

Г. Габбард, Э. Лестер

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ГРАНИЦЫ и их НАРУШЕНИЯ

Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis



КЛАСС

библиотека психологии и психотерапии



КЛАСС

библиотека психологии и психотерапии

Glen O. Gabbard, Eva P. Lester

**BOUNDARIES
AND BOUNDARY
VIOLATIONS
IN PSYCHOANALYSIS**

American
Psychiatric
Publishing

Г. Габбард, Э. Лестер

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ГРАНИЦЫ И ИХ НАРУШЕНИЯ

Перевод с английского
К. Немировского



Москва
Независимая фирма «Класс»
2014

УДК 615.851
ББК 53.57
Г 12

First published in the United States by American Psychiatric Publishing, Arlington, Virginia and London, UK. Copyright 2003. All rights reserved.

Габбард Г., Лестер Э.
Г12 **Психоаналитические границы и их нарушения** / пер. с англ.
К. Немировского. — М.: Независимая фирма «Класс», 2014. —
272 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

ISBN 978-5-86375-190-0

Книга посвящена проблеме границ и их нарушений в психоанализе. Используя обширный теоретический и клинический материал, авторы исследуют понятие границ и их развитие, нарушения сексуальных и несексуальных границ и типы аналитиков, наиболее склонных к этому. Разбирая примеры нарушений границ, авторы объясняют причины, приводящие к ним, и отмечают деструктивное влияние этих нарушений на терапевтический процесс. Показана история изменения отношения к границам в процессе развития психоанализа — от З.Фрейда до современного психоанализа. Отдельные разделы посвящены границам в супервизии и тренинг-анализе, а также границам после завершения лечения. Описывается комплексный подход к реабилитации нарушивших профессиональную этику специалистов.

Книга может быть интересна психотерапевтам и психологам разных направлений, студентам-психологам и широкому кругу образованных читателей, интересующихся психологией.

Главный редактор и издатель серии *Л. М. Кроль*
Научный консультант серии *Е. Л. Михайлова*

ISBN 978-5-86375-190-0

© 2003 American Psychiatric Publishing
© 2014 К. Немировский, перевод
© 2014 Независимая фирма «Класс», издание, оформление
© 2014 В. Кудряшова, дизайн обложки

Исключительное право публикации на русском языке принадлежит издательству «Независимая фирма «Класс». Выпуск произведения или его фрагментов без разрешения издательства считается противоправным и преследуется по закону.



Предисловие к русскому изданию

Нет никакой другой более важной темы в психоанализе и психоаналитической практике, чем проблема внешних и внутренних границ. Без строгого соблюдения психоаналитического сеттинга, или, как говорят во Франции, кадра, психоанализ не может состояться. Он, конечно, может происходить во внешней реальности, но при этом он будет не просто фальшивым, а чрезвычайно опасным для обоих его участников, но, в первую очередь, для анализанда. С другой стороны, строгое соблюдение кадра часто подменяется ригидным следованием правилам, что со своей стороны уничтожает живой психоаналитический процесс, превращая его в не более чем интеллектуальную тренировку. Многочисленные нарушения границ или их безжизненная непроницаемость подробно и честно проанализированы в замечательной книге Габбарда и Лестер, которая должна стать настольной для каждого психоаналитически ориентированного специалиста в России.

Свобода, как мы хорошо знаем, невозможна без ответственности. Краеугольным камнем аналитического усилия является освобождение ассоциативного процесса с его вневременным характером (Донне). Пробуждение живого бессознательного у анализанда и предоставление ему пространства для игры возможно только в присутствии Третьего. Аналитик, свободно ассоциируя вместе с анализандом, неизбежно «втягивается в мир внутренних объектов своего пациента аффективным лассо» (Треурнит). Однако этот сеттинг, благоприятствующий нарциссической регрессии обоих участников, не создает абсолютно свободного пространства без границ и пределов. Это свободное творческое пространство игры бессознательного защищено не только и не столько внешними границами, сколько внутренним аналитическим кадром, устанавливаемым Третьим – постэдиповым Сверх-Я аналитика.

Психоаналитики во Франции рассматривают взаимоотношения в анализе не как диадные, а как трехсторонние, где роль Тре-

тьего выполняет язык (Лакан) или сам кадр (Грин, Донне). Игра переноса и контрпереноса рассматривается не только с точки зрