени защищаешь их от многих враждебных влияний, которые будут пытаться отвратить их от анализа. В начале лечения такие влияния могут стать губительными. Впоследствии чаще всего они оказываются безразличными

[1] *Исключения допускаются только для таких сведений, как семей ный обед, местопребывание, операции и т. п.*

или даже полезными для выявления сопротивлении, кото рые пытаются скрыть пациенты.

Если в ходе аналитического лечения пациенту временно требуется другая, специализированная, терапия в связи с внутренними болезнями, то гораздо целесообразнее обра титься к коллеге, не являющемуся аналитиком, чем самому оказывать эту другую помощь[1]. Комбинированное лечение от невротического недуга, имеющего прочную органическую опору, чаще всего неосуществимо. Интерес пациентов от влекается от анализа, как только показываешь им более одного пути, который должен привести к выздоровлению. Лучше всего отложить органическое лечение до окончания психического; если бы предпосылали первое, то в большин стве случаев оно оставалось бы безуспешным.

Вернемся к началу лечения. Иногда встречаются пациенты, которые начинают лечение с отрицательного уверения, что им не приходит в голову никаких мыслей, которые они могли бы рассказать, хотя вся область истории жизни и болезни лежит перед ними нетронутой[2]. С просьбой указать им, о чем все-таки они должны говорить, не надо согла шаться как в этот первый раз, так и впоследствии. Нужно хорошо понимать, с чем приходится иметь дело в таких случаях. Здесь на передний план выдвинулось сильнейшее сопротивление, чтобы защитить невроз; тогда сразу же при нимают вызов и на него наседают. Энергично повторенное уверение, что такого отсутствия мыслей в начале не бывает и что речь идет о сопротивлении анализу, вынуждает паци ента к предполагаемым признаниям или раскрывает часть его комплексов. Плохо, если он должен сознаться, что, выслу шав основное правило, он все-таки оставил за собой право хранить в тайне то или другое. Не так плохо, если ему при ходится лишь рассказать, какое недоверие он проявляет к анализу или какие ужасные вещи он слышал о нем. Если он оспаривает эти и подобные возможности, которые ему ставят

[1] *[Ср. это с собственным опытом Фрейда при лечении своих самых первых больных в «Этюдах об истерии» (1895cf; см., в частности, пассаж в начале описания случая «фрау Эмми фон Н.», G. W., т. 1, с. 101-102, и место в начале описания случая «фрейлейн Элизабет фон Р.», G. W., т. 1, с. 199-200).]*

[2] *[Эта техническая проблема обсуждалась Фрейдом уже на последних страницах написанной им главы о психотерапии в «Этюдах об истерии» (1895d).]*

в укор, то настойчивостью его можно принудить к признанию, что он все-таки пренебрег некими мыслями, которые его занимают. Он думал о самом лечении, но ни о чем определенном, или его занимал вид комнаты, в которой находится, или он должен думать о предметах в лечебном кабинете и что он здесь лежит на диване, — и все это он заменил информацией «ничего ». Эти намеки, пожалуй, по нятны; все, что связано с нынешней ситуацией, соответству ет переносу на врача, оказавшемуся пригодным для сопро тивления[1]. Таким образом, приходится начинать с выявления этого переноса; от него вскоре находится путь, ведущий к патогенному материалу больного. Женщины, подготовлен ные содержанием истории своей жизни к сексуальной аг рессии, мужчины со слишком сильной вытесненной гомо сексуальностью, скорее всего, предпошлют анализу такое отрицание мыслей.

Подобно первому сопротивлению, особый интерес могут также вызывать первые симптомы или случайные действия па циентов, которые выдают господствующий в их неврозе комп лекс. Один остроумный молодой философ с ярко выражен ными эстетическими установками спешит поправить лампас, прежде чем прилечь для проведения первого сеанса лечения; оказывается, что в прошлом он был чрезвычайно изощренным копрофилом, как и следовало ожидать от будущего эстета. В этой же ситуации юная девушка краем своей юбки поспеш но прикрывает выглядывающую лодыжку; этим она выдает наилучшее из того, что в будущем обнаружит анализ, — свою нарциссическую гордость своей физической красотой и свои эксгибиционистские наклонности.

Особенно много пациентов отказывается занять пред лагаемое положение, когда врач сидит позади них невиди мый, и просят разрешения проводить анализ в другой пози ции, чаще всего потому, что хотят видеть врача. Им в этом регулярно отказывают; но им нельзя препятствовать в том, чтобы сказать несколько слов до начала «заседания» или после объявленного его окончания, если встали с ложа. Таким образом они разделяют лечение на официальную часть, когда они обычно

[1] *[Ср. «О динамике переноса» (19126), выше, с. 161 и далее. В приме чании к главе X работы «Психология масс и анализ Я» (1921c), Studienausgabe, т. 9, с. 118, прим. 2, Фрейд обращает внимание на сход ство этой ситуации с определенными гипнотическими техниками.]*

ведут себя очень скованно, и на «уют ную », когда они действительно свободно говорят и расска зывают разные вещи, которые сами они не относят к лече нию. Врач недолго мирится с таким разделением, берет на заметку то, что было сказано до или после сеанса, и, пользу ясь ближайшей возможностью, сносит перегородку, кото рую хотел соорудить пациент. Она опять-таки сколачива лась из материала сопротивления, возникшего в переносе.

До тех пор пока сообщения и мысли пациента следу ют без заминки, темы переноса касаться не стоит. С этой наиболее щекотливой из всех процедур нужно повременить, пока перенос не станет сопротивлением.

Следующий вопрос, который встает перед нами, носит принципиальный характер. Он гласит: с какого момента мы должны сообщать что-то анализируемому? Когда наступает время раскрыть ему тайное значение его мыслей, посвятить его в предположения и технические процедуры анализа?

Ответ на него может быть только следующий: не рань ше, чем у пациента установится эффективный перенос, на стоящий раппорт. Первой целью лечения остается — привя зать больного к лечению и к персоне врача. Единственное, что нужно для этого сделать, — дать ему время. Когда к нему проявляют серьезный интерес, тщательно устраняют возникающие поначалу сопротивления и избегают извест ных промахов, такая привязанность возникает у пациента сама по себе, и он присоединяет врача к имаго тех лиц, от которых он привык получать любовь. Однако этого первого успеха можно лишиться, если с самого начала занять пози цию, которая отлична от вчувствования, скажем, морализи рующую, или если вести себя как представитель или упол номоченный партии, скажем, супруга или супруги и т. п.[1]

Разумеется, этот ответ содержит осуждение метода, который хотел бы сообщать пациенту переводы его симпто мов, как только их разгадали, или усматривал бы особый триумф в том, чтобы при первой же встрече бросить ему в лицо эти «решения». Опытному аналитику не составляет

[1] *[Только в первом издании вторая часть предложения выглядит следующим образом: «...если вести себя как представитель и уполномо ченный партии, с которой пациент пребывает в конфликте, скажем,*

ро дителей, супруга или супруги и т. д.».]

труда четко и внятно уловить скрытые желания больного из одних только его жалоб и из истории его болезни; но на сколько нужно быть самодовольным и безрассудным, чтобы после самого короткого знакомства раскрыть постороннему человеку, не знакомому со всеми аналитическими предполо жениями, что он инцестуозно привязан к матери, желает смерти своей якобы любимой жене, вынашивает намерение обмануть своего шефа и т. п.![1] *Я* слышал, что есть аналити ки, которые гордятся такими мгновенными диагнозами и бы стротечным лечением, но я предостерегаю каждого, что таким примерам лучше не следовать. Этим полностью дис кредитируешь себя и свое дело и вызовешь самые бурные возражения, и при этом не важно, правильно угадал или нет, собственно говоря, тем более сильное сопротивление, чем правильнее угадал. Как правило, терапевтический эффект сначала будет равен нулю, но отпугнет от анализа оконча тельно. Да и на поздних стадиях лечения необходимо про являть осмотрительность, чтобы не сообщать о разгадке симптома и о переводе желания раньше, чем пациент не будет стоять перед этим вплотную, так что ему нужно будет сде лать еще один маленький шаг, чтобы самому овладеть этим решением. В прежние годы мне часто доводилось убедиться на собственном опыте, что преждевременное сообщение разгадки вело к преждевременному концу лечения — как вследствие сопротивлений, которые совершенно неожидан но пробуждались, так и благодаря облегчению, которое наступало с разгадкой.

Здесь возразят. Разве наша задача — продлить лече ние, а не наоборот, привести его к завершению как можно скорее? Разве больной не страдает от своего незнания и не понимания и не наша ли обязанность — сделать его осве домленным как можно скорее, то есть как только стал ос ведомленным сам врач?

Ответ на этот вопрос нуждается в небольшом отступле нии о значении знания и механизме излечения в психоанализе.

В самые ранние времена аналитической техники мы высо ко ценили — правда, в рамках интеллектуалистской мысли тельной установки — знание больным того, что им было забыто,

[1] *[Ср. в связи с этим подробный пример, который Фрейд уже приводил в своей работе «О "диком" психоанализе» (1910k), с. 96 и далее.]*

и при этом едва ли проводили различие между нашим и его знанием. Мы считали необыкновенной удачей, если уда валось получить сведения о забытой детской травме от другой стороны, например от родителей, воспитателей или от самого соблазнителя, что становилось возможным в отдельных слу чаях, и спешили довести до сведения больного информацию и доказательства ее подлинности, с уверенностью ожидая, что таким образом быстро покончим с неврозом и с лечением. Было тяжелым разочарованием, когда ожидаемый результат отсут ствовал. Как могло случиться, что больной, который знал теперь о своем травматическом переживании, все-таки вел себя так, словно знает о нем не больше, чем раньше? Даже воспо минание о вытесненной травме не желало всплывать после того, как сообщали о ней и ее описывали.

В одном конкретном случае мать истерической девушки рассказала мне о гомосексуальном переживании, оказавшем большое влияние на фиксацию приступов девушки. Мать поразила сама сцена, которую, однако, больная со вершенно забыла, хотя уже и находилась тогда в предпубертатном возрасте. *Я* смог сделать тут поучительный вы вод. Каждый раз, когда я повторял девушке рассказ матери, она реагировала истерическим приступом, а после него сообщение вновь забывалось. Не подлежало сомнению, что больная оказывала сильнейшее сопротивление навязанному ей знанию; в конечном счете она симулировала слабоумие и полную потерю памяти, чтобы защитить себя от моих сообщений. Таким образом, нужно было решиться на то, чтобы лишить знание предписанного ему значения и сде лать акцент на сопротивлениях, которые в свое время ста ли причиной неведения да и теперь по-прежнему были готовы его защищать. Однако сознательное знание было беспомощным против этих сопротивлений, даже если оно не изгонялось снова.

Странное поведение больных, которые умеют объеди нять сознательное знание с неведением, для так называемой нормальной психологии остается необъяснимым. Психоана лизу — в силу того, что он признает бессознательное —

[1] *[В период совместной работы с Брейером Фрейд занимал совер шенно другую позицию по этому вопросу, о чем можно судить из его сообщения об аналогичном случае в «Этюдах об истерии» (1895d).]*

никакой трудности это не представляет; однако описанный феномен относится к фактам, наилучшим образом подтвер ждающим точку зрения, которая представляет душевные процессы топически дифференцированными. Больные зна ют теперь о вытесненном переживании в своем мышлении, но у него отсутствует связь с тем местом, в котором в том или ином виде содержится вытесненное воспоминание. Из менение может наступить только тогда, когда сознательный мыслительный процесс проник до этого места и преодолел там сопротивления, обусловленные вытеснением. Дело об стоит так, как если бы в министерстве юстиции был оглашен указ, согласно которому несовершеннолетних надо судить менее строго. Пока этот указ не дошел до сведения отдель ных участковых судов, или в том случае, если участковые судьи не намерены следовать этому указу и скорее выносят решения по собственному усмотрению, в обращении с от дельными несовершеннолетними правонарушителями ниче го измениться не может. Для корректировки добавим еще, что сознательное сообщение больным того, что ими было вытеснено, все же безрезультатным не остается. Оно не окажет желательного эффекта, не положит конец симпто мам, но будет иметь другие последствия. Сначала оно вызо вет сопротивления, но затем, когда они будут преодолены, приведет в действие мыслительный процесс, в ходе которого будет оказано, наконец, ожидаемое влияние на бессозна тельное воспоминание[1].

Теперь самое время рассмотреть взаимодействие сил, которые мы приводим в движение посредством лечения. Первым двигателем терапии является страдание пациента и вытекающее из него желание излечиться. Из величины этой движущей силы кое-что вычитается — то, что раскрывается только в ходе анализа, прежде всего вторичная выгода от

[1] *[Топографическая картина различий между бессознательными и сознательными представлениями уже обсуждалась Фрейдом в его описа нии случая «маленького Ганса» (1909b), Studienausgabe, т. 8, с. 103-104, и имплицитно содержится также в его работе «О "диком" психоанали зе» (1910&). Трудности и недостатки модели обнаружились примерно через два года после публикации данной работы в разделах II и VII метапсихологического сочинения «Бессознательное» (1915г), где эти различия описываются более основательно, Studienausgabe, т. 3, с. 131— 135 и с. 159-162.]*

болезни[1]. Но сама эта движущая сила должна сохраняться до конца лечения; любое улучшение приводит к ее уменьшению. Но сама по себе устранить болезнь она не способна; ей недо стает двух вещей: она не знает путей, которые нужно проло жить к такому концу, и у нее нет в наличии необходимых количеств энергии, чтобы справиться с сопротивлениями. Оба недостатка устраняет аналитическое лечение. Величины аф фекта, необходимые для преодоления сопротивлений, оно предоставляет в распоряжение благодаря мобилизации энер гий, заготовленных для переноса; своевременными сообщени ями оно показывает больному пути, по которым он должен направить эти энергии. Довольно часто сам по себе перенос может устранить симптомы болезни, но в таком случае только временно, до тех пор, пока он сам сохраняется. Тогда это будет суггестив ным лечением, а не психоанализом. Последнего названия лечение, заслуживает только тогда, когда перенос использовал свою интенсивность для преодоления сопротивлений. Только тогда бо лезненное состояние становится невозможным, даже если пере нос упразднен, как того требует его предопределение.

В ходе лечения пробуждается еще и другой содействующий момент — интеллектуальный интерес и понимание больного. Однако в сравнении с другими борющимися между собой силами он едва ли принимается во внимание; ему постоянно грозит обес ценение вследствие помутнения суждения, которое исходит от сопротивлений. Стало быть, в качестве новых источников энер гии, которыми больной обязан аналитику, остаются перенос и указания (при помощи сообщения). Но указаниями он пользует ся только постольку, поскольку к этому его побуждает перенос, и поэтому с первым сообщением он должен повременить, пока не установится сильный перенос и — добавим еще — пока не будет устранено нарушение переноса, вызванное поочередно возника ющими сопротивлениями при переносе[2].

[1] *[См. примечание, выше, с. 192.]*

[2] *[Весь вопрос о принципе действия психоаналитической терапии, а также, в частности, переноса очень подробно обсуждается в 27-й и 28-й лекциях по введению в психоанализ (1916-1917). Несколько интерес ных замечаний о трудностях при соблюдении основного правила Фрейд делает в главе VI работы «Торможение, симптом и тревога» (1926d), Studienausgabe, т. 6, с. 265-266.]*

ВОСПОМИНАНИЕ, ПОВТОРЕНИЕ И ПРОРАБОТКА

ДАЛЬНЕЙШИЕ СОВЕТЫ ПО ТЕХНИКЕ ПСИХОАНАЛИЗА 2 (1914)

Мне кажется нелишним снова и снова напоминать уча щимся о глубоких изменениях, которые претерпела психо аналитическая техника по сравнению с тем, когда только делались первые шаги. Вначале, в фазе катарсиса по Брей-еру[1], непосредственная настроенность на момент симптомообразования и последовательно предпринимаемые усилия заставить воспроизвести психические процессы той ситуа ции, чтобы они имели отвод посредством сознательной дея тельности. Воспоминание и отреагирование были тогда целью, которую можно было достичь при помощи гипнотиче ского состояния. Затем, после отказа от гипноза, на переднем плане оказалась задача на основании свободных ассоциаций анализируемого догадаться о том, чего ему не удавалось вспомнить. Благодаря работе по толкованию и сообщению ее результатов больному должно было быть обойдено со противление; настроенность на ситуации симптомообразования и на другие ситуации, которые выявлялись за моментом заболевания, сохранилась, отреагирование отошло на зад ний план и, казалось, заменилось затратами на работу, ко торую должен был проделать анализируемый, преодолевая по требованию аналитика критику приходящих ему в голову мыслей (при выполнении основного *уа* правила). Наконец, выработалась последовательная нынешняя техника, когда врач отказывается от настроенности на определенный момент

[1] *[Ср. в данном томе «Психическое лечение (душевное лечение)». (1890в), с. 3 и далее, выше, а также главу о психотерапии из «Этюдов об истерии» (1895й?).]*

или проблему, довольствуется тем, что изучает психи ческую поверхность анализируемого в данный момент, а искусство толкования использует в основном для того, что бы выявить выделяющиеся на ней сопротивления и довести их до сознания больного. Появляется новая форма разделе ния труда: врач открывает не известные больному сопротив ления; если они преодолены, то больной рассказывает — за частую без всяких усилий — забытые ситуации и взаимосвязи. Цель этих техник, разумеется, осталась неизменной. Дескрип тивно: заполнение пробелов в памяти, динамически: преодоле ние сопротивлений вытеснения.

Старой гипнотической технике нужно оставаться бла годарным за то, что она изолированно и схематично проде монстрировала нам отдельные психические процессы анали за. Только благодаря этому мы смогли обрести мужество, чтобы создавать и прояснять сложные ситуации в самом аналитическом лечении.

При том гипнотическом лечении воспоминание конст руировалось очень просто. Пациент переносился в прежнюю ситуацию, которую, казалось, он никогда не смешивал с нынешней, сообщал о психических процессах в ней, насколь ко они оставались нормальными, и добавлял то, что могло получиться благодаря превращению бессознательных тогда процессов в сознательные.

Присоединю здесь несколько замечаний, подтверждение которым любой аналитик найдет в собственном опыте[1]. За бывание впечатлений, сцен, переживаний сводится большей частью к такому «блокированию». Когда пациент говорит об этом «забывании», он почти никогда не упускает при этом добавить: «Собственно говоря, я всегда это знал, но только об этом не думал». Он нередко выражает свое разочарование тем, что ему приходит в голову мало вещей, которые он может признать «забытыми», о которых он никогда больше не вспо минал, после того как они случились. Между тем также и это желание находит удовлетворение, особенно при конверсион ных истериях. «Забывание» претерпевает дальнейшее ограни чение, если принять во внимание повсеместно встречающиеся покрывающие воспоминания. В иных случаях у меня возникало

[1] *[Только в первом издании этот, а также три следующих абзаца, в которых сформулированы вставленные замечания, набраны петитом.]*

впечатление, что известная, столь важная для нас в теоретическом отношении детская амнезия полностью ком пенсируется покрывающими воспоминаниями. В них содер жится не только нечто существенное из детской жизни, но, собственно говоря, все существенное. Нужно только уметь извлекать это из них посредством анализа. Они репрезентиру ют забытые детские годы столь же достаточно, как явное со держание сновидения — мысли сна.

Другую группу психических процессов, которую в ка честве чисто внутренних актов можно противопоставить впечатлениям и результатам, фантазии, отношения, эмоцио нальные побуждения, взаимосвязи, с точки зрения забыва ния и воспоминания нужно рассматривать отдельно. Здесь особенно часто случается так, что «вспоминается» нечто, что никогда не могло быть «забыто», потому что это никогда не замечалось, никогда не было осознанным, и, кроме того, для процессов, происходящих в психике, по-видимому, совер шенно не важно, была ли такая «взаимосвязь» осознанной, а затем забылась или она никогда не достигала сознания. Убеждение, которое приобретает больной в ходе анализа, совершенно не зависит от такого воспоминания.

Особенно при разнообразных формах невроза навязчи вости забытое ограничивается в основном разобщением свя зей, непониманием последовательностей, изолированием воспоминаний.

В случае особого рода чрезвычайно важных событий, приходящихся на очень ранние периоды детства и в свое вре мя пережитых без понимания, но *впоследствии* понятых и истолкованных, чаще всего воспоминание пробудить не удает ся. К знанию о них приходят благодаря сновидениям, и в них заставляют поверить самые убедительные мотивы, относящи еся к устройству невроза; можно также убедиться, что после преодоления своих сопротивлений анализируемый не исполь зует отсутствие чувства воспоминания (ощущения знакомого) против их принятия. Тем не менее этот объект требует на столько большой критической осторожности и приносит так много нового и удивительного, что я оставлю его на потом для отдельного рассмотрения на подходящем материале[1].

[1] *[Этот намек относится к «Волкову» и его сновидению, которое приснилось ему в пять лет. Фрейд как раз завершил этот анализ и, возможно,*

От этого отрадного для нас гладкого течения при при менении новой техники остается очень мало, зачастую — не остается вообще ничего. Также и здесь встречаются случаи, которые какое-то время ведут себя, как при гипнотической технике, и терпят фиаско только потом; другие случаи с самого начала ведут себя по-другому. Если для обозначения различия придерживаться последнего типа, то мы вправе сказать, что анализируемый вообще ничего не *вспоминает* из забытого и вытесненного, — он это *проигрывает*[1]. Он репродуцирует это не как воспоминание, а как действие, он *повторяет* это, разумеется, не зная, что он это повторяет.

К примеру: анализируемый не рассказывает, что помнит, как был упрям и недоверчив к авторитету родителей, а ведет себя таким образом по отношению к врачу. Он не помнит, как, растерянный и беспомощный, застрял в своем инфантильном , сексуальном исследовании, а преподносит кучу запутанных сновидений и мыслей, сокрушается, что ему никогда не уда ется довести дело до конца, и преподносит это как свою судь бу. Он не вспоминает, что очень стыдился определенных прояв лений сексуальности и боялся их разоблачения, а демонстрирует, что стыдится лечения, которому теперь подвергся, и старается от всех его скрыть, и т. д.

Прежде всего он начинает лечение с подобного повто рения. Часто, когда пациенту с изменчивой историей жизни и долгой историей болезни сообщают основное психоанали тическое правило, а затем просят его говорить все, что при ходит в голову, и теперь ожидают, что его сообщения поте кут рекой, прежде всего узнаешь, что сказать ему нечего. Он молчит и утверждает, что ему ничего не приходит в го лову. Разумеется, это не что иное, как повторение гомосек суальной установки, которая протискивается вперед в каче стве сопротивления всякому воспоминанию. Все время, пока больной проходит лечение, он не будет свободен от этого

намеревался примерно в одно время с данной работой написать историю своего больного, хотя затем она была опубликована четырьмя годами позднее (1918b). Перед этим Фрейд рассматривал этот особый класс детских воспоминаний во второй половине 23-й лекции по введе нию в психоанализ (1916-1917).]

[2] *[Фрейд это прояснил значительно раньше, а именно в своем пос лесловии к истории болезни «Доры» (1905e), Studienausgabe, т. 6, с. 183, где обсуждается тема переноса.]*

принуждения к повторению[1]; в конечном счете становится ясным, что это его способ вспоминать.

Разумеется, нас в первую очередь будет интересовать отношение этого навязчивого воспроизведения к переносу и сопротивлению. Вскоре мы замечаем, что и сам перенос — это лишь часть повторения, а повторение — это перенос забытого прошлого не только на врача, но и на все другие области нынешней ситуации. Стало быть, мы должны быть готовы к тому, что анализируемый уступает принуждению к повторению, заменяющего импульс к воспоминанию, не только в личном отношении к врачу, но и во всех других одновременно осуществляемых видах деятельности и жиз ненных ситуациях, например, когда во время лечения он выбирает объект любви, ставит перед собой какую-либо задачу, берется за какое-то дело. Нетрудно распознать здесь и долю сопротивления. Чем сильнее сопротивление, тем обильнее воспоминание заменяется проигрыванием (повто рением). Ведь идеальное воспоминание забытого при гипно зе соответствует состоянию, в котором сопротивление пол ностью устранено. Если лечение начинается под патронажем мягкого и открыто не выраженного позитивного переноса, то он позволяет прежде всего углубиться в воспоминания, как при гипнозе, и в это время даже симптомы болезни смолкают; но если в дальнейшем этот перенос становится враждебным или чересчур сильным и поэтому нуждается в вытеснении, то воспоминание тотчас уступает место проиг рыванию. Отныне очередность того, что должно быть по вторено, определяют сопротивления. Больной извлекает из арсенала прошлого виды оружия, с помощью которых он защищается от продолжения лечения и которые мы должны отнимать у него один за другим.

Мы слышали, что анализируемый повторяет, вместо того чтобы вспоминать, повторяет в условиях сопротивления; мы

[1] *[Здесь, по-видимому, впервые высказывается идея навязчивого повторения, которая в гораздо более общей форме играла важную роль в теории влечений, разработанной Фрейдом позднее. В таком клиниче ском применении она встречается также в работе «Жуткое» (1919b), Studienausgabe, т. 4, с. 261, и привлекается для подтверждения общего тезиса в главе III эссе «По ту сторону принципа удовольствия» (1920g), Studienausgabe, т. 3, с. 228 и далее, где Фрейд ссылается на данную работу.]*

можем теперь спросить, что, собственно говоря, он повто ряет или проигрывает? Ответ гласит: он повторяет все, что из источников вытесненного уже утвердило себя в его от крыто демонстрируемом поведении, его торможения и не пригодные установки, патологические черты его характера. Ведь он повторяет во время лечения также и все свои сим птомы. И тут мы можем отметить, что, подчеркивая навяз чивость повторения, мы получили не новый факт, а лишь добились большего единообразия в нашем понимании. Мы отдаем себе отчет в том, что болезненное состояние анали зируемого не может прекратиться с началом его анализа, что мы должны относиться к его болезни не как к истори ческому событию, а как к актуальной силе. Часть за частью этого болезненного состояния появляется теперь на гори зонте и попадает в сферу действия терапии, и пока больной, переживает это как нечто реальное и актуальное, мы должны проделать нашу терапевтическую работу, которая в зна чительной степени состоит в сведении к прошлому.

Побуждение к воспоминанию в гипнозе, должно быть, производило впечатление эксперимента в лаборатории. По буждение к повторению во время аналитического лечения в соответствии с новой техникой означает — воскрешать часть реальной жизни и потому не может быть во всех случаях безопасным и безобидным. С этим связана целая проблема зачастую неизбежного «ухудшения во время лечения ».

Прежде всего уже начало лечения приводит к тому, что больной меняет свою сознательную установку к болезни. Обычно он довольствовался тем, что жаловался на нее, презирал ее как бессмыслицу, умалял ее значение, но в остальном продолжал демонстрировать в связи с ее прояв лениями вытесняющее поведение, политику страуса, кото рую проводил по отношению к ней в самом начале. Поэтому может случиться, что по-настоящему он не знает условий своей фобии, не слышит точного текста своих навязчивых идей или не понимает истинной цели своего навязчивого импульса[1]. Разумеется, для лечения это не нужно. Он дол жен найти в себе мужество сосредоточить свое внимание на

[1] *[См. примеры этого в описаниях случаев «маленького Ганса» (1909b), Studienausgabe, т. 8, с. 105-106, и «Крысина» (1909d), Studienausgabe, т. 7, с. 84-85.]*

проявлениях своей болезни. Сама болезнь уже не может быть для него чем-то заслуживающим презрения, напротив, она становится достойным противником, частью его существа, которая опирается на веские мотивы, от которого нужно получить нечто ценное для будущей жизни. Таким образом, с самого начала подготавливается примирение с вытесненным, которое выражает себя в симптомах, но также отводится место известной терпимости к нездоровью. Если теперь вследствие этого нового отношения к болезни обостряются конфликты и протискиваются вперед симптомы, бывшие дотоле неясными, то пациента легко можно утешить замечанием, что это лишь неизбежные, но преходящие ухудшения и что нельзя унич тожить врага, который отсутствует или которого нет побли зости. Но сопротивление может воспользоваться ситуацией в своих целях и злоупотребить позволением быть больным. Оно словно демонстрирует: «Смотри, вот что получится, если я действительно допущу эти вещи. Разве я неправильно поступал, подвергая их вытеснению?» Особенно лица юно шеского и детского возраста охотно пользуются требуемой в лечении уступкой болезненному состоянию, предаваясь симптомам болезни.

Другие опасности возникают в результате того, что в дальнейшем ходе лечения могут добиться повторения также новые, более глубоко лежащие импульсы влечения, кото рые еще себя не утвердили. Наконец, действия пациента вне переноса могут повлечь за собой временные осложнения в жизни или даже быть столь изощренными, что надолго обесценивают здоровье, которое нужно приобрести.

Тактику, которую должен избрать врач в этой ситуа ции, легко оправдать. Для него воспоминание в старой мане ре, репродуцирование в психической области, остается це лью, которой он продолжает придерживаться, даже если знает, что при новой технике достичь ее невозможно. Он готовится к постоянной борьбе с пациентом, чтобы все им пульсы, которые тот хочет направить в сферу моторики, удержать в психической области, и празднует как триумф лечения, если благодаря работе воспоминания удается по кончить с чем-то, что пациенту хочется отвести с помощью действия. Если связь через перенос можно как-то использо вать, то благодаря лечению удается удержать больного от всех более значимых повторных

действий и использовать

намерение к их совершению *in statu nascendi*[1] в качестве материала для терапевтической работы. От вреда, который может причинить осуществление больным своих импульсов, проще всего уберечь, если его обязать до завершения лече ния не принимать важных для жизни решений, например, не выбирать профессии, окончательного объекта любви, а для всех этих намерений дожидаться выздоровления.

При этом стараются сберечь то, что в личной свободе ана лизируемого совместимо с этими мерами предосторожности, не препятствуют ему в осуществлении менее важных, пусть и безрассудных намерений и не забывают о том, что, собственно говоря, человек учится уму-разуму только на своих ошибках и на собственном опыте. Бывают также больные, которые во время лечения пускаются в какое-нибудь совершенно нецеле сообразное предприятие, которых удержать от этого невозможно и которые лишь после этого становятся податливыми и доступными аналитическому воздействию. Иногда бывает и так, что нет времени на то, чтобы надеть на буйные влечения узду переноса, или что пациент актом повторения разрывает узы, привязывающие его к лечению. В качестве крайнего при-мера я могу выбрать случай пожилой дамы, которая в суме- речном состоянии неоднократно оставляла свой дом и своего мужа и куда-то сбегала, не сознавая мотива, заставлявшего ее «удирать». Она приступила к лечению у меня с хорошо сфор мированным нежным переносом, неимоверно быстро усилила его в первые дни и в конце недели «удрала » также и от меня, еще до того как я успел ей что-либо сказать, что могло бы удержать ее от этого повторения.

Но главное средство, позволяющее обуздать навязчи вое повторение пациента и преобразовать его в повод к вос поминанию, состоит в обращении с переносом. Мы делаем это повторение безвредным, скорее даже полезным, призна вая его права, предоставляя ему свободу действий в опреде ленной области. Мы предоставляем ему перенос в качестве места действия, на котором ему разрешается развернуться чуть ли не с полной свободой, и от него требуется проде монстрировать нам в патогенных влечениях все то, что скрыто в душевной жизни анализируемого. Если содействие паци ента проявляется только в том, что он соблюдает условия

[1] *[В стадии возникновения (лат.). — Прим. перев.]*

проведения терапии, то нам регулярно удается всем симпто мам болезни дать новое значение в переносе[1], его обычный невроз заменить неврозом переноса[2], от которого больной может вылечиться благодаря терапевтической работе. Та ким образом, перенос создает промежуточную область меж ду болезнью и жизнью, благодаря которой осуществляется переход от первой к последней. Новое состояние переняло все свойства болезни, но представляет собой искусственную болезнь, повсеместно доступную нашим вмешательствам. В то же время оно является частью реального переживания, ставшего, однако, возможным благодаря особо благоприят ным условиям и носящего временный характер. От реакций повторения[3], которые проявляются в переносе, определен ные пути ведут к пробуждению воспоминаний, почти без труда возникающих после преодоления сопротивлений.

Я мог бы на этом закончить, если бы заглавие этой статьи не обязало меня изложить еще одну часть аналитической техники. Как известно, преодоление сопротивлений начина ется с того, что врач раскрывает сопротивление, никогда не распознававшееся анализируемым, и сообщает о нем паци енту. Похоже, что новички в анализе склонны принимать это вступление за работу в целом. Ко мне часто обращались за советом в случаях, когда врач жаловался на то, что де монстрировал больному его сопротивление, и все же ничего не менялось; более того, сопротивление только усиливалось и вся ситуация становилась еще менее ясной. Лечение, по-видимому, не продвигается. Это мрачное предположение затем всегда оказывалось неверным. Лечение, как правило, продолжалось наилучшим образом; врач просто забыл, что называние сопротивления по имени не влечет за собой не посредственное его прекращение. Больному нужно дать время углубиться в сопротивление, о котором он теперь уже знает[4], его *проработать,* его преодолеть, продолжая наперекор

[1] *[В изданиях до 1924 года здесь стоит «условие в переносе».]*

[2] *[Отношение между этим особым техническим значением термина, которое введено здесь впервые, и обычным его употреблением (как но зологического обозначения истерий и неврозов навязчивости) разбира ется в 27-й лекции по введению в психоанализ (1916-1917).]*

[3] *[В первом издании на этом месте стоит «акты повторения».]*

[4] *[Во всех немецких изданиях, за исключением первого (из которо го заимствован здесь этот текст), эта часть предложения звучит следующим*

ему работу в соответствии с основным аналитическим правилом. Только на пике его в совместной работе с анали зируемым обнаруживаются затем вытесненные импульсы влечения, которые питают сопротивление и в существовании и могуществе которых пациент убеждается благодаря тако му переживанию. При этом врачу не остается ничего друго го, как терпеливо ждать и допускать ход событий, которого нельзя избежать и который не всегда можно ускорить. Если он придерживается этого понимания, то не раз избежит иллюзии своей неудачи там, где он проводит лечение в пра вильном направлении.

На практике эта проработка сопротивлений может стать затруднительной задачей для анализируемого и испытанием терпения для врача. Но именно эта часть работы оказывает наибольшее изменяющее воздействие на пациента и отличает аналитическое лечение от всякого суггестивного влияния. Теоретически ее можно приравнять к «отреагированию» аффектов, защемленных вытеснением, без которого гипно тическое лечение оставалось неэффективным[1].

образом: «...углубиться в неизвестное ему сопротивление», что выглядит довольно бессмысленным.]

[1] *[Понятие «проработка», которое вводится в данной работе, оче видно, имеет некоторое отношение к психической инертности, одному из свойств душевной жизни, на которое Фрейд неоднократно указывал. Некоторые из этих мест упомянуты в редакторском примечании к рабо те об одном случае паранойи (1915f), Studienausgabe, т. 7, с. 216, прим. 1. В главе XI, раздел A (a) работы «Торможение, симптом и тревога» (1926d, Studienausgabe, т. 6, с. 297-298) Фрейд сводит необходимость «проработки» к сопротивлению бессознательного (или Оно); этой темы он еще раз касается в разделе VI работы «Конечный и бесконечный анализ» (1937c).]*

ЗАМЕТКИ О ЛЮБВИ-ПЕРЕНОСЕ

ДАЛЬНЕЙШИЕ СОВЕТЫ ПО ТЕХНИКЕ ПСИХОАНАЛИЗА 3 (1915 [1914])

Каждый, кто начинает заниматься психоанализом, вначале, наверное, опасается трудностей, которые уготовят ему толкова ние мыслей больного и задача репродукции вытесненного. Но вскоре он будет расценивать эти трудности как незначительные, но взамен обретет убеждение, что единственные по-настоящему серьезные трудности встречаются при обращении с переносом.

Из ситуаций, которые здесь возникают, я хочу выхватить одну-единственную, четко описанную, — как из-за ее частоты и реальной значимости, так и из-за ее теоретического интереса. Я имею в виду случай, когда пациентка женского пола недвус мысленными намеками дает понять или говорит об этом открыто, что, подобно любой другой смертной женщине, влюбилась в ана лизирующего ее врача. Эта ситуация имеет как свои неприятные и комичные стороны, так и серьезные; она также настолько за путана и разнообразно обусловлена, столь неизбежна и трудно разрешима, что ее обсуждение давно удовлетворило бы жизнен ную потребность аналитической техники. Но так как мы сами не всегда избавлены от ошибок, над которыми насмехаемся у дру гих, то до сих пор не очень-то настаивали на выполнении этой задачи. Мы снова и снова сталкиваемся здесь с обязанностью не разглашать врачебную тайну, без которой в жизни нельзя обой тись, но которая ни к чему в нашей науке. Поскольку психоана литическая литература принадлежит также к реальной жизни, здесь получается неразрешимое противоречие. Недавно в одном месте я пренебрег секретностью и намекнул, что такая же ситу ация с переносом затормозила развитие психоаналитической те рапии в ее первые десять лет[1].

[1] *«Об истории психоаналитического движения» (1914[d]). [Это относит ся к затруднениям Брейера, связанным с переносом, в случае Анны О. (1895d).]*

Для благовоспитанного дилетанта — каковым, пожалуй, является для психоанализа идеальный культурный человек — любовные истории со всем остальным несопоставимы; они, так сказать, из другой оперы и не терпят никакого другого к себе отношения. Если, стало быть, пациентка влюбилась в врача, то он подумает, что в таком случае имеются только два выхода: более редкий, что все условия допускают законное объединение обоих на долгое время, и более частый, что врач и пациентка разойдутся и прекратят начатую работу, которая должна была послужить выздоровлению, как нарушенную стихийным бедстви ем. Разумеется, допустим и третий выход, который вроде бы даже совместим с продолжением лечения, установление неза конных и недолговечных любовных отношений; но, пожалуй, его делают невозможным гражданская мораль, равно как и звание врача. Тем не менее дилетант попросил бы себя успокоить как можно более ясным заверением аналитика, что этот третий случай полностью исключен. Очевидно, что точка зре ния психоаналитика должна быть другой.

Представим второй случай выхода из обсуждаемой ситуации, когда врач и пациентка расстаются после того, как пациентка влюбилась во врача; лечение прекращается. Но состояние пациентки вскоре делает необходимой вторую аналитическую попытку у другого врача; и тут выясняется, что пациентка чувствует себя влюбленной также и в этого второго врача, и точно так же, когда лечение прекращается и начинается новое, она влюбляется в третьего и т. д. Этот со всей определенностью возникающий факт, составляющий, как известно, одно из оснований психоаналитической тео рии, может найти два применения: одно для анализирующе го врача, другое — для нуждающейся в анализе пациентки. Для врача он означает ценное разъяснение и хорошее предостережение по поводу лежащего у него наготове контр переноса . Он должен сознавать, что влюбленность пациентки обусловлена аналитической ситуацией и не может быть при писана достоинствам его персоны, что, стало быть, у него нет оснований гордиться таким «завоеванием», как это назвали бы

[1] *[Вопрос о «контрпереносе» Фрейд затронул еще в своем докладе на Нюрнбергском конгрессе (1910d). Он возвращается к нему еще раз ниже, с. 225 и с. 228-229. Помимо этих пассажей, в других опублико ванных произведениях Фрейда эта проблема в явном виде нигде больше не обсуждается.]*

вне анализа. И никогда не мешает об этом напомнить. Для пациентки же получается альтернатива: она должна либо отказаться от психоаналитического лечения, либо смириться с влюбленностью во врача как неизбежной судьбой[1].

Я не сомневаюсь в том, что родственники пациентки с такой же решительностью будут высказываться за первую из обеих возможностей, как анализирующий врач за вторую. Но я думаю, что это случай, в котором нельзя уступать решение нежной — или скорее эгоистично ревнивой — заботе родствен ников. Решающее значение должен был иметь интерес боль ной. Однако любовь родственников не может излечить невроз. Психоаналитику не стоит себя навязывать, но он может пред ставить себя незаменимым для оказания определенных услуг. Кто в качестве родственника разделяет позицию Толстого по отношению к этой проблеме, пусть продолжает безмятежно владеть своей женой или дочерью, но должен постараться стерпеть, что у нее сохранится также невроз и с ним связан ное нарушение ее любовной способности. В конце концов, это такой же случай, как и случай гинекологического лечения. Впрочем, ревнивый отец или супруг глубоко заблуждается, полагая, что пациентка избежит влюбленности во врача, если для преодоления ее невроза изберет другое лечение, отличное от аналитического. Различие скорее будет лишь в том, что такая влюбленность, которой уготовано остаться невыраженной и непроанализированной, никогда не внесет того вклада в выздо ровление больной, которого добился бы от нее анализ.

Мне стало известно, что отдельные врачи, которые прак тикуют анализ, зачастую[2] подготавливают пациентов к появ лению любовного переноса или даже просят их «влюбиться только во врача, чтобы анализ продвигался успешно». Мне непросто представить себе более несуразную технику. Этим лишают феномен убедительного свойства спонтанности и подготавливают самому себе с трудом устраняемые затруд нения[3].

[1] То, что перенос может выражаться в других и менее нежных чувствах, известно и не нуждается в обсуждении в этой статье. [См. работу «О динамике переноса »(1912S).]

[2] [Вместо этого слова только в первом издании стоит: «заблаговре менно».]

[3] [Только в первом издании этот абзац, носящий характер вставки, набран петитом.]

Вначале, правда, не кажется, что из влюбленности в переносе может возникнуть что-то полезное для лечения. Пациентка, даже самая покладистая до сих пор, вдруг утра тила понимание и интерес к лечению, ни о чем другом гово рить и слышать не хочет, кроме как о своей любви, на кото рую она требует ответа; она отказалась от своих симптомов или ими пренебрегает, более того, она объявляет себя здо ровой. Происходит полное изменение сцены, как будто игра сменяется неожиданно вторгающейся действительностью, подобно тому, как во время театрального представления раз дается пожарная тревога. Тому, кто в качестве врача пере живает это впервые, нелегко сохранить аналитическую си туацию и избежать заблуждения, что лечение действительно завершилось.

Немного поразмыслив, затем разбираешься в этом.

Прежде всего вспоминаешь о подозрении, что все, что мешает продолжению лечения, может быть выражением спротивления[1]. К проявлению бурных любовных требований, несомненно, во многом причастно сопротивление. Ведь признаки нежного переноса были уже давно заметны у па циентки, а ее уступчивость, ее согласие со всеми объяснени ями анализа, ее прекрасное понимание и смышленость, которые она проявляла при этом, разумеется, можно было отнести на счет такой ее установки в отношении врача. Те перь все это словно ветром сдуло; больная стала совершен но неблагоразумной, она словно растворяется в своей влюб ленности, и эта метаморфоза регулярно происходила в определенный момент, именно тогда, когда ей нужно было признать или вспомнить особенно неприятный и вытеснен ный фрагмент из истории ее жизни. Стало быть, влюблен ность существовала давно, но теперь сопротивление начина ет ею пользоваться, чтобы воспрепятствовать продолжению лечения, чтобы отвлечь весь интерес от работы и чтобы по ставить анализирующего врача в неловкое положение.

Если присмотреться, то в ситуации можно выявить так же влияние осложняющих мотивов, отчасти таких, которые

[1] *[Еще категоричнее Фрейд это утверждал еще в первом издании «Тол кования сновидений» (1900я), Studienausgabe, т. 2, с. 495. Однако в 1925 го ду он добавил к тому пассажу пространное примечание, в котором разъяс няет его смысл и уточняет предыдущую формулировку.]*

присоединяются к влюбленности, отчасти же — особых выражений сопротивления. К мотивам первого рода отно сятся стремление пациентки убедиться в своей неотразимо сти, подорвать авторитет врача, принизив его до положения возлюбленного, и все, что прельщает в качестве побочной выгоды при любовном удовлетворении. По поводу сопро тивления можно предположить, что оно иногда пользуется объяснением в любви как средством, чтобы испытать стро гого аналитика, после чего в случае своей уступчивости ему следовало бы ожидать строгого внушения. Но прежде всего создается впечатление, что сопротивление в качестве *agent provocateur* усиливает влюбленность и преувеличивает го товность отдаться, чтобы затем тем убедительнее оправдать действие вытеснения, ссылаясь на опасности подобной рас пущенности. Вся эта мишура, которой в более чистых случаях может и не быть, как известно, рассматривалась Альф. Адлером как сущность всего процесса[1].

Но как должен вести себя аналитик, чтобы не потер петь неудачи из-за такой ситуации, если для него несомненно, что, несмотря на этот любовный перенос и на протяжении всего времени, пока он существует, лечение нужно продолжить?

Теперь, настоятельно подчеркивая общепринятую мораль, я мог бы легко постулировать, что аналитик никогда и никоим образом не должен принимать или отвечать на предлагаемую ему нежность. Скорее, он должен признать момент подходящим для того, чтобы отстоять перед влюб ленной женщиной нравственное требование и необходимость отказа и добиться от нее, чтобы она отступилась от своего желания и, преодолев животную часть своего «я», продол жила аналитическую работу.

Но я не исполню этих ожиданий ни в первой, ни во второй их части. В первой части, потому что я пишу не для клиентов, а для врачей, которые должны бороться с серь езными трудностями, и, кроме того, еще потому, что могу здесь свести моральное предписание к его истокам, то есть к целесообразности. На этот раз я, к счастью, способен, не меняя результатов, заменить требование морали соображе ниями аналитической техники.

[1] *[Ср. Adler (1911, 219).]*

Но еще решительнее я отрекусь от второй части указан ного ожидания. Призывать к подавлению влечения, к отказу от удовлетворения и к сублимации, как только пациентка призналась в своем любовном переносе, означало бы по ступать не аналитически, а безрассудно. Это было бы по добно тому, как если бы искусственными заклинаниями пожелали вызвать духа из преисподней, а затем, ни о чем его не спросив, отправили бы его обратно. Ведь в таком случае всего лишь довели бы вытесненное до сознания, чтобы, испугавшись его, вытеснить его по-новому. Да и относительно успеха подобного образа действий не нуж но обманываться. Как известно, утонченными оборотами речи со страстями мало что можно поделать. Пациентка только почувствует пренебрежение и не упустит возмож ности за него отомстить.

Так же мало я могу советовать избрать средний путь, который кому-то покажется наиболее благоразумным и состоит в том, что врач утверждает, что отвечает на нежные чувства пациентки, и при этом уклоняется от всех физических проявлений этой нежности, пока не сможет направить отношения в более спокойное русло и поднять их на более высокую ступень. Я должен возразить против такого выхода из положения, указав, что психоаналитическое лечение ос новано на правдивости. В этом заключена значительная часть его воспитательного воздействия и его этической ценности. Опасно покидать этот фундамент. Кто хорошо освоился с аналитической техникой, тот вообще больше не прибегает ко лжи и обману, обычно необходимым врачу, и, как пра вило, себя выдает, если иной раз пытается это сделать из лучших намерений. Поскольку от пациента требуют самой строгой правдивости, то ставишь на карту весь свой автори тет, если предоставляешь ему возможность поймать себя на том, что отступаешь от правды. Кроме того, попытка позво лить себе откликнуться на нежные чувства пациентки не совсем безопасна. Человек не настолько хорошо владеет собой, чтобы однажды вдруг не зайти дальше, чем намере вался. Поэтому я считаю, что нельзя отрекаться от безуча стности, которую приобрели благодаря подавлению контр переноса.

Я также уже дал понять, что аналитическая техника наказывает врачу не давать нуждающейся в любви пациентке

требуемого удовлетворения. Лечение должно проводиться в условиях абстиненции[1]; под этим я не имею в виду просто физическое лишение и не лишение всего, чего жаждут, ибо этого, наверное, не вытерпел бы ни один больной. Но я хочу выдвинуть принцип, что у больных нужно сохранять потреб ность и страстное желание в качестве сил, побуждающих к работе и изменению, и надо остерегаться успокаивать их суррогатами. Ведь ничего другого, кроме суррогатов, пред ложить и нельзя, поскольку больная вследствие своего со стояния, пока не устранены ее вытеснения, получить насто ящее удовлетворение не способна.

Признаемся, что принцип, согласно которому аналити ческое лечение должно проводиться в условиях лишения, выходит далеко за рамки рассматриваемого здесь отдельно го случая и требует подробного обсуждения, благодаря которому должны быть очерчены границы его применимо сти[2]. Однако мы не хотим этого делать сейчас и по возмож ности будем строго придерживаться ситуации, из которой мы исходили. Что произошло бы, если бы врач поступил иначе и, скажем, воспользовался бы предоставленной друг другу свободой, чтобы ответить на любовь пациентки и удовлетворить ее потребность в нежности?

Если при этом он, должно быть, руководствовался рас четом, что подобной любезностью он обеспечит себе власть над пациенткой и таким образом подвигнет ее решать зада чи лечения, то есть навсегда избавит ее от невроза, то опыт должен был бы ему показать, что он просчитался. Пациен тка достигла бы своей цели, а он своей — никогда. Между врачом и пациенткой лишь снова произошло бы то, о чем рассказывается в веселой истории о пасторе и страховом агенте. К неверующему и тяжелобольному страховому аген ту по настоянию родственников приводят благочестивого мужа, который перед смертью должен обратить его в веру. Беседа длится так долго, что ждущие обретают надежду. Наконец, дверь комнаты больного распахивается. Неверующий

[1] *[Фрейд впервые открыто обсуждает здесь техническую рекомен дацию, согласно которой лечение должно проводиться в условиях аб стиненции, то есть то, что вошло в психоаналитическую литературу как «правило абстиненции».]*

[2] *[Фрейд еще раз затронул эту проблему в своей работе, прочитанной на Будапештском конгрессе (1919a).]*

в веру не обращен, но пастор уходит застрахован ный[1].

Было бы большим триумфом для пациентки, если бы ее любовные притязания нашли ответ, и полным провалом,— для лечения. Больная достигла бы того, к чему стремятся все больные в анализе: отыграть, повторить в жизни нечто такое, что она должна только вспомнить, когда ей нужно вос произвести и сохранить в психической области психический материал[2]. В дальнейшем течении любовных отношений она продемонстрировала бы все торможения и патологические реакции своей любовной жизни, при этом их коррекция не была бы возможной, а неприятное переживание закончи лось бы раскаянием и значительным усилением ее склонно сти к вытеснению. Любовная связь делает недейственным аналитическое лечение; соединение того и другого — абсурд.

Стало быть, удовлетворение любовного требования па циентки столь же губительно для анализа, как и его подавле ние. Путь аналитика совершенно иной, для него нет образца в реальной жизни. Аналитик не уклоняется от любовного пе реноса, не отгоняет его и не отбивает к нему охоту у пациен тки; точно так же он стойко воздерживается от любых на него ответов. Он придерживается любовного переноса, но относит ся к нему, как к чему-то нереальному, как к ситуации, кото рую нужно пережить в процессе лечения, которую нужно све сти к ее бессознательным первоисточникам и которая должна помочь довести до сознания больной самое сокровенное в ее любовной жизни, чтобы оно было ей подвластно. Чем больше ему кажется, что он сам неуязвим для всякого искушения, тем скорее он сможет извлечь из ситуации ее аналитическое содержа ние. Пациентка, сексуальное вытеснение которой все же не уст ранено, а лишь отодвинуто на задний план, в таком случае почув ствует себя достаточно уверенной, чтобы проявить все условия любви, все фантазии своего сексуального стремления, все осо бенности своей влюбленности, и, отталкиваясь от них, сама от кроет путь к инфантильным обоснованиям своей любви.

Однако у одного класса женщин эта попытка сохранить любовный перенос для аналитической работы, не удовлетворяя

[1] *[Эта притча упоминается также в «Вопросе о дилетантском анали зе» (1926е).]*

[2] *См. предыдущую статью «Воспоминание...» и т. д. [1914g].*

его, окажется неудачной. Это женщины с необуздан ной страстностью, не терпящей никаких суррогатов, дети природы, не желающие брать психическое вместо матери ального, которым, по словам поэта, доступна только «логи ка супа с аргументами фрикаделек»[1]. С такими людьми оказываешься перед выбором: либо проявить взаимность, либо навлечь на себя всю неприязнь отвергнутой женщины. Но ни в том, ни в другом случае нельзя соблюсти интересы лечения. Приходится безуспешно ретироваться и можно, скажем, задуматься над проблемой: каким образом способ ность к неврозу сочетается со столь непреклонной потреб ностью в любви.

Способ, которым постепенно подводят к аналитическо му пониманию других, менее агрессивных влюбленных, воз можно, у многих аналитиков окажется одинаковым. Прежде всего подчеркивают несомненную причастность к этой «любви» сопротивления. Настоящая влюбленность сделала бы пациентку уступчивой и повысила бы ее готовность ре шать проблемы своего случая просто по причине того, что этого требует любимый мужчина. Такая влюбленность охот но избрала бы путь через завершение лечения, чтобы сделать себя ценной для врача и подготовить реальность, в которой любовная склонность могла бы найти свое место. Вместо этого пациентка показывает себя упрямой и непослушной, отбросила от себя весь интерес к лечению и явно не испы тывает также почтения к глубоко обоснованным убеждениям врача. Стало быть, она продуцирует сопротивление в форме проявления влюбленности и, кроме того, без тени сомнения делает так, что тот оказывается в ситуации так называемой *мелъницы.* Ибо если он отклоняет ее любовь, к чему его вынуждают долг и разумение, то она может изображать из себя отвергнутую и в таком случае из мсти тельности и горькой обиды не даст ему себя вылечить, как она делает это теперь вследствие мнимой влюбленности.

Вторым аргументом против подлинности этой любви является утверждение, что она не содержит в себе ни одной новой черты, проистекающей из нынешней ситуации, а сплошь состоит из повторений и оттисков прежних, также

[1] *[Гейне, «Бродячие крысы».]*

[2] *[Ситуация при игре в карты, когда из-за неудачного расклада игрок лишается, казалось бы, гарантированного выигрыша и не может никак повлиять на игру. — Прим. перев.]*

инфантильных реакций. И врач берется это доказать при по мощи детального анализа любовного поведения пациентки.

Если к этим аргументам добавляют еще необходимую меру терпения, то, как правило, трудную ситуацию удается пре одолеть и продолжить работу либо с ослабленной, либо с «опрокинутой» влюбленностью, цель которой в таком случае состоит в выявлении инфантильного выбора объекта и опуты вающих этот выбор фантазий. Но мне хотелось бы критически осветить упомянутые аргументы и поднять вопрос, говорим ли мы этим пациентке правду или в своем бедственном положе нии прибегли к недомолвкам и искажениям. Другими словами: действительно ли влюбленность, проявляющуюся в аналити ческом лечении, нельзя назвать реальной?

Я думаю, что мы сказали пациентке правду, однако не , всю, не заботясь о последствиях. Из двух наших аргументов первый — более веский. Доля сопротивления в любви-перено се бесспорна и очень значительна. Но все-таки не сопротивле ние создало эту любовь, оно находит ее, пользуется ею и преувеличивает ее проявления. Неподдельность феномена не ослабляется также и сопротивлением. Наш второй аргумент гораздо слабее; верно, что эта влюбленность состоит из новых изданий старых черт и повторяет инфантильные реакции. Но это — существенная особенность всякой влюбленности. Не бывает влюбленности, которая не повторяла бы инфантиль ного образца. Именно то, что составляет ее навязчивый харак тер, напоминающий нечто патологическое, происходит от ее инфантильной обусловленности. Вероятно, любовь-перенос имеет еще меньшую степень свободы, чем та, что случается в жизни и которую называют нормальной, позволяет еще более отчетливо распознать зависимость от инфантильного образца, оказывается менее податливой и способной к модификациям, но это и все, причем не самое главное. На каком основании сле дует говорить о подлинности любви? На основании ее дееспо собности, ее пригодности для осуществления любовной цели? В этом пункте любовь-перенос, по-видимому, не уступает ни одной другой; создается впечатление, что от нее всего можно добиться.

Итак, сделаем краткие выводы: мы не вправе оспаривать у влюбленности, проявляющейся в аналитическом лечении, характер «настоящей» любви. Если она

кажется не очень нормальной, то это вполне объясняется тем обстоятельством, что и обычная влюбленность вне аналитического лечения напоминает скорее ненормальные, чем нормальные душевные феномены. Тем не менее она отличается несколькими чер тами, которые обеспечивают ей особое положение. Она 1) спровоцирована аналитической ситуацией, 2) доведена до крайности сопротивлением, господствующим в этой си туации, и 3) в значительной степени не принимает в расчет реальность, она более неразумна, более беспечна, более слепа в оценке любимого человека, чем при нормальной влюбленности. Но мы не вправе забывать, что именно эти отклоняющиеся черты и составляют сущность влюблен ности.

Для действий врача наиболее важной является первая из трех упомянутых особенностей любви-переноса. Он вы манил эту влюбленность, применив аналитический метод к излечению невроза; она является для него неизбежным ре зультатом врачебной ситуации, подобным физическому об нажению больного или сообщению жизненно важной тай ны. Тем самым для него является несомненным, что он не вправе извлекать из нее никакой личной выгоды. Готовность пациентки ничего здесь не меняет, а только перекладывает всю ответственность на его собственную персону. Ведь боль ная, как он должен знать, ни к какому другому механизму излечения не была подготовлена. После благополучного преодоления всех трудностей она часто признается в фантазии-ожидании, с которой приступила к лечению: если она будет вести себя хорошо, то в конце будет вознаграждена ласковостью врача.

Для врача этические мотивы соединяются тут с технически ми, чтобы удержать его от предоставления любви больной. Он должен держать перед глазами цель — чтобы женщина, лю бовная способность которой сдержана инфантильными фиксациями, стала свободно распоряжаться этой бесценной и важной для нее функцией, но не растратила бы ее во время лечения, а держала бы наготове для реальной жизни, если та обращается к ней после лечения с этими требованиями. Он не должен разыгрывать с ней сцену собачьих бегов, где в качестве приза выставлен венок из колбас и где некий шутник портит все дело, бросив на беговую дорожку от дельную колбасу. Собаки набрасываются на нее, забывая о

гонке и о маячащем вдали венке для победителя. Я не хочу утверждать, что врачу всегда будет легко удерживаться в пределах границ, предписанных ему этикой и техникой. Осо бенно молодому и пока еще не связанному прочными узами мужчине эта задача может показаться тяжелой. Несомненно, половая любовь составляет одно из основных содержаний жизни, и объединение душевного и телесного удовлетворения в любовном наслаждении является прямо-таки одной из ее кульминаций. Все люди, вплоть до немногих взбалмошных фанатиков, знают об этом и в соответствии с этим устраива ют свою жизнь; и только в науке стесняются это признать. С другой стороны, мужчине приходится играть неприятную роль отвергающего и отказывающего, когда женщина пытает ся добиться любви, и от благородной женщины, признающейся в своей страсти, несмотря на невроз и сопротивление, исходит несравнимое очарование. Искушает не грубое чувственное требование пациентки. Оно действует скорее отталкивающе, и нужно призвать всю терпимость, чтобы отнестись к нему как к естественному феномену. Пожалуй, более тонкие и целезаторможенные желания-побуждения женщины приносят с собой опасность позабыть про технику и задачу врача ради прекрасного переживания.

И все же уступка для аналитика исключена. Как бы высоко ни ценил он любовь, еще выше он должен ставить то, что у него есть возможность поднять свою пациентку над важнейшей ступенью в ее жизни. Она должна у него научиться преодолению принципа удовольствия, отказу от напрашивающегося, но социально неприемлемого удовле творения ради удовлетворения более отдаленного, возмож но, вообще негарантированного, но в психологическом и социальном отношении безупречного. В целях этого преодо ления она должна пройти через доисторические времена своего душевного развития и на этом пути обрести тот при бавок душевной свободы, благодаря которому сознательная душевная деятельность — в системном значении — отлича ется от бессознательной[1].

Таким образом, аналитик-психотерапевт должен вести борьбу на три фронта: внутри себя — с силами, которым

[1] *[Это различие разъясняется в работе «Некоторые замечания о понятии бессознательного в психоанализе» (1912g), Studienausgabe, т. 3, с. 35-36.]*

хочется низвергнуть его с аналитического уровня, вне ана лиза — с противниками, которые оспаривают значение сек суальных движущих сил и запрещают ему использовать их в своей научной технике, и в анализе — со своими больны ми, которые сначала ведут себя как противники, но затем обнаруживают господствующую у них переоценку сексуаль ной жизни и хотят захватить в плен врача своей социально необузданной страстностью.

Дилетанты, об отношении которых к психоанализу я говорил вначале, несомненно, воспользуются также и этими рассуждениями о любви-переносе в качестве повода, чтобы об ратить внимание общества на опасность этого терапевтического метода. Психоаналитик знает, что работает с самыми взрыво опасными силами и требует такой же осторожности и добро совестности, что и химик. Но разве химику когда-нибудь зап- г рещалось заниматься нужными из-за их действия взрывчатыми веществами по причине того, что они небезопасны? Удивитель но, что психоанализу приходится заново завоевывать все ли цензии, которые давно уже признаны за другими видами вра чебной деятельности. Разумеется, я не выступаю за то, что нужно отказываться от безобидных лечебных методов. В не которых случаях их бывает достаточно, и в конце-то концов, человеческое общество может столь же мало нуждаться в *furor sanandi*[1], как и в каком-либо другом фанатизме. Но когда полагают, что психоневрозы нужно одолевать, оперируя бе зобидными средствами, это означает, что с точки зрения их l происхождения и практического значения эти нарушения гру бо недооценивают. Нет, в действиях врача наряду с *medicina* всегда останется место для *ferrum* и для *ignis*[2], и поэтому нельзя будет обойтись также и без неослабленного, по всем правилам искусства проводимого психоанализа, который не боится орудовать самыми опасными душевными побуждени ями и распоряжаться ими на благо больного.

[1] *[Излечении страстей (лат.).]*

[2] *[Намек на изречение, приписываемое Гиппократу: «То, что нельзя вылечить лекарством, излечивают ножом; то, что не лечит нож, излечи вают каленым железом; но то, что нельзя излечить огнем, надо считать неизлечимым». «Афоризмы», VII, 87, в книге Гиппократа «Мысли о здоровых и больных людях и врачевании», 1927, 32. Однако ответствен ный редактор этого издания, А. Закк, добавляет, что подлинность этого афоризма сомнительна.]*

О FAUSSE RECONNAISSANCE («DEJA RACONTE» ВО ВРЕМЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ (1914)

Во время аналитической работы нередко случается, что сообщение о припомненном факте пациент сопровождает за мечанием: *«Но ведь я вам это уже рассказывал»,* — тогда как сам врач абсолютно уверен, что никогда от него этого рассказа не слышал. Если высказать это возражение пациен ту, то нередко он начинает энергично уверять, что знает это совершенно определенно, он готов поклясться, и т. д.; но в этой же степени собственная убежденность в новизне услы шанного усиливается. Тут было бы совершенно не психоло гично пытаться решить такой спор перекрикиванием или еще более вескими заверениями. Как известно, такое чувство убеж денности в верности своей памяти объективной ценности не имеет, и так как один из двоих обязательно ошибается, то жертвой парамнезии врач мог стать с таким же успехом, как и анализируемый. Об этом говорят пациенту, спор прекраща ют, а его завершение откладывают до следующей представив шейся возможности.

В меньшинстве случаев врач сам вспоминает затем, что уже слышал имеющееся в виду сообщение, и одновременно находит субъективный, зачастую «притянутый за уши» мо тив для его временного устранения. Однако в подавляющем большинстве случаев ошибался именно анализируемый, и его можно также подвигнуть к тому, чтобы это признать. Объяс нение этого часто встречающегося явления, по-видимому, заключается в том, что у него и в самом деле уже имелось намерение сделать подобное сообщение, что он действительно один или несколько раз делал подготовительные замечания, но затем от осуществления своего намерения его удержива ло сопротивление, и воспоминание о намерении он спутал теперь с его осуществлением.

Я опущу здесь все случаи, в которых положение вещей так или иначе может оставаться сомнительным, и выделю несколько других, имеющих особый теоретический интерес. С отдельными лицами случается, причем неоднократно, что, делая сообщения, они с особой настойчивостью утвержда ют, что о том или об этом уже рассказывали, тогда как положение вещей делает совершенно невозможным, чтобы они были правы. То, что они хотели рассказать когда-то раньше, а теперь повторяют как нечто старое, о чем должен был бы знать также и врач, оказывается затем воспомина ниями необычайной важности для анализа, подтверждени ями, которых долгое время ждали, решениями, подводящи ми черту под частью работы, к которой анализирующий врач, несомненно, добавил бы подробные разъяснения. Перед лицом этих фактов пациент вскоре соглашается, что память, должно быть, его обманула, хотя и не может объяснить себе, почему он так был уверен.

Феномен, который обнаруживает в таких случаях ана лизируемый, претендует на то, чтобы называться *«fausse reconnaissance»,* и совершенно аналогичен другим случаям, в которых спонтанно появляется ощущение: в этой ситуации когда-то я уже был, когда-то я уже это испытывал (*«deja vu»),* но при этом человек оказывается не способен подтвер дить правильность этого убеждения нахождением того пре дыдущего раза в памяти. Известно, что этот феномен поро дил изобилие попыток дать ему объяснение, которые в общем и целом можно разбить на две группы. В одной ока зывают доверие содержащемуся в феномене ощущению и предполагают, что дело в том, что что-то действительно вспоминается; только остается вопрос, что именно. В гораз до более многочисленную группу объединяются те объясне ния, которые, напротив, утверждают, что здесь имеет место обман памяти, и которые ставят перед собой задачу просле дить, как мог возникнуть этот парамнестический промах. Впрочем, эти попытки охватывают широкую область моти вов, начиная с древнего, приписываемого Пифагору, воззре ния, что феномен *deja vu* содержит доказательство прежне го индивидуального существования, продолжая гипотезой,

[1] *См. одно из последних сопоставлений соответствующей литера туры в работе Х. Эллиса «World of dreams» (1911).*

опирающейся на анатомию, что в основе феномена лежит временный разлад в деятельности обоих полушарий мозга (Wigan, I860[1]), и заканчивая чисто психологическими теори ями большинства современных авторов, которые усматривают в *deja vu* проявление апперцепционной слабости и возлагают ответственность за нее на утомление, истощение и рассеян ность.

В 1904 году Грассе дал объяснение *deja vu,* которое нужно причислить к «доверчивым». Он полагал, что феномен указы вает на то, что когда-то раньше имело место *бессознательное* восприятие, которое только теперь достигло сознания под влиянием нового и при этом похожего впечатления. Не сколько других авторов присоединились к нему и положи ли в основу феномена воспоминание о чем-то пригрезив шемся и забытом. В обоих случаях речь шла об оживлении бессознательного впечатления.

В 1907 году, во втором издании моей «Психопатологии обыденной жизни» [1901b, глава XII (Г)] я отстаивал очень похожее объяснение мнимой парамнезии, не зная или не упоминая работы Грассе. Моим извинением, возможно, послу жит то, что я пришел к своей теории в результате психоаналитического исследования, предпринятого мною в очень ясном, но произошедшем примерно 28[2] лет назад случае *deja vu y* одной пациентки. Я не хочу воспроизводить здесь маленький анализ. Он показал, что ситуация, в которой возникло *deja vu,* действительно была подходящей, чтобы пробудить воспо минание о прежнем переживании анализируемой. В семье, ко торую посещал двенадцатилетний в то время ребенок, нахо дился тяжелобольной умирающий брат, а ее собственный брат несколькими месяцами раньше был в такой же опасности. Однако в случае первого переживания к этому общему при соединилась неспособная к осознанию фантазия — желание, чтобы брат умер, — и поэтому аналогия двух этих случаев не могла стать осознанной. Ее ощущение заменилось феноменом «однажды уже пережитого», поскольку тождественность сместилась с общего на локальное.

1 [Ср. работу Уигана «The Duality of the Mind», впервые опублико ванную в 1844 году, с. 84-85. Уиган называет этот феномен «sentiment of pre-existence» (выражение, которое он заимствовал у писателя сэра Вальтера Скотта).]

[2] [Возможно, это является опечаткой; по всей видимости, правиль ное число — «25 » (см. сообщение, приведенное в «Психопатологии обы денной жизни»).]

Известно, что название *«deja vu»* относится к целому ряду аналогичных феноменов, к *«dejaentendu», «dejaeprouve », «deja senti».* Случай, о котором я теперь сообщу вместо многих подоб ных, содержит *«deja raconte »,* которое, стало быть, можно было бы вывести из бессознательного, оставшегося неосуществленным намерения.

Один пациент[1] в ходе своих ассоциаций рассказывает: «Как я тогда в возрасте пяти лет играл в саду ножиком и при этом порезал себе мизинец — о, я только подумал, что по резал его, — но ведь я уже это вам рассказывал». Я заверяю, что ничего похожего не могу вспомнить. Он еще более убеж денно уверяет, что ошибиться в этом не может. Наконец, я завершаю спор указанным в самом начале способом и прошу его на всякий случай повторить историю. А там посмотрим.

«Когда мне было пять лет, я играл в саду рядом с моей няней и перочинным ножом резал на мелкие кусочки кору одного из тех ореховых деревьев, которые играют роль[2] также и в моем снови дении[3]. Вдруг я с невыразимым ужасом заметил, что так порезал себе мизинец (правой или левой?) руки, что он висел только на коже. Я не чувствовал боли, но испытал сильный страх. Я не решился что-либо сказать няне, находившейся в нескольких шагах, а опустился на ближайшую скамейку и остался сидеть, неспособный бросить еще один взгляд на палец. Наконец, я ус покоился, посмотрел на палец и увидел, что он был совсем невре дим».

Вскоре мы сошлись на том, что все же он не мог рассказать мне об этом видении или галлюцинации. Он очень хорошо пони мал, что я не оставил бы неиспользованным такое доказательство существования у него в пятилетнем возрасте *страха кастрации.* Тем самым его сопротивление допущению у него комплекса кастрации было сломлено, но он задал вопрос: «Почему же я был так уверен, что уже рассказывал об этом воспоминании?»

[1][Этим пациентом был «Волков », историю болезни которого Фрейд сообщает в своем очерке «Из истории одного инфантильного невроза» (1918b), где в конце раздела VII цитируется весь следующий абзац дан ной работы; см. Studienausgabe, т. 8, с. 199-200.]

[2]См. «Сказочный материал в сновидениях» [1913d].

[3]Исправление при последующем рассказе: «Я думаю, что резал не дерево. Это — слияние с другим воспоминанием, которое, должно быть, также галлюцинаторно искажено; что я сделал надрез ножом в

дереве и что при этом из дерева пошла кровь».

И тут нам обоим пришла в голову мысль, что он неодно кратно по разным поводам, но всякий раз без какой-либо пользы преподносил следующее небольшое воспоминание: «Однажды, когда дядя уезжал, он спросил меня и сестру, что ему нам привезти. Сестра попросила книгу, а я — перочинный нож». Теперь нам стало понятно, что эта мысль, возникшая несколькими месяцами ранее, была покрывающим воспомина нием для вытесненного воспоминания и прелюдией к так и не состоявшемуся вследствие сопротивления рассказу о мнимой потере мизинца (несомненного эквивалента пениса). Согласно воспоминанию, в котором он был абсолютно уверен, именно этот нож, действительно привезенный ему дядей, как раз и фигурировал в долго подавлявшемся сообщении. *Я* считаю излишним добавлять что-то еще к истолкованию этого небольшого эпизода, в известной мере проливающего свет на феномен *«fausse reconnaissance».* Что касается содержания видения пациента, то я хотел бы заметить, что в структуре ком- плекса кастрации такие галлюцинаторные ошибки не единичны и что с таким же успехом они могут служить для корректировки нежелательных восприятий.

В 1911 году один академически образованный человек из немецкого университетского города, которого я не знаю и воз раст которого мне неизвестен, позволил мне свободно распоря жаться следующим сообщением из своего детства: «При чтении Вашего "Детского воспоминания Леонардо" [1910c] рассужде ния на стр. с 29-й по 31-ю [примерно в начале главы III] вы звали у меня внутренний протест. Ваше замечание, что ребенок мужского пола охвачен интересом к своим собственным гени талиям, вызвало у меня возражение такого рода: "Если это — общий закон, то во всяком случае я — исключение". Следу ющие строки (с. с 31-й до начала 32-й) я читал с величайшим удивлением, тем удивлением, которое охватывает человека, когда он знакомится с совершенно новым фактом. Посреди моего удивления ко мне приходит воспоминание, которое, к моему собственному изумлению, мне показывает, что этот факт вовсе не может быть для меня таким новым. Ибо в то время, когда я находился в самой середине "инфантильного сексуаль ного исследования", благодаря счастливой случайности мне уда лось рассмотреть женские гениталии у одной маленькой сверстницы и *при этом совершенно ясно заметил пенис, по виду такой же, как у меня самого.* Но вскоре

после этого вид женских статуй и обнаженных натур поверг меня в новое за мешательство, и, чтобы избежать этого научного разногласия, я придумал следующий эксперимент: прижав бедра друг к другу, я спрятал между ними свои гениталии и с удовлетворением кон статировал, что благодаря этому устранено всякое отличие от женской натуры. Очевидно, думал я, и у женской натуры ге ниталии скрыты таким же образом».

«Здесь у меня возникает другое воспоминание, которое с давних пор для меня было необычайно важным, поскольку оно является *одним* из трех воспоминаний, из которых состоит мое общее воспоминание о рано умершей матери. Моя мать стоит перед умывальником и моет стаканы и таз, а я в это время играю в этой же самой комнате и совершаю какую-то шалость. В наказание меня шлепают по руке, и тут, к своему величайшему ужасу, я вижу, что мой мизинец отваливается, причем падает именно в таз. Зная, что моя мать рассержена, я не осмеливаюсь что-либо ей сказать и с еще большим ужасом наблюдаю, как вскоре после этого чан выносит служанка. Я долго был убежден, что потерял палец, наверное, до тех пор, пока не научился считать».

«Это воспоминание, которое — как уже упомянуто — из-за своего отношения к моей матери всегда было для меня необы чайно важным, я часто пытался истолковать, но ни одно из этих истолкований меня не удовлетворило. Только теперь — по про чтении Вашего сочинения — я догадываюсь о простом, удовлет-ворительном решении загадки».

Другой вид *fausse reconnaissance,* к удовлетворению тера певта, нередко имеет место при завершении лечения. После того как, вопреки всем сопротивлениям, удалось добиться того, что пациент принимает вытесненное событие реального или психи ческого характера, в известной степени его реабилитировать, пациент говорит: *«Теперь у меня ощущение, что я всегда это знал».* Тем самым аналитическая задача оказывается разрешена[1].

[1] *[Краткое обсуждение особого примера deja vu в сновидениях, которому, правда, дается другое объяснение, содержится в главе VI (Д) «Толкования сновидений» (1900a), Studienausgabe, т. 2, с. 390. С этим связанные феномены «отчуждения» и «деперсонализации» Фрейд ис следует в своей работе «Нарушение памяти на акрополе» (1936a, Studienausgabe, т. 4, с. 289-291). Ср. также обсуждение в его более поздней работе «Конструкции в анализе» (1937d).]*

О ПРЕДЫСТОРИИ АНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ (1920)

В новой книге Хэвлока Эллиса, заслуженного исследо вателя сексуальности и благородного критика психоанали за, озаглавленной «The Philosophy of Conflict and Other Essays in Wartime», Second Series, Лондон, 1919, имеется статья: «Psycho-Analysis in relation to sex», в которой он старается доказать, что труд создателя анализа нужно рас ценивать не как часть научной работы, а как художествен ное творчество. У нас есть все основания усматривать в этом мнении новую форму сопротивления и отвержение анализа, хотя и замаскированное любезной, даже слишком лестной манерой. Мы склонны самым решительным образом на это возразить.

И все же не это возражение побудило нас обратиться к эссе Хэвлока Эллиса, а тот факт, что благодаря своей боль шой эрудиции он сумел указать автора, который использовал и рекомендовал, хотя и в других целях, свободную ассоциа цию в качестве технического приема и, стало быть, в этом отношении вправе именоваться предшественником психоана литиков. «В 1857 году, — пишет Хэвлок Эллис, — доктор Дж.Дж. Гарт Уилкинсон, больше известный как поэт и мистик направления Сведенборга, чем как врач, опубликовал томик тонически рифмованных мистических стихотворений, создан ных якобы новым методом, который он называет "impression". "Выберите тему, — говорит он, — или запишите ее; как только это произошло, первую мысль *(impression upon the mind),* которая появляется после написания заголовка, можно рас сматривать как начало разработки темы, независимо от того, насколько странным или не относящимся к ней может пока заться данное слово или предложение". "Первое движение духа, первое слово, которое приходит на ум, и есть результат стремления углубиться в данную тему". Человек последова тельно продолжает действовать этим методом, и Гарт Уилкинсон

говорит: "Я всегда находил, что словно благодаря безоши бочному инстинкту он ведет к сути дела". Эта техника, по мнению Уилкинсона, соответствовала доведенной до предела раскрепощенности, требованию проявить себя, адресованно му самым глубоким, бессознательным побуждениям. Волю и размышление, — призывал он, — надо оставить в стороне; нужно довериться вдохновению *(influx),* и при этом можно увидеть, что умственные способности направляются на неиз вестные цели».

«Нельзя не отметить, что, хотя Уилкинсон был врачом, он применял эту технику в религиозных и литературных целях, но никогда — в медицинских или научных; однако легко можно увидеть, что в сущности — это психоаналити ческая техника, которая здесь избирает объектом собствен ную персону, еще одно доказательство того, что метод г Фрейда — это метод художника *(artist)».*

Знатоки психоаналитической литературы вспомнят здесь прекрасное место в переписке Шиллера с Кернером[1], где великий поэт и мыслитель (1788) советует тому, кто хочет быть продуктивным, обращать внимание на сами собой приходящие в голову мысли. Можно предположить, что якобы новая техника Уилкинсона представлялась уже многим другим, а ее систематическое применение в психоанализе покажется нам не столько доказательством художественной сущности Фрейда, сколько следствием его убежденности, которой он придерживался чуть ли не как предрассудка, во всеобщей детерминации всех душевных событий. В таком случае принадлежность свободно возникающей мысли к фиксированной теме оказалась ближайшей и наиболее веро ятной возможностью, которая подтверждается также опы том психоанализа, если только чрезмерные сопротивления не делают неузнаваемой предполагаемую взаимосвязь.

Между тем можно с уверенностью предположить, что ни Шиллер, ни Гарт Уилкинсон не оказали влияния на вы бор психоаналитической техники. Более личное отношение, похоже, вырисовывается с другой стороны.

Недавно доктор Гуго Дубовиц из Будапешта обратил внимание доктора Ференци на небольшую, объемом всего в 4 1/2 страницы статью Людвига Берне,

[1] *Обнаруженное О. Ранком и процитированное в «Толковании снови дений» (1900а) [в издании 1909 года, Studienausga.be, т. 2, с. 122-123].*

написанную в 1823 году, которая опубликована в первом томе его «Собрания сочине ний» (издание 1862 года). Она озаглавлена «Искусство стать за три дня оригинальным писателем» и содержит известные особенности стиля Жана Поля, перед которым Берне тогда преклонялся. Она заканчивается словами: «И здесь следует обе щанное полезное применение. Возьмите несколько листов бумаги и три дня подряд без фальши и лицемерия записывайте все, что приходит вам в голову. Пишите, что думаете о самом себе, о своих женщинах, о турецкой войне, о Гёте, об уголовном процессе Фонкса, о страшном суде, о своих начальниках — и по проше ствии трех дней вы будете вне себя от удивления, какие но вые, невероятные мысли возникали у вас. Это и есть искусство за три дня стать оригинальным писателем!»

Когда профессора Фрейда побудили прочесть эту статью Берне, он сделал ряд сообщений, которые могут иметь большое значение для затронутого здесь вопроса о предыстории психоаналитического применения свободных ассоциаций. Он рассказал, что в четырнадцать лет получил в подарок сочининия Берне, и сегодня, пятьдесят лет спустя, по-прежнему обладает этой книгой — единственной оставшейся у него с юных лет. Этот писатель был первым, в произведения которого он углубился. Он не может вспомнить статью, о которой здесь идет речь, но другие статьи, включенные в этот том, как-то: «Речь, посвященная памяти Жана Поля », «Столовый ху дожник», «Глупец на белом лебеде» — долгие годы без види мой причины снова и снова всплывали в его памяти. Особенно он был удивлен, когда в указании, как стать оригинальным писателем, обнаружил высказанными несколько мыслей, ко торые он сам всегда вынашивал и отстаивал, к примеру: «Всех нас удерживает постыдная трусость думать. Тягостнее, чем цензура правительств, — цензура, которую общественное мнение осуществляет над твореними нашего духа». (Здесь, впрочем, упоминается «цензура», которая вернулась в психо анализе как цензура сновидения...) «Не духа, а характера недостает большинству писателей, чтобы быть лучше, чем они есть... Искренность — источник всей гениальности, и люди были бы умнее, если бы были нравственнее...»

Поэтому мы не исключаем возможность того, что это ука зание раскрыло ту часть криптомнезии, которую в столь многих случаях можно подозревать за

кажущейся оригинальностью.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА
(1940 [1938])

[Из «Очерка психоанализа»]

Стало быть, сновидение[1] — это психоз, со всеми неле постями, бредовыми образованиями, обманами чувств тако вого. Правда, психоз кратковременный, безвредный и даже наделенный полезной функцией, начинающийся с согласия человека и оканчивающийся изъявлением его воли. Но все же психоз, и на его примере мы узнаем, что даже такое глубокое изменение душевной жизни можно устранить и дать место нормальной функции. Не будет ли тогда слиш ком смелым надеяться, что когда-нибудь станет возможным подчинять нашему влиянию также и внушающие страх спон танные заболевания душевной жизни и добиваться их изле чения?

Мы уже кое-что знаем о том, что нужно для подготовки этого предприятия. Согласно нашему предположению, Я име ет задачей удовлетворить требованиям своих трех зависимо стей от реальности, Оно и Сверх-Я и при этом все-таки сохранить свою организацию, утвердить свою самостоятель ность. Условием рассматриваемых болезненных состояний может быть только относительное или абсолютное ослабле ние Я, делающее выполнение им своих задач невозможным. Самым сложным требованием, предъявляемым к Я, являет ся, вероятно, подавление требований влечений Оно, для чего ему необходимо производить большие затраты на контркатексисы. Однако и требование Сверх-Я может стать столь сильным и непреклонным, что Я ведет себя по отношению к другим своим задачам словно парализованное. Мы предпо лагаем, что в экономических конфликтах, которые здесь возникают, Оно и Сверх-Я зачастую выступают сообща против угнетенного Я,

[1] *[Предыдущая глава V содержит «Пояснение к толкованию снови дений».]*

которое для сохранения себя в норме хочет уцепиться за реальность. Если оба они становятся слишком сильными, то им удается ослабить и изменить организацию Я, в результате чего его правильное отношение к реальности нарушается или прекращается. Мы видели это на примере сновидения; если Я отрывается от реальности внешнего мира, то под влиянием внутреннего мира оно впа дает в психоз.

На этих представлениях мы основываем наш план лече ния. Я ослаблено внутренним конфликтом, мы должны прий ти к нему на помощь. Это как на гражданской войне, которая должна разрешиться благодаря содействию внешнего союз ника. Врач-аналитик и ослабленное Я больного, опираясь на реальный внешний мир, должны образовать партию против врагов, требований влечений Оно и требований совести Сверх-Я. Мы заключаем договор друг с другом. Больное Я обе щает нам самую полную откровенность, то есть предоставить в распоряжение весь материал, который поставляет ему его самовосприятие, мы гарантируем ему строжайшую секретность и ставим ему на службу наш опыт в толковании материала, на который оказало влияние бессознательное. Наше знание долж но поправить его незнание, должно возвратить его Я власть над потерянными участками душевной жизни. В этом догово ре и состоит аналитическая ситуация.

Уже после этого шага нас ждет первое разочарование, первый призыв к скромности. Если Я больного будет цен ным союзником в нашей общей работе, то, несмотря на все притеснение враждебными ему силами, оно должно сохра нить определенную меру связности, часть понимания требо ваний действительности. Но этого нельзя ожидать от Я психотика, оно не может соблюдать такой договор и даже едва ли на него пойдет. Оно очень скоро отбросит нашего человека и помощь, которую мы ему предлагаем, к частям внешнего мира, которые для него ничего больше не значат. Тем самым мы узнаем, что должны отказаться от того, что бы испытать наш план лечения на психотике. Возможно, отказаться навсегда, возможно, лишь временно, пока мы не нашли другой, более подходящий для него план.

Однако имеется другой класс психически больных, которые, очевидно, очень близки к психотикам, — огромное

множество тяжело страдающих невротиков. Условия болез ни, равно как и патогенные механизмы, должны быть у них такими же или по крайней мере очень похожими. Но их *Я* оказалось более устойчивым, было меньше дезорганизова но. Многие из них все-таки смогли утвердиться в реальной жизни, несмотря на все свои недуги и обусловленные ими недостаточности. Эти невротики могут оказаться готовыми принять нашу помощь. Ими мы и хотим ограничить наш интерес и испытать, насколько и какими способами мы мо жем их «вылечить ».

С невротиками, стало быть, мы заключаем договор: полная откровенность в обмен на строгую секретность. Это создает впечатление, будто мы стремимся лишь к позиции светского исповедника. Однако различие велико, ибо мы хотим не только услышать от него то, что он знает и скрывает от других, — он должен рассказать нам также и то, чего он не знает. С этой целью мы даем ему более точное определение того, что мы понимаем под откровенностью. Мы обязываем его выполнять *основное аналитическое прави ло*[1]*,* которым он должен впредь руководствоваться в своем поведении по отношению к нам. Он должен сообщать нам не только то, что он намеревается и хочет сказать и что прино сит ему, как в исповеди, облегчение, но и все остальное, что поставляет ему его самонаблюдение, все что приходит ему в голову, даже если говорить об этом ему *неприятно,* даже если это кажется ему *неважным или бессмысленным.* Если в соответствии с таким указанием ему удается исключить свою самокритику, то он поставляет нам изобилие матери ала, мысли, ассоциации, воспоминания, которые уже нахо дятся под влиянием бессознательного, зачастую являются его прямыми потомками и которые, стало быть, позволяют нам догадаться о вытесненном у него бессознательном и благодаря нашему сообщению расширять знание его *Я* о своем бессознательном.

Но мы далеки от того, чтобы ограничивать роль его Я тем, чтобы в пассивном послушании оно приводило бы нам требуемый материал и доверчиво принимало бы наш его перевод. Происходит и многое другое, что-то, что мы мо жем предвидеть, и что-то, что должно нас удивить. Самое

[1] *[Ср. «О динамике переноса» (19126), в данном томе с. 167 и прим. 1.]*

странное заключается в том, что пациент не продолжает рассматривать аналитика в свете реальности как помощника и советника, которого к тому же вознаграждают за его труд и который сам охотно довольствовался бы ролью, скажем, проводника в трудном горном походе, а он видит в нем возвращение — реинкарнацию — важной персоны из своего детства, прошлого и поэтому переносит на него чувства и реакции, которые, очевидно, предназначались этому образ цу. Вскоре этот факт переноса оказывается фактором огром нейшего значения, с одной стороны, вспомогательным сред ством незаменимой ценности, с другой стороны, источником серьезных опасностей. Этот перенос *амбивалентен,* он включает в себя как позитивные, нежные, так и негативные, враждебные, установки в отношении аналитика, которого, как правило, ставят на место родителя, отца или матери. Пока , он является позитивным, он служит нам наилучшим обра зом. Он изменяет всю аналитическую ситуацию, оттесняет рациональное намерение стать здоровым и избавиться от страданий. Его заменяет намерение понравиться аналитику, добиться его одобрения, его любви. Он становится подлин ной движущей силой сотрудничества пациента, слабое Я ста новится сильным, под его влиянием он совершает поступки, которые в противном случае были бы для него невозможны, устраняет свои симптомы, становится внешне здоровым, толь ко ради аналитика. Возможно, аналитик стыдливо призна ется, что он затеял трудное предприятие, не подозревая, какими экстраординарными средствами власти он будет рас полагать.

Кроме того, отношения переноса приносят с собой еще два других преимущества. Если пациент ставит аналитика на место своего отца (своей матери), то он предоставляет ему также и власть, которой обладает Сверх-Я над его Я, ибо эти родители и были источником Сверх-Я. Теперь новое Сверх-Я имеет возможность заняться *дополнительным вос питанием* невротика, может исправить ошибки, допущенные родителями при воспитании. Здесь, однако, надо предосте речь не злоупотреблять новым влиянием. Как бы заманчиво ни было для аналитика стать учителем, примером и идеалом для других, создавать людей по своему образцу, он не впра ве забывать, что в аналитических отношениях это не явля ется его задачей, более того, что он изменит своей задаче,

если позволит себя увлечь своей склонности. Он просто тогда повторит ошибку родителей, которые своим влиянием пода вили самостоятельность ребенка, лишь заменит прежнюю зависимость новой. Прилагая все усилия улучшать и воспи тывать, аналитик должен все-таки уважать своеобразие пациента. Мера влияния, которое он легитимным образом решается оказать, будет определяться степенью задержки в развитии, которую он обнаруживает у пациента. Иные не вротики остались столь инфантильными, что и в анализе с ними можно обходиться лишь как с детьми. Другое преиму щество переноса заключается также в том, что в нем паци ент демонстрирует нам с пластичной отчетливостью важную часть истории своей жизни, о которой иначе он дал бы нам, скорее всего, лишь скудные сведения. Он, так сказать, игра ет перед нами на сцене, вместо того чтобы нам рассказывать.

А теперь о другой стороне отношений. Поскольку пе ренос воспроизводит отношение к родителям, он перени мает также и его амбивалентность. Едва ли можно избе жать того, что позитивная установка к аналитику однажды резко поменяется на негативную, враждебную. И она тоже обычно является повторением прошлого. Покорность отцу (если речь шла о нем), стремление добиться его располо жения коренилась в эротическом желании, направленном на его персону. В какой-то момент это притязание прояв ляется также и в переносе и настаивает на удовлетворении. В аналитической ситуации оно может встретить только отказ. Реальные сексуальные отношения между пациентом и аналитиком исключены, да и более утонченные способы удовлетворения, как-то: предпочтение, интимность и т. д., предоставляются аналитиком лишь в скудной степени. Такое пренебрежение становится поводом к преобразова нию, вероятно, то же самое произошло и в детстве паци ента.

Успехи лечения, достигнутые при господстве позитив ного переноса, вызывают подозрение, что они носят *сугге стивный* характер. Если верх берет негативный перенос, то они разметаются словно сор под порывом ветра. С ужасом замечаешь, что вся забота и работа до сих пор были напрас ны. Более того, также и то, что можно было считать непреходящей интеллектуальную прибылью пациента, понимание психоанализа, доверие к его эффективности, внезапно исчезло.

Он ведет себя как ребенок, не имеющий собственного суждения, слепо верящий тому, кому достается его любовь, и ни одному чужаку. Очевидно, опасность этих состояний переноса заключается в том, что пациент не понимает его природы и считает его новыми реальными переживаниями, а не отражениями прошлого. Если он (или она) испытывает сильную эротическую потребность, которая скрывается за позитивным переносом, то полагает, что страстно влюбился; если же перенос резко меняется, то он считает себя оскор бленным и отвергнутым, ненавидит аналитика, как своего врага, и готов прекратить анализ. В обоих крайних случаях он забыл договор, который он принял, приступая к лече нию, он стал непригодным для продолжения общей работы. Задача аналитика — каждый раз выводить пациента из опас ной иллюзии, снова и снова ему показывать, что то, что, считает новой реальной жизнью, на самом деле есть отраже ние прошлого. И дабы он не попал в состояние, делающее его недоступным для всех аргументов, надо позаботиться о том, чтобы ни влюбленность, ни враждебность не достигли крайнего уровня. Это делают, заблаговременно подготавли вая его к этим возможностям и не оставляя без внимания их первые признаки. Такая тщательность в обращении с пере носом обычно вполне окупается. Если удается, как это чаще всего бывает, довести до сведения пациента истинную при роду феноменов переноса, то у его сопротивления выбивают из рук мощное оружие, опасности превращают в выгоды, ибо то, что пациент пережил в формах переноса, он больше уже не забывает, это имеет большую убедительность, чем все остальное, приобретенное им другим способом.

Для нас весьма нежелательно, если пациент, вместо того чтобы вспоминать, *отыгрывает* вне переноса; идеальным для наших целей поведением было бы, если бы вне лечения он вел себя как можно нормальнее, а свои патологические ре акции проявлял исключительно в переносе.

Наш путь укрепления ослабленного Я исходит из расши рения его самопознания. Мы знаем, что это не всё, но это — первый шаг. Потеря такого знания означает для Я убыток власти и влияния, она является еще одним ощутимым при знаком того, что Я сужено и ущемлено требованиями Оно и Сверх-Я. Таким образом, первой частью оказываемой нами помощи является интеллектуальная работа с нашей стороны

и приглашение к сотрудничеству в ней пациента; мы знаем, эта первая форма деятельности должна проложить нам путь к другой, более трудной задаче. Мы не будем терять из виду динамический компонент также и во вступительной фазе. Материал для нашей работы мы получаем из разных источ ников — из того, на что нам указывают его сообщения и свободные ассоциации, из того, что он демонстрирует нам в своих переносах, из того, о чем мы делаем вывод из толко вания его сновидений, и из того, что он выдает своими *ошибочными действиями.* Весь этот материал помогает нам сконструировать[1] то, что с ним произошло и что он забыл, равно как и то, что происходит с ним в настоящее время, но остается без его понимания. При этом, однако, мы никогда не забываем строго разграничивать наше знание и его зна ние. Мы избегаем сообщать ему сразу же то, о чем — как это часто бывает — мы догадались уже в самом начале, или сообщать ему все, о чем, как нам кажется, мы догадались. Мы тщательно взвешиваем, когда мы должны посвятить его в одну из наших конструкций, поджидаем момент, который кажется нам подходящим, что не всегда просто решить. Как правило, мы откладываем сообщение конструкции, разъяс нение, до тех пор, пока он сам не приблизится к ней на столько, что ему остается совершить один только шаг, прав да, решающий — сделать синтез. Если бы мы поступали иначе, атаковали бы его нашими толкованиями до того, как он оказался к ним подготовлен, то сообщение либо осталось бы безрезультатным, либо оно вызвало бы бурную вспышку *сопротивления,* которое могло бы затруднить продолжение работы или даже поставить его под сомнение. Но если мы все правильно подготовили, то нередко достигаем того, что пациент непосредственно подтверждает нашу конструкцию и сам вспоминает забытое внутреннее или внешнее событие. Чем точнее совпадает конструкция с забытыми подробно стями, тем легче будет ему согласиться. В этой части наше знание стало и его знанием.

Упомянув о сопротивлении, мы подошли ко второй, более важной части, нашей задачи. Мы уже слышали, что *Я* защищается от проникновения нежелательных элементов из

[1] *[См. работу Фрейда на эту тему (I937d), в данном томе с. 201 и далее.]*

бессознательного и вытесненного Оно с помощью контркатексисов, исправность которых является условием его нор мального функционирования. Чем стесненнее чувствует себя Я, тем судорожнее, словно испугавшись, оно цепляется за эти контркатексисы, чтобы сохранить свой остаток от сле дующих вторжений. Но эта защитная тенденция совершен но не согласуется с намерениями нашего лечения. Напротив, мы хотим, чтобы Я, заручившись нашей поддержкой, стало смелым, отважилось на атаку, чтобы отвоевать потерянное. При этом мы можем теперь ощутить силу этих контркатексисов в виде *сопротивления* нашей работе. Я чурается таких предприятий, которые кажутся опасными и угрожают не удовольствием, оно должно постоянно побуждаться и ус покаиваться, чтобы нам не отказывать. Это сопротивление, которое сохраняется на протяжении всего лечения и возобновляется при каждой новой части работы, мы не совсем корректно называем *сопротивлением вытеснения.* Мы узна ем, что это не единственное сопротивление, которое нас поджидает. Интересно, что в этой ситуации коалиция форми руется несколько по-другому, ибо Я противится нашей ини циативе, но бессознательное, обычно наш оппонент, оказы вает нам помощь, так как имеет естественный «импульс», ничего другого оно не жаждет так сильно, как пробраться через установленные ему границы в Я и в сознание. Борьба, развертывающаяся, когда мы достигаем нашей цели и мо жем подвигнуть Я к преодолению своих сопротивлений, совершается под нашим руководством и с нашей помощью. Безразлично, какой будет ее исход — приведет ли она к тому, что Я примет отвергавшееся до сих пор требование влечения после повторной проверки, или снова его отвергнет, на этот раз окончательно. В обоих случаях постоянная опасность устранена, объем Я расширился, а разорительные издержки стали излишними.

Преодоление сопротивлений — часть нашей работы, требующая наибольшего времени и наибольших стараний. Однако она и вознаграждается, ибо вызывает благоприят ное изменение Я, которое сохранится независимо от резуль тата переноса и выдержит испытание в жизни. Одновремен но мы работали также над устранением того изменения Я, которое возникло под влиянием бессознательного, ибо вся кий раз, когда нам удавалось обнаружить в Я таких его

потомков, мы выявляли их незаконное происхождение и побуждали Я к их отвержению. Вспомним, что одно из предварительных условий нашего договора по оказанию помощи заключалось в том, что такое изменение Я вслед ствие проникновения бессознательных элементов не долж но превышать определенной степени.

Чем дальше продвигается наша работа и чем глубже мы понимаем душевную жизнь невротика, тем отчетливее стано вится знание двух новых моментов, которые требуют самого пристального внимания в качестве источников сопротивления. Оба они совершенно неизвестны больному, оба их нельзя было учесть при заключении нашего договора; и они также не ис ходят от Я пациента. Их можно объединить под общим назва нием «потребность в болезни, или страдании», но они имеют разное происхождение, хотя и родственную в остальном при- роду. Первый из двух этих моментов — чувство вины или сознание виновности, как его называют, пренебрегая тем фак том, что больной не ощущает его и не распознает. Это, очевид но, вклад в сопротивление, который вносит ставшее особо суровым и жестоким Сверх-Я. Индивид не должен выздоро веть, он должен оставаться больным, ибо ничего лучшего не заслуживает. Собственно говоря, это сопротивление не меша ет нашей интеллектуальной работе, но оно делает ее неэф фективной, более того, зачастую оно позволяет нам устранить одну форму невротического недуга, но тут же готово заме нить ее другой, при случае — соматическим заболеванием. Это сознание виновности также объясняет иногда наблюдаемое излечение или ослабление тяжелых неврозов в результате реальных несчастных случаев; все сводится лишь к тому, что человеку плохо, и не важно, каким образом. Безропотная покорность, с которой такие люди нередко терпят свою тяже лую судьбу, весьма удивительна, но вместе с тем вероломна. В защитной борьбе с этим сопротивлением мы должны огра ничиваться его осознанием и попыткой постепенного упразд нения враждебного Сверх-Я.

Менее просто доказать наличие другого сопротивления, в борьбе с которым мы особенно ощущаем свою недостаточ ность. Среди невротиков имеются лица, у которых, если судить по всем их реакциям, влечение к самосохранению превратилось буквально в свою противоположность. Они, похоже, стремятся

исключительно к самоповреждению и саморазрушению.

Возможно, к этой группе относятся также лица, которые в конце концов действительно совершают самоубийства Мы предполагаем, что у них произошло значительное расслоение влечений, вследствие которого высвободились огромные количе ства обращенного вовнутрь деструктивного влечения. Такие па циенты могут воспринимать выздоровление, к которому приво дит наше лечение, невыносимым, они сопротивляются ему всеми средствами. Но мы признаем, что этот случай нам пока еще не удалось разъяснить полностью.

Взглянем теперь еще раз на ситуацию, в которой мы оказались, предприняв нашу попытку прийти на помощь не вротическому Я. Это Я больше не может решить задачу, ко торую ставит ему внешний мир, включая человеческое обще ство. Оно не располагает всем своим опытом, лишилось значительной части богатства своих воспоминаний. Его активность сдерживается строгими запретами Сверх-Я, его энергия : растрачивается в тщетных попытках защититься от притяза ний Оно. Кроме того, вследствие продолжающихся вторже ний Оно его организация оказалась повреждена, расколота, она больше не в состоянии осуществлять надлежащий синтез, разрывается противоречащими друг другу стремлениями, неулаженными конфликтами, нерешенными сомнениями. Сна чала мы побуждаем это ослабленное Я пациента принять уча стие в чисто интеллектуальной работе по толкованию, которая стремится временно заполнить бреши в его душевных владе ниях, позволяем перенести на себя авторитет его Сверх-Я, подстрекаем включиться в борьбу за каждое отдельное тре бование Оно и преодолевать возникающие при этом сопротив ления. Одновременно мы восстанавливаем порядок в его Я, отыскивая содержания и стремления, проникшие из бессозна тельного, и подвергаем их критике, возвращая их к первоис точникам. В различных функциях мы служим пациенту авто ритетом и заменой родителей, учителем и воспитателем, мы делаем для него самое лучшее, когда в качестве аналитиков поднимаем психические процессы в его Я на нормальный уро вень, превращаем то, что стало бессознательным и вытеснен ным, в предсознательное и тем самым снова предоставляем это в собственность Я. Со стороны пациента нам содействует несколько рациональных моментов, как-то: мотивированная его страданием потребность в выздоровлении и интеллектуальный интерес, который нам удалось у

него пробудить, к теориям

и открытиям психоанализа, но с гораздо большими си лами — позитивный перенос, благодаря которому он идет нам навстречу. С другой стороны против нас выступают негатив ный перенос, сопротивление вытеснения *Я,* то есть его неже лание подвергать себя возложенной на него тяжелой работе, чувство вины, проистекающее из отношения к Сверх-Я, и по требность болезни, возникшая вследствие глубоких измене ний экономики его влечений. От участия обоих последних факторов зависит, как мы назовем его случай — легким или тяжелым. Помимо них можно выделить несколько других мо ментов, рассматриваемых как благоприятные или неблагоприят ные. Определенная психическая инертность, тугоподвижное либидо, которое не хочет отказываться от своих фиксаций, не может нами приветствоваться; способность человека к субли мации влечений играет важную роль, равно как и его способ ность к возвышению над грубой жизнью влечений, а также относительная сила его интеллектуальных функций.

Мы не разочарованы, а считаем совершенно естественным вывод, что конечный исход борьбы, которую мы затеяли, зависит от количественных соотношений, от суммы энергии, которую мы можем мобилизовать в нашу пользу у пациента, по сравнению с суммой энергии сил, вступающих против нас. Бог и здесь снова обладает более сильными батальонами — разумеется, мы не всегда достигаем победы, но по крайней мере в большинстве случаев мы можем понять, почему мы не победили. Тот, кто следовал за нашими рассуждениями толь- ко из терапевтического интереса, после этого признания, навер ное, презрительно отвернется. Но терапия занимает нас здесь лишь постольку, поскольку она работает психологическими средствами, в настоящее время никакими другими мы не рас полагаем. Возможно, будущее нас научит, как с помощью особых химических веществ можно напрямую влиять на ко личества энергии и их распределение в душевном аппарате. Вероятно, появятся еще и другие непредвиденные возможно сти терапии; пока же в нашем распоряжении нет ничего лучшего, чем психоаналитическая техника, и поэтому, не смотря на ее ограничения, нам не следует ею пренебрегать.

ЗАМЕТКИ О ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ

ТОЛКОВАНИЯ СНОВИДЕНИЙ (1923 [1922])

Случайное обстоятельство, что последние издания «Толко- вания сновидений» [1900a][1] были изготовлены посредством сте реотипной печати, побуждает меня отдельно сделать нижеследу ющие замечания, которые в противном случае нашли бы свое место в тексте в виде поправок или включений.

I

При толковании сновидения в анализе имеется выбор между разными техническими методами[2].

Можно поступать *(а)* хронологически и попросить сно видца произносить свои мысли по поводу элементов сновиде ния в последовательности, которой эти элементы придержи ваются в рассказе о сновидении. Это — первоначальный, классический образ действия, который я по-прежнему считаю наилучшим, когда анализируют собственные сновидения.

Или можно *(б)* начать работу по толкованию с отдельного, прорисованного элемента сна, который выхватывают непосред ственно из сновидения, например, с той его части, которая боль ше всего привлекает к себе внимание, или с той части, которая обладает наибольшей отчетливостью или чувственной интенсив ностью, или, скажем, оттолкнуться от содержащегося в снови дении высказывания, от которого ждут, что оно приведет к вос поминанию о высказывании из бодрствующей жизни.

Можно *(в)* вообще вначале отрешиться от явного содер- жания и взамен задать сновидцу вопрос, какие события пос леднего дня в его ассоциации присоединяются к рассказанно му сновидению.

[1] *[Шестое и седьмое издания, появившиеся соответственно в 1921 и 1922 годах.]*

[2] *[Ср. похожее обсуждение примерно в начале 29-й лекции «Ново го цикла» (1933a), Studienausgabe, т.*

1, c. 452-460.]

Наконец *(г),* если сновидец уже знаком с техникой толкования, то можно отказаться от всякого предписания и предоставить ему решать, с каких мыслей по поводу снови дения он хочет начать. Я не могу утверждать, что та или иная из этих техник более предпочтительна и в целом дает лучшие результаты.

II

Гораздо важнее то обстоятельство, совершается ли работа над толкованием под *высоким* или *низким давлением сопротивления,* относительно чего аналитик никогда не пребывает долго в сомнении. При высоком давлении можно, пожалуй, попытаться узнать, о каких вещах идет речь в сновидении, но нельзя догадаться, что оно об этих вещах говорит. Это похоже на то, как если бы пытались прислу шаться к разговору, который ведут вдалеке или тихим голо сом. В таком случае говорят себе, что о сотрудничестве со сновидцем речи идти не может, решают не особенно мучить ся и помочь ему лишь немного и удовлетворяются тем, что предлагают ему несколько символических переводов, кото рые считают возможными.

Большинство сновидений в трудных анализах — подоб ного рода, и поэтому из них нельзя много узнать о природе и механизме образования сновидения, но меньше всего по лучают сведений на любимый вопрос, в чем же все-таки состоит исполнение желания в сновидении.

При крайне высоком давлении сопротивления возника ет следующий феномен: ассоциация сновидца идет вширь, а не вглубь. Вместо желаемых ассоциаций с рассказанным сном обнаруживаются все новые части сновидения, которые сами остаются без ассоциаций. Только тогда, когда сопротивле ние удерживается в умеренных границах, осуществляется известная картина работы над толкованием: сначала ассоци ации сновидца по поводу явных элементов далеко *расходят ся,* в результате чего затрагивается множество тем и кругов представлений, после чего второй ряд ассоциаций быстро отсюда *сходится* к искомым мыслям сновидения.

Тогда становится также возможным и сотрудничество аналитика со сновидцем; при высоком давлении сопротивле ния это не было бы даже целесообразным.

Многие сновидения, случающиеся во время анализа, непереводимы, хотя они и не выставляют напоказ именно сопротивление. Они представляют собой вольную обработ ку лежащих в их основе скрытых мыслей сновидения и сопоставимы с удачными, художественно переработанными поэтическими произведениями, в которых хотя и можно еще распознать основные мотивы, но они могут быть как угодно перемешаны и преобразованы. Такие сны служат в лечении вступлением к мыслям и воспоминаниям сновидца, но при этом само их содержание не учитывается.

III

Можно различить сновидения *сверху* и сновидения *сни зу,* если это различие не понимать слишком строго. Сновидения снизу — это такие сны, которые возбуждаются силой бессознательного (вытесненного) желания, создавшего себе представительство в тех или иных дневных остатках. Они соответствуют вторжениям вытесненного в бодрствующую жизнь. К сновидениям сверху можно приравнять днев ные мысли или дневные намерения, которым ночью удалось получить усиление от вытесненного содержания, отколовше гося от Я[1]. В таком случае анализ, как правило, отказывается от этого бессознательного помощника и осуществляет вклю чение латентных мыслей сновидения в структуру бодрству ющего мышления. Видоизменять теорию сновидения из-за этого различия не требуется.

IV

В некоторых анализах или на определенных отрезках анализа обнаруживается разобщение жизни во сне и жизни в бодрствовании, подобное отделению деятельности фанта зии, поддерживающей *continued story* (роман-грезу), от бодрствующего мышления. В таком случае сновидение при соединяется к другим снам, делает средоточием элемент,

[1] *[Фрейд формулирует еще несколько мыслей по поводу «сновиде ний сверху» в своем письме Максиму Леруа о некоторых сновидениях Декарта (1929b). Возникновение таких сновидений он отмечал уже в «Толковании сновидений» (1900a), Studienausgabe, т. 2, с. 534.]*

который мимоходом затрагивался в предыдущем сне, и т. д. Однако гораздо чаще случается так, что сновидения не свя зываются друг с другом, а включают в себя следующие друг за другом части бодрствующего мышления.

V

Толкование сновидения распадается на две фазы — на перевод и на его обсуждение или применение. В пер вой фазе нельзя позволить влиять на себя каким-либо соображениям по поводу второй. Это как если бы вы имели перед собой главу из книги иноязычного автора, к примеру, Ливия. Сначала хотят узнать, о чем Ливии рас сказывает в этой главе, и только потом начинается об суждение того, что представляет собой прочитанное — историческое сообщение, сказание или авторское отступ ление. Какие же выводы можно сделать из правильно переведенного сновидения? У меня создалось впечатле ние, что аналитической практике не всегда удавалось избежать здесь ошибок и перегибов, причем отчасти из-за огромного благоговения перед «таинственным бессоз нательным»[1].

Слишком легко забывают о том, что сновидение чаще всего является просто мыслью, подобной любой другой, ставшей возможной благодаря ослаблению цензуры и бес сознательному усилению и искаженной под воздействием цензуры и бессознательной обработки.

Возьмем для примера так называемые сны о выздо ровлении. Если пациенту приснился такой сон, в котором он будто бы избегает ограничений невроза, например, пре одолевает фобию или отказывается от эмоциональной привязанности, то мы склонны думать, что он сделал большой шаг вперед, готов приспособиться к новым об стоятельствам жизни, начинает считаться со своим здо ровьем и т. д. Зачастую это может быть верным, но столь

[1] *[Фрейд часто подчеркивал, что сновидения — это лишь «форма мышления». См., например, его «Историю психоаналитического движе ния» (1914й?, на последних страницах), работу «О некоторых невроти ческих механизмах» (\922b, Studienausgabe, т. 7, с. 225), а также длин ное примечание, добавленное в 1925 году к «Толкованию сновидений» (1900a) (Studienausgabe, т. 2, с. 486).]*

же часто такие сны о выздоровлении имеют всего лишь значение снов об удобстве[1], они означают желание нако нец стать здоровым, чтобы избежать части аналитической работы, которую, как они чувствуют, им предстоит проде лать в дальнейшем. В таком смысле сны о выздоровлении случаются очень часто, когда, например, пациент должен вступить в новую, неприятную для него фазу переноса. Тогда он ведет себя в точности как иные невротики, которые после нескольких часов анализа объявляют себя вылечившимися, так как они хотят избежать всего неприятного, о котором еще должна зайти речь в анализе. Также и больные, страдающие военным неврозом, отказались от своих симптомов, посколь ку терапия, проводимая военными врачами, могла сделать для них болезнь еще более неприятной, чем служба на фронте, придерживались тех же экономических условий, и в обоих $_{Л}$ случаях излечение оказывалось нестойким[2].

VI

Совсем не просто вынести общее решение о ценности правильно переведенных сновидений. Если у пациента суще ствует конфликт амбивалентности, то враждебная мысль, которая проявляется в нем, разумеется, не означает преодо ления на долгое время нежного побуждения, то есть реше ния конфликта, и точно так же этого значения не имеет и сновидение враждебного содержания. Во время такого кон фликта амбивалентности каждая ночь нередко приносит два сновидения, каждое из которых занимает другую позицию. В таком случае прогресс состоит в том, что добиваются основательной изоляции обоих контрастирующих побужде ний, после чего можно проследить и разглядеть каждое из них, доведенное до крайности с помощью бессознательного усиления. Иногда одно из двух амбивалентных сновидений оказывается полностью забытым; в таком случае нельзя

[1] *[См. «Толкование сновидений», Studienausgabe, т. 2, с. 142 я далее. Примеры и обсуждение этих снов, а также «подтверждающих сновидений» из раздела VII, ниже, см. в разделе III работы «О пси хогенезе одного случая женской гомосексуальности» (1920a), Studienausgabe, т. 7, с. 274-275.]*

[2] *[Ср. мнение Фрейда о лечении больных военным неврозом (1955c [1920]).]*

позволить себя обмануть и предположить, что теперь реше ние принято в пользу одной стороны. Правда, забывание одного сновидения показывает, что на данный момент верх взяло одно направление, но это относится только к одному дню и может измениться. Следующая ночь, возможно, выд винет на передний план противоположное проявление. Что же на самом деле происходит с конфликтом, можно дога даться только с учетом всех других проявлений, в том числе и в бодрствующей жизни.

VII

С вопросом об оценке сновидений тесно связан другой вопрос — о возможности на них повлиять с помощью вра чебного «внушения ». Возможно, аналитик сперва испугает ся, если ему напомнят об этой возможности[1]; но при более ближайшем рассуждении этот страх, несомненно, уступит пониманию того, что влияние на сны пациента является для аналитика не столько неудачей или позором, сколько воз можностью управлять его сознательными мыслями.

То, что аналитическое лечение влияет на явное содер жание сновидений, не нужно доказывать. Это следует уже из того, что сновидение опирается на бодрствующую жизнь и перерабатывает его побуждения. То, что происходит в аналитическом лечении, разумеется, принадлежит также к впечатлениям бодрствующей жизни и едва ли не к самым сильным из них. Поэтому неудивительно, что пациенту снят ся вещи, которые обсуждал с ним врач и пробудил у него их ожидание. Во всяком случае, это не большее чудо, чем то, что содержится в известном факте «экспериментальных» снов[2].

Теперь интерес распространяется на вопрос: может ли также и аналитик оказать влияние, внушить скрытые мысли сновидения, выявляемые с помощью толкования. Ответ на этот вопрос опять-таки должен гласить: разумеется, да, ибо участие этих скрытых мыслей сновидения соответствует предсознательным, вполне способным к осознанию мыслительным

[1] *[Ср. параграф 4 в конце 15-й лекции по введению в психоанализ (1916-1917), Studienausgabe, т. 1, с. 239-240.]*

[2] *[См. «Толкование сновидений» (1900a), Studienausgabe, т. 2, с. 194, прим. 2, и с. 376-377.]*

образованиям, которыми сновидец мог бы при слу чае реагировать также и в бодрствовании на стимулы врача независимо от того, совпадают ли по направленности ответы анализируемого этим стимулам или противоречат им. Если заменить сновидение содержащимися в нем мыслями, то вопрос, в какой степени можно внушить сновидения, совпа дает с более общим: в какой степени пациент доступен вну шению в анализе?

На сам механизм образования сновидения, на собствен но работу сновидения влияния никогда не оказывают; этого можно придерживаться.

Помимо обсуждавшейся части предсознательных мыслей сновидения каждое правильное сновидение содержит указа ния на вытесненные желания-побуждения, которым он обя зан своей возможностью образоваться. Скептик скажет по поводу них, что они проявляются в сновидении, так как сно видец знает, что он должен их привести, что они ожидаются аналитиком. Сам аналитик с полным правом будет думать иначе.

Если сновидение приводит ситуации, которые можно объяснить сценами из прошлого сновидца, то тогда особен но важным представляется вопрос, может ли врачебное влияние также быть причастно к этим содержаниям снови дения. Самым неотложным этот вопрос становится при так называемых *подтверждающих* сновидениях, сновидениях, плетущихся в хвосте анализа[1]. У некоторых пациентов ни каких других и не получают. Они репродуцируют забытые переживания своего детства только после того, как анали тик сконструировал их из симптомов, намеков и мыслей и это им сообщил[2]. Затем появляются подтверждающие сно видения, по поводу которых, однако, сомнение говорит, что никакой доказательной силы они не имеют, поскольку мо гут быть выдуманы в ответ на стимулы врача, вместо того чтобы появиться на свет из бессознательного сновидца. Избежать в анализе этой неоднозначной ситуации нельзя, ибо если, работая с этими пациентами, не толковать, не конструировать и не рассказывать, то никогда не получишь доступ к тому, что у них вытеснено.

[1] *[См. техническую работу о толковании сновидений (1911г), в дан ном томе с. 188 и далее.]*

[2] *[См. позднюю работу Фрейда «Конструкции в анализе» (1937d).]*

Положение вещей складывается благоприятно, если к анализу такого плетущегося в хвосте, подтверждающего сновидения непосредственно присоединяются ощущения воспоминания о том, что до сих пор было забыто.

В таком случае скептик находит выход из положения, говоря, что это обманы памяти. В большинстве случаев не имеется даже таких ощущений воспоминания. Вытесненное пропускается лишь частями, а всякая неполнота сдерживает или замедляет образование убеждения. Также речь может идти не о репродукции действительного, забытого события, а о содействии бессознательной фантазии, где не следует ожидать ощущения воспоминания, но иногда остается воз можным чувство субъективного убеждения.

Итак, могут ли подтверждающие сновидения действитель но быть результатом внушения, то есть сновидениями, оказывающими любезность? Пациенты, которые приводят только подтверждающие сновидения, это именно те, у которых роль главного сопротивления играет сомнение. Не надо пытаться «перекричать» это сомнение авторитетом или устранить его с помощью аргументов. Оно должно оставаться до тех пор, пока не будет разрешено в ходе дальнейшего анализа. Также и аналитик в отдельных случаях может придерживаться такого сомнения. Тем, что в конце концов делает его уверенным, является как раз усложнение поставленной перед ним задачи, сопоставимой с решением одной из детских игр, называемых «мозаикой». Там цветной рисунок, наклеенный на деревянную дощечку и точно вписывающийся в деревянную рамку, разрезан на много частей, которые ограничиваются беспоря дочно искривленными линиями. Если удается беспорядочную груду деревянных дощечек, каждая из которых содержит непонятную часть рисунка, упорядочить таким образом, что рисунок приобретает смысл, что нигде не остается пробела между стыками и что он весь заполняет рамку, то это значит, что все эти условия выполнены, и становится ясно, что реше ние головоломки найдено и что никакого другого решения не существует.

Конечно, такое сравнение ничего не значит для анали зируемого во время незавершенной аналитической работы. Я вспоминаю здесь дискуссию, которую мне довелось вести с пациентом, чья исключительная амбивалентная установка выражалась в сильнейшем навязчивом сомнении. Он не оспаривал

толкования своих сновидений и был очень взволнован их соответствием с высказанными мною догадками. Но он спро сил, не могли ли эти подтверждающие сновидения быть вы ражением его покорности мне. Когда я выставил доводом, что эти сновидения представили также множество частных под робностей, о которых я не мог догадываться, и что остальное его поведение во время лечения о покорности как раз не сви детельствовало, он обратился к другой теории и спросил, не могло ли его нарциссическое желание стать здоровым побу дить его продуцировать подобные сновидения, поскольку я ему все-таки обещал выздоровление, если он сможет принять созданные мною конструкции. Я вынужден был отвечать, что мне пока еще не доводилось встречаться с таким механизмом образования сновидения, но решение пришло другим путем. Он вспомнил о снах, которые снились ему еще до того, как он начал анализ, более того, еще до того, как он что-то о нем узнал, и анализ этих снов, которые нельзя было подозревать в суггестии, привел к таким же истолкованиям, как и анализ более поздних. Его навязчивое желание противоречить нашло, правда, выход в том, что более ранние сновидения были менее отчетливыми, чем те, которые снились в период лечения, но мне было достаточно соответствия. *Я* думаю, что вообще-то неплохо иной раз вспоминать о том, что людям, как правило, снились сны еще до того, как начался психоанализ.

VIII

Вполне может быть, что сновидениям в психоанализе удается обнаружить вытесненное в большем количестве, чем сновидениям вне этой ситуации. Но этого нельзя доказать, ибо две эти ситуации несопоставимы; использование в анализе — это намерение, первоначально совершенно чуждое сновидению. И на оборот, не подлежит сомнению, что в рамках анализа значи тельно больше вытесненного обнаруживается в связи со сно видениями, чем с помощью других методов; для такой повышенной производительности должен иметься двигатель, бессознательная сила, которая в состоянии сна лучше, чем когда-либо способна поддерживать намерения анализа. Теперь едва ли тут можно привлечь какой-либо другой фактор, кро ме проистекающей из родительского комплекса покорности анализируемого по отношению к аналитику, то есть положительное

участие так называемого переноса, и действительно, во многих сновидениях можно вернуть обратно вытесненное и забытое, нельзя обнаружить никакого другого бессознатель ного желания, которому можно было приписать движущую силу для образования сновидения. Стало быть, если кто-то желает утверждать, что большинство используемых в анализе сновидений — это сновидения, оказывающие любезность, и своим возникновением обязаны суггестии, то с точки зрения аналитической теории против этого ничего нельзя возразить. Тогда я должен разве что сослаться на рассуждения в моих «Лекциях по введению» [(1916-1917) 28-я лекция], в кото рых обсуждается отношение переноса к суггестии и показы вается, как мало признание суггестивного воздействия в на шем значении вредит надежности наших результатов.

В сочинении «По ту сторону принципа удовольствия», [(1920g) *Studienausga.be,* т. 3, с. 228 и далее] я занимался эко номической проблемой, каким образом в любом смысле не приятным переживаниям из раннего инфантильного периода развития сексуальности удается так или иначе репродуциро ваться. Мне пришлось в «навязчивом повторении» за ними признать исключительно сильный импульс, который одолева ет служащее принципу удовольствия вытеснение, которое тяготеет над ними, но все же не раньше, чем «идущая ему навстречу работа лечения не ослабила вытеснения»[1]. Здесь следовало бы добавить, что эту помощь навязчивому повторе нию оказывает позитивный перенос. При этом создался союз лечения с навязчивым повторением, который сперва направляет ся против принципа удовольствия, но в конечном счете хочет установить господство принципа реальности. Как я там отме чал, разве что слишком часто случается, что навязчивое повто рение освобождает себя от обязательств такого союза и не довольствуется возвращением вытесненного в форме образов сновидения.

IX

Насколько я теперь понимаю, сновидения при травмати ческом неврозе составляют единственное настоящее[2], а сновидения

[1] *[«По ту сторону принципа удовольствия», Studienausgabe, т. 3, с. 230.]*

[2] *[Там же, с. 241-242.]*

о наказании — единственно кажущееся[1] исключение из тенденции сновидения к исполнению желания. У этих последних обнаруживается необычное положение дел: в сущности, ничего из латентных мыслей сна не принимается в явное содержание сновидения, а вместо них появляется нечто совершенно другое, что следует описать как реактивное образование против мыслей сна, как отвержение их и полное расхождение с ними. На такое выступление против сновидения можно считать способным только критическую инстанцию Я, и поэтому следует предположить, что она, возбужденная бессознательным исполнением желания, временно восстанавливается также и в состоянии сна. Она могла бы также сре агировать на это нежелательное содержание сновидения пробуждением, но в образовании сновидения о наказании нашла способ избежать нарушения сна.

Так, например, в отношении известных сновидений поэта Розеггера, которые я упоминаю в «Толковании сновидений»[2] можно предположить, что подавленный текст имеет высокомерное, хвастливое содержание, тогда как настоящее сновидение упрекает его: «Ты — ни на что не годный подмастерье». Конечно, было бы бессмысленно искать вытесненное желание-побуждение в качестве движущей силы этого явного сновидения; надо довольствоваться ис полнением желания со стороны самокритики.

Недоумение от подобного построения сновидения умень шится, если подумать о том, насколько привычно искажение сновидения, служа цензуре, заменяет отдельный элемент чем-то, что в том или ином значении является его противополож ностью или антитезой. Отсюда совсем короткий путь до заме ны характерной части содержания сновидения защитным возражением, а еще один шаг приводит к замене всего предо судительного содержания сновидения сновидением о наказа нии. Относительно этой промежуточной фазы фальсифика ции явного содержания мне хочется привести один или два характерных примера.

Из сновидения девушки с сильной фиксацией на отце, которая с трудом высказывается в анализе: она сидит в

[1] *[См. «Толкование сновидений» (1900a), Studienausgabe, т. 2, с. 531-532.]*

[2] *[Там же, с. 456-459.]*

комнате с подругой, одетая лишь в кимоно. Входит некий господин, которого она стесняется. Однако господин гово рит: «Да ведь это та девушка, которую мы уже однажды видели красиво одетой». Этот господин — я, в дальнейшем сведении — отец. Однако со сновидением ничего нельзя сделать, пока мы не решаемся заменить самый важный эле мент в речи господина его противоположностью: «Это та девушка, которую я уже однажды видел *раздетой,* и она была тогда очень красивой». Ребенком в возрасте от трех до четырех лет она какое-то время спала в одной комнате с отцом, и все признаки указывают на то, что тогда она имела обыкновение сбрасывать с себя во сне одеяло, чтобы понра виться отцу. Прежнее вытеснение ее эксгибиционистского желания сегодня мотивирует ее закрытость в лечении, ее нежелание разоблачиться.

Из другой сцены этого же сновидения: она читает свою собственную, имеющуюся в печати историю болезни. В ней говорится, что молодой человек убивает свою возлюблен ную — какао; это относится к анальной эротике[1]. Послед нее — это мысль, которая у нее появляется в сновидении при упоминании какао. Толкование этой части сновидения еще труднее, чем толкование предыдущей. Наконец, я уз наю, что перед сном она читала «Историю одного инфан тильного невроза» (пятый выпуск «Собрания небольших сочинений») [1918b], ядро которого образует реальное или вымышленное наблюдение за коитусом между родителями. Однажды раньше она уже связывала эту историю болезни с собственной персоной, и это не единственный признак того, что и у нее также речь идет о таком наблюдении. Молодой человек, который убивает свою возлюбленную, — явный намек на садистское понимание сцены коитуса, однако сле дующий элемент, какао, никак с этим не состыкуется. С какао она может связать только то, что ее мать имеет обыкнове ние говорить, что от какао болит голова, да и от других женщин она слышала то же самое. Впрочем, благодаря та ким же головным болям она какое-то время идентифициро вала себя с матерью. Теперь я не могу иначе связать между собой два этих элемента сновидения, кроме как через предположение,

[1] *[Еще один пример этой связи см. в примечании к работе «Харак тер и анальная эротика» (1908b), Studienausgabe, т. 7, с. 27, прим. 1.]* ,

что она хочет отвлечься от последствий наблю дения за коитусом. Нет, с зачатием детей коитус ничего общего не имеет. Дети появляются от чего-то, что употреб ляют в пищу (как в сказке), а упоминание анальной эротики, которая выглядит как попытка толкования в сновидении, дополнением об анальном рождении совершенствует при званную на помощь инфантильную теорию.

X

Иногда приходится слышать удивление по поводу того, что Я сновидца появляется в явном сновидении дважды или неоднократно — один раз в собственном обличье, а в другие разы — скрытое за другими лицами[1]. Очевидно, вторичная переработка во время образования сновидения стремилась искоренить это множество Я, которое не вписывается ни в одну сценическую ситуацию, однако благодаря работе тол кования оно восстанавливается. Само по себе оно не более странное, чем множественное существование *Я* в бодрствующей мысли, особенно если при этом *Я* расчленяется на субъект и объект, в качестве наблюдающей и критической инстанции противопоставляется другой части или его ны нешняя сущность сравнивается с припомненной, прошлой, которая когда-то тоже была Я. Например, в предложениях: «Когда *я* вспоминаю о том, что *я* сделал этому человеку » и: «Когда *я* вспоминаю, что когда-то и *я* был ребенком». Од нако то, что все люди, которые присутствуют в сновидении, должны считаться отколовшимися частями и представитель ствами собственного Я, мне хочется отвергнуть как бессо держательную и неправомерную спекуляцию. Нам достаточ но придерживаться того, что отделение Я от наблюдающей, критикующей, наказывающей инстанции (Я-идеала) прини мается во внимание также и при толковании сновидений.

[1] *[См. «Толкование сновидений» (1900л), Studienausgabe, т. 2, с. 320-321. В 1925 году Фрейд добавил к первоначальному пассажу предложение, передающее суть того, о чем говорится в дальнейшем.]*

КОНСТРУКЦИИ В АНАЛИЗЕ (1937)

I

Один очень уважаемый исследователь, которому я всегда ставил в заслугу, что он воздавал должное психоанализу в то время, когда большинство других не считало это своей обязанно стью, однажды, однако, сделал столь же обидное, как и неспра ведливое, замечание о нашей аналитической технике. Он сказал: когда мы доводим до сведения пациента свои толкования, то ведем себя с ним по пресловутому принципу: *Heads I win, tails you lose*[1]. То есть, если он соглашается с нами, то тогда все в порядке; если же он возражает, то тогда это всего лишь признак его со противления, и, стало быть, мы опять правы. Таким образом мы всегда оказываемся правыми по отношению к беспомощному бедному человеку, которого мы анализируем, как бы он ни отно сился к нашим предположениям. Поскольку и в самом деле «нет» нашего пациента обычно не означает, что мы должны отказаться от нашего толкования как неправильного, такое разоблачение нашей техники было весьма желанно для противников анализа. Поэтому имеет смысл подробно остановиться на том, как мы обычно оцениваем «да» и «нет» пациента во время аналитическо го лечения, проявление его согласия и его возражения. Правда, в этом оправдании ни один практикующий аналитик не узнает ничего такого, чего бы он уже не знал[2].

Как известно, цель аналитической работы — подвести пациента к тому, чтобы он вновь устранил вытеснения — понимаемые в самом широком смысле — своего раннего

[1] *[Орел — я выиграл, решка — ты проиграл (англ.). — Прим. перев.]*

[2] *[Эта дискуссия продолжает предыдущие рассуждения в работе Фрейда «Отрицание. (1925b), Studienausgabe, т. 3, с. 373 и 377. Ср. также пассаж в первой главе анализа «Доры» (1905e), Studienausgabe, т. 6, с. 131, и примечание, добавленное в 1923 году этому пассажу, а также примечание к главе I (Г) анализа «Крысина» (1909d), Studienausgabe, т. 7, с. 55, прим. 1.]*

развития, чтобы заменить их реакциями, которые соответ ствовали бы состоянию психической зрелости. С этой целью он должен снова вспомнить определенные переживания и вызванные ими аффективные побуждения, которые теперь им забыты. Мы знаем, что его нынешние симптомы и тормо жения являются последствиями таких вытеснений, то есть заменой того забытого. Какие же материалы предоставляет он в наше распоряжение, благодаря использованию кото рых мы можем помочь ему вновь обрести утраченные воспо минания? Самые разные: фрагменты этих воспоминаний в его сновидениях, сами по себе несравненной ценности, но, как правило, сильно искаженные всеми факторами, причастны ми к образованию сновидения; мысли, продуцируемые им, когда он предается «свободному ассоциированию», в кото рых мы можем распознать намеки на вытесненные переживания и производные подавленных аффективных импульсов, а также реакций на них; наконец, признаки повторений аффектов, принадлежащих вытесненному, в более важных или незначительных действиях пациента в аналитической ситуации и вне ее. Опытным путем мы пришли к выводу, что перенос, который устанавливается по отношению к аналитику, особенно благоприятствует возвращению таких аффективных связей. Из этого, так сказать, сырья мы и должны производить желаемое.

Желаемое — это достоверная и полная во всех суще ственных частях картина забытых жизненных лет пациента. Здесь, однако, мы напомним о том, что аналитическая рабо та состоит из двух совершенно разных частей, что она со вершается на двух отдельных аренах, осуществляется двумя людьми, каждому из которых отведена своя задача. Возни кает вопрос, почему на этот основополагающий факт не обращали внимание раньше, но сразу же можно сказать, что здесь ничего не скрывали, что речь идет об общеизвестном, так сказать, о само собой разумеющемся факте, который лишь здесь выдвигается и подчеркивается с особым намере нием. Все мы знаем, что анализируемого нужно подвести к тому, чтобы он вспомнил о чем-то им пережитом и вытес ненном, а динамические условия этого процесса настолько интересны, что другая часть работы, деятельность аналити ка, напротив, отодвигается на задний план. Из того, что имеет значение, аналитиком ничего не было пережито и

ничего не было вытеснено; его задача не может состоять в том, чтобы что-либо вспомнить. Какова же тогда его задача? Он должен разгадать, или, выражаясь более правильно, *сконструировать* забытое по признакам, которые оно пос ле себя оставляет. Как, когда и с помощью каких разъясне ний он сообщает свои конструкции анализируемому — это создает связь между двумя частями аналитической работы, между тем, что делает он, и тем, что делает анализируемый.

Его работа над конструкцией или, если привычнее слы шать, над реконструкцией, обнаруживает значительное сход ство с работой археолога, раскапывающего разрушенное и заваленное жилище или постройку из прошлого. Собствен но говоря, она тождественна ей, разве что аналитик работа ет в лучших условиях, имеет в своем распоряжении больше вспомогательного материала, поскольку он занимается чем-то, что еще по-прежнему живо, а не разрушенным объек том, и, вероятно, также еще и по другой причине. Но точно так же, как археолог, который по сохранившимся частям стен выстраивает перегородки здания, по углублениям в почве определяет количество и расположение колонн, по найденным в мусоре остаткам восстанавливает прежние орнаменты стен и фрески, действует и аналитик, когда де лает свои выводы из обрывков воспоминаний, ассоциаций и активных высказываний анализируемого. Право обоих на реконструкцию посредством дополнения и соединения най денных фрагментов остается неоспоримым. Одинаковы в обоих случаях и некоторые трудности и источники ошибок. Одной из самых сложных задач археологии, как известно, является определение относительного возраста находки, и если объект обнаруживают в определенном слое, зачастую приходится решать, принадлежит ли он этому слою или он оказался на глубине вследствие последующих катаклизмов. Легко догадаться, что в аналитических конструкциях соот ветствует такому сомнению.

Мы сказали, что по сравнению с археологом аналитик работает в более благоприятных условиях, поскольку он располагает еще материалом, эквивалент которого не могут принести никакие раскопки, например, повторение реакций, происходящих из раннего времени, а также все то, что про является в таких повторениях благодаря переносу. Но, кро ме того, надо учитывать, что тот, кто

ведет раскопки, имеет

дело с разрушенными объектами, большие и важные части которых совершенно определенно оказались потерянными вследствие механического воздействия, пожаров и грабежей. Никакими усилиями не удается их обнаружить, чтобы сопо ставить их с сохранившимися остатками. В таком случае приходится полагаться единственно и исключительно на реконструкцию, которая поэтому довольно часто не может выходить за пределы некоей вероятности. Иначе обстоит дело с психическим объектом, предысторию которого хочет поднять аналитик. Здесь, как правило, случается то, что с археологическим объектом происходит лишь в счастливых исключительных случаях, как, например, в Помпеях и с гробницей Тутанхамона. Все важное сохранилось, даже то, что кажется совершенно забытым, по-прежнему где-то и как-то присутствует, просто оно оказалось засыпанным, сделалось недоступным для индивида. Как известно, можно даже усомниться, действительно ли то или иное психическое об разование подвергается полному разрушению. Это лишь вопрос аналитической техники, удастся ли полностью вы-явить скрытое. Этому необычайному преимуществу анали тической работы противостоят лишь два других факта, а именно то, что психический объект несравнимо сложнее, чем материальный объект археолога, и что наше знание недостаточно подготовлено к тому, что мы должны обнаружить, так как его внутренняя структура пока еще таит очень много таинственного. На этом наше сравнение обеих работ также заканчивается, ибо основное различие той и другой заклю чается в том, что для археологии реконструкция — это цель и завершение всех стараний, для анализа же конструкция — только предварительная работа.

II

Однако предварительная работа не в том смысле, что сначала ее нужно выполнить как нечто целое, прежде чем приступить к следующей, например, как при строительстве дома, когда должны быть возведены все стены и вставлены все окна, прежде чем можно будет заняться внутренним убранством комнат. Каждый аналитик знает, что в аналитическом лечении дело обстоит иначе, что оба вида работы совершают ся параллельно, одна всегда идет впереди, другая — сразу за

ней. Аналитик доводит до конца часть конструкции, сооб щает ее анализируемому, чтобы это на него подействовало; затем он конструирует следующую часть из вновь поставля емого материала, поступает с ней точно так же, и такое чередование продолжается до конца. Если в описаниях ана литической техники так мало можно услышать о «конструк циях», то причина этого заключается в том, что вместо них говорят о «толкованиях» и их действии. Но я думаю, что слово «конструкция» является намного более подходящим обозначением. Толкование относится к тому, что делают с отдельным элементом материала, пришедшей в голову мыс лью, ошибочным действием и т. п. Однако будет конструк цией, если анализируемому показывают часть забытой им предыстории, скажем, следующим образом: «До *n*-го возра ста вы считали себя единственным и неограниченным вла дельцем матери, затем появился второй ребенок, а с ним вас постигло тяжелое разочарование. Мать на какое-то время вас оставила, да и потом не посвящала себя исключительно вам. Ваши чувства к матери стали амбивалентными, отец приобрел для вас новое значение» и т. д.

В нашей статье наше внимание обращено исключитель но на эту предварительную работу конструкций. И тут сра зу же возникает вопрос: какие гарантии того, что мы не заблуждаемся и не ставим на карту успех лечения по при чине неверной конструкции, есть у нас во время работы над конструкциями? Возможно, покажется, что этот вопрос вообще не допускает всеобъемлющего ответа, но перед этим обсуждением послушаем утешительную информацию, кото рую дает нам аналитический опыт. А именно он учит нас, что не будет никакого вреда, если мы однажды ошиблись и в качестве вероятной исторической правды представили па циенту неправильную конструкцию. Конечно же, это озна чает потерю времени, и тот, кто умеет рассказывать пациен ту только ошибочные комбинации, не произведет на него хорошего впечатления и недалеко продвинется в его лече нии, но отдельная такая ошибка безвредна[1]. В таком случае, скорее всего, пациент останется незатронутым, в ответ на это не скажет ни «да», ни «нет». Возможно, это окажется

[1] *[Пример ошибочной конструкции упоминается в начале раздела III описания случая «Волкова» (1918A), Studienausgabe, т. 8, с. 139.]*

лишь отсрочкой его реакции; но если останется все как есть, то мы можем заключить, что ошиблись, и без ущер ба для нашего авторитета, когда представится случай, в этом признаемся пациенту. Этот случай предоставляется, когда появляется новый материал, который позволяет создать лучшую конструкцию и тем самым исправить ошибку. Ошибочная конструкция отпадает так, словно ее вообще никогда не существовало, более того, в некото рых случаях создается впечатление, что, если сказать словами Полония, приманка лжи поймала карпа правды[1]. Опасность ввести в заблуждение пациента посредством вну шения, «убеждая» его в вещах, в которые верит сам анали тик, но которые он не должен был принимать, несомненно, чересчур преувеличена. Аналитик должен был бы вести себя очень неправильно, чтобы случилась с ним подобная неудача; прежде всего он должен был бы упрекнуть себя в том, что не позволил высказаться пациенту. Без ложной скромности могу утверждать, что в моей деятельно сти такого злоупотребления «суггестией» никогда не случалось.

Уже из того, о чем говорилось выше, вытекает, что мы отнюдь не склонны пренебрегать признаками, которые про- исходят из реакции пациента на сообщение одной из наших конструкций. На этом пункте мы хотим остановиться под робнее. Верно, что мы не принимаем «нет» анализируемого как полноценное, но точно так же мы относимся и к его «да»; совершенно несправедливо нас обвинять, что во всех случаях мы истолковываем его высказывание как подтверж дение. В действительности все не так просто, и мы не облег чаем себе решение таким способом.

Прямое «да» анализируемого неоднозначно. Оно дей ствительно может указывать, что он признает правильной услышанную конструкцию, но оно может также и не иметь никакого значения или даже быть тем, что мы можем на звать «лицемерным», поскольку его сопротивлению удобно и дальше скрывать нераскрытую правду подобным согласи ем. Это «да » имеет ценность только тогда, когда оно сопро вождается косвенными подтверждениями, когда пациент сразу же за своим «да» продуцирует новые воспоминания,

[1] *[Шекспир, «Гамлет», акт II, 1-я сцена.]*

которые дополняют и расширяют конструкцию. Только в этом случае мы признаем «да » как полное разрешение дан ного пункта[1].

«Нет» анализируемого точно так же неоднозначно и, собственно говоря, еще менее применимо, чем «да». В ред ких случаях оно оказывается выражением справедливого отрицания; несравнимо чаще оно является выражением со противления, которое вызывается содержанием сообщенной конструкции, но точно так же оно может происходить от другого фактора комплексной аналитической ситуации. Ста ло быть, «нет» пациента ничуть не свидетельствует о пра вильности конструкции, но оно очень хорошо уживается с этой возможностью. Поскольку каждая такая конструкция не является полной, ухватывает лишь частичку забытого события, мы вправе предположить, что анализируемый не отрицает того, что ему было сообщено, а возражает по причине пока еще не раскрытого компонента. Как правило, он выражает свое согласие только тогда, когда узнает всю правду, и зачастую она бывает очень обширной. Стало быть, единственно надежным истолкованием его «нет» является признание неполноты; конструкция, определенно, не сказа ла ему всего.

Таким образом, оказывается, что из прямых высказы ваний пациента после сообщения конструкции можно полу чить немного точек опоры, независимо от того, верной или неверной она была. Тем интереснее, что имеются косвенные способы подтверждения, которые совершенно надежны. Одним из них является выражение, которое с небольшими вариациями можно услышать от самых разных лиц, как будто они сговорились. Оно гласит: *«(Об этом) я никогда не думал* (или: не подумал бы)». Это высказывание можно не задумываясь перевести: «Да, в этом случае вы точно попали в *бессознательное»*[1]. К сожалению, аналитику чаще прихо дится слышать столь желательную формулировку после отдельных толкований, нежели после сообщения обширных конструкций. Столь же ценное подтверждение, на этот раз выраженным позитивно, имеет место в том случае, когда

[1] *[Ср. пассаж в разделе VII работы «Заметки о теории и практике толкования сновидений» (1923c).]*

[2] *[Очень похожие формулировки содержатся в конце работы «От рицание» (1925A), Studienausga.be, т. 3, с. 377.]*

анализируемый отвечает ассоциацией, имеющей нечто анало гичное или сходное с содержанием конструкции. Вместо при мера тому из анализа, который нетрудно найти, но невозмож но было бы кратко представить, я хотел бы здесь рассказать о небольшом переживании вне анализа, которое изображает такое положение вещей с убедительностью, производящей чуть ли не комическое впечатление. Речь идет об одном коллеге, который — много лет назад — избрал меня консультантом в своей врачебной деятельности. Однажды он привел ко мне свою молодую жену, которая доставляла ему неудобства. Под вся ческими предлогами она отказывала ему в сексуальном сноше нии, и он, очевидно, ждал от меня, что разъясню ей послед ствия ее неразумного поведения. Я согласился и объяснил ей, что ее отказ может вызвать у ее мужа досаждающие наруше ния здоровья или искушения, которые могут привести к распаду их брака. При этом он вдруг меня прервал, чтобы сказать мне: «Англичанин, у которого вы диагностировали опухоль мозга, *тоже* умер». Сначала его речь показалась непонятной, слово *«тоже»* в предложении загадочным, ни о каком другом умершем не говорилось. Через какое-то время я понял. Оче видно, муж хотел меня поддержать, он хотел сказать: «Да, вы, безусловно, правы, ваш диагноз у пациента *тоже* под твердился». Это было полным эквивалентом косвенных под тверждений посредством ассоциаций, которые мы получаем в анализах. То, что в высказывании коллеги участвовали также другие, отставленные им в сторону мысли, я не хочу оспари вать.

Косвенное подтверждение посредством ассоциаций, которые подходят к содержанию конструкции, которые приносят с собой такое *«тоже»,* предоставляет нашему суждению ценные точки опоры, чтобы догадаться, под твердится ли эта конструкция при продолжении анализа. Особенно убедителен также случай, когда подтвержде ние с помощью ошибочного действия прокрадывается в открытое возражение. Прекрасный пример этого рода я однажды раньше опубликовал в другом месте[1]. В снови дениях пациента постоянно всплывало хорошо известное в Вене слово *Jauner* [жулик], но в его ассоциациях удов летворительного объяснения не находилось. Тогда я попробовал

[1] *[См. следующую сноску.]*

дать толкование: наверное, он имеет в виду *Gauner* [мошенник], когда говорит *Jauner,* и пациент сра зу же отвечает: «Это мне кажется все-таки слишком *jewagt»* [вместо «слишком смелым» — zu gewagt][1]! Или пациент хочет избежать подозрения, что определенный платеж покажется ему слишком высоким, словами: «Де сять долларов роли для меня не играют», но вместо дол ларов вставляет более низкую денежную единицу и гово рит: «Десять шиллингов». Если анализ находится под давлением сильных моментов, вызывающих негативную терапевтическую реакцию[2], как-то: сознание вины, мазо хистская потребность в страдании, сопротивление оказа нию помощи аналитиком, поведение пациента после со общения конструкции зачастую весьма облегчает нам поиск решения. Если конструкция ошибочна, то у пациента ничего не меняется; если же она правильна или близка к истине, то он реагирует на нее очевидным обострением своих симптомов и своего общего состояния.

Подытоживая, мы можем сказать, что не заслужива ем упрека в том, что пренебрежительно оставляем в стороне позицию анализируемого по отношению к нашим кон струкциям. Мы учитываем ее и зачастую находим в ней ценные точки опоры. Но эти реакции пациента в боль шинстве случаев неоднозначны и не позволяют прийти к окончательному решению. Только продолжение анализа может привести к решению о правильности или непригодности нашей конструкции. Для нас отдельная конст рукция — это не что иное, как предположение, которое ждет проверки, подтверждения или отклонения. Мы не претендуем на то, чтобы она пользовалась авторитетом, не требуем от пациента непосредственного согласия, не дискутируем с ним, если вначале он ее отвергает. Словом, мы ведем себя по образцу известного персонажа Нестроя, дворника[3], который на все вопросы и возражения имеет наготове единственный ответ: *«В ходе событий все про яснится».*

[1] *[Глава V работы «Психопатология обыденной жизни» (1901b), в последней трети главы.]*

[2] *[Ср. главу V работы «Я и Оно» (19236), Studienausgabe, т. 3, с. 316.]*

[3] *[В комедии «Разорванный». Нестрой цитируется также выше, с. 285 и 369.]*

III

Едва ли стоит описывать, как это происходит в продол жении анализа и какими путями наше предположение пре вращается в убеждение пациента; каждому аналитику это известно из ежедневного опыта и не доставляет никаких трудностей для понимания. Лишь один пункт нуждается в исследовании и разъяснении. Путь, который ведет от конст рукции аналитика, должен закончиться воспоминанием ана лизируемого; но он не всегда заходит так далеко. Довольно часто пациента не удается подвести к воспоминанию вытес ненного. Вместо этого при правильном проведении анализа у него появляется прочное убеждение в истинности конст рукции, которая в терапевтическом отношении делает то же самое, что и вновь обретенное воспоминание. При каких обстоятельствах это происходит и каким образом становит ся возможным, что внешне несовершенный суррогат все же оказывает полное действие, — это останется материалом для последующего исследования.

Я завершу это небольшое сообщение несколькими за мечаниями, открывающими дальнейшую перспективу. В не скольких анализах мне бросилось в глаза, что сообщение, несомненно, точной конструкции вызывало у анализируе мых неожиданный и непонятный вначале феномен. У них возникали живые воспоминания, которые они сами называ ли «очень ясными»[1], но они вспоминали не событие, являв шееся содержанием конструкции, а детали, близкие этому содержанию, например, лица упомянутых в ней людей или помещения, в которых могло бы произойти нечто похожее, или — если пройти чуть дальше — обстановку этих помеще ний, о которой конструкция, разумеется, ничего знать не могла. Это происходило как в сновидениях непосредственно после сообщения, так и в бодрствовании в состояниях, сход ных с мечтаниями. За самими этими воспоминаниями ничего дальше не следовало; в таком случае напрашивалась мысль

[1] *[По-видимому, описанный здесь феномен восходит к наблюдени ям Фрейда в связи с «Психопатологией обыденной жизни (19(Ш), см. первое длинное примечание примерно в начале главы II. Ср. также еще более ранние статьи «О психическом механизме забывчивости» (1898b) и «О покрывающих воспоминаниях» (1899a). Там Фрейд повсюду ис пользует словосочетание «очень ясные».]*

трактовать их как результат компромисса. «Импульсу» вытесненного, пробудившегося благодаря сообщению кон струкции, захотелось принести те важные следы воспомина ния в сознание; сопротивлению удалось пусть и не остановить движение, но хотя бы сместить его на соседние, несуществен ные объекты.

Эти воспоминания можно было назвать галлюцинация ми, если бы к их ясности добавилась вера в их актуальность. Но аналогия приобрела значение, когда я обратил внимание на случайное присутствие истинных галлюцинаций у других, несомненно, не психотических пациентов. Тогда я продол жил ход мыслей: быть может, общее свойство галлюцина ции, которому до сих пор недостаточно уделялось внима ние, заключается в том, что в ней возвращается нечто пережитое в прошлом, а затем позабытое, что-то, что видел или слышал ребенок в то время, когда он еще почти не умел говорить, и что теперь навязывается сознанию, по всей ве роятности, искаженное и смещенное под воздействием сил, препятствующих этому возвращению. А при близком отношении галлюцинации к определенным формам психоза наш ход мыслей можно продолжить и дальше. Возможно, бредовые образования, в которых мы столь регулярно обнаруживаем включенными эти галлюцинации, не столь уж независимы от импульса бессознательного и от возвращения вытесненного, как мы обычно считаем. В механизме бредообразования, как правило, мы подчеркиваем лишь два момента: отстранение от реального мира и от его побуждений, с одной стороны, и влияние исполнения желания на содер жание бреда — с другой. Однако не может ли динамический процесс, скорее всего, быть таким, что отстранение от ре альности пользуется импульсом вытесненного, чтобы навя зать сознанию свое содержание, при этом сопротивления, возникшие в этом процессе, и тенденция к исполнению же лания делят ответственность за искажение и смещение того, что было вспомнено снова? Но это также известный нам ме ханизм сновидения, которое еще в древности приравнивали к безумию.

Я не думаю, что такое понимание бреда является пол ностью новым, но все же в нем подчеркивается точка зре ния, которую обычно на передний план не выдвигают. Су щественным в ней является утверждение, что у безумия не

только есть метод, как уже заметил поэт[1], но и что в нем содержится часть *исторической правды,* и мы можем пред положить, что навязчивая вера, которую внушает бред, чер пает свою силу как раз из такого инфантильного источника. Сегодня, чтобы доказать эту теорию, в моем распоряжении имеются только реминисценции, но не свежие впечатления. Наверное, стоило бы попытаться изучить соответствующие случаи заболевания с точки зрения выдвинутых здесь пред положений, а также, основываясь на этом, провести их лечение. Тогда отказались бы от тщетных усилий убеждать больного в бессмыслице его бреда, в его противоречии с реальностью, и скорее находили бы общую почву, на кото рой может происходить терапевтическая работа, в призна нии ядра истины. Эта работа состояла бы в том, чтобы осво бодить часть исторической правды от ее искажений и опор на реальное настоящее время и поставить ее на свое место в прошлое, которому она и принадлежит. Смещение из за бытого доисторического времени в современность или в ожидание будущего регулярно случается и у невротика. Довольно часто, когда состояние тревоги заставляет его ожидать, что случится нечто ужасное, он просто-напросто находится под влиянием вытесненного воспоминания, кото рое хочет пробиться в сознание, и не может осознать, что тогда и в самом деле произошло что-то ужасное. Я думаю, что благодаря такой работе с психотиками можно будет узнать много ценного, даже при отсутствии у них терапев тического результата.

Я знаю, что негоже обсуждать столь важную тему мимоходом, как это здесь происходит. При этом я поддался соблазну аналогии. Бредовые образования больных кажут ся мне эквивалентами конструкций, выстраиваемыми нами в ходе аналитического лечения, попытками объяснения и вос становления, которые в условиях психоза могут вести, од нако, только к тому, что часть реальности, отрицаемая в настоящем, заменяется другой частью, точно так же отри цавшейся в раннее доисторическое время. Раскрыть тесные отношения между материалом нынешнего отрицания и ма териалом тогдашнего вытеснения будет задачей отдельного

[1] *[Полоний в «Гамлете» у Шекспира, акт II, 2-я сцена: «Быть мо жет, это безумие, но в нем есть метод»]*

исследования. Подобно тому как наша конструкция воздей ствует лишь благодаря тому, что она возвращает часть про павшей истории жизни, точно так же и бред своей убеди тельной силой обязан компоненту исторической правды, который он помещает на место отвергнутой реальности. В таком виде также и бред подчинился бы тезису, высказан ному мною однажды раньше, но только в отношении исте рии: больной страдает от своих реминисценций[1]. Этой крат кой формулировкой я и тогда не хотел оспаривать сложность этиологии болезни и исключать воздействие очень многих других моментов.

Если понимать человечество как целое и поставить его на место отдельного человеческого индивида, то обнаружит ся, что и оно создало бредовые образования, которые недо ступны логической критике и противоречат действительно сти. Если они, тем не менее, могут проявлять чрезвычайную власть над людьми, то исследование приводит к тому же самому выводу, что и у отдельного индивида. Они обязаны своей силой *исторической правде,* которую сумели извлечь из вытеснения забытых древних времен .

[1] *[Ср. Брейер и Фрейд. «О психическом механизме истерических феноменов; предварительное сообщение» (1893а), в последнем абзаце раздела I; далее доклад Фрейда «О психическом механизме истерических феноменов» (1893Й), Studienausgabe, т. 6, с. 20-23.]*

[2] *[В то время тема последних абзацев («историческая» правда) представ ляла для Фрейда большой интерес; здесь он впервые подробно ее обсуждает. Перечень дальнейших ссылок содержится в редакторском примечании к той части работы «Человек Моисей и монотеистическая религия» (1939а), в которой рассматривается этот вопрос (Studienausgabe, т. 9, с. 575).]*

ВОПРОС О ДИЛЕТАНТСКОМ АНАЛИЗЕ

БЕСЕДЫ С ПОСТОРОННИМ (1926)

Введение

Название этого небольшого сочинения сразу не понятно. Поэтому я его поясню: дилетанты = не врачи, а вопрос состо ит в том, должно ли быть позволено также и не врачам прак тиковать анализ. Этот вопрос имеет как временную, так и пространственную обусловленность. Временную постольку, поскольку то до сих пор никого не заботило, *кто* практикует психоанализ. Действительно, это совсем никого не волновало, разве что все были едины в желании, чтобы *никто* его не прак тиковал, с различными обоснованиями, в основе которых ле жала одинаковая антипатия. Стало быть, требование, чтобы анализировали только врачи, соответствует новому и якобы более приветливому отношению к анализу — то есть если оно сможет избежать подозрения, что не является лишь несколь ко измененной производной прежнего отношения. Признает ся, что аналитическое лечение можно проводить при опреде ленных условиях, но в таком случае его должны проводить только врачи. Далее будет исследовано, почему возникло та кое ограничение.

Пространственно этот вопрос обусловлен потому, что не для всех стран он имеет одинаковое значение. В Германии и Америке он означает академическую дискуссию, ибо в этих странах каждый больной сам решает, кто его будет лечить и каким образом, каждый, кто хочет, в качестве «шарлата на » может лечить любого больного, если только он берет на себя ответственность за свои действия[1]. Закон не вмешива ется до тех пор, пока не призвали к возмездию за нанесение

[1] *[На самом деле это относится только к некоторым из штатов США. Это верно также и в отношении Англии.]*

вреда больному. В Австрии же, в которой и для которой я пишу, закон превентивный, он запрещает не врачу браться за лечение больных, не дожидаясь его исхода[1]. Здесь, стало быть, вопрос, могут ли дилетанты = не врачи лечить боль ного посредством психоанализа, имеет практический смысл. Но, если он поднимается, то, видимо, решается в полном соответствии с законом. Нервные люди — это больные, дилетанты — это не врачи, психоанализ — это метод для излечения или облегчения нервных страданий, все такого рода лечения оставляются за врачами; следовательно, не позволено, чтобы дилетанты проводили анализ нервных людей, если такое все же случается, то подлежит наказа нию. При столь простом положении вещей едва ли кто-то отважится заняться вопросом о дилетантском анализе. Меж ду тем здесь имеются некоторые сложности, до которых нет дела закону, но поэтому все же необходимо учитывать. Возможно, окажется, что больные в этом случае не такие, как другие больные, дилетанты, собственно говоря, — не дилетанты, а врачи — совсем не то, чего вправе ожидать от врачей и на чем они могут основывать свои притязания. Если удастся это доказать, то будет правомерным требование не применять к данному случаю закон, его не модифицировав.

I

Случится ли это, будет зависеть от лиц, которые не обязаны знать об особенностях аналитического лечения. Наша задача — осведомить этих беспристрастных людей, которых в настоящее время мы воспринимаем пока еще как несведущих. Мы сожалеем, что не можем сделать их свиде телями такого лечения. «Аналитическая ситуация » не тер пит присутствия третьего. К тому же отдельные сеансы лечения весьма неравноценны; такой — некомпетентный — зритель, попавший на любой сеанс, скорее всего, не получил бы должного впечатления, он едва ли сумел бы понять, что происходит между аналитиком и пациентом, или ему было бы скучно. Стало быть, хорошо это или плохо, ему придется довольствоваться нашей информацией, которую мы хотим представить как можно правдивее.

[1] *То же самое во Франции.*

Итак, больной может страдать от колебаний настрое ния, с которыми он не справляется, или от малодушного уныния, из-за которого парализуется его энергия, и он счи тает себя ни на что не годным, или от боязливой робости, когда находится среди незнакомых людей. Он может, не понимая того, ощутить, что выполнение своей профессио нальной работы доставляет ему трудности, равно как любое серьезное намерение и всякое предприятие. Однажды — неизвестно, почему — он перенес мучительный приступ тревожных чувств и с тех пор не может без усилий самосто ятельно идти по улице или ездить по железной дороге, возможно, вообще вынужден отказаться и от того, и от другого. Или, что весьма необычно, его мысли идут своими собственными путями и не подчиняются его воле. Они про слеживают проблемы, которые для него весьма безразличны, но от которых он не может отделаться. На него возлагаются совершенно смехотворные задачи, например, подсчитывать количество окон в рядах домов, а при исправлении простых обязанностей, как-то: бросить письма в почтовый ящик или перекрыть газовое пламя — его мгновением позже начинает одолевать сомнение, действительно ли он это сделал. Возможно, это лишь вызывает досаду и надоедает, но состояние станет невыносимым, если вдруг он не сможет защититься от мысли, что толкнул ребенка под колеса автомобиля, сбро сил какого-то неизвестного человека с моста в воду, или если вынужден себя спрашивать, не он ли тот самый убийца, ко торого ищет полиция как виновника раскрытого сегодня пре ступления. Это же явная бессмыслица, он сам это знает, он никогда не делал человеку чего-то плохого, но даже если бы он действительно был тем разыскиваемым убийцей, ощуще ние — чувство вины — не могло бы быть более сильным.

Или же наш пациент — пусть на этот раз пациентка — страдает иначе и в другой области. Она — пианистка, но ее пальцы судорожно сжимаются и отказываются служить. Стоит ей подумать о том, чтобы выехать в свет, как у нее тут же возникает естественная потребность, удовлетворение которой было бы несовместимо с общением. Поэтому она отказалась посещать званые вечера, балы, театры, концер ты. Если она и может самую малость себе это позволить, то у нее возникают сильные головные боли или другие болез ненные ощущения. Возможно, что прием пищи каждый раз

заканчивается для нее рвотой, что со временем может стать опасным для жизни. И наконец, прискорбно, что она не выносит никакого волнения, которого в жизни избежать все-таки невозможно. При таких поводах она падает в обморо ки, часто сопровождающиеся мышечными судорогами, ко торые напоминают жуткие болезненные состояния.

Еще другие больные ощущают у себя нарушения в осо бой области, где эмоциональная жизнь встречается с требо ваниями, которые предъявляются к телу. Если речь идет о мужчинах, то они ощущают себя неспособными дать телес ное выражение нежным побуждениям, направленным на человека противоположного пола, тогда как по отношению к менее любимым объектам в их распоряжении, возможно, находятся все реакции. Или своей чувственностью они при вязаны к лицам, которых они презирают, от которых они хотели бы освободиться. Или она ставит им такие условия, выполнение которых отвратительно им самим. Если речь идет о женщинах, то вследствие страха и отвращения или из-за неизвестных препятствий они чувствуют себя неспособными следовать требованиям половой жизни; если же они отда лись любви, то ощущают себя обманутыми в наслаждении, которое природа установила наградой за такую уступчивость.

Все эти лица признают себя больными и ищут врачей, от которых ждут помощи в устранении таких нервных рас стройств. У врачей также имеются категории, под которые подводят эти страдания. В соответствии со своими позициями они диагностируют их с помощью разных названий: неврастения, психастения, фобии, невроз навязчивости, ис терия. Они исследуют органы, которые порождают симпто мы: сердце, желудок, кишечник, гениталии, — и находят их здоровыми. Они рекомендуют временно отказаться от при вычного образа жизни, отдых, укрепляющие процедуры, тонизирующие медикаменты, добиваются благодаря это му временных облегчений — или же не добиваются ниче го. В конце концов больные узнают, что есть люди, которые специально занимаются лечением таких недугов, и начинают у них анализ.

Наш третейский судья, которого я представляю себе как рядом присутствующего, во время полемики о болезненных проявлениях нервнобольных выказывал признаки нетерпе ния. Теперь он становится внимательным,

напряженным и говорит: «Итак, сейчас мы узнаем, как поступит аналитик с больным, которому не смог помочь врач ».

Между ними не происходит ничего иного, кроме того, что они друг с другом беседуют. Аналитик не использует инструментов, даже для исследования, не прописывает ле карств. Если это возможно, во время лечения он даже ос тавляет пациента в его окружении и в его обстановке. Это, конечно, не является непременным условием и не всегда такое можно осуществить. Аналитик приглашает к себе пациента в определенный час дня, побуждает его говорить, слушает его, затем говорит сам и просит пациента его выслу шать.

Вид нашего третейского судьи свидетельствует теперь о явном облегчении и расслаблении, но выдает также изве стную долю презрения. Он словно подумал: «И ничего более? Слова, слова и снова слова, как говорит принц Гамлет»[1]. Ему, конечно, приходит на ум язвительное высказывание Мефистофеля, как удобно орудовать словами[2], строфа, которую ни один немец никогда не забудет.

Он также говорит: «Стало быть, это своего рода вол шебство, Вы говорите и этим развеиваете его недуг».

Совершенно верно, это было бы волшебством, если бы действовало скорее. Волшебству, безусловно, присуща бы строта, хочется сказать: неожиданность результата. Но ана литическое лечение требует месяцев и даже лет; такое мед лительное волшебство теряет свойство чудесного. Впрочем, мы не хотим относиться к *слову* пренебрежительно. Ведь это мощный инструмент, это — средство, с помощью кото рого мы сообщаем друг другу наши чувства, способ влиять на других. Слова могут оказывать несказанное благотвор ное действие и наносить ужасные раны. Разумеется, в на чале было Дело[3], слово пришло позднее, при иных услови ях это был культурный прогресс, когда дело сократилось до слова. Но первоначально слово было все-таки волшеб ством, магическим актом, и оно по-прежнему во многом сохраняет свою былую силу.

[1] [Шекспир, «Гамлет», акт II, 2-я сцена: «Слова, слова, слова».]

[2] [В сцене с учеником в «Фаусте» Гёте, часть I, 4-я сцена: «Словами диспуты ведутся...»]

[3] [Гёте, «Фауст», часть I, 3-я сцена. Этой цитатой Фрейд завершил «Тотем и табу» (1912-1913) (Studienausgabe, т. 9, с. 444).]

Третейский судья продолжает: «Допустим, что пациент не лучше, чем я, готов понять аналитическое лечение; как Вы хотите заставить его поверить в волшебство слова или разговора, который должен освободить его от недуга?»

Разумеется, его нужно подготовить, и для этого нахо дится простой путь. Его просят быть со своим аналитиком совершенно искренним, ничего из того, что ему приходит в голову, намеренно не скрывать, в дальнейшем не считаться *ни с какими* помехами, которым хотелось бы исключить из сообщения иные мысли или воспоминания. Каждый человек знает, что у него есть такие вещи, о которых он рассказал бы другим лишь весьма неохотно или сообщение которых, по его мнению, вообще исключено. Это его «интимные вещи». Он также подозревает — что означает большой шаг вперед в психологическом самопознании, — что существуют другие вещи, в которых ему не хочется признаваться *себе самому,* которые охотно скрывают от самого себя, которые поэтому сразу же прерывают и изгоняют из своего мышления, если они все-таки появляются. Возможно, он сам замечает нача ло очень странной психологической проблемы в ситуации, что собственная мысль должна храниться в тайне от соб ственной самости. Дело обстоит так, словно его самость уже не составляет единое целое, которым он всегда ее считал, словно в нем имелось еще и нечто другое, что может этой самости противопоставляться. Возможно, у него возникнет смутное ощущение противоречия между самостью и душевной жизнью в широком смысле. Если он теперь принимает требование анализа говорить все, то он легко станет доступ ным ожиданию, что общение и обмен мыслями при столь необычных условиях может привести и к особым послед ствиям.

«Я понимаю, — говорит наш беспристрастный слуша тель, — Вы полагаете, что любой невроз содержит нечто такое, что его угнетает, тайну, а когда Вы побуждаете его это высказать, Вы освобождаете его от гнета и оказываете на него благотворное действие. Но ведь это принцип испо веди, которым с давних пор пользовалась католическая цер ковь, чтобы обеспечить свою власть над умами».

«И да, и нет», — должны мы ответить. Пожалуй, ис поведь входит в анализ, так сказать, в качестве его вступле ния. Однако далеко от него отстоит, чтобы совпасть с сущностью

анализа или объяснить его действие. На исповеди грешник говорит то, что он знает, в анализе невротик дол жен сказать больше. Мы также ничего не знаем о том, чтобы исповедь когда-либо обладала силой, способной устранить непосредственные симптомы болезни.

«Тогда я вообще ничего не понимаю », — звучит ответ. «Что же это должно означать: сказать больше, чем знает? Но я могу представить себе, что Вы как аналитик оказыва ете на своего пациента более сильное влияние, чем духов ный отец на исповедующегося, поскольку Вы намного доль ше, интенсивнее, а также индивидуальнее занимаетесь с ним, и что Вы используете это возросшее влияние для того, что бы отвлечь его от болезненных мыслей, разубедить в его опасениях и т. д. Было бы весьма удивительно, что таким образом удается справиться также и с чисто физическими явлениями, такими как рвота, диарея, судороги, но я знаю о том, что такие влияния весьма благотворны, когда челове ка вводят в гипнотическое состояние. Вероятно, своими хлопотами о пациенте Вы достигаете таких гипнотических отношений, суггестивного присоединения к Вашей персоне, даже если это Вы не имеете такого намерения, и в таком случае чудеса Вашей терапии — это эффекты гипнотической суггестии. Но, насколько я знаю, гипнотическая терапия работает намного быстрее, чем Ваш анализ, который, как Вы говорите, длится месяцы и годы ».

Наш третейский судья не так уж несведущ и не так уж беспомощен, как мы оценивали его вначале. Несомненно, что он пытается постичь психоанализ с помощью своих прежних знаний, присоединить его к чему-то, что он уже знает. Те перь перед нами непростая задача объяснить ему, что это не удастся, что анализ является методом *sui generis*[1], чем-то новым и своеобразным, что можно понять только с помо щью новых воззрений, или, если хотите, предположений. Но мы еще обязаны дать ему ответ на его последние заме чания.

То, что Вы сказали об особом личном влиянии аналити ка, разумеется, очень важно. Такое влияние существует и играет в анализе важную роль. Но оно не такое, как при гипнотизме. Должно быть, удастся доказать Вам, что ситуации

[1] *[Уникальным (лат.). — Прим. перев.]*

здесь и там совершенно разные. Пожалуй, будет дос таточно замечания, что это личное влияние — «суггестив ный» момент — мы не используем для того, чтобы подавить симптомы недуга, как это происходит при гипнотической суггестии. Далее, было бы неправильно полагать, что этот момент непременно является носителем и проводником ле чения. В начале — пожалуй; но в дальнейшем это противо речит нашим аналитическим намерениям и вынуждает нас к самым активным контрмерам. Мне также хотелось бы на примере Вам показать, насколько чужды аналитической технике отвлечение и разубеждение. Если наш пациент стра дает от чувства вины, как если бы он совершил тяжелое преступление, то мы не советуем ему, подчеркивая свою несомненную невиновность, не принимать близко к сердцу эти муки совести; это безуспешно он уже пытался делать и сам. Но мы напоминаем ему о том, что такое сильное и стой кое ощущение должно быть обосновано чем-то фактическим, и это, может быть, удастся найти.

«Меня бы, наверное, удивило, — полагает третейский судья, — если бы подобным согласием Вы смогли бы успо коить чувство вины своего пациента. Но в чем же состоят Ваши аналитические намерения и чем Вы занимаетесь с па циентом?»

II

Если я должен сказать Вам нечто понятное, то, пожа луй, я должен сообщить Вам часть психологического уче ния, которая вне аналитического круга неизвестна или не оценивается должным образом. Из этой теории легко мож но вывести, чего мы хотим от больного и каким способом этого достигаем. Я Вам представлю ее догматически, как если бы она была готовой научной системой. Только не надо считать, что как таковая она возникла сразу, подобно фило софской системе. Мы разрабатывали ее очень медленно, подолгу боролись за каждую частичку, беспрерывно моди фицировали ее в постоянном контакте с наблюдением, пока, наконец, она не приобрела форму, в которой она, похоже, годится для наших целей. Еще несколько лет назад мне пришлось бы облачать это учение в другие слова. Разумеет ся, я не могу Вам ручаться за то, что нынешняя форма

выражения останется окончательной. Вы знаете, что наука — не откровение, она лишена — еще долгое время после ее начальных стадий — свойств определенности, непреложно сти, непогрешимости, по которым так сильно тоскует чело веческое мышление. Но в том виде, как она есть, она — это все, что мы можем иметь. Если Вы к тому же учтете, что наша наука очень молода, едва ли насчитывает сотню лет, и что она имеет дело чуть ли не с самым трудным матери алом, который может быть представлен для исследования людьми, то Вам легко будет занять правильную позицию по отношению к моему докладу. Но Вы можете прерывать меня по своему усмотрению всякий раз, когда Вы не сможете следовать за мной или когда Вы пожелаете дальнейших разъяснений.

«Я Вас прерву еще до того, как Вы начнете. Вы говори- те, что хотите доложить мне новую психологию, но я пола гал, что психология — наука не новая. Существовало доста точно психологии и психологов, и я слышал в школе о больших достижениях в этой области».

Которые я не собираюсь оспаривать. Но если Вы про верите, то эти большие достижения должны будете отнести скорее к физиологии органов чувств. Учение о душевной жизни не могло развиваться, поскольку оно сдерживалось одной-единственной существенной недооценкой. Что охва тывает оно сегодня, как ему обучают в школах? Кроме тех ценных достижений в области физиологии органов чувств, множество классификаций и определения наших душевных процессов, которые благодаря употреблению в обиходе ста ли общим достоянием всех образованных людей. Очевидно, что для понимания нашей душевной жизни этого недоста точно. Разве Вы не заметили, что каждый философ, писа тель, историк и биограф придумывает свою собственную психологию, высказывает свои особые предположения о взаимосвязи и целях душевных актов, и все они более или менее привлекательны соответствует истине и все в равной степени ненадежны? Тут, очевидно, отсутствует общий фундамент. Потому-то и получается, что в психологической области, так сказать, не существует уважения и авторитета. Любой человек может «браконьерствовать» здесь как угод но. Если Вы поднимете физический или химический вопрос, то всякий, кто не обладает «специальными знаниями», будет

молчать. Но если Вы отважитесь на психологическое утверждение, то Вам придется столкнуться с суждением и возражением каждого. Вероятно, в этой области «специаль ных знаний» нет вовсе. У каждого имеется его душевная жизнь, и поэтому каждый считает себя психологом. Но это не кажется мне достаточным правооснованием. Рассказыва ют, что у одной женщины, предложившей свои услуги «вос питательницы», спросили, умеет ли она обращаться с ма ленькими детьми. «Конечно, — сказала она в ответ, — ведь я сама была когда-то маленьким ребенком».

«И этот не замечаемый всеми психологами "общий фундамент" душевной жизни Вы хотите открыть благодаря наблюдениям за больными? »

Я не думаю, что это происхождение обесценивает наши данные. Эмбриология, к примеру, не заслуживала бы доверия, если бы она не могла убедительно объяснить возникновение врожденных пороков развития. Но я Вам рассказывал о людях, мысли которых идут своим собственным путем, так что они вынуждены размышлять о проблемах, которые им совершенно безразличны. Разве Вы думаете, что школьная психология когда-либо могла внести хоть малейший вклад в объяснение такой аномалии? И наконец, со всеми нами случается так, что по ночам наше мышление идет собственным путем и создает вещи, которые мы затем не понимаем, которые изумляют нас и, внушая тревогу, напоминают болезненные продукты. *Я* имею в виду наши сны. Народ всегда верил, что сновидения имеют некий смысл, некую ценность, что-то означают. Этот смысл сновидений школь ная психология никогда не могла указать. Она ничего не могла поделать со сновидением; если она пыталась дать объяснения, то они были непсихологическими, вроде сведе ния к раздражениям органов чувств, неодинаковой глубине сна разных частей головного мозга и т. п. Однако можно сказать, что психология, которая не может объяснить сно видение, непригодна и для понимания нормальной душевной жизни и не может претендовать на то, чтобы называться наукой.

«Вы становитесь агрессивным, наверное, Вы коснулись больного места. Да, я слышал, что в анализе большое зна чение придают сновидениям, их истолковывают, пытаются найти воспоминания о стоящих за ними реальных

событиях и т. д. Но также и то, что толкование сновидений подверже но произволу со стороны аналитиков и что сами они еще не кончили спорить, как толковать сновидения и правомерно ли из них делать выводы. Если это так, то Вы не вправе столь активно подчеркивать преимущество, которое получил ана лиз перед школьной психологией».

Вы здесь действительно сказали много правильного. Вер но, что для теории, так же как и для практики анализа тол кование сновидений приобрело ни с чем не сравнимое значе ние. Если я кажусь агрессивным, то для меня это лишь способ защиты. Но когда я думаю о всех бесчинствах, которые иные аналитики учиняли с толкованием сновидений, я мог бы отча яться признать правоту пессимистического изречения нашего великого сатирика Нестроя[1], которое гласит: «Всякий про гресс наполовину меньше, чем кажется поначалу!» Но люди путают и искажают, все, что попадает им в руки, и разве Вам доводилось сталкиваться с чем-то иным? С толикой осторож ности и самодисциплины можно уверенно избежать большин ства опасностей при толковании сновидений. Но не думаете ли Вы, что я никогда не приступлю к своему докладу, если мы позволим себе так отвлекаться?

«Да, Вы хотели рассказать о фундаментальном предпо ложении новой психологии, если я Вас правильно понял».

Я не хотел бы с этого начинать. У меня есть намерение Вам рассказать, какие представления о структуре душевно го аппарата были созданы нами во время аналитических исследований.

«Можно спросить: что Вы называете душевным аппара том и из чего он построен?»

Что такое душевный аппарат, вскоре станет ясно. Из какого материала он построен — об этом я попрошу не спрашивать. Психологического интереса это не представля ет и может быть для психологии таким же безразличным, как для оптики вопрос, из чего сделаны стенки подзорной трубы — из металла или картона. Мы вообще оставим в стороне *материальную* точку зрения, но не *пространствен ную.* Мы представляем себе неизвестный аппарат, служа щий осуществлению

[1] *[Иоганн Нестрой, 1801-1862. Фрейд еще раз цитирует это высказывание в работе «Конечный и бесконечный анализ» (1937c).]*

психических функций, действительно как инструмент, построенный из различных частей, которые мы называем инстанциями; все они выполняют особые функ ции и имеют прочные пространственные отношения друг с другом, то есть пространственные отношения, «впереди» и «сзади», «поверхностно» и «глубоко», имеют для нас преж де всего лишь смысл описания обычной последовательности функций. Я все еще понятен?

«Едва ли, быть может, я пойму это позже, но в любом случае это своеобразная анатомия души, которой у естество испытателей все-таки уже не существует».

Чего Вы хотите, это всего лишь вспомогательное пред ставление, как и многие другие в науках. Самые первые всегда были довольно грубыми. *Open to revision*[1], — можно гово рить в таких случаях. Я считаю нелишним сослаться здесь на ставшее популярным «как будто ». Ценность такого представления — философ Ганс Файхингер[2] назвал бы его «фикцией » — зависит от того, сколь многого с его помощью можно добиться.

Итак, продолжим. Мы стоим на почве житейской мудрости и признаем в людях душевную организацию, которая между своими возбуждениями органов чувств и восприятием телесных потребностей, с одной стороны, включила, с другой стороны, свои моторные акты и, преследуя определенные намерения, посредничает между ними. Мы называем эту организацию своим *Я*. Это не является новшеством, каждый из нас делает такое предположение, если он не и философ, и даже некоторые, хотя они и философы. Но мы не думаем, что этим исчерпали описание душевного аппара та. Помимо этого Я мы выявляем другую душевную область, более обширную, грандиозную и темную, нежели Я, кото рую мы называем *Оно*. Отношение между ними и должно нас занимать в первую очередь.

Вероятно, Вы выскажете недовольство, что для обозна чения обеих наших душевных инстанций, или провинций, мы выбрали простые местоимения, вместо того чтобы ввести для

[1] *[Открытые для пересмотра (англ.). — Прим. перев.]*

[2] *[Ганс Файхингер, 1852-1933. Его философская система излагается в «Философии "как будто"» (1911). Это произведение было очень попу лярно в немецкоязычных странах, особенно после Первой мировой войны. Фрейд относительно подробно обсуждает его в конце главы V в работе «Будущее одной иллюзии» (1927c), Studienausgabe, т. 9, с. 162-163.]*

них полнозвучные греческие названия. Но мы любим в пси хоанализе оставаться в контакте с общедоступным образом мышления и предпочитаем научно использовать его поня тия, а не отбрасывать их. В этом нет никакой заслуги, мы вынуждены так поступать, потому что наши учения должны пониматься нашими пациентами, которые часто очень смыш леные, но не всегда образованные. Безличное *Оно* непосред ственно присоединяется к определенным способам выраже ния обычного человека. Говорят: «Меня озарило »; «Во мне было что-то такое, что в этот момент оказалось сильнее меня». *«C'etait plus fort que mor»*[1].

В психологии мы можем описывать лишь с помощью сравнений. В этом нет ничего особенного, так же обстоит дело и в других областях. Но мы должны также снова и снова менять эти сравнения, ни одно не сохраняется на протяжении достаточно долгого времени. Итак, когда я Вам хочу разъяснить отношения между Я и Оно, то попрошу Вас представить себе, что Я — это своего рода фасад Оно, пе редний план, так сказать, его внешний, корковый слой. На последнем сравнении можно задержаться. Мы знаем, что корковые слои обязаны своими особыми свойствами моди фицирующему влиянию внешней среды, с которой они стал киваются. Таким образом, мы представляем себе, что Я — это модифицированные под влиянием внешнего мира (ре альности) слои душевного аппарата, то есть Оно. При этом Вы видите, насколько всерьез мы принимаем в психоанализе пространственную точку зрения. Для нас Я — это действи тельно нечто поверхностное, Оно — более глубокое, разу меется, если смотреть снаружи. Я находится между ре альностью и Оно, собственно душевным.

«Я пока не хочу Вас спрашивать, откуда все это можно узнать. Скажите мне прежде всего, что Вы имеете от этого разделения на Я и Оно, что Вас к этому понуждает? »

Ваш вопрос указывает мне путь к правильному продол жению. Как раз важно и ценно знать, что Я и Оно в несколь ких пунктах существенно отличаются друг от друга; в Я действительны другие правила протекания душевных актов, чем в Оно, Я преследует другие намерения и с помощью других средств. Об этом можно было бы очень много сказать,

[1] *[Это сильнее меня (фр.). — Прим. перев.]*

но не желаете ли Вы удовлетвориться новым сравне нием и примером? Вспомните о различии между фронтом и тылом, в том виде как оно возникло во время войны. Тогда мы не удивлялись, что на фронте кое-что делалось по-дру гому, чем в тылу, и что в тылу было позволено многое из того, что приходилось запрещать на фронте. Определяющим влиянием, разумеется, являлась близость врага, для душев ной жизни этим является близость внешнего мира. Снару жи — чужой — вражеский: когда-то это были тожде ственные понятия. А теперь пример: в Оно нет никаких конфликтов; противоречия, противоположности спокойно существуют рядом друг с другом и зачастую сглаживаются благодаря компромиссным образованиям. В таких случаях Я переживает конфликт, который должен быть разрешен, и его разрешение заключается в том, что от одного стрем ления отказываются в пользу другого. Я представляет со бой организацию, которая характеризуется бросающимся в глаза стремлением к единению, к синтезу; это свойство от сутствует у Оно, Оно, так сказать, бессвязно, его отдель ные стремления преследуют свои намерения независимо друг от друга и без учета друг друга.

«И если столь важный психический тыл существует, как Вы можете мне объяснить, что до тех пор, пока не появился анализ, его не замечали? »

Тем самым мы вернулись к одному из Ваших предыду щих вопросов. Психология закрыла себе доступ к сфере Оно, поскольку она придерживалась предположения, которое довольно естественно, но все же непрочно. А именно, что все душевные акты нами осознаны, что быть осознанным[1] — это отличительный признак душевного и что, если и суще ствуют несознаваемые процессы в нашем мозгу, то они не заслуживают названия душевных актов и не имеют никако го отношения к психологии.

«Я думаю, что это все-таки само собой разумеется».

[1] *[Только в первом издании 1926 года слово «сознание» — BewuBtsein — написано через дефис. Во всех последующих немецких изданиях дефис ошибочно удален и это выражение написано в одно слово. В результате намерение Фрейда подчеркнуть пассивное значение слова «осознанный» пропало. Аналогичным образом и с аналогичной целью это слово также разделено в начале четвертого абзаца главы I работы «Я и Оно» (1923в, Studienausgabe, т. 3, с. 283).]*

Да, психологи тоже так думают, но все же легко пока зать, что это неверно, то есть что это разграничение совер шенно нецелесообразно. Самое простое самонаблюдение показывает, что можно иметь мысли, которые не могут воз никнуть без подготовки. Но об этих предварительных сту пенях своего мышления, которые ведь тоже должны иметь душевную природу, Вы ничего не узнаете, в Ваше сознание попадает только готовый результат. Иногда Вы можете *зад ним числом* осознать эти подготовительные мыслительные образования, например, путем реконструкции.

«Вероятно, внимание было отвлечено, и поэтому эти подготовительные работы не заметили ».

Уловки! Но Вы не обойдете тот факт, что у Вас могут происходить акты душевной природы, нередко очень слож ные, о которых Вашему сознанию ничего не известно, о которых Вы ничего не знаете. Или Вы готовы предположить, что чуть больше или меньше Вашего «внимания» достаточно, чтобы превратить непсихический акт в психический? Впрочем, к чему спорить? Есть гипнотические эксперименты, в которых существование таких неосознанных мыслей неопровержимо демонстрируется каждому, кто хочет учиться.

«Я не хочу этого отрицать, но мне кажется, что наконец-то я Вас понимаю. То, что Вы называете Я, — это со знание, а Ваше Оно — так называемое подсознание, о кото ром сейчас так много говорят. Но к чему этот маскарад с введением новых названий?»

Это не маскарад, эти другие названия непригодны. И не пытайтесь дать мне литературу вместо науки. Если кто-то говорит о подсознании, то я не знаю, понимает ли он это топически, как нечто располагающееся в душе ниже созна ния, или качественно, как другое сознание, так сказать, подземное. Вероятно, он вообще ничего себе не разъясняет. Единственно допустимая противоположность — это проти воположность можно «сознательным и бессознательным». Но было бы чреватым последствиями заблуждением пола гать, что эта противоположность совпадает с разделением на Я и Оно. Конечно, было бы замечательно, если бы все было так просто, наша теория имела бы тогда легкую игру, но все не так просто. Верно лишь то, что все, что происходит в Оно, является и остается бессознательным

и что процессы в Я *могут* осознаваться, только они. Но таковыми они являются не все, не всегда, не обязательно, а значительные части Я могут подолгу оставаться бессознательными.

С осознанием душевного процесса дело обстоит слож но. Я не могу отказать себе в том, чтобы не показать Вам — опять-таки догматично, — что мы об этом думаем. Вы по мните, что Я — это внешний, периферический слой Оно. Мы полагаем, что на самой внешней поверхности этого Я нахо дится особая, непосредственно обращенная к внешнему миру инстанция, система, орган, только благодаря возбуждению которого возникает феномен, называемый нами сознанием. Этот орган точно так же может возбуждаться извне, то есть с помощью органов чувств воспринимать раздражители внеш него мира, как и изнутри, где он вначале может принимать к сведению ощущения в Оно, а затем и процессы в Я.

«Это все более усугубляется и все больше ускользает от моего понимания. Ведь Вы же пригласили меня побеседо вать на тему, должны ли также и дилетанты = не врачи браться за аналитическое лечение. К чему тогда эти дискус сии по поводу сомнительных, темных теорий, в правомочии которых убедить меня Вы все же не можете?»

Я знаю, что не могу Вас убедить. Это лежит за преде лами возможного и поэтому не входит в мои намерения. Когда мы даем теоретические уроки нашим ученикам в психоанализе, то можем наблюдать, сколь малое впечатле ние мы на них сперва производим. Они принимают аналити ческое обучение с такой же прохладой, как и другие абст ракции, которыми их кормили. Возможно, некоторые и хотят убедиться, но не обнаруживают никаких признаков этого. Теперь мы также требуем, чтобы каждый, кто хочет проводить анализ с другими, вначале сам подвергся анали зу. И только в ходе такого «самоанализа»[1] (как его назы вают, допуская ложное толкование), когда они на собствен ном теле — вернее на собственной душе — действительно испытывают процессы, утверждаемые анализом, они про никаются убеждениями, которыми в дальнейшем будут ру ководствоваться в качестве аналитиков. Вправе ли я ожи дать, что сумею убедить в правильности наших теорий Вас, постороннего человека, которому я могу представить лишь

[1] *[Сегодня это обычно называют «учебным анализом». По поводу «самоанализа» см. выше.]*

неполное, сокращенное и поэтому неясное их изложение без подтверждения Вашим собственным опытом?

Я преследую другие намерения. Между нами не стоит вопрос, разумен анализ или бессмыслен, прав ли он в своих положениях или грубо ошибается. Я развертываю наши теории перед Вами потому, что именно так мне проще всего Вам разъяснить, какую совокупность идей имеет анализ, из каких предположений она исходит при работе с отдельным больным и что он с ним делает. И это совершенно опреде ленно прольет затем свет на вопрос о дилетантском анализе. Впрочем, Вы можете быть спокойны: если Вы так далеко проследовали за мной, то выдержали наихудшее, все осталь ное будет для Вас легче. Но теперь позвольте мне сделать передышку.

III

«Я думал, что вы хотите мне вывести из теорий психоанализа, как можно представить себе возникновение нервной болезни».

Я попробую. Но с этой целью мы должны изучить наше

Я и наше Оно с новой, *динамической,* точки зрения, то есть с учетом тех сил, которые действуют в них и между ними. До этого мы довольствовались описанием душевного аппарата. «Только если это не будет опять таким непонятным!» Надеюсь, не будет. Вскоре Вы разберетесь. Итак, мы предполагаем, что силы, побуждающие душевный аппарат к деятельности, порождаются в органах тела как выражение важных телесных потребностей. Вспомните слова нашего поэта-философа: любовь и голод[1]. Впрочем, весьма внуши тельная пара сил! Эти телесные потребности, поскольку они являются стимулами для душевной деятельности, мы назы ваем *влечениями,* словом, из-за которого завидуют нам многие современные языки. Эти влечения заполняют теперь Оно; вся энергия в Оно — можем мы сказать вкратце — происходит от них. Силы в Я также не имеют другого про исхождения, они проистекают из сил в Оно. Чего же хотят влечения? Удовлетворения, то есть создания таких ситуаций,

[1] *[«К движенью ей, природе, повод дают всегда любовь и голод». Шиллер, «Мыслители мира».]*

в которых телесные потребности могут угаснуть. Сни жение напряжения, создаваемого потребностями, нашим органом сознания переживается как исполненное удоволь ствием, его последующее повышение — как неудовольствие. Из этих колебаний возникает ряд ощущений удовольствия и неудовольствия, в соответствии с которыми весь душев ный аппарат регулирует свою деятельность. Мы говорим здесь о *«господстве принципа удовольствия».*

Когда притязания влечений Оно не находят удовлетво рения, возникают невыносимые состояния. Опыт вскоре показывает, что такие ситуации удовлетворения могут со здаваться лишь с помощью внешнего мира. Тем самым всту пает в действие обращенная к внешнему миру часть Оно, то есть Я. Если вся движущая сила, которая заставляет под вижной состав тронуться с места, черпается из Оно, то Я, так сказать, берет на себя управление, а при его отсутствии цели достичь нельзя. Влечения в Оно настаивают на неза медлительном, ни с чем не считающемся удовлетворении, но таким образом ничего не добиваются или достигают того, что наносится ощутимый ущерб. Теперь задачей Я становит ся — предотвратить эту неудачу, быть посредником между притязаниями Оно и возражением реального внешнего мира. Теперь оно развивает свою деятельность в двух направлениях. С одной стороны, с помощью своих органов чувств, системы сознания оно наблюдает за внешним миром, чтобы поймать благоприятный момент для безвредного удовлетворения, с другой стороны, Я воздействует на Оно, сдержива ет его «страсти», побуждает влечения отсрочивать свое удовлет ворение, более того, если признается необходимым, — модифицировать свои цели или отказаться от них, получая за это некую компенсацию. Усмиряя таким способом им пульсы Оно, Я заменяет ранее единственно определяющий принцип удовольствия так называемым *принципом реально сти,* который хотя и преследует те же самые конечные цели, однако считается с условиями, поставленными реальным внешним миром. В дальнейшем Я выясняет, что кроме опи санного *приспособления* к внешнему миру существует еще и другой путь к обеспечению удовлетворения. Также можно вмешиваться во внешний мир, его *изменяя,* и намеренно создавать в нем те условия, которые делают возможным удовлетворение. Тогда эта деятельность становится высшим

достижением Я; решения, когда целесообразнее справиться со своими страстями и подчиниться реальности или стать на их сторону и защититься от внешнего мира, — альфа и омега знания жизни.

«И что же, Оно мирится с таким господством Я, хотя, если я Вас правильно понимаю, и является более сильной частью?»

Да, это случается, когда Я его полностью организовано и дееспособно, имеет доступ ко всем частям Оно и может оказы вать на него свое влияние. Ведь между Я и Оно никакой природ ной враждебности не существует, они составляют единое целое и в случае здоровья их практически нельзя отделить друг от друга.

«Все это хорошо звучит, но я не вижу, где в этих иде альных отношениях найдется местечко для болезненных нарушений».

Вы правы; до тех пор пока Я и его отношения с Оно отвечают этим идеальным требованиям, не будет и никакого нервного нарушения. Пункт вторжения болезни находится в неожиданном месте, хотя знаток общей патологии не уди вится, найдя подтверждение, что именно самые важные формы развития и дифференциации содержат в себе заро дыш заболевания, отказа функции.

«Вы становитесь слишком ученым, я Вас не понимаю».

Я должен начать несколько издалека. Не правда ли, что маленькое живое существо — действительно жалкая, бес сильная вещь по сравнению с могущественным внешним ми ром, в котором полно разрушительных воздействий. Прими тивное живое существо, не развившее достаточной организации Я, подвержено всем этим «травмам». Оно живет, «слепо » удов летворяя свои влечения-желания, и очень часто от этого по гибает. Дифференциация Я — это прежде всего шаг в на правлении сохранения жизни. Из гибели, правда, ничему не научишься, но если удалось справиться с травмой, то обраща ют внимание на приближение сходных ситуаций, а сигналом, предупреждающим об опасности, служит сокращенное повто рение впечатлений, пережитых при травме, *аффект тревоги.* Теперь эта реакция на восприятие опасности приводит к по пытке бегства, которая будет спасать жизнь до тех пор, пока организм не будет достаточно сильным, чтобы дать более активный отпор опасностям внешнего мира, быть может, даже посредством агрессии.

«Все это весьма далеко от того, что Вы обещали».

Вы и не подозреваете, как близко я подошел к испол нению своего обещания. Также и у живых существ, которые впоследствии имеют дееспособную организацию Я, вначале, в детские годы, это Я слабо и мало дифференцировано от Оно. Теперь представьте себе, что происходит, когда это немощное Я воспринимает требование влечения, исходящее от Оно, которому это Я уже хочет сопротивляться, ибо догадывается, что его удовлетворение опасно, создаст трав матическую ситуацию, приведет к столкновению с внешним миром, над которым оно, однако, не может властвовать, поскольку пока еще не обладает для этого силой. В таком случае Я обходится с исходящей от влечения опасностью так, как если бы это была внешняя опасность, оно предпри нимает попытку бегства, отстраняется от этой части Оно и бросает ее на произвол судьбы, после того как отказало ей во всех вкладах, которые обычно оно предоставляет им пульсам влечения. Мы говорим, что Я предпринимает *вы теснение* этих импульсов влечения. На мгновение это позво ляет отразить опасность, но смешивание внутреннего и внешнего не остается безнаказанным. Нельзя сбежать от себя самого. При вытеснении Я следует принципу удовольствия, который оно обычно корректирует, за это оно должно по нести ущерб. Он заключается в том, что Я надолго ограни чило сферу своей власти. Вытесненный импульс влечения теперь изолирован, предоставлен самому себе, недоступен, но на него и нельзя повлиять. Он идет своим собственным путем. В большинстве случаев Я и потом, когда оно укрепи лось, не может уже упразднить вытеснение, его синтез на рушен, часть Оно остается для Я запретной территорией. Однако изолированный импульс влечения также не остается праздным, он знает, как вознаградить себя за то, что в нор мальном удовлетворении ему отказано, создает психических потомков, которые его замещают, вступает в связь с други ми процессами, которые благодаря своему влиянию он точ но так же отнимает у Я, и, наконец, в искаженном до неуз наваемости замещающем образовании прорывается в Я и к сознанию, создавая то, что называют симптомом. Мы сразу видим перед собой положение вещей при нервном расстрой стве: Я, которое заторможено в своем синтезе, которое не имеет никакого влияния на части Оно, которое вынуждено

отказаться от иной своей деятельности, чтобы избежать повторного столкновения с вытесненным, которое истощает ся в тщетных, как правило, защитных действиях против сим птомов, потомков вытесненных побуждений, и Оно, в кото ром отдельные влечения сделались самостоятельными, преследуют свои цели, не считаясь с интересами личности в целом и разве что повинуются законам примитивной психо логии, распоряжающейся в глубинах Оно. Если взглянуть на всю ситуацию, то в качестве простой формулы возникно вения невроза обнаруживается, что Я сделало попытку *не подходящим способом* подавить определенные части Оно, что это не удалось и Оно отомстило за это. Стало быть, невроз — это следствие конфликта между Я и Оно, в кото рый вступает Я, потому что оно, как показывает детальное исследование, хочет по-прежнему быть уступчивым по отношению к реальному внешнему миру. Между внешним миром и Оно существует противоречие, и поскольку Я, вер ное своей истинной сущности, принимает сторону внешнего мира, он оказывается в конфликте со своим Оно. Но обратите внимание: не сам факт этого конфликта создает усло вие болезни — ведь такие противоречия между реальностью и Оно неизбежны, и в качестве одной из своих постоянных задач Я должно выступать в них посредником, — а то об стоятельство, что для разрешения конфликта Я воспользо валось недостаточным средством вытеснения. Но само это имеет свою причину в том, что в то время, когда перед Я встала эта задача, оно было неразвитым и бессильным. Ведь все решающие вытеснения совершаются в раннем детстве. «Какой странный путь! Я следую Вашему совету не критиковать, поскольку Вы хотите лишь показать мне, что думает психоанализ о возникновении неврозов, чтобы к этому присоединять то, что он предпринимает для их преодоле ния. Я спросил бы о разном и кое-что выскажу потом. Прежде всего я испытываю искушение продолжить ход Ваших мыслей и даже отважиться выдвинуть теорию. Вы говорили об отношениях между внешним миром, Я и Оно и в качестве предпосылки невроза указали, что Я в своей за висимости от внешнего мира ведет борьбу с Оно. Не возмо жен ли и другой случай, когда в подобном конфликте Я позволяет увлечь себя Оно и отрекается от своего уважения к внешнему миру? Что происходит в таком случае? Согласно

моим дилетантским представлениям о природе психического заболевания, это решение Я могло бы быть предпосылкой душевной болезни. Ведь такой отход от действительности кажется важным моментом в психическом заболевании».

Верно, я и сам думал об этом[1] и даже считаю такое положение вещей соответствующим действительности, хотя доказательство такого предположения требует обсуждения очень сложных отношений. Невроз и психоз, очевидно, очень близки и все же должны различаться между собой в одном важном пункте. Этим пунктом могла бы, пожалуй, быть солидарность Я в подобном конфликте. В обоих случаях Оно сохраняло бы свой характер слепой неуступчивости.

«Что ж, продолжайте. Какие указания дает Ваша тео рия для лечения невротических заболеваний? »

Нашу терапевтическую цель теперь легко описать. Мы хотим восстановить Я, освободить его от ограничений, вер нуть ему власть над Оно, которую оно утратило вследствие своих прежних вытеснений. Только с этой целью мы проводим анализ, вся наша техника направлена на эту цель. Мы должны отыскать произошедшие вытеснения и подвигнуть Я с нашей помощью их теперь скорректировать, разрешать конфликты лучшим способом, нежели через попытку бег ства. Поскольку эти вытеснения относятся к очень раннему детству, также и аналитическая работа возвращает нас в этот период жизни. Путь к забытым в большинстве случаев кон фликтным ситуациям, которые мы хотим оживлять в воспоминании больного, нам указывают симптомы, сновидения и свободные ассоциации больного, которые, однако, мы вна чале должны истолковать, перевести, так как под влиянием психологии Оно они приняли непривычные для нашего по нимания формы выражения. Относительно ассоциаций, мыслей и воспоминаний, которые не без внутреннего сопро тивления может нам сообщить пациент, мы можем предпо ложить, что каким-то образом они связаны с вытесненным или являются его потомками. Побуждая больного при сооб щении пренебречь своими сопротивлениями, мы приучаем его Я преодолевать свою склонность к попыткам бегства и тер петь приближение вытесненного. В конце, если удалось воспроизвести в его памяти ситуацию вытеснения, его уступчивость

[1] *[Ср. Фрейд, «Невроз и психоз» (1924b).]*

блестяще вознаграждается. Все различие времен ему во благо, и то, перед чем его детское Я в испуге обращалось в бегство, его взрослому и окрепшему Я зачастую кажется лишь детской игрой.

IV

«Все, что Вы до сих пор мне рассказывали, было пси хологией. Часто это звучало странно, чопорно, туманно, но всегда, если так можно сказать, чисто. Хотя до сих пор я очень мало знал о Вашем психоанализе, все же и до меня дошел слух, что он в основном занимается такими вещами, которые не претендуют на эту оценку. То, что доныне Вы ничего подобного не затрагивали, производит на меня впе чатление намеренной скрытности. Не могу подавить в себе и другого сомнения. Ведь неврозы, как Вы сами сказали, — это нарушения душевной жизни. И что же, при этих всеобъ емлющих нарушениях столь важные вещи, как наша этика, наша совесть, наши идеалы, вообще не должны были играть никакой роли? »

Стало быть, вы заметили, что в наших прежних рассуж дениях не учитывались как самое низменное, так и возвы шенное. Однако это объясняется тем, что о содержаниях душевной жизни мы вообще ничего не говорили. Но позвольте мне теперь самому сыграть роль того, кто прерывает друго го и задерживает развитие беседы. Я так много рассказал Вам о психологии, потому что хотел, чтобы у Вас сложилось впечатление, что аналитическая работа — это часть приклад ной психологии, а именно психологии, которая за предела ми анализа не известна. Следовательно, аналитик в первую очередь должен изучить эту психологию, глубинную психо логию или психологию бессознательного, хотя бы настоль ко, насколько сегодня об этом знают. Нам это понадобится для последующих наших выводов. Но что вы имели в виду, намекая на чистоту?

«Что ж, повсюду рассказывают, что в анализах во всех деталях говорится о самых интимных и мерзких вещах по-ловой жизни. Если это так — из Ваших психологических рассуждений я не могу этого заключить, — то это было веским аргументом в пользу того, чтобы разрешить такое течение только врачам. Как можно думать о том, чтобы

предоставить столь опасные вольности другим людям, в скром ности которых не уверены и за характер которых никто не ручается?»

Верно, врачи пользуются определенными привилегиями в сексуальной области; они даже могут осматривать генита лии. Хотя на Востоке не могут; да и иные реформаторы-идеалисты — Вы знаете, кого я имею в виду — боролись с этими привилегиями. Но сначала Вы хотите узнать, так ли это в анализе и почему так должно быть? — Да, это так.

Однако так должно быть, во-первых, потому, что ана лиз вообще основывается на полной откровенности. С такой же обстоятельностью и прямотой в нем обсуждается, на пример, имущественное положение, говорят о вещах, кото рые скрывают от любого согражданина, даже если он не является конкурентом или налоговым служащим. То, что эта обязанность быть откровенным налагает серьезную моральную ответственность также и на аналитика, я не буду оспаривать, а, наоборот, энергично подчеркну. Во-вторых, так должно быть потому, что среди причин нервных забо леваний и поводов к ним обстоятельства половой жизни играют необычайно важную, первостепенную, возможно даже, специфическую роль. Что может делать анализ иное, чем опираться на свой материал, то есть тот материал, ко торый приводит больной? Аналитик никогда не завлекает больного в сексуальную область, не предсказывает ему: «Речь пойдет об интимных подробностях вашей половой жизни!» Он позволяет ему начать свои сообщения так, как ему будет угодно, и спокойно ждет, когда сам пациент не коснется сексуальных вопросов. *Я* всегда напоминал моим ученикам: «Наши противники нам объявили, что мы натолкнемся на случаи, в которых сексуальный момент не играет никакой роли; остережемся вводить это в анализ, но не упустим шанса такой случай найти. До сих пор никто из нас не имел этого счастья.

Конечно, я знаю, что признание нами сексуальности — о чем заявлялось или не заявлялось — стало самым сильным мотивом для враждебного отношения других к анализу. Может ли это привести нас в замешательство? Это только

[1] *[Несомненно, Толстой и его последователи. См. аналогичный пас саж в работе о любви-переносе (1915a).]*

показывает нам, сколь невротична вся наша культурная жизнь, поскольку якобы нормальные люди ведут себя не многим иначе, чем нервнобольные. В то время, когда в уче ных обществах Германии устроили торжественный суд над психоанализом — сегодня все стало значительно тише, — один оратор претендовал на особый авторитет, поскольку, по его словам, он тоже просит больных высказываться. Оче видно, с диагностической целью и чтобы проверить утверж дения аналитиков. Однако, добавил он, когда они начинают говорить о сексуальных вещах, я закрываю им рот. Что Вы думаете о таком порядке представления доказательств? Уче ное общество приветствовало оратора возгласами ликования, вместо того чтобы надлежащим образом его пристыдить. Только торжествующей уверенностью, которую придает со знание общих предубеждений, можно объяснить логическую беспечность этого оратора. По прошествии нескольких лет некоторые из моих тогдашних учеников уступили потребно сти освободить человеческое общество от ига сексуально сти, которое хочет возложить на него психоанализ. Один заявил, что сексуальное означает вовсе не сексуальность, а нечто другое, абстрактное, мистическое; второй же, что сексуальная жизнь — это всего лишь одна из областей, в которой человек хочет осуществить движущую его поступками потребность в господстве и власти . Они встретили очень большое одобрение, во всяком случае на ближайшее время.

«Однако тут я осмелюсь высказать свое мнение. Кажет ся мне очень рискованным утверждать, что сексуальность — это не природная, первоначальная потребность живых су ществ, а выражение чего-то другого. Достаточно привести пример животных».

Это не важно. Пока еще нет такой абсурдной миксту ры, которую общество не проглотило бы столь охотно, если только она провозглашается противоядием против внушаю щего страх всесилия сексуальности. Впрочем, признаюсь вам, что нежелание, которое Вы сами передо мной разоблачили, придавать сексуальному моменту столь большое значение в этиологии неврозов, по-видимому, не вполне согласуется с

[1] *[Несомненно, имеются в виду теории К.Г. Юнга и Альфреда Ад лера.]*

Вашей задачей третейского судьи. Не боитесь ли Вы, что такая антипатия будет мешать Вам в вынесении справедли вого приговора?

«Мне жаль, что Вы так говорите. Похоже, что Ваше доверие ко мне пошатнулось. Почему же тогда Вы не избра ли в качестве третейского судьи кого-то другого? »

Потому что этот другой думал бы точно так же, как Вы. Если бы он был готов с самого начала признать значение половой жизни, то весь мир стал бы кричать: «Да ведь это никакой не беспристрастный судья, он — Ваш сторонник». Нет, я ничуть не отказываюсь от надежды повлиять на Ваши суждения. Однако я признаю, что этот случай для меня отличается от того, который обсуждался раньше. В психо логических рассуждениях для меня должно было быть без различным, верите Вы мне или нет, если только у Вас созда лось впечатление, что речь идет о чисто психологических проблемах.

На этот раз, в вопросе о сексуальности, мне все же хотелось бы, чтобы Вы были доступны пониманию того, что Вашим самым сильным мотивом к возражению является как раз принесенная с собой враждебность, которую Вы разде ляете со многими другими.

«Мне все же недостает опыта, который породил у Вас такую непоколебимую уверенность».

Хорошо, теперь я могу продолжить мое изложение. Половая жизнь — это не только пикантность, но и серьезная научная проблема; здесь можно было узнать много но вого и много странного объяснить. Я уже Вам говорил, что анализ должен был дойти до ранних детских лет пациента, поскольку в это время и в период слабости *Я* произошли решающие вытеснения. Но ведь в детстве, конечно же, нет половой жизни, она начинается только с пубертатным пери одом. Напротив, мы вынуждены были сделать открытие, что импульсы сексуального влечения сопровождают жизнь с самого рождения и что это именно те влечения, для защиты от которых инфантильное *Я* и предпринимает вытеснения. Не правда ли, странное совпадение, что уже маленький ребенок противится власти сексуальности, как позднее ора тор в ученом обществе и еще позже мои ученики, которые выдвигают свои собственные теории? Как это происходит? Самой общей информацией было бы

то, что наша культура вообще создается за счет сексуальности, но об этом нужно сказать и много другого.

Открытие детской сексуальности относится к тем наход кам, которых стыдятся[1]. Некоторые детские врачи всегда знали об этом, как и, похоже, некоторые воспитательницы. Остро умные мужчины, которые называют себя детскими психо логами, укоризненным тоном говорили тогда о «лишении невинности детства». Снова и снова сантименты вместо аргу ментов! В наших политических органах такое случается по вседневно. Встает кто-нибудь из оппозиции и говорит о бес хозяйственности в управлении, армии, юстиции и т. п. В ответ на это другой — лучше всего кто-то от правительства — заяв ляет, что подобные утверждения оскорбляют государствен ное, военное, династическое или вообще национальное чув ство собственного достоинства. Стало быть, они нисколечко не верны. Эти чувства не терпят оскорбления.

Конечно, половая жизнь ребенка иная, чем половая жизнь взрослого. От своей начальной стадии до столь нам знакомой конечной формы сексуальная функция проходит сложное развитие. Она сливается из многочисленных парциальных влечений, имеющих особые цели, проходит несколько фаз организации, пока, наконец, не начинает служить продолжению рода. Из отдельных парциальных влечений не все сразу пригодны для конечного проявления, их прихо дится отклонять, переделывать, отчасти подавлять. Такое сложное развитие не всегда проходит безупречно, иногда возникают задержки в развитии, частичные фиксации на ранних ступенях развития; там, где позднее осуществлению сексуальной функции чинятся препятствия, сексуальное стремление — либидо, как мы говорим — охотно отступает к таким ранним местам фиксации. Стадия детской сексуаль ности и ее преобразований вплоть до зрелости дала нам также ключ к пониманию так называемых сексуальных перверсий, которые всегда имели обыкновение описывать со всеми не обходимыми признаками отвращения, но возникновение которых объяснить не могли. Вся эта область необычайно интересна, но для целей наших бесед не будет иметь много смысла, если я расскажу Вам об этом больше.

[1] *[Ср. сходный пассаж в работе «Об истории психоаналитического движения» (1914(f), в начале второй половины раздела I.]*

Чтобы здесь разобраться, нужны, разумеется, знания анатомии и физио логии, не все из которых, к сожалению, можно приобрести в медицинской школе, и столь же необходимо знакомство с историей культуры и мифологией.

«После всего этого я все же не могу составить себе представления о половой жизни ребенка».

Поэтому мне хочется подольше задержаться на этой теме; мне и без того непросто от нее отойти. Знаете, самым удиви тельным в половой жизни ребенка мне представляется то, что все свое весьма значительное развитие оно проходит в первые пять лет жизни; с этого времени вплоть до пубертата прости рается так называемый латентный период, в котором — обыч но — сексуальность нисколько не прогрессирует, сексуаль ные стремления, напротив, ослабевают и многое из того, что ребенок уже освоил или узнал, утрачивается и забывается. В этот период жизни, после того как сошел на нет ранний расцвет половой жизни, формируются те установки *Я* — стыд, отвращение, нравственность, — которым предназначено вы держать последующую бурю полового созревания и указать пути вновь пробуждающемуся сексуальному желанию. Это так называемое *двувременное начало сексуальной жизни* имеет очень много общего с возникновением нервных заболеваний. По-види мому, его можно встретить только у человека, быть может, это одно из условий человеческой привилегии стать невротическим. До психоанализа доисторическую эпоху половой жизни точно так же не замечали, как в другой области — задний план созна тельной душевной жизни. Вы можете с полным правом предпо ложить, что то и другое тесно взаимосвязано.

О содержаниях, проявлениях[1] и достижениях этого раннего периода сексуальности можно было бы рассказать очень много неожиданного. Например, несомненно, Вы уди витесь, услышав, что маленький мальчик очень часто боит ся, что его съест отец. (Вас также не удивляет, что этот страх я отношу к проявлениям сексуальной жизни?) Но я могу Вам напомнить мифологический рассказ, который, возмож но, вы еще не забыли со своих школьных лет, что и бог Кронос проглатывает своих детей. Каким странным должен был показаться Вам этот миф, когда Вы впервые его услышали!

[1] *[В первом издании — «проявления », во всех последующих — «из менения»; по всей видимости, опечатка.]*

Но я уверен, что все мы тогда ничего при этом не думали. Сегодня мы можем вспомнить также иные сказки, в которых встречается пожирающее животное, такое как волк, и распозна ем в нем перевоплощение отца. Я пользуюсь этим случаем, чтобы заверить Вас, что мифология и мир сказок вообще ста новятся понятными только благодаря знанию сексуальной жизни ребенка. В этом состоит побочный результат аналити ческих исследований.

Не меньше Вы удивитесь, услышав, что ребенок мужско го пола страдает от страха, что отец лишит его полового чле на, так что этот страх кастрации оказывает сильнейшее вли яние на развитие его характера и определяет его половую направленность. Также и здесь мифология придаст Вам сме лость поверить психоанализу. Тот же Кронос, который про глатывает своих детей, оскопил также своего отца Ураноса, а затем в качестве возмездия был оскоплен сыном Зевсом, спасенным благодаря хитрости матери. Если Вы склонны считать, что все, что рассказывает психоанализ о ранней сексуальности детей, происходит из необузданной фантазии аналитиков, то все же по крайней мере Вы согласитесь, что эта фантазия создала те же продукты, что и деятельность фантазии перво бытного человечества, осадком которой являются мифы и сказки. Другое, более дружественное и, наверное, более вер ное воззрение заключалось бы в том, что в душевной жизни ребенка еще и сегодня можно выявить те же самые архаичные моменты, которые повсеместно господствовали в доистори ческие времена человеческой культуры. В своем душевном развитии ребенок в сокращенном виде повторил бы историю рода, как это уже давно установила эмбриология в отношении телесного развития.

Другая особенность сексуальности в раннем детстве состоит в том, что собственно женский половой орган ника кой роли в ней пока не играет — он пока еще не открыт для ребенка. Весь акцент делается на мужском члене, весь инте рес направляется на то, имеется он или нет. О половой жизни девочки мы знаем меньше, чем о половой жизни мальчика. Мы не должны стыдиться этого различия; ведь и половая жизнь взрослой женщины — *dark continent*[1] для

[1] *[Африка (ироническое обозначение в английском языке отдален ных или нецивилизованных стран). — Прим. перев.]*

психологии. Но мы узнали, что девочка тяжело воспринима ет отсутствие у себя полового органа, равноценного мужско му члену, поэтому считает себя неполноценной и что эта «зависть к пенису» дает начало целому ряду типично жен ских реакций.

Ребенку также присуще то, что обе выделительные потребности катектированы сексуальным интересом. Позднее воспитание осуществляет строгое разделение, практика шуток снова его упраздняет. Это может казаться нам неап петитным, но, как известно, ребенку требуется много вре мени, пока у него появится отвращение. Этого не отрицали и те, кто обычно выступает за ангельскую чистоту детской души.

Но никакой другой факт не претендует в большей сте пени на наше внимание, чем то, что ребенок регулярно направляет свои сексуальные желания на ближайших родственников, то есть в первую очередь на отца и мать, в дальнейшем на своих братьев и сестер. Для мальчика мать является первым объектом любви, для девочки — отец, если только бисексуальная предрасположенность не содействует одновременно и противоположной установке. Другой родитель воспринимается как мешающий соперник и нередко вызыва ет сильнейшую враждебность. Поймите меня правильно, я не хочу сказать, что ребенок желает себе только той неж ности со стороны предпочитаемого родителя, в которой мы, взрослые, так охотно усматриваем сущность детско-родительских отношений. Нет, анализ не оставляет никакого сомнения в том, что желания ребенка, помимо этой нежно сти, стремятся ко всему тому, что мы понимаем как чув ственное удовлетворение, насколько хватает силы вообра жения ребенка. Легко понять, что ребенок никогда не догадывается об истинном значении соединения гениталий, зато вводит в действие представления, выведенные из своих переживаний и ощущений. Обычно его желания достигают высшей точки в намерении родить или — неопределимым способом — зачать ребенка. В своем неведении от желания родить ребенка не отказывается также и мальчик. Все это душевное сооружение в соответствии с известным греческим сказанием мы называем *эдиповым комплексом.* Обычно он должен быть оставлен, существенно ослаблен и преобразо ван к концу раннего периода сексуальности, а результаты

этого превращения определяют большие достижения в после дующей душевной жизни. Но, как правило, это происходит недостаточно основательно, и в таком случае пубертат вы зывает оживление комплекса, которое может иметь тяже лые последствия.

Я удивляюсь, что Вы все еще молчите. Едва ли это может означать согласие. Когда анализ утверждает, что первый выбор объекта у ребенка является *инцестуозным* — если употребить техническое название, — то, несомненно, он снова задел самые святые чувства человечества и может быть го тов к соответствующей степени недоверия, возражениям и обвинениям, которые и так уже ему доставались вдоволь. Ничто другое не навредило ему в благосклонности совре менников больше, чем выставление эдипова комплекса в качестве общечеловеческой, обусловленной судьбой формации. Правда, греческий миф, должно быть, имел в виду тоже самое, однако подавляющее большинство современных людей — как образованных, так и необразованных — пред почитает думать, что природа создала врожденное отвращение как защиту от возможности инцеста.

Сначала на помощь нам должна прийти история. Когда Гай Юлий Цезарь вступил в Египет, он застал юную царицу Клеопатру, которая вскоре стала для него очень значимой, замужем за своим еще более юным братом Птолемеем. В египетской династии в этом не было ничего особенного; первоначально греческие Птолемеи лишь продолжили обычай, которому несколько тысячелетий следовали их предшественники, древние фараоны. Но ведь это всего лишь инцест между братьями и сестрами, который еще и в настоящее время осуждается менее строго. Обратимся поэтому к нашей главной свидетельнице отношений в древности, к мифологии. Она должна нам рассказать, что мифы всех народов, не только греков, изобилуют любовными отношениями между отцом и дочерью и даже между матерью и сыном. Космология, равно как и генеалогия царских родов, основана на инцесте. Как Вы думаете, с какой целью были созданы эти вымыслы? Чтобы заклеймить богов и царей как преступников, направить на них отвращение человеческого рода? Скорее все-таки потому, что инцестуозные желания — это древнее человеческое наследие и они никогда не были полностью преодолены, и

поэтому богам и их потомкам по-прежнему позволяли их исполнять, когда большинству обычных людей уже пришлось от этого отказаться. В полнейшем согласии с эти ми учениями истории и мифологии еще и сегодня мы обна руживаем наличие и действенность инцестуозного желания в детстве отдельного человека.

«Я мог бы на Вас обидеться за то, что Вы хотели скрыть от меня все эти сведения о детской сексуальности. Как раз из-за их отношения к древней истории человечества мне это кажется весьма интересным».

Я опасался, что это увело бы нас слишком далеко от нашей цели. Но, может быть, это все-таки принесет свою пользу.

«Но теперь мне скажите, какую гарантию Вы можете дать, что Ваши аналитические результаты, касающиеся сек суальной жизни детей, надежны? Покоится ли Ваше убеж дение только на соответствиях с мифологией и историей? »

О, отнюдь. Оно покоится на непосредственном наблю дении. Дело обстояло так: сначала мы раскрыли содержание сексуального детства из анализов взрослых, то есть по про шествии двадцати-сорока лет. В дальнейшем мы произвели анализы на самих детях, и это было немалым успехом, когда на них удалось подтвердить все то, что мы разгадали, не смотря на наслоения и искажения в промежутке.

«Как, Вы брали в анализ маленьких детей, детей в воз расте до шести лет? Возможно ли такое вообще и не риско ванно ли это для этих детей? »

Получается очень хорошо. Едва ли можно поверить, что у такого ребенка в возрасте от четырех до пяти лет уже все происходит. В этом возрасте дети умственно очень активны, ранний период развития сексуальности является для них также и временем интеллектуального расцвета. У меня со здалось впечатление, что они становятся умственно затор моженными, более глупыми со вступлением в латентный период. Многие дети отныне утрачивают также и свое фи зическое очарование. Что же касается вреда от раннего ана лиза, то я могу Вам сообщить, что первый ребенок, над которым почти двадцать лет назад отважились провести этот эксперимент, с тех пор стал здоровым и дееспособным мо лодым человеком, безропотно прошедшим через свой пубер тат, несмотря на тяжелые психические травмы. Надо наде яться, что и другим «жертвам» раннего анализа будет не

хуже. С этими детскими анализами связаны различные ин тересы; возможно, что в будущем они приобретут еще боль шее значение. Ведь их ценность для теории не подлежит никакому сомнению. Они дают совершенно определенные сведения по вопросам, которые остаются нерешенными в анализах взрослых, и таким образом оберегают аналитика от ошибок, которые были бы для него чреваты последстви ями. При работе с детьми поражают как раз моменты, ко торые формируют невроз, и их нельзя не заметить. Правда, в интересах ребенка аналитическое влияние должно соче таться с мерами воспитания. Эта техника пока еще ожидает своей разработки. Вместе с тем практический интерес про буждается наблюдением, что очень большое число наших детей в своем развитии проходит через явно выраженную невротическую фазу. С тех пор как мы научились видеть отчетливее, нас искушает сказать, что детский невроз — не исключение, а правило, как будто на пути от инфантильных задатков к общественной культуре его едва ли можно избе жать. В большинстве случаев этот невротический приступ детских лет спонтанно преодолевается; но не оставляет ли он все же своих следов и у обычного здорового человека? Ни у одного человека, впоследствии ставшего невротиком, мы не можем не заметить связи с детским заболеванием, которое в свое время, должно быть, не очень бросалось в глаза. Совершенно аналогичным образом, думаю я, терапев ты утверждают сегодня, что каждый человек однажды в детстве перенес заболевание туберкулезом. Однако в отно шении неврозов о вакцинации речь не идет — только о пред расположении.

Теперь я хочу вернуться к Вашему вопросу о гарантиях. В общем и целом благодаря непосредственному аналитическо му наблюдению над детьми мы пришли к убеждению, что сообщения взрослых о своем детстве мы истолковывали правильно. В ряде случаев для нас стало возможным полу чить подтверждение еще и другим способом. Из материала анализа мы реконструировали определенные внешние собы тия, впечатляющие происшествия детских лет, о которых в памяти больного ничего не сохранилось, но затем благодаря счастливым случайностям, расспросам родителей и воспита телей мы получали неопровержимое доказательство того, что эти выявленные события действительно происходили. Разумеется,

такое удавалось не очень часто, но если это случа лось, то производило колоссальное впечатление. Вы долж ны знать, что правильная реконструкция таких забытых дет ских переживаний всегда имеет большой терапевтический эффект независимо от того, допускает она объективное подтверждение или нет. Своим значением эти события обя заны, конечно, тому обстоятельству, что они произошли очень рано, в то время, когда они еще могли травматическим образом воздействовать на слабое Я.

«О каких же событиях здесь идет речь, которые можно раскрыть посредством анализа? »

О самых разных. В первую очередь о впечатлениях, которые были способны повлиять на зарождающуюся сек суальную жизнь ребенка, таких, как наблюдения за поло выми отношениями между взрослыми или собственный сексуальный опыт с взрослым или с другим ребенком — это совсем не редкие происшествия, — затем о присутствии при разговорах, которые ребенок понял тогда или только потом и из которых он сделал вывод о таинственных или жутких вещах, далее о высказываниях и поступках самого ребенка, которые свидетельствуют о его нежном или враждебном отношении к другим людям. Особенно важно позволить в анализе вспомнить о забытой собственной сексуальной де ятельности ребенка и о вмешательстве в нее взрослых, ко торое положило ей конец.

«Теперь у меня появляется повод поставить вопрос, который мне давно уже хотелось задать. В чем же в это раннее время состоит "сексуальная деятельность" ребенка, которую, как Вы говорите, до появления анализа не замеча ли?»

Как ни странно, самое обычное и существенное в этой сексуальной деятельности все же не проглядели; то есть в этом нет ничего странного, не заметить это было нельзя. Сексуальные побуждения ребенка находят свое самое глав ное выражение в самоудовлетворении посредством раздра жения собственных гениталий, в действительности — муж ской их части. Чрезвычайное распространение этой детской «дурной привычки» всегда было известно взрослым, сама

[1] *[Ср. позднюю работу Фрейда на эту тему (1937d), в данном томе с. 201 и далее.]*

она расценивалась как тяжкий грех и строго преследовалась. Каким образом можно было связать это наблюдение без нравственных наклонностей детей — ибо дети делают это, как Вы говорите сами, чтобы доставить себе удовольствие — с теорией их врожденной чистоты и отсутствия чувственно сти — об этом меня не спрашивайте. Эту загадку Вы можете себе объяснить с противоположной позиции. Для нас возни кает более важная проблема. Как нужно вести себя по от ношению к сексуальной деятельности в раннем детстве? Известна ответственность, которую на себя берут, ее подав ляя, но не осмеливаются предоставить ей неограниченную свободу. У народов низшей культуры и в низших слоях культурных народов сексуальность детей, по всей видимо сти, не ограничивается. Благодаря этому, вероятно, было получено мощное предохранительное устройство от последующего заболевания индивидуальными неврозами, но не был ли вместе с тем нанесен чрезвычайный ущерб способности к культурным достижениям? Многое говорит о том, что мы здесь оказываемся перед новой Сциллой и новой Харибдой. Но создаст ли интерес, вызванный изучением сексуальной жизни у невротиков, атмосферу, благоприятную для пробуждения похотливости, — это все же я предоставляю решать Вашему собственному суждению.

V

«Я думаю, что понимаю Ваше намерение. Вы хотите мне показать, какие знания нужны для проведения анализа, чтобы я мог рассудить, только ли врач вправе им занимать ся. Что ж, до сих пор было мало врачебного, много психо логии и кусочек биологии или науки о сексуальности. Но, наверное, мы еще не подошли к концу? »

Разумеется, нет, еще надо заполнить пробелы. Можно ли мне Вас кое о чем попросить? Не хотите ли Вы продемон стрировать мне, как Вы теперь себе представляете аналити ческое лечение? Как если бы Вы сами стали его проводить?

«Что ж, можно попробовать. На самом деле у меня нет намерения решить наш спорный вопрос с помощью такого эксперимента. Но я хочу сделать Вам одолжение, пусть только ответственность будет лежать на Вас. Итак, допус тим, ко мне приходит пациент и жалуется на свои затруднения.

Я обещаю ему излечение или улучшение, если он будет следовать моим указаниям. Я прошу его рассказать со всей откровенностью все, что он знает и что ему приходит на ум, и не отступать от этого намерения, даже если о чем-то рассказывать будет ему неприятно. Хорошо ли запомнил я это правило?»

Да, Вы должны были добавить еще: даже если он дума ет, что то, что приходит ему на ум, является не важным или бессмысленным.

«И это тоже. Затем он начинает рассказывать, а я слу шаю. Так, а потом? Из его сообщений я догадываюсь, какие впечатления, переживания, побуждения он вытеснил, так как они возникли у него в то время, когда его Я пока еще было слабым и их боялось, вместо того чтобы заняться ими. Узнав от меня об этом, он помещается в тогдашнюю ситуацию и с моей помощью справляется с нею лучше. В таком случае исчезают ограничения, на которые было вынуждено пойти его Я, и он выздоравливает. Верно?»

Прекрасно! Я вижу, меня опять могут упрекнуть в том, что я обучил не врача анализу. Вы очень хорошо это усвоили.

«Я лишь повторил то, что услышал от Вас, как расска зывают что-то заученное наизусть. И все же я не могу пред ставить себе, как я делал бы это, и совершенно не понимаю, почему такая работа должна требовать ежедневно по одно му часу на протяжении многих месяцев. Ведь, как правило, обычный человек так много не переживает, а то, что вытес няется в детстве, наверное, во всех случаях одинаково».

При правильном проведении анализа еще многому учат ся. Например: Вы сочли бы далеко не простым из сообщений пациента сделать вывод о переживаниях, которые он забыл, о импульсах влечения, которые он вытеснил. Он рассказы вает Вам нечто такое, что поначалу имеет для него столь же мало смысла, как и для Вас. Вы должны будете решиться совершенно особым способом обрабатывать материал, кото рый Вам поставляет анализируемый при соблюдении прави ла. Подобно руде, из которой с помощью определенных процессов можно извлечь ценный металл. В таком случае Вы также готовы к тому, чтобы переработать многие тонны руды, которая, возможно, содержит лишь небольшое коли чество искомого ценного материала. Такова первая причина большой длительности лечения.

«Но как перерабатывают это сырье, если оставить Ваше сравнение?»

Предполагая, что сообщения и внезапно приходящие в голову мысли больного являются лишь искажениями иско мого, так сказать, намеками, по которым Вы должны дога даться, что за этим скрывается. Словом, Вы должны сначала *истолковать* этот материал, будь то воспоминания, мысли или сновидения. Разумеется, это происходит с учетом тех ожиданий, которые возникли у Вас благодаря Вашей компе тентности, пока Вы слушали пациента.

«Истолковать! Это плохое слово. Мне оно не нравится, этим Вы лишаете меня всякой уверенности. Если все зависит от моего толкования, кто поручится, что я правильно истол ковываю? Ведь в таком случае все предоставлено произволь но решать мне самому».

Не торопитесь, дело обстоит не так плохо. Почему Вы хотите исключить собственные душевные процессы из зако номерности, которую Вы признаете у другого? Если Вы приобрели известную самодисциплину и обладаете определенными знаниями, то на Ваши толкования не будут влиять Ваши личные качества и они будут верными. Я не утверж даю, что для этой части задачи личность аналитика безраз лична. Определенная тонкость слуха, которой не каждый владеет в одинаковой степени, имеет значение для бессозна тельного вытесненного. И здесь прежде всего для аналитика возникает обязанность посредством глубокого собственного анализа сделать себя пригодным для непредвзятого воспри ятия аналитического материала. Правда, кое-что остается — то, что можно сопоставить с «личным уравнением» при ас трономических наблюдениях; этот индивидуальный момент всегда будет играть в психоанализе более важную роль, чем где бы то ни было. Ненормальный человек может быть хорошим физиком, в качестве аналитика его собственная ненормальность будет ему мешать без искажения осмыслять картины душевной жизни. Поскольку никто не захочет признать свою ненормальность, добиться общего согласия в вопросах глубинной психологии будет особенно сложно. Некоторые психологи даже считают, что это совершенно бесперспективно и что каждый глупец имеет равное право выдавать свою глупость за мудрость. Признаюсь, что здесь я более оптимистичен. Ведь наш опыт показывает, что также

и в психологии можно достичь вполне удовлетворительного согласия. Каждая область исследования имеет свою особую трудность, устранить которую мы и должны стараться. Впрочем, также и в аналитическом искусстве толкования кое-что, подобно другому учебному материалу, можно выучить, например, то, что связано со своеобразным косвенным изоб ражением с помощью символов.

«Теперь мне даже и в мыслях не хочется предприни мать аналитическое лечение. Кто знает, какие еще неожи данности поджидали бы меня тут».

Вы правильно поступаете, отказываясь от такого наме рения. Вы видите, сколько понадобилось бы еще обучаться и упражняться. Если Вы нашли правильные толкования, возникает новая задача. Они должны дождаться подходя щего момента, чтобы с шансами на успех сообщать пациенту свое толкование.

«Как каждый раз распознают подходящий момент? »

Это вопрос такта, который можно существенно усовер шенствовать благодаря опыту. Вы совершите грубую ошиб ку, если, к примеру, в стремлении сократить время анализа обрушите на пациента свои толкования сразу после того, как их найдете. Этим Вы вызовете у него проявления сопро тивления, отвержения, негодования, но не достигнете того, чтобы его Я овладело вытесненным. Имеется предписание: ждать до тех пор, пока он не приблизится к нему настолько, что ему потребуется сделать лишь несколько шагов, руководствуясь толкованием, которое Вы ему предложили.

«Я думаю, что никогда не научился бы этому. А если я бы принял эти меры предосторожности при толковании, что было бы тогда? »

Тогда Вам уготовано сделать открытие, к которому Вы не подготовлены.

«Какое же? »

Что Вы обманулись в своем пациенте, что Вы вовсе не можете рассчитывать на его содействие и уступчивость, что он готов чинить всевозможные препятствия на пути совместной работы, словом, что он вообще не хочет выздо роветь.

«Нет, это самое сумасбродное из всего, что Вы до сих пор мне рассказывали! Я в это не верю. Больной, который так тяжело страдает, который так трогательно жалуется на

свои недуги, который приносит ради лечения такие большие жертвы, не хочет выздороветь! Конечно, Вы тоже так не думаете».

Успокойтесь, я так думаю. То, что я сказал, — правда, не вся, конечно, но очень значительная ее часть. Разумеется, больной хочет выздороветь, но вместе с тем этого и не хо чет. Его Я утратило целостность, поэтому он не выражает единой воли. Он не был бы невротиком, если бы вел себя по-другому.

«Будь я благоразумен, не звался б я Телль»[1].

Потомки вытесненного прорвались в его Я, утвержда ются в нем, а над стремлениями этого происхождения Я имеет столь же мало власти, как и над самим вытесненным, да и обычно ничего не знает о них. Эти больные — особого рода и создают трудности, с которыми мы не привыкли считаться. Все наши социальные институты приноровлены к людям с однородным, нормальным Я, которое можно классифицировать как доброе или злое, которое либо выполняет свою функцию, либо отстранено от нее под неким мощным влиянием. Отсюда судебная альтернатива: отвечает за свои действия или не отвечает. К невротикам все эти решения не подходят. Нужно признать, что социальные требования трудно приспособить к их психологическому состоянию. В широких масштабах об этом узнали во время последней войны. Были ли симулянтами невротики, которые уклони лись от службы, или нет? И да, и нет. Когда с ними обра щались как с симулянтами и делали для них болезненное состояние действительно неприятным, они выздоравливали; когда их, якобы выздоровевших, отправляли на службу, они очень скоро снова сбегали в болезнь. С ними ничего нельзя было поделать. Точно так же обстоит дело с невротиками гражданской жизни. Они жалуются на свою болезнь, но по мере сил ею пользуются, и если у них хотят ее отобрать, то они защищают ее, как вошедшая в поговорку львица своего детеныша, и нет никакого смысла упрекать их в этом про тиворечии.

«Но в таком случае не лучше ли было бы вообще не лечить этих сложных людей, а предоставить их себе самим? Не могу поверить, что на каждого отдельного из этих больных

[1] *[Шиллер, «Вильгельм Телль*. Акт III, 3-я сцена.]*

стоит тратить столько усилий, как я должен предполо жить в соответствии с Вашими указаниями».

Не могу одобрить Вашего предложения. Безусловно, правильнее принять сложности жизни, вместо того чтобы им противиться. Наверное, не каждый из невротиков, кото рых мы лечим, достоин стараний анализа, но все же и среди них есть очень ценные люди. Мы должны поставить перед собой цель — достигнуть того, чтобы как можно меньше человеческих особей соприкасались с культурной жизнью, имея столь неудовлетворительное душевное оснащение, и поэтому должны накопить много опыта, научиться многое понимать. Каждый анализ может быть поучительным, при нести нам новые разъяснения совершенно независимо от личной ценности отдельных больных.

«Если, однако, в Я больного возникло побуждение, желающее сохранить болезнь, то оно должно также иметь свои причины и мотивы, оно может быть чем-то оправдано. Но совершенно непонятно, зачем человеку хотеть быть боль ным, что он от этого имеет».

Напротив, это лежит на поверхности. Вспомните о боль ных военным неврозом, которым не требуется нести служ бу, потому что они больны. В гражданской жизни болезнь может использоваться как защита, чтобы оправдать свою непригодность в профессии и в конкуренции с другими, в семье — как средство, чтобы заставить других чем-то по жертвовать и вынудить любви доказательства или навязать им свою волю. Все это весьма очевидно, и мы называем это «выгодой от болезни»; удивительно только то, что больной, его Я, о связи таких мотивов со своими последовательными действиями ничего все же не знает. С влиянием этих стрем лений борются, заставляя Я принять их к сведению. Однако имеются еще и другие, более глубокие мотивы для того, чтобы держаться за болезнь, справиться с которыми не так-то просто. Но без нового экскурса в психологическую тео рию понять эти последние мотивы нельзя.

«Рассказывайте дальше, без теории теперь уже не обой тись».

Когда я разъяснял Вам отношения между Я и Оно, я скрыл от Вас важную часть учения о душевном аппарате. Мы были вынуждены предположить, что в самом Я выдели лась особая инстанция, которую мы называем Сверх-Я. Это

Сверх-Я занимает особое положение между Я и Оно. Сверх-Я принадлежит к Я, имеет такую же, как у него, высокую психологическую организацию, но находится в особенно тесной связи с Оно. В действительности Сверх-Я является осадком первых объектных катексисов Оно, наследником эдипова комплекса после его упразднения. Это Сверх-Я может противопоставлять себя Я, обращаться с ним как с объектом и зачастую оно обходится с ним очень жестко. Для Я так же важно оставаться во взаимном согласии со Сверх-Я, как и с Оно. Размолвки между Я и Сверх-Я имеют большое значение для душевной жизни. Вы уже догадыва етесь, что Сверх-Я — это носитель того феномена, который мы называем совестью. Для душевного здоровья очень важ но, чтобы Сверх-Я сформировалось нормально, то есть в достаточной степени стало безличным. Именно этого не происходит у невротика, эдипов комплекс которого не претерпел должного преобразования. Его Сверх-Я по-прежне му ведет себя по отношению к Я как строгий отец по отно шению к ребенку, а его моральность примитивным образом проявляется в том, что Я позволяет Сверх-Я себя наказать. Болезнь используется как средство этого «самонаказания », невротик должен вести себя так, словно им овладело чув ство вины, которому, чтобы удовлетвориться, в качестве наказания требуется болезнь.

«Это и в самом деле звучит очень таинственно. Самое удивительное здесь заключается в том, что и эта власть его совести необязательно сознается больным».

Да, мы только начинаем понимать значение всех этих важных отношений. Поэтому мое изложение оказалось та ким туманным. Теперь я могу продолжить. Все силы, кото рые противятся работе выздоровления, мы называем «сопро тивлениями» больного. Выгода от болезни является источником такого сопротивления, «бессознательное чувство вины» реп резентирует сопротивление Сверх-Я, это самый могуществен ный и внушающий нам наибольший страх фактор. В ходе ле чения мы встречаемся и с другими сопротивлениями. Если в раннем возрасте Я предприняло вытеснение из страха, то этот страх продолжает существовать и теперь выражается в виде сопротивления, когда Я должно подобраться к вытесненному. Наконец, можно себе представлять, что не обходится без трудностей, когда процесс влечения, десятилетиями шедший

определенным путем, вдруг должен пойти новым путем, ко торый ему открыли. Это можно было бы назвать сопротивле нием Оно. Борьба со всеми этими сопротивлениями является нашей основной работой во время аналитического лечения, тогда как задача толкования, напротив, отступает на задний план. Однако благодаря этой борьбе и преодолению сопро тивлений Я больного настолько меняется и усиливается, что мы можем не беспокоиться относительно его будущего пове дения после того, как лечение будет окончено. С другой сто роны, теперь Вы понимаете, для чего нам необходимо столь длительное лечение. Долгий путь развития и богатство мате риала еще ничего не решают. Более важным является то, сво боден ли путь. На участке, который в мирное время пролета ют на поезде за пару часов, армия может задерживаться неделями, если там ей приходится преодолевать сопротивле ние врага. На такую борьбу тратится время и в душевной жизни. К сожалению, я вынужден констатировать, что все усилия, направленные на то, чтобы значительно ускорить аналитическое лечение, до сих пор терпели неудачу. По-види мому, лучший путь к его сокращению — это правильное его проведение.

«Если бы я и ощущал желание приобщиться к Вашему ремеслу и самому испытать анализ на другом человеке, то Ваши слова о сопротивлении излечили бы меня от этого. Но как обстоит дело с особым личным влиянием, которое Вы все же признали? Не может ли оно тягаться с сопротивлениями? »

Хорошо, что Вы теперь об этом спрашиваете. Это лич ное влияние — наше самое сильное динамическое оружие, это именно то, что мы по-новому вводим в ситуацию и бла годаря этому сдвигаем ее с мертвой точки. Интеллектуаль ное содержание наших разъяснений не может этого сделать, ибо больной, разделяющий все предубеждения внешнего мира, столь же мало нам доверял, как и наши научные кри тики. Невротик принимается за работу, потому что доверяет аналитику, и он верит ему, потому что приобретает особую эмоциональную установку по отношению к личности анали тика. Также и ребенок верит только тем людям, к которым привязывается. *Я* уже Вам говорил, для чего мы используем это особенно сильное «суггестивное» влияние. Не для по давления симптомов — этим аналитический метод отличает ся от других способов психотерапии, — а в

качестве движущей силы, чтобы побудить Я больного к преодолению своих сопротивлений.

«И что же, если это удается, то тогда все идет гладко?» Да, так должно было бы быть. Но возникает непредви денное осложнение. Пожалуй, самой большой неожиданнос тью для аналитика явилось то, что эмоциональное отношение, которое проявляет к нему больной, носит весьма своеобраз ный характер. Уже первый врач, который испробовал ана лиз — это был не я, — натолкнулся на этот феномен и оказался в полной растерянности[1]. Это эмоциональное от ношение — чтобы высказаться яснее — носит характер влюбленности. Странно, не правда ли? Особенно, если Вы примите во внимание, что аналитик ничего не делает для того, чтобы его спровоцировать, что он скорее наоборот по-человечески сторонится пациента, демонстрирует известную сдержанность в проявлении своей собственной персоны. И когда Вы в дальнейшем узнаете, что это странное любовное отношение не принимает в расчет все остальные бла гоприятствующие моменты, все вариации личной привлекатель ности, возраста, пола и положения. Эта любовь носит харак тер *принуждения.* Это не значит, что это качество у спонтанной влюбленности обычно отсутствует. Вы знаете, что довольно часто имеет место обратное, но в аналитической ситуации оно проявляется весьма регулярно, но при этом ей нельзя найти рационального объяснения. Казалось бы, из отношения паци ента к аналитику у первого должна была возникнуть разве что определенная мера уважения, доверия, благодарности и чело веческой симпатии. Но вместо них эта влюбленность, которая сама производит впечатление болезненного явления.

«Тогда, должно быть, это благоприятствует Вашим аналитическим намерениям. Когда человек любит, он уступ чив и делает все возможное ради другого».

Да, сначала это тоже благоприятствует, но в дальней шем, когда эта влюбленность углубилась, обнаруживается вся ее природа, в которой многое несовместимо с задачей

[1] *[Разумеется, Фрейд намекает здесь на Йозефа Брейера и его паци ентку «Анну О.»; см. «Этюды об истерии» Брейера и Фрейда (1895d), а также «Предисловие редакторов» к части IV «Этюдов». То, каким обра зом Брейер «оказался в полной растерянности» вследствие феномена переноса, Фрейд (1960a) описывает в письме Стефану Цвейгу от 2 июня 1932 года.]*

анализа. Любовь пациента не довольствуется тем, чтобы по виноваться, она становится претенциозной, жаждет нежного и чувственного удовлетворения, требует исключительности, развивает ревность, все отчетливее демонстрирует свою оборотную сторону, готовность к мстительности и враждеб ности, если она не может достичь своих целей. Вместе с тем она, как и всякая влюбленность, оттесняет на задний план все остальные душевные содержания, гасит интерес к лече нию и к выздоровлению, словом, мы не можем сомневаться в том, она поставила себя на место невроза, а результатом нашей работы явилось то, что одна форма болезни изгоня ется другой.

«Это звучит безотрадно. Что же делать? Следовало бы прекратить анализ, но раз, как Вы говорите, такой резуль тат наступает в любом случае, то, стало быть, никакого анализа вообще нельзя проводить». Сначала мы хотим использовать ситуацию, чтобы на ней учиться. То, что мы получили подобным образом, может затем нам помочь с нею справиться. Разве не заслуживает самого пристального внимания то, что невроз с любым со держанием нам удается превратить в состояние болезнен ной влюбленности?

Все-таки наше убеждение в том, что в основе невроза лежит часть ненормально используемой любовной жиз ни, полностью подтверждается этим опытом. Благодаря этому пониманию мы вновь обретаем прочную основу, теперь мы осмеливаемся сделать саму эту влюбленность объектом анализа. Мы делаем еще и другое наблюдение. Не во всех случаях аналитическая влюбленность прояв ляется так ясно и ярко, как я попытался это изобразить. Почему же этого не происходит? Вскоре это становится понятным. По мере того как желают себя проявить чув ственные и враждебные стороны его влюбленности, про буждается также и сопротивление им со стороны паци ента. На наших глазах он борется с ними, стремится вытеснить их. И теперь мы понимаем процесс. В форме влюбленности в аналитика пациент *повторяет* душевные переживания, через которые он уже однажды раньше прошел — он *перенес* на аналитика душевные установки, которые имелись у него наготове и были тесно связаны с возникновением его невроза. Перед нашими глазами он

повторяет также свои тогдашние защитные действия, но больше всего в своем отношении к аналитику ему хоте лось бы повторить все судьбы того забытого жизненного периода. То, что он нам показывает, является ядром его интимной истории жизни, *он воспроизводит его нагляд но, словно в настоящее время, вместо того чтобы вспомнить его.* Тем самым загадка любви-переноса ока зывается разрешенной, и анализ может продолжиться как раз при помощи новой ситуации, которая казалась для него такой угрожающей.

«Хитроумно. И что же, больной так легко Вам верит, что он не влюблен, а всего лишь вынужден снова ставить старую пьесу?»

Теперь все зависит от этого, и чтобы этого достичь, требуется необычайная умелость в обращении с «переносом». Вы видите, что требования к аналитической технике здесь наиболее высоки. Тут можно совершить грубейшие ошибки или добиться самых больших успехов. Попытка избежать трудностей, подавив перенос или оставив его без внимания, была бы бессмысленной; как бы по-другому ни поступали, это не заслуживало бы названия анализа. Отсылать больно го, как только возникают неприятности его невроза перено са, ничуть не умнее, и, кроме того, это — трусость; это было бы похоже на то, как если бы вызывали духов, а затем, когда они появились, бросились бы наутек. Хотя иногда поступить по-другому и в самом деле нельзя; бывают случаи, в кото рых не удается подчинить себе высвобожденный перенос и приходится прекращать анализ, но по крайней мере в меру своих сил нужно бороться со злыми духами. Уступать тре бованиям переноса, исполнять желания пациента в нежном и чувственном удовлетворении непозволительно не только по моральным соображениям, но и потому, что это было бы совершенно непригодным техническим средством для дос тижения аналитической цели. Невротика нельзя вылечить, позволив ему без какой-либо корректировки повторять за готовленное у него бессознательное клише. Если идут с ним на компромисс, предоставляя ему частичное удовлетворение в обмен на его дальнейшее сотрудничество в анализе, то нужно следить, чтобы не оказаться в смешной ситуации свя щенника, который должен обратить в веру больного страхо вого агента. Больной остается неверующим, священник же

уходит застрахованным[1]. Единственно возможным выходом из ситуации переноса является возвращение к прошлому больного в том виде, как он пережил его в действительности или создал благодаря деятельности своей фантазии, стремя щейся исполнить желания. А это требует от аналитика боль шого умения, терпения, спокойствия и самозабвенности.

«И где же, Вы думаете, невротик пережил прообраз своей проявившейся в переносе любви?»

В своем детстве, как правило, в отношении к одному из родителей. Вспомните, какое значение мы придаем этим самым ранним эмоциональным отношениям. Таким образом, здесь круг замыкается.

«Итак, Вы закончили? *Я* нахожусь в некотором заме шательстве от изобилия того, что услышал от Вас. Скажите мне только еще, как и где учат тому, что необходимо для занятия анализом? »

В настоящее время имеются два института, в которых преподается психоанализ. Первый создал в Берлине доктор Макс Эйтингон из тамошнего объединения. Второй содержит из собственных средств и на значительные пожертвования Венское психоаналитическое объединение. Участие органов власти исчерпывается пока что различными препонами, кото- рые они чинят новому делу. Третий учебный институт как раз сейчас должен открыться в Лондоне тамошним обществом под руководством доктора Э. Джонса. В этих институтах сами кандидаты проходят анализ, получают теоретические знания благодаря лекциям по всем важным для них предметам и под надзором старших, более опытных аналитиков делают свои первые попытки анализа в более простых случаях. На такое обучение отводится примерно два года. Разумеется, по проше ствии этого времени бывший студент — лишь новичок в своем деле, а не мастер. То, чего пока еще недостает, должно быть приобретено путем упражнения и благодаря обмену мыслями в психоаналитических обществах, в которых более молодые члены встречаются с более опытными. Подготовка к аналити ческой деятельности вовсе не так легка и проста, работа труд на, ответственность велика. Но кто прошел подобное обучение, сам проанализирован, постиг в психологии бессознательного

[1] *[Это сравнение содержится также в работе о любви-переносе (1915a).]*

то, чему сегодня можно научиться, разбирается в науке о сек суальной жизни и научился непростой технике психоанализа, искусству толкования, преодолению сопротивления и обра щению с переносом, *тот уже не является дилетантом в области психоанализа.* Он пригоден к тому, чтобы занимать ся лечением невротических расстройств, и со временем смо жет добиться в этом всего, что можно требовать от такой терапии[1].

VI

«Вы сделали многое для того, чтобы мне показать, что такое психоанализ и какие нужны знания, чтобы им зани маться с шансами на успех. Хорошо, мне ничем не может повредить то, что я от Вас услышал. Но я не знаю, как Вы , хотите своими рассуждениями повлиять на мое мнение. Я вижу перед собой случай, в котором нет ничего чрезвы чайного. Неврозы — это особый вид заболевания, анализ — это особый метод их лечения, медицинская специальность. Существует также обычное правило, что врач, выбравший некую медицинскую специальность, не довольствуется под твержденным дипломом об образовании. Особенно если он хочет обосноваться в более крупном городе, который может прокормить только специалистов. Кто хочет быть хирургом, тот старается несколько лет проработать в хирургической клинике, точно так же глазной врач, ларинголог и т. д. и уж тем более психиатр, который, возможно, вообще никогда не освободится от службы в государственной лечебнице или в санатории. Так будет и с психоаналитиком; кто решится выбрать эту новую медицинскую специальность, тот после завершения своей учебы потратит еще два года на обучение в учебном институте, о которых Вы говорили, если это дей ствительно должно потребовать так много времени. Тогда он также ощутит, что ему полезно контактировать с колле гами в психоаналитическом обществе, и все будет в полном порядке. Я не понимаю, где тут место для вопроса о диле тантском анализе».

[1] *[Материал этой главы во многом, а в нескольких пассажах почти дословно, заимствован из предыдущих работ Фрейда, посвященных тех нике.]*

Врач, который делает то, что Вы обещали от своего имени, всеми нами будет желанен. Четыре пятых тех лиц, которых я признаю своими учениками, и без того являются врачами. Но разрешите мне Вам показать, каково в действи тельности отношение врачей к анализу и как оно, по-види мому, будет развиваться в дальнейшем. Врачи не обладают историческим правом на исключительное владение анализом; напротив, до недавнего времени они делали все — от самого поверхностного зубоскальства до серьезнейшей клеветы, — чтобы ему навредить. Вы справедливо возразите, что это относится к прошлому и на будущее влиять не должно. Я согласен, но боюсь, что будущее будет другим, чем Вы его предсказали.

Позвольте мне дать слову «шарлатан» тот смысл, на которое оно притязает, вместо юридического значения. По закону, шарлатан — это тот, кто лечит больного, не имея государственного диплома врача. Я предпочел бы другое определение: шарлатан — это тот, кто берется за лечение, не обладая необходимыми для этого знаниями и способно стями. Основываясь на этом определении, я решусь утверж дать, что врачи — не только в европейских странах — со ставляют основной контингент шарлатанов в анализе. Они очень часто проводят аналитическое лечение, не обучившись ему и его не понимая.

Напрасно будут мне возражать, что это бессовестно, что Вы не считаете врачей на это способными. Ведь врач знает, что врачебный диплом каперским свидетельством не являет ся, а больной не находится вне закона. За врачом всегда можно признать, что он действовал из лучших побуждений, даже если при этом, возможно, ошибся. Есть факты; мы хотим надеяться, что их можно объяснить именно так, как Вы думаете. Я попытаюсь Вам показать, почему возможно такое, что в вопросах психоанализа врач делает то, чего тщательно старался бы избегать в любой другой области.

Здесь в первую очередь надо иметь в виду, что врач получил в медицинском училище образование, которое в общем-то противоположно тому, что потребовалось бы ему в качестве подготовки к психоанализу. Его внимание было направлено на объективно устанавливаемые анатомические, физические, химические факты, от правильного учета кото рых и от надлежащего влияния на которые как раз и зависит

успех его действий. Проблема жизни попадает в его поле зрения лишь постольку, поскольку ранее он объяснил нам ее взаимодействием сил, которые также могут быть обнару жены в неорганической природе. К душевной стороне фено менов жизни интерес не пробуждается, изучение высших психических проявлений к медицине никакого отношения не имеет, это область другой науки. Психиатрия должна была заниматься исключительно нарушениями душевных функ ций, однако известно, каким образом и с какими намерени ями она это делает. Она выискивает соматические условия душевных расстройств и обращается с ними, как с другими поводами к болезни.

Психиатрия имеет на это право, а медицинское образо вание, несомненно, — дело отличное. Если про него гово рят, что оно является односторонним, то сперва нужно отыскать точку зрения, с которой ставят в упрек эту характеристику. Ведь сама по себе любая наука является одно сторонней, она должна быть такой, поскольку она ограни чивается определенными содержаниями, точками зрения, методами. Когда одну науку противопоставляют другой — это нелепица, в которой мне не хочется принимать никакого участия. Ведь физика не обесценивает химию, она не может ее заменить, но и не может быть замещена ею. Несомненно, психоанализ как наука о душевном бессознательном в выс шей степени односторонен. Стало быть, не нужно оспари вать у медицинских наук право на односторонность.

Искомая точка зрения будет найдена только в том слу чае, если от научной медицины перейти к медицине практиче ской. Больной человек — это сложное существо, он может напоминать нам о том, что и столь трудные для понимания душевные феномены не могут быть вычеркнуты из картины жизни. Невротик — это совершенно нежелательное ослож нение, не меньшая проблема для медицины, чем для право судия и армейской службы. Но он существует и имеет бли жайшее отношение к медицине. И для его оценки, равно как и для его лечения, медицинское обучение ничего не дает, вообще ничего. При тесной связи между вещами, которые мы разделяем как телесные и душевные, можно предвидеть, что наступит день, когда пути познания и, надо надеяться, также влияния со стороны биологии органов и химии откро ются для области невротических явлений. Этот день пока еще

кажется далеким, в настоящее время эти болезненные состояния с медицинской стороны нам недоступны.

Можно было бы стерпеть, если бы медицинское обуче ние разве что не помогало врачам ориентироваться в области неврозов. Оно делает большее; оно снабжает их ошибочной и вредной установкой. Врачи, у которых не пробудился интерес к психическим факторам жизни, слишком склонны теперь ими пренебрегать и высмеивать их как ненаучные. Поэтому они не могут действительно серьезно относиться к тому, что следует с ними делать, и не чувствуют обязательств, которые из них вытекают. Поэтому они проявляют дилетант скую непочтительность в отношении психологического ис следования и легкомысленно относятся к своей задаче. Но невротиков нужно лечить, потому что они больны и обраща ются к врачу, и нужно всегда испробовать новое. Но к чему утруждать себя утомительной подготовкой? Так будет про должаться и дальше; кто знает, что стоит то, чему учат в аналитических институтах. Чем меньше они разбираются в деле, тем предприимчивее они становятся. Только действи тельно знающий будет скромным, ибо он знает, сколь недо статочно это знание.

Сравнение аналитической специальности с другими ме дицинскими отраслями, которое Вы привлекли для моего спокойствия, непригодно. Для хирургии, офтальмологии и т. д. само училище предоставляет возможность для даль нейшего обучения. Аналитические учебные институты немногочисленны, молоды и не имеют авторитета. Медицинская школа их не признала и не интересуется ими. Молодой врач, который должен был настолько доверять своим учителям, что у него стало мало поводов для воспитания собственного суждения, охотно ухватится за возможность в конце кон цов также однажды разыграть из себя в области, где пока еще нет признанного авторитета.

Существуют еще и другие обстоятельства, способству ющие тому, что он ведет себя как аналитический шарлатан. Если бы он захотел взяться за проведение глазных операций без достаточной подготовки, то неудачи при экстракции катаракты и иридэктомии и отсутствие пациентов очень скоро положили бы конец его рискованному предприятию. Проведение анализа является для него сравнительно безо пасным. Публика избалована обычно благоприятными исходами

глазных операций и ждет излечения от хирурга. Если же «невропатолог» не вылечивает своих больных, то никто этому не удивляется. Никто не избалован успехами терапии нервнобольных, достаточно того, что невропатолог «много с ними возился». Да здесь многого и не сделаешь, помочь должны природа или время. Прямо как у женщины — сначала менструация, затем замужество, потом менопа уза. В конце действительно помогает смерть. Точно так же и то, что предпринял врач-аналитик с нервнобольным, столь незаметно, что здесь не к чему прицепиться. Ведь он не ис пользовал никаких инструментов или медикаментов, а толь ко с ним говорил, пытался в чем-то его убедить или от чего-то отговорить. Ведь это не может навредить, особенно если при этом избегали касаться неприятных или волнующих тем. Врач-аналитик, который избавил себя от строгих наставлений, несомненно, не откажется от попытки улучшить анализ, вырвать у него ядовитые зубья и сделать его приятным для больных. И хорошо еще, если он остановится на этой попытке, ибо если он действительно отважился вызвать сопротивления, а затем не знал, как с ними бороться, то тогда он и в самом деле может вызвать к себе антипатию. Справедливости ради надо признать, что деятельность необученного аналитика также и для больного безвреднее, чем деятельность неумелого хирурга. Возможный вред огра ничивается тем, что больной был вынужден совершить не нужные траты, а его шансы на излечение оказались утрачен ными или ухудшились. Кроме того, опорочивается репутация аналитической терапии. Все это действительно нежелатель но, но все же не выдерживает сравнения с опасностями, которыми угрожает нож шарлатана-хирурга. По моему мнению, даже при неумелом применении анализа не стоит опасаться тяжелых, длительных ухудшений болезненного состояния. По прошествии какого-то времени неприятные постепенно проходят. По сравнению с жизненными травма ми, вызвавшими болезнь, чуть-чуть неправильного обраще ния со стороны врача можно не учитывать. Разве что непри годный терапевтический эксперимент ничего хорошего больному не принес.

«Я, не прерывая Вас, выслушал Ваши рассуждения о враче-шарлатане в анализе, и у меня не создалось впечат ления, что Вами владеет враждебность к врачам, к историческому

объяснению которой Вы мне самому указали путь. Но я соглашусь с Вами в одном: если уж проводить анализы, то они должны проводиться людьми, которые получили для этого основательную подготовку. И разве Вы не считаете, что врачи, занимающиеся анализом, со временем сделают все возможное, чтобы получить такое образование?»

Боюсь, что нет. До тех пор пока сохраняется неизме ненным отношение школы к аналитическому учебному ин ституту, слишком велик, пожалуй, у врачей будет соблазн себя не утруждать.

«Но Вы, похоже, последовательно уклоняетесь прямо высказаться по вопросу о дилетантском анализе. Я должен теперь догадаться, что Вы предложите: поскольку врачей, которые желают анализировать, нельзя контролировать, нуж но — в известной мере из мести — в качестве наказания лишить их монополии на анализ и предоставить возможность зани маться этой врачебной деятельностью также и дилетантам».

Не знаю, правильно ли Вы разгадали мои мотивы. Быть может, в дальнейшем я смогу представить Вам свидетель ство менее пристрастной позиции. Но я делаю акцент на требовании, *что никто не должен заниматься анализом, если он не получил на это право благодаря соответству ющему образованию.* А вопрос, кто это — врач или нет, мне кажется второстепенным.

«Что же конкретное Вы можете предложить? »

Я еще к этому не готов, да и не знаю, приду ли я вообще когда-нибудь к этому. Мне хочется обсудить с Вами другой вопрос, но для начала я затрону определен ный момент. Говорят, что компетентные органы власти по инициативе врачей хотят вообще запретить дилетантам заниматься анализом. Этот запрет коснулся бы также членов психоаналитического объединения, не являющих ся врачами, которые получили прекрасное образование и благодаря практике значительно повысили свою квали фикацию. Если запрет будет издан, то создастся та кое положение, что будет запрещено заниматься дея тельностью ряду лиц, которые, как можно убедиться, очень хорошо могут ее осуществлять, тогда как к этой же деятельности будут допущены другие, в отношении которых о подобной гарантии речь не идет. Это как раз не тот результат, которого хотело бы достичь законодательство.

Между тем решить эту частную проблему и не так уж важно, и не очень трудно. Речь здесь идет о гор стке людей, которым нельзя нанести такой уж большой урон. Они эмигрируют, вероятно, в Германию, где им не будет препятствовать никакое законодательное предпи сание, и вскоре получат признание своих способностей. Если же хотят их от этого избавить и смягчить для них строгость закона, то это легко можно сделать, опираясь на известные прецеденты. В монархической Австрии нео днократно случалось, что заведомым шарлатанам *ad personam*[1] выдавали разрешение на врачебную деятель ность в определенных областях, потому что были убеж дены в их настоящих умениях. Эти случаи чаще всего касались крестьянских целителей, а ходатайствовала о них, должно быть, одна из столь многочисленных когда-то эрцгерцогинь, но точно так же могло было бы обстоять дело и для горожан, только на другой основе — просто на ручательстве специалиста. Более существенным действие такого запрета оказалось бы для Венского аналитического учебного института, который с тех пор не мог бы принимать для обучения кандидатов из немедицинских кругов. Таким образом в нашем отечестве вновь было бы подавлено направление умственной деятельно сти, которое может развиваться свободно где-нибудь в другом месте. Я — последний из тех, кто хочет считать себя компетентным в оценке законов и предписаний. Но все же я вполне понимаю, что акцент нашего закона о шарлатанах не отвечает немецким условиям, к чему, оче видно, сегодня стремятся, и что применение этого закона к случаю психоанализа является чем-то анахроническим, ибо тогда, когда он издавался, еще не существовало ана лиза и еще не была выявлена особая природа невротиче ских заболеваний.

Я подхожу к вопросу, обсуждение которого мне кажет ся более важным. Является ли вообще занятие психоанали за предметом, который должен быть подвержен ведомствен ному вмешательству, или целесообразнее предоставить ему развиваться естественным образом? Разумеется, я не буду предлагать здесь решения, но позволю себе представить Вам

[1] *[Персонально (лат.). — Прим. пгрев.]*

эту проблему, чтобы над ней поразмыслить. В нашем отече стве издревле царит самое настоящее *furor prohibendi*[1]*,* склонность опекать, вмешиваться и запрещать, которая, как все мы знаем, хороших плодов как раз и не принесла. По хоже, мало что изменилось и в новой, республиканской Австрии. Я полагаю, что, принимая решение по случаю пси хоанализа, который нас теперь занимает, вы скажете веское слово; я не знаю, будет ли у Вас желание или возможность противостоять бюрократическим наклонностям. Как бы то ни было, я не хочу оставить при себе свои скромные мысли по нашему вопросу. *Я* думаю, что избыток предписаний и запре тов вредит авторитету закона. Можно заметить: там, где суще ствуют лишь немногочисленные запреты, они тщательно со блюдаются; там, где запреты сопровождают человека на каждом шагу, он прямо-таки испытывает искушение не счи таться с ними. Кроме того, человек еще не является анархи стом, если он готов признать, что по своему происхождению законы и предписания не могут претендовать на свойство свя тости и неприкосновенности, что зачастую они недостаточны с точки зрения содержания и оскорбительны для нашего чув ства справедливости или станут такими по прошествии време ни и что при тяжеловесности лиц, управляющих обществом, нередко нет иного средства для коррекции таких нецелесооб разных законов, кроме как отважно их преступать. Также желательно, если хотят добиться уважения к законам и пред писаниям, не издавать законов, за соблюдением и нарушением которых трудно уследить. Кое-что из того, что мы говорили о проведении анализа врачами, можно было бы здесь повто рить для собственно дилетантского анализа, который хочет подавить закон. Процесс анализа является совершенно неви дим, он не применяет ни медикаменты, ни инструменты, со стоит только в беседах и обмене сообщениями; будет нелегко уличить дилетанта, что он проводит «анализ », если тот утверж дает, что он просто утешает, разъясняет и пытается оказать благотворное человеческое влияние на человека, нуждающе гося в душевной помощи; ведь нельзя же это ему запретить лишь потому, что иногда это делает также и врач. В англо язычных странах широкое распространение имеют приемы *«Christian Science»,* своего рода диалектическое

[1] *[Буйство запретов (лат.). — Прим. перев.]*

отрицание зла в жизни через обращение к учениям христианской рели гии. Не побоюсь утверждать, что этот метод представляет собой прискорбное заблуждение человеческого духа, но кто стал бы в Америке или Англии думать о том, чтобы его запре тить, и за это наказывать? Чувствует ли себя наше высокое начальство настолько уверенным в верном пути к блажен ству, что отважится препятствовать тому, чтобы каждый пытался «быть счастливым на свой манер *»*[1]*?* И если согла ситься, что многие люди, предоставленные самим себе, оказываются в опасности и терпят убыток, то не лучше ли будет начальству тщательно разграничить области, куда, как должно считаться, нельзя заходить, а в остальных облас тях, насколько такое допустимо, предоставить смертным собственному воспитанию посредством опыта и взаимного влияния? Психоанализ — это нечто столь новое в мире, п огромное множество людей столь мало в нем ориентиру-[ется, позиция официальной науки по отношению к нему еще настолько неопределенная, что мне кажется прежде временным уже сейчас вмешиваться в ход событий предпи-саниями закона. Позволим самим больным сделать откры тие, что это вредно для них искать душевную помощь у лиц, которые не учились ее оказывать. Если же мы будем это им объяснять и предостерегать, то тогда и не будет надобности это им запрещать. На итальянских проселочных дорогах на столбах линии электропередачи имеется краткая, но произ водящая впечатление надпись: *«Chitocca, muore»*[1]. Этого вполне хватает, чтобы регулировать поведение прохожих в отношении свисающих проводов. Соответствующие немец кие предупреждения страдают излишней и оскорбительной многоречивостью: «Прикасаться к электрическим проводам строжайше запрещено, потому что это опасно для жизни». К чему запрет? Кому дорога жизнь, тот отдаст себе распо ряжение сам, а тот, кто захочет покончить с собой таким способом, не будет спрашивать разрешения.

«Однако есть случаи, которые можно привести как примеры преюдициальности в вопросе о анализе дилетант ском. Я имею в виду запрет на приведение человека в гипноз

[1] *[Изречение «В моем государстве каждый может быть счастлив на свой манер» приписывается Фридриху Великому.]*

[2] *[«Прикоснешься — умрешь».]*

дилетантами и недавно изданный запрет на проведение ок культных собраний и основание подобных обществ».

Не могу сказать, что я в восторге от этих мер. Последняя из них, несомненно, является злоупотреблением полицей ским надзором в ущерб интеллектуальной свободе. Меня не заподозришь в том, что я склонен верить в так называемые оккультные феномены или же страстно желаю их призна ния; но такими запретами нельзя заглушить интерес людей к этому мнимому тайному миру. Напротив, этим, наверное, сделано нечто очень вредное — беспристрастной любозна тельности закрыли путь, который привел бы к освобожда ющему суждению об этих тяготящих возможностях. Но это опять-таки относится к Австрии. В других странах также и «парапсихическое» исследование не встречает преград со стороны закона. С гипнозом дело обстоит несколько иначе, чем с анализом. Гипноз — это вызывание аномального ду шевного состояния и сегодня служит дилетантам лишь сред ством для выставления себя напоказ. Если бы гипнотическая терапия, поначалу внушавшая столь большие надежды, смог ла продержаться, то возникло бы положение, сходное с положением анализа. Впрочем, история гипноза сходна с судьбой анализа в другом отношении. Когда я был молодым доцентом невропатологии, врачи энергично выступали про тив гипноза, объявляли его мошенничеством, наваждением дьявола и крайне опасным вмешательством. Сегодня они монополизировали тот же самый гипноз, безбоязненно пользуются им как методом исследования, а для некоторых невропатологов он по-прежнему является основным сред ством терапии.

Но я Вам уже сказал, что не помышляю о том, чтобы сделать предложения, которые основываются на решении, что является более правильным — регулирование законом или предоставление свободы действий в вопросах анализа, Я знаю, что это принципиальный вопрос, на решение кото рого большее влияние, наверное, окажут наклонности авто ритетных лиц, нежели аргументы. То, что, на мой взгляд, говорит в пользу политики *laissezfaire*[1], я уже подытожил. Если принимается другое решение — в пользу политики ак тивного вмешательства, то тогда, как мне кажется, неуклюжая

[1] *[Невмешательства (фр-). — Прим. перев.]*

и несправедливая мера бесцеремонного запрета анали за, проводимого не врачами, удовлетворительного результа та не принесет. Тогда нужно будет еще больше позаботить ся о том, чтобы определить условия, при которых разрешено заниматься аналитической практикой для всех, кто этого хочет, учредить некую власть, у которой можно справиться, что такое анализ и какая подготовка для него требуется, и которая будет содействовать возможностям наставниче ства в анализе. Таким образом, либо оставить в покое, либо обеспечить порядок и ясность, но не вмешиваться в запутан ную ситуацию посредством отдельного запрета, который механически выводится из предписания, ставшего неадек ватным.

VII

«Да, но врачи, врачи! Я все никак не подведу Вас к тому, чтобы детально остановиться на непосредственной теме на ших бесед. Вы по-прежнему уклоняетесь. Речь все же идет о том, не нужно ли признать за врачами исключительное право заниматься анализом, пусть и после того, как они выполнили некоторые условия. Ведь в своем большинстве, несомненно, врачи, какими Вы их изобразили, шарлатанами в анализе не являются. Вы сами говорите, что подавляющее большинство Ваших учеников и приверженцев — врачи. До меня дошли сведения, что они отнюдь не разделяют Вашу позицию в вопросе о дилетантском анализе. Я, конечно, могу предположить, что Ваши ученики присоединяются к Вашим требованиям достаточной подготовки и т. д., и все же эти ученики считают это совместимым с тем, чтобы воспрепят ствовать проведению анализа дилетантами. Так ли это, и если да, то как Вы это объясните?»

Я смотрю, Вы хорошо информированы; это так. Хотя и не все, но добрая часть моих коллег-врачей не поддержива ет меня в этом вопросе и выступает за исключительное пра во врачей на аналитическое лечение невротиков. Из этого Вы можете сделать вывод, что также и в нашем лагере могут быть разногласия. Моя позиция известна, а противополож ная точка зрения в вопросе о анализе дилетантском не ведет к потере нашего взаимопонимания. Как я могу объяснять Вам поведение этих моих учеников? Я этого точно не знаю,

но думаю, что все дело во власти сословного сознания. Они развивались иначе, чем я, по-прежнему чувствуют себя не уютно в изоляции от коллег, им хочется быть полноправны ми и признанными в *profession* и готовы ради этой терпимо сти пожертвовать тем, что не кажется им жизненно важным. Возможно, дело обстоит по-другому; приписывать им моти вы соперничества означало бы не только обвинять их в низ менных мыслях, но и предполагать у них странную близо рукость. Ведь они всегда готовы знакомить с анализом других врачей, и с кем они будут делить имеющихся в распоряже нии пациентов — с коллегами или с дилетантами, для их материального положения значения не имеет. Но, наверное, нужно учитывать что-то другое. Эти мои ученики могут находиться под влиянием определенных моментов, которые в аналитической практике обеспечивают несомненное пре имущество врача перед дилетантом.

«Обеспечивают преимущество? То-то и оно. Итак, Вы, наконец, признаете это преимущество? Тем самым вопрос был бы решен».

Мне нетрудно в этом признаться. Быть может, это по кажет Вам, что я не настолько слеп, как Вы предполагаете. Я отложил на потом упоминание об этих условиях, поскольку их обсуждение снова потребует теоретических разъяснений.

«Что Вы теперь имеете в виду? »

Здесь прежде всего возникает вопрос диагноза. Когда берут на аналитическое лечение больного, страдающего так называемыми нервными расстройствами, сначала хотят удо стовериться в том — если это возможно, — что он годится для такой терапии, то есть что ему можно помочь таким способом. Но это случается только тогда, когда он действи тельно болен неврозом.

«Я думаю, это можно установить как раз по явлениям, по симптомам, на которые он жалуется ».

Именно здесь появляется новое осложнение. Это не всегда удается установить с полной уверенностью. Больной может демонстрировать внешнюю картину невроза, но все же это может быть чем-то иным, началом неизлечимого психического заболевания, подготовительным этапом про цесса, который разрушает мозг. Различить это — поставить дифференциальный диагноз — не в каждой фазе это сразу же можно сделать. Разумеется, только врач может взять на

себя ответственность за такое решение. И не всегда, как я уже говорил, оно ему дается легко. Долгое время заболева ние может казаться безвредным, пока, наконец, все же не выявится его злокачественная природа. Да и сами нервно больные обычно опасаются, не станут ли они душевно больными. Если же врач в течение какого-то времени не распознавал этого случая или для него он оставался неяс ным, то большого значения это иметь не будет, не было причинено никакого вреда и ничего излишнего не произош ло. Аналитическое лечение этого больного хотя и не принес ло бы ему вреда, но оказалось бы пустой тратой времени. Кроме того, несомненно, нашлось бы немало людей, кото рые обвинили бы в плохом исходе анализ. Несправедливо, конечно, но таких поводов нужно избегать.

«Но это звучит неутешительно. Ведь это вырывает с корнем все то, что Вы излагали мне о природе и возникно вении невроза».

Отнюдь. Это лишь еще раз подтверждает, что невротик представляет собой неприятность и затруднительный слу чай для всех сторон, то есть и для аналитиков. Но, возмож но, я снова развею Ваше замешательство, если своим новым сообщениям придам более корректное выражение. Вероят но, о случаях, которые нас теперь занимают, будет правиль нее сказать, что у этих людей действительно развился не вроз, но он является не психогенным, а соматогенным, имеет не душевные, а телесные причины. Вы меня понимаете?

«Да, понимаю; но не могу это соединить с другим мо ментом, психологическим».

Ну, это все-таки можно сделать, если только принять в расчет сложность живой субстанции. В чем мы усматрива ем сущность невроза? В том, что Я, высшая организация душевного аппарата, возникшая под влиянием внешнего мира, не в состоянии выполнять свою функцию посредника между Оно и реальностью, что по причине своей слабости оно удаляется от влечений Оно и за это вынуждено терпеть последствия этого отказа в форме ограничений, симптомов и безуспешных реактивных образований.

Такая слабость Я у всех нас обычно имеется в детстве, поэтому переживания самого раннего детства приобретают столь большое значение для дальнейшей жизни. При чрез вычайной загруженности этого детства — за несколько лет

мы должны пройти огромную дистанцию развития от пер вобытного человека из каменного века до участника сегод няшней культуры и при этом, в частности, отразить импульсы влечения раннего периода сексуальности — наше Я находит себе убежище в вытеснениях и подвергается детскому невро зу, осадок которого оно приносит с собой в зрелую жизнь в качестве диспозиции к более позднему нервному заболеванию. Теперь все зависит от того, как обойдется судьба с этим под росшим существом. Если жизнь станет слишком суровой, а просвет между требованиями влечения и возражениями ре альности слишком большим, то Я может потерпеть неудачу в своих усилиях примирить то и другое, причем тем скорее, чем больше оно стеснено привнесенной инфантильной диспозици ей. В таком случае процесс вытеснения повторяется, влечения вырываются из-под власти Я, посредством регрессии создают себе замещающее удовлетворение, а бедное Я становится беспомощно невротическим.

Давайте придерживаться лишь этого: узловым пунктом и центром вращения всей ситуации является относительная сила организации Я. Тогда нам легко дополнить наш этиологический обзор. В качестве нормальных, так сказать, причин нервозности мы уже знаем детскую слабость Я, задачу преодоления ранних импульсов сексуальности и воздействия скорее случайных детских переживаний. Но не может ли быть так, что определенную роль играют и другие моменты, относящиеся ко времени до детской жизни? Например, врожденная сила и необуздан ность жизни влечений в Оно, которые с самого начала ставят Я слишком сложные задачи? Или особая слабость развития Я, возникшая по неизвестным причинам? Само собой разумеется, эти моменты должны приобрести эти ологическое значение, в некоторых случаях первостепен ное. Мы всякий раз должны считаться с силой влечения в Оно; там, где она чрезмерно развита, перспективы на шей терапии плохи. Пока еще мы слишком мало знаем о причинах задержки в развитии Я. Таким образом, это были бы случаи невроза с конституциональной, по сути, осно вой. Пожалуй, без какого-либо такого конституциональ ного, врожденного способствования невроз не возникнет.

Если, однако, относительная слабость Я — решающий момент в возникновении невроза, то должно быть возможным

также и то, что более позднее соматическое заболевание по рождает невроз, если только оно способно привести к ослаб лению Я. И это опять-таки происходит во многих случаях. Такое соматическое нарушение может затронуть жизнь вле чений в Оно и настолько увеличить силу влечения, что Я уже с нею не справится. Нормальным прототипом таких процессов было бы, например, изменение у женщины вследствие нару шений менструации и менопаузы. Или общее физическое за болевание, тем более органическое заболевание центральной нервной системы, вредно воздействует на условия питания душевного аппарата, принуждает его ослабить свою функ цию и отказаться от своих более сложных видов деятельно сти, к которым относится обеспечение организации Я. Во всех этих случаях возникает приблизительно та же самая картина невроза; невроз всегда имеет один и тот же психологический механизм, но, как нам известно, самую разную, зачастую очень сложную этиологию.

«Теперь Вы мне нравитесь больше, наконец-то Вы заговорили как врач. Теперь я ожидаю признания, что со столь сложной врачебной вещью, как невроз, может обращаться исключительно врач ».

Боюсь, Вы заходите чересчур далеко. То, что мы обсуждали, имело отношение к патологии, в случае анализа речь идет о терапевтическом методе. Я соглашаюсь, нет, я тре бую, чтобы в каждом случае, который принимается во вни мание для анализа, врач прежде всего ставил диагноз. Огромное множество неврозов, которыми мы занимаемся, к счастью, имеют психогенную природу и не внушают подо зрения на патологию. Если врач констатировал это, то он спокойно может предоставить лечение аналитику-дилетан ту. В наших аналитических обществах всегда делалось имен но так. Благодаря тесному контакту между врачами и не врачами, состоящими членами общества, чуть ли не полно стью удалось избежать ошибок, которых следует опасать ся. Затем существует еще и второй случай, когда аналитик должен призвать на помощь врача. В ходе аналитического лечения могут появляться — чаще всего физические — симп томы, при которых возникают сомнения, нужно ли связы вать их с неврозом или их следует отнести к независящему от него органическому заболеванию, проявляющемуся в виде расстройства. Решать это опять-таки должен врач.

«Стало быть, аналитик-дилетант также и во время анали за не может обойтись без врача. Это еще один аргумент про тив его пригодности ».

Нет, из этой возможности нельзя создавать аргумент против аналитика-дилетанта, ибо в аналогичном случае врач-аналитик повел бы себя точно так же.

«Я этого не понимаю».

Дело в том, что существует техническое предписание: если во время лечения появляются такие неясные симптомы, анали тику не следует подвергать их своей собственной оценке, а он должен проконсультироваться у постороннего врача, ска жем, у терапевта, даже если он сам — врач и по-прежнему доверяет своим медицинским познаниям.

«И почему же имеется подобное предписание, которое кажется мне излишним? »

Оно не лишнее и даже имеет несколько обоснований. Во-первых, нехорошо объединять органическое и психическое лече ние в одних руках, во-вторых, из-за отношения переноса для аналитика может оказаться нецелесообразным исследовать боль ного физически, и, в-третьих, у аналитика имеются все основания усомниться в своей беспристрастности, поскольку его внимание направлено прежде всего на психические моменты.

«Теперь Ваша позиция в отношении дилетантского ана лиза становится мне понятной. Вы настаиваете на том, что должны быть аналитики-дилетанты. Но поскольку Вы не можете оспаривать их недостаточность для решения своей задачи, Вы сносите в одно место все, что может служить оправданием и льготными условиями их существования. Но я вообще не понимаю, зачем нужны аналитики-дилетанты, кото рые могут быть разве что терапевтами второго сорта. Я могу, если угодно, не принимать во внимание нескольких дилетан тов, которые обучились анализу, но новых создавать не нуж но, а учебные институты должны взять на себя обязательство больше не принимать дилетантов для обучения».

Я соглашусь с Вами, если удастся показать, что это ог раничение отвечает всем интересам. Признайте, что эти ин тересы троякого рода — интересы больных, интересы вра чей и — *last not least*[1] — интересы науки, которые включают

[1] *[Последнее по порядку, но не по важности (англ.). — Прим. перев.]*

в себя интересы всех будущих больных. Рассмотрим три этих пункта?

Больному безразлично, кем является аналитик — врачом или нет, если только исключена опасность неверной оценки его состояния в результате потребовавшейся врачебной экс пертизы до начала лечения и в определенных случаях во время него. Для него гораздо важнее, чтобы аналитик обладал лич ными качествами, которые делают его достойным доверия, и что он приобрел те знания и умения, а также тот опыт, кото рые единственно позволяют ему исполнить свою задачу. Можно было бы подумать, что авторитету аналитика должно вредить, если пациенту известно, что аналитик — не врач и в некоторых ситуациях не может обойтись без поддержки вра ча. Само собой разумеется, мы никогда не отказывались ин формировать пациентов о квалификации аналитика и смогли убедиться, что сословные предрассудки никакого отклика у них не находят, что они готовы приступить к лечению, какой бы стороной оно им ни предоставлялось, что, впрочем, уже давно немало обижало врачей. К тому же аналитики-дилетанты, которые сегодня проводят анализ, не являются какими угод но, любыми, неизвестно откуда взявшимися людьми; это — лица, имеющие академическое образование, доктора философии, педа гоги, а также отдельные женщины, обладающие большим жиз ненным опытом и незаурядными личными качествами. Анализ, которому должны подвергаться все кандидаты аналитического учебного института, одновременно является наилучшим спосо бом разобраться в своей личной пригодности для осуществления деятельности, предъявляющей к ним многие требования.

Теперь об интересах врачей. Мне не верится, что от при соединения психоанализа к медицине будет польза. Обучение медицине продолжается теперь уже пять лет, сдача последних экзаменов приходится на шестой год. Каждые несколько лет появляются новые требования к студентам, без выполнения которых его подготовленность к предстоящей работе должна быть объявлена недостаточной. Доступ к врачебной профес сии весьма затруднен, занятие ею не приносит ни большого удовлетворения, ни большой выгоды. Если выдвинуть, несом ненно, полноправное требование, чтобы врач был знаком еще и с душевной стороной болезни, и поэтому расширить меди цинское обучение за счет подготовки к анализу, то это будет означать дальнейшее увеличение учебного материала и,

соответственно, продление срока учебы. Не знаю, будут ли до вольны врачи таким следствием из своих притязаний на пси хоанализ. Но его едва ли можно отвергнуть. И это в то время, когда материальные условия существования для сословий, из которых рекрутируются врачи, настолько ухудшились, что молодое поколение считает необходимым как можно скорее самостоятельно себя обеспечивать.

Но, возможно, Вы не хотите перегружать обучение ме дицине подготовкой к аналитической практике и считаете более целесообразным, чтобы будущие аналитики озаботились не обходимым образованием только после завершения своих медицинских занятий. Вы можете сказать, что этим вызванная потеря времени практически ничего не значит, поскольку молодой человек в возрасте до тридцати лет никогда все же не будет пользоваться у пациента доверием, которое является условием оказания душевной помощи. На это, однако, можно было бы возразить, что и новоиспеченный врач, занимающийся телесными недугами, не должен рассчитывать на слишком большое уважение у больных и что молодой аналитик очень хорошо мог бы заполнить свое время, работая в психоаналитической поликлинике под контролем опытных практиков.

Однако более важным мне кажется то, что этим предложением Вы ратуете за непроизводительную трату сил, которая в наши тяжелые времена действительно не может найти никакого экономического оправдания. Хотя аналитическое образование пересекается с врачебной подготовкой, но не включает ее и в нее не входит. Если бы — что, вероятно, сегодня звучит пока фантастически — можно было бы основать пси хоаналитический институт, то в нем нужно было бы обучить многому из того, чему обучают на медицинском факультете: наряду с глубинной психологией, которая всегда оставалась бы главным разделом, введению в биологию, в как можно большем объеме сведениям о сексуальной жизни, знакомству с картинами болезни психиатрии. С другой стороны, аналити ческие занятия включали бы в себя также предметы, которые чужды врачу и с которыми он в своей деятельности не встре чается: историю культуры, мифологию, психологию религии и литературоведение. Не ориентируясь в этих областях, ана литик не сможет понять значительную часть своего материала. Для этого он не сможет воспользоваться для своих целей основной массой того, чему обучает медицинская

школа, — как знанием костей предплюсны, так и знанием строения уг леводородов, направления нервных волокон мозга, всем, что узнала медицина о бациллярных возбудителях болезни и борьбе с ними, о реакциях сукровицы и о новообразованиях в тканях; все это, несомненно, само по себе необычайно ценно, но для него все же совершенно несущественно, нисколько его не касается, это знание ни напрямую не поможет ему понять и вылечить невроз, ни будет способствовать заострению тех интеллектуальных способностей, к которым его деятельность предъявляет нам большие требования. Очень похоже обстоит дело в том случае, когда врач обращается к другой медицин ской специальности, например, к стоматологии. Также и тогда он не может воспользоваться многими знаниями, по которым ему приходилось сдавать экзамен, и должен многое изучить, к чему школа его не готовила. И все же два этих случая нельзя приравнивать. Также и для стоматологии важные представления о патологии — учения о воспалении, нагноении, омертвении, о взаимодействии органов тела — сохраняют свое значе ние; аналитика же его опыт ведет в другой мир с другими феноменами и другими законами: как бы ни старалась философия не обращать внимания на пропасть между телесным и душевным, для нашего опыта и для наших практических усилий она продолжает существовать.

Несправедливо и нецелесообразно заставлять челове ка, желающего избавить другого от мук фобии или навяз чивого представления, идти окольным путем через обуче ние медицине. Да это и не будет иметь успеха, если вообще не приведет к подавлению анализа. Представьте себе лан дшафт, где к некоему наблюдательному пункту ведут два пути, один — короткий и прямой, другой — длинный, из вилистый и окольный. Короткий путь Вы пытаетесь прегра дить табличкой с запрещающей надписью, быть может, потому, что он проводит мимо нескольких цветочных клумб, которые Вам хочется сохранить. В таком случае у Вас есть шансы, что с Вашим запретом будут считаться, если корот кий путь крутой и трудный, тогда как более длинный плав но ведет наверх. Если же дело обстоит иначе и, наоборот, окольный путь более затруднительный, то Вы можете лег ко догадаться о пользе Вашего запрета и о судьбе Ваших цветочных клумб. Боюсь, что Вы точно так же не сможете принудить дилетантов изучать медицину, как мне удастся

подвигнуть врачей обучаться анализу. Ведь и Вы тоже зна ете человеческую натуру.

«Если Вы правы, что аналитическое лечение нельзя про водить без специального образования, но что медицинское обучение не выдержит избыточной нагрузки, связанной с подготовкой к нему, и что медицинские знания большей час тью излишни для аналитика, то куда мы тогда придем с до стижением идеальной личности врача, который должен справ ляться со всеми задачами своей профессии?»

Я не могу предсказать, каким будет выход из этого затруднительного положения, да и не уполномочен его указы вать. Я вижу только две вещи, во-первых, что анализ для Вас является затруднением, и было лучше всего, если бы он не существовал вовсе — несомненно, невротик тоже является затруднением, — и, во-вторых, что пока учитывают все инте- ресы, когда врачи решают терпеть класс терапевтов, которые берутся за трудоемкое лечение столь необычайно часто встре чающихся психогенных неврозов и для блага этих больных остаются в постоянном контакте с ними.

«Это Ваше последнее слово в этом вопросе или Вы може те сказать что-то еще?»

Разумеется, я хотел бы учесть еще и третий интерес, интерес науки. То, что я здесь должен сказать, мало затронет Вас, тем больше это значимо для меня.

Мы отнюдь не считаем желательным, чтобы психоанализ оказался поглощен медициной и нашел затем свое окончательное место в учебнике психиатрии, в главе «Терапия», наряду с такими методами, как гипнотическое внушение, аутосуггес тия, убеждение, которые, пользуясь нашим невежеством, обязаны своим недолговечным воздействием инертности и трусости человеческих масс. Он заслуживает лучшей судьбы и, надо надеяться, будет ее иметь. В качестве «глубинной психологии» учения о психически бессознательном он может стать необходимым для всех наук, которые занимаются исто рией возникновения человеческой культуры и ее великих институтов — искусства, религии и общественного устройства. Я думаю, что уже к настоящему времени она оказала этим наукам значительную помощь в решении их проблем, но это — всего лишь небольшой вклад по сравнению с тем, чего можно

будет достичь, когда ученые, занимающиеся историей культу ры, психологией религии, языковеды и т. д. научатся самостоятельно обращаться с предоставленным в их распоряже ние новым средством исследования. Использование анализа для терапии неврозов является лишь одним из возможных его применений; быть может, будущее покажет, что оно не является самым важным. Во всяком случае было бы неспра ведливо ради одной области применения жертвовать всеми другими просто из-за того, что эта область применения соприкасается с кругом интересов врачей.

Ибо здесь развертывается еще одна взаимосвязь, в ко торую нельзя вмешаться, не нанеся вреда. Если представите ли различных гуманитарных наук должны обучиться пси хоанализу, чтобы применять его методы и подходы к своему материалу, то окажется недостаточным придерживаться ре зультатов, изложенных в аналитической литературе. Они должны будут научиться понимать анализ единственным открытым для этого путем — если они сами подвергнутся анализу. Таким образом, к невротикам, которые нуждаются в анализе, добавился бы второй класс людей, которые принимают анализ по интеллектуальным мотивам, но которые, несомненно, наряду с этим будут приветствовать достиг нутое повышение своей дееспособности. Для проведения этих анализов требуется некоторое количество аналитиков, для которых возможные познания в медицине будут иметь со вершенно ничтожное значение. Но эти люди — назовем их обучающими аналитиками — должны получить особенно хорошее образование. Если не хочешь, чтобы оно у них захирело, то нужно предоставлять им возможность накап ливать опыт на материале поучительных и показательных случаев, а так как здоровые люди, у которых отсутствует также мотив любознательности, анализу не подвергаются, то это опять-таки могут только невротики, в работе с ко торыми — под тщательным контролем — обучающие ана литики готовят себя к последующей, неврачебной деятель ности. Но все это требует определенной свободы действий и не терпит никаких мелочных ограничений.

Наверное, Вы не верите в эти чисто теоретические ин тересы психоанализа или не хотите признать их влияние на практический вопрос дилетантского анализа. Тогда позволь те мне Вам напомнить, что существует еще и другая область применения психоанализа, которая выходит за пределы за кона о шарлатанстве и

на которую едва ли будут претендовать

врачи. *Я* имею в виду его применение в педагогике. Если ребенок начинает проявлять признаки нежелательного раз вития, становится плаксивым, упрямым и невнимательным, то педиатр и даже школьный врач ничего не смогут для него сделать, даже в таком случае, если ребенок продуцирует отчетливые нервные явления, такие, как нерешительность, отсутствие аппетита, рвота, нарушение сна. Лечение, соче тающее аналитическое воздействие с воспитательными ме рами, проводится лицами, которые не чураются выяснить условия детской жизни и умеют найти доступ к душевной жизни ребенка; оно осуществляет и то и другое — устра няет нервные симптомы и сводит на нет начинающееся изме нение характера. Благодаря пониманию нами значения зача стую неприметных детских неврозов как предрасположения к тяжелым заболеваниям в дальнейшей жизни эти детские анализы выступают для нас превосходным способом про филактики. Бесспорно, еще существуют враги анализа; я не знаю, какие средства имеются в их распоряжении, чтобы воспрепятствовать также и деятельности этих педагогических аналитиков или аналитических педагогов, а также считаю это не столь уж возможным. Но, разумеется, не сле дует вести себя слишком самоуверенно.

Впрочем, если вернуться к нашему вопросу об аналитическом лечении взрослых нервнобольных, то также и здесь мы еще не исчерпали все точки зрения. Наша культура оказывает на нас почти невыносимое давление, она требует корректива. Будет ли слишком фантастическим ожи дать, что психоанализ, несмотря на свои затруднения, может быть призван подготавливать людей к подобному коррек тиву? Быть может, какому-нибудь американцу еще раз придет в голову мысль потратить часть денег на то, чтобы аналитически обучить *social workers*[1] своей страны и сделать из них труппу помощи для преодоления культур ных неврозов.

«Ага, новый вид армии спасения».

Почему бы и нет, ведь наша фантазия всегда работает по образцам. Поток любознательных, который затем хлы нет в Европу, должно быть, минует Вену, ибо здесь анали тическое развитие, наверное, зачахнет из-за ранней травмы

[1] *[Социальных работников (англ.). — Прим. перев.]*

запрета. Вы улыбаетесь? Я говорю это не для того, чтобы Вас подкупить, конечно же, нет. Я знаю, что Вы мне не верите, не могу Вам также ручаться за то, что так это и будет. Но я знаю одно. Не так важно, к какому решению Вы придете в вопросе о дилетантском анализе. Оно может иметь локальное действие. Но то, что действительно важно, внутренние возможности развития психоанализа, все же нельзя ухватить предписаниями и запретами.

ПОСЛЕСЛОВИЕ К «ВОПРОСУ О ДИЛЕТАНТСКОМ АНАЛИЗЕ» (1927)

Непосредственным поводом для написания моей неболь шой работы, с которым связаны вышеприведенные рассуж дения, послужило обвинение в шарлатанстве нашего колле ги, не являющегося врачом, доктора Т. Райка, выдвинутое властями Вены. Быть может, стало общеизвестным, что от этого обвинения отказались после того, как были проведены все предварительные дознания и получены различные экс пертные заключения. Я не думаю, что это было результатом моей книги; пожалуй, данный случай был слишком небла гоприятным для обвинения, а человек, подавший жалобу на причинение ему вреда, оказался не заслуживающим дове рия. Позицию делопроизводства в отношении доктора Рай ка, по всей вероятности, нельзя рассматривать как принци пиальное решение Венского суда в вопросе о дилетантском анализе. Создавая в своем тенденциозном сочинении фигуру «беспристрастного» партнера, я представлял себе персону одного из наших высокопоставленных функционеров, чело века благожелательного и необычайно цельного, с которым я сам беседовал по делу Райка и которому затем, как он того пожелал, я передал свое частное заключение[1]. Я знал, что мне не удалось склонить его на мою сторону, и поэтому не допустил, чтобы и мой диалог с третейским судьей закон чился примирением.

Я также не ждал, что мне удастся достичь единой по зиции по проблеме дилетантского анализа у самих аналити ков. Тот, кто сопоставит в этом сборнике мнение Венгерско го общества с мнением Нью-Йоркской группы, наверное, сочтет, что своим сочинением я вообще ничего не добился,

[1] *[Весьма вероятно, что Фрейд здесь имеет в виду Дурига.]*

что каждый придерживается точки зрения, которую он отстаивал также и раньше. Однако я не верю и в это. Я думаю, что многие коллеги смягчили свою крайнюю позицию, боль шинство приняло мою точку зрения, что проблему дилетант ского анализа нельзя решать в соответствии с установлен ными традициями, что она проистекает из новой ситуации и поэтому требует вынесения нового приговора.

Также и оборот, который я придал всей проблеме, по-видимому, нашел одобрение. На передний план я выдвинул тезис, что дело не в том, обладает ли аналитик дипломом врача, а получил ли он особое образование, которое необ ходимо, чтобы заниматься анализом. К этому можно было присоединить вопрос, который так старательно обсуждали коллеги: какое образование больше всего пригодно для ана литиков. Я считал и отстаиваю это также теперь, что это не то образование, которое предписывает будущему врачу университет. Так называемое медицинское образование кажется мне затруднительным окольным путем к получению ана литической профессии; хотя оно дает аналитику многое из f того, без чего он обойтись не может, но вместе с тем оно нагружает его слишком многим, чего он никогда не сможет использовать, и приносит с собой опасность того, что его интерес, равно как и его образ мышления, отвлечется от постижения психических феноменов. План занятий для ана литика еще только нужно создать, он точно так же должен включать в себя материал гуманитарных наук — психоло гический, культурно-исторический, социологический, — как анатомический, биологический и относящийся к истории развития. При этом так много нужно выучить, что будет оправданным исключение из преподавания того, что непо средственного отношения к аналитической деятельности не имеет и только косвенно, как и любая другая учеба, может способствовать совершенствованию интеллекта и наблюде ния с помощью органов чувств. Против этого предложения легко возразить, что таких аналитических институтов не существует, что это — требование идеала. Конечно же, идеала, но такого, который можно реализовать и который должен быть реализован. Наши учебные институты при всех своих юношеских недостатках тем не менее уже являются началом такой реализации.

От моих читателей не ускользнет, что в предшествовав ших рассуждениях я говорил как о само собой разумеющемся о чем-то, что пока еще бурно оспаривается в дискуссиях. А именно, что психоанализ не является специальностью меди цины. Я не понимаю, как можно этого не признавать. Психо анализ — это часть психологии, причем не медицинская пси хология в старом значении или психология болезненных процессов, а просто психология, разумеется, не психология целиком, а ее основание, возможно, ее фундамент как тако вой. Нельзя заблуждаться из-за возможности ее применения в медицинских целях — электричество и рентгеновские лучи также нашли применение в медицине, но наукой, к которой относится то и другое, все же является физика. Также и исторические аргументы не могут ничего изменить в этой при надлежности. Исходным пунктом всего учения об электриче стве оказались наблюдения над нервно-мышечным препара том, и все же никому сегодня не придет в голову из-за этого утверждать, что оно является частью физиологии. По поводу психоанализа говорят, что он, мол, был изобретен врачом, старавшимся помочь больным. Но очевидно, что для его оцен ки это не имеет никакого значения. Кроме того, этот истори ческий аргумент весьма опасен. В его продолжение можно было напомнить о том, насколько недружелюбно, более того, на сколько неприязненно и пренебрежительно с самого начала повели себя врачи по отношению к анализу; из этого можно было бы заключить, что и сегодня они не вправе претендовать на анализ. И действительно — хотя я отвергаю подобное за ключение, — еще и сегодня у меня есть сомнения, к какой из начальных ступеней по Абрахаму[1] — первой или второй — с точки зрения теории либидо следует свести домогательства врачей в отношении психоанализа, о каком намерении при за владении объектом идет речь — о разрушении его или о его сохранении.

Остановимся еще на мгновение на историческом аргумен те: поскольку речь идет о моей персоне, всех, кто этим инте ресуется, я могу в некоторой степени ознакомить с моими собственными мотивами. После 41-летней врачебной деятель-

[1] *[Ср. Abraham, 1924. По поводу этих начальных ступеней см. также 32-ю лекцию «Нового цикла» (1933a, Studienausgabe, т. 1, с. 532-533).]*

ности мое самопознание мне говорит, что, в сущности, я не был настоящим врачом. Я стал врачом из-за вынужденного отклонения моего первоначального намерения, и триумф моей жизни заключается в том, что, пройдя длинный окольный путь, я снова нашел первоначальное направление. Из моих ранних лет мне ничего не известно о потребности помогать страдаю щим людям, мои садистские наклонности были не очень вели ки, так что она не могла развиться из ее дериватов. Я никогда также не играл в «доктора», мое инфантильное любопытство, очевидно, избрало иные пути. В юношеские годы меня стала одолевать потребность понять часть загадок этого мира и, возможно, самому что-то сделать для их решения. Зачисление в список студентов медицинского факультета казалось мне наилучшим путем к этому, но затем я попробовал — без успешно — заняться зоологией и химией, пока, наконец, под влиянием фон Брюкке, величайшего авторитета из всех, кто f когда-либо воздействовал на меня, не остановился на физиологии, которая, правда, тогда во многом ограничивалась гис тологией. К тому времени я уже сдал все медицинские экзамены, не имея никакого интереса к врачебной деятельности, когда внял предостережению почитаемого учителя, что в своей скудной материальной ситуации я должен избегать научной карьеры. Так от гистологии нервной системы я пришел к невропатологии и благодаря новым стимулам — к занятию неврозами. Однако я думаю, что отсутствие у меня настоящей врачебной настроенности не очень навредило моим пациентам. Ведь больному мало проку, когда терапевтический интерес у врача аффективно преувеличен. Для него лучше всего, когда врач работает сдержанно и как можно корректнее.

Несомненно, вышеупомянутое сообщение мало способ ствовало прояснению проблемы дилетантского анализа. Оно должно было лишь удостоверить мое личное мнение, посколь ку именно я выступаю за собственное значение психоанализа вне зависимости от его медицинского применения. Однако здесь мне возразят: вопрос о том, что представляет собой психоанализ как наука — раздел медицины или психологии, — вопрос каверзный и в практическом отношении совершенно неинтересный. Речь идет о чем-то другом, а именно о применении анализа для лечения больных, и раз уж он на это претендует, то должен смириться с тем, что в качестве специального предмета он будет

включен в медицину, как, например, рентгенология, и подчи няться предписаниям, распространяющимся на все терапевти ческие методы. Я это признаю, согласен с этим, я хочу только не допустить, чтобы терапия убила науку. К сожалению, все сравнения верны лишь на определенном протяжении, затем достигается пункт, начиная с которого оба сравниваемых явле ния расходятся. С анализом дело обстоит иначе, чем с рентгено логией; физикам не нужен больной человек, чтобы изучать законы рентгеновских лучей. Анализ же не имеет никакого другого материала, кроме душевных процессов человека, ему можно обучать только на человеке; вследствие особых, легко понятных условий невротический человек представляет собой гораздо более поучительный и более доступный материал, чем человек нормальный, и если лишить этого материала того, кто хочет обучиться анализу и его применять, то возможности получить образование уменьшатся для него на добрую поло вину. Разумеется, я отнюдь не собираюсь требовать, чтобы интересы невротического больного были принесены в жертву обучению и научному исследованию. Своим небольшим сочи нением по вопросу о дилетантском анализе я стараюсь как раз показать, что при соблюдении определенных мер предосто рожности вполне можно согласовать интересы обеих сторон и что такое решение не в последнюю очередь служит также и правильно понимаемым интересам врача.

Все эти меры предосторожности я привел сам; могу ска зать, что дискуссия ничего нового здесь не добавила; еще хочется обратить внимание на то, что акценты в ней нередко расставлялись таким образом, который не отвечает действи тельности. Правильно все, что говорилось о трудности диф ференциального диагноза, неопределенности во многих случа ях при оценке телесных симптомов, что, стало быть, делает необходимым врачебное знание или врачебное вмешательство, однако количество случаев, в которых такого сомнения не возникает вовсе, а врач не нужен, все-таки несоизмеримо больше. Эти случаи могут быть совершенно неинтересны в научном отношении, но играть в жизни достаточно важную роль, чтобы оправдать деятельность аналитика-дилетанта, который вполне с ними справляется. Не так давно я анализировал одного моего коллегу, который особенно резко воз ражал, чтобы кому-нибудь, кто сам врачом не является, разрешали

заниматься врачебной деятельностью. Я мог ему сказать: «Мы работаем уже больше трех месяцев. Где в нашем анализе у меня был повод прибегнуть к моему вра чебному знанию? » Он согласился, что никакого повода для этого не возникало.

Я не могу также высоко оценить тот аргумент, что ана литик-дилетант, поскольку он должен быть готов консульти роваться у врача, не приобретет у больного авторитета и более высокого уважения, чем то, которое может снискать фельд шер, массажист и т. п. Аналогия может опять оказаться не верной, не говоря уже о том, что обычно больной наделяет авторитетом в соответствии со своим эмоциональным перено сом и что обладание дипломом врача далеко не так ему импо нирует, как полагает врач. Профессиональному аналитику-дилетанту будет несложно завоевать уважение, которое ему подобает как светскому духовнику[1]. Формулировкой «светская забота о спасении душ» можно было бы вообще описать функцию, функцию аналитика, которую, будь он врачом или дилетантом, он должен осуществлять по отношению к публи ке. Наши друзья среди протестантских, а с недавних пор и среди католических священнослужителей часто избавляют свою паству от жизненных затруднений, восстанавливая их религиозность после того, как предоставили им частичное аналитическое разъяснение их конфликтов. Наши противни ки, адлерианские индивидуальные психологи, стремятся к такому же изменению у людей, ставших нестойкими и беспо мощными, пробуждая у них интерес к социальной общности, осветив им один-единственный уголок их душевной жизни и показав, какое участие принимают их эгоистичные импульсы и недоверчивость в их болезни. Оба метода, которые обязаны своей силой опоре на анализ, имеют свое место в психотера пии. Мы, аналитики, ставим себе целью как можно более полный и глубокий анализ пациента, мы не хотим освободить его посредством принятия в католическое, протестантское или социалистическое сообщество, а стремимся обогатить его из его собственного внутреннего мира, снабдив его Я энергиями, которые, будучи недоступными вследствие вытеснения, связаны

[1] *[Об этом виде деятельности в протестантских странах Фрейд уже высказывался в своем предисловии (19136) к книге Пфистера (1913).]*

в его бессознательном, а также те другие энергии, кото рые Я вынуждено непродуктивно тратить на сохранение вы теснений. То, чем мы таким образом занимаемся, — это забота о спасении душ в наилучшем значении слова. Не слишком ли высокую цель мы этим себе поставили? Стоит ли большинство наших пациентов усилий, которые мы затрачиваем на эту работу? Не экономичнее ли подпирать дефекты извне, чем реформировать их изнутри? Я не могу этого сказать, но знаю нечто другое. В психоанализе с самого начала существовала вза имосвязь между лечением и исследованием, накопленный опыт привел к выводу, что нельзя было лечить, не узнавая чего-либо нового, нельзя было получить разъяснение, не испытав его бла готворного действия. Наш аналитический метод — единственный, у которого эта ценная взаимосвязь остается сохранной. Только тогда, когда мы аналитически заботимся о душе, мы углубляем наше зарождающееся понимание душевной жизни людей. Эта перспектива принесения пользы науке была самой благородной, самой отрадной чертой аналитической работы; можем ли мы при нести ее в жертву каким-либо практическим соображениям?

Некоторые высказывания в этой дискуссии вызывают у меня подозрение, что мое сочинение по вопросу о дилетан тах в одном пункте все же было неправильно понято. Врачи защищаются от меня, как будто я объявил их вообще непри годными для проведения анализа и сообщил пароль — нуж но не допускать притока врачей. Это не входит в мои наме рения. Вероятно, так показалось из-за того, что в своем полемически задуманном изложении я должен был объявить необученных врачей-аналитиков еще более опасными, чем дилетантов. Я мог бы пояснить мое настоящее мнение в этом вопросе, подражая циничному замечанию, сделанному од нажды о женщинах в «Симплициссимусе». Там один из партнеров пожаловался на слабости и трудности прекрасно го пола, на что другой заметил: «И все-таки женщина — это лучшее из всего, что мы имеем *в породе».* Я признаю, что до тех пор, пока не существует школ, которые мы желаем себе для подготовки аналитиков, лица с медицинской подготов кой являются наилучшим материалом для будущего анали тика. Разве что можно потребовать, чтобы они не подменяли образование своей подготовкой, чтобы они преодолели од носторонность, которой благоприятствует преподавание в

медицинском училище, и что они противились искушению заигрывать с эндокринологией и автономной нервной систе мой там, где требуется постичь психологические факты с помощью психологических вспомогательных представлений. Точно так же я разделяю ожидание, что за все эти проблемы, которые относятся к взаимосвязи между психическими фено менами и их органическими, анатомическими и химическими основами, могут браться лишь те, кто изучил и то, и другое, то есть врачи-аналитики. И все же не нужно забывать, что это еще не все в психоанализе и что для другой его стороны мы ни когда не сможем обойтись без сотрудничества с теми людьми, которые получили подготовку в гуманитарных науках. Из прак тических соображений — также и для наших публикаций — мы усвоили привычку отделять врачебный анализ от прикладного анализа. Это неправильно. На самом деле разделительная черта проходит между научным психоанализом и его применениями в медицинской и немедицинской областях.

Наиболее резко отвержение дилетантского анализа в этих дискуссиях отстаивается нашими американскими коллегами. Я не считаю излишним ответить им несколькими замечаниями. Едва ли это будет злоупотреблением анализом в полеми ческих целях, если я выражу мнение, что их сопротивление объясняется исключительно практическими моментами. В сво ей стране они видят, что аналитики-дилетанты совершают мно жество бесчинств и злоупотреблений анализом и тем самым вредят как пациентам, так и репутации анализа. Поэтому понятно, что они хотят отмежеваться в своем возмущении от этих бессовестных вредителей и исключать дилетантов из всякого участия в анализе. Однако этого положения вещей уже достаточно для того, чтобы принизить значение их позиции. Ибо вопрос о дилетантском анализе нельзя решать, руководствуясь исключительно практическими соображениями, а местные усло вия в Америке не могут служить для нас мерилом.

Резолюция наших американских коллег по поводу аналити ков-дилетантов, продиктованная в основном практическими мо тивами, мне кажется непрактичной, ибо она не может изменить ни один из моментов, которые определяют положение дел. Она в чем-то сродни попытке вытеснения. Если нельзя воспрепятство вать

аналитикам-дилетантам в их деятельности, в борьбе с ними нельзя заручиться поддержкой публики, то разве не было бы тогда целесообразнее считаться с фактом их существования, пре доставив им возможности для обучения, приобретя на них вли яние и в качестве стимула дав им возможность допущения вра чебным сословием к практике и привлечения к сотрудничеству, чтобы тем самым они обрели интерес к повышению своего нрав ственного и интеллектуального уровня?

Вена, июнь 1927 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Психическое лечение (душевное лечение) (1890)……3
О психотерапии истерии (1895) ……24
Психоаналитический метод Фрейда (1904 [1903])……..77
О психотерапии (1905 [1904]) …….84
О «диком»психоанализе (1910) …….96
О динамике переноса (1912) ……..103
Советы врачу при психоаналитическом
лечении (1912) ……..113
О начале лечения ……..123
Воспоминание, повторение и проработка…….145
Заметки о любви-переносе ……..155
О fausse reconnaissance («deja raconte»)
во время психоаналитической работы (1914) ……..168
О предыстории аналитической техники (1920)……174
Психоаналитическая техника (1940 [1938])…….177
Заметки о теории и практике
толкования сновидений (1923 [1922]) ……188
Конструкции в анализе (1937) ……201
Вопрос о дилетантском анализе ……214
Послесловие к «вопросу
о дилетантском анализе» (1927) ……283

Научное издание

Фрейд Зигмунд

ТЕХНИКА ПСИХОАНАЛИЗА

Компьютерная верстка

И. Самсонов

Корректор *Н. Карпова*

ООО «Академический Проект»

Изд. лиц. № **04050** от **20.02.01.**

111399, Москва, ул. Мартеновская, 3.

Санитарно-эпидемиологическое заключение

Федеральной службы по надзору в сфере защиты

прав потребителей и благополучия человека

№ 77.99.60.953.Д.003959.04.08 от 22.04.08.

По вопросам приобретения книги

просим обращаться в ООО «Трикста»:

111399, Москва, ул. Мартеновская, 3.

Тел.: (495) 305 3702; 305 6092; факс: 305 6088

E-mail: info@aprogect.ru

www.aprogect.ru

Подписано в печать 11.07.08.

Формат 84x108 $^{1}/_{32}$. Гарнитура Mysl. Бумага писчая.

Печать офсетная. Усл. печ. л. 15,96. Тираж 3000 экз.

Заказ № 522.

Отпечатано в полном соответствии с качеством

предоставленного оригинал-макета

в ОАО «ИПП «Уральский рабочий»

620041, ГСП-148, г. Екатеринбург, ул. Тургенева,13.

http://www.uralprint.ru e-mail: book@uralprint.ru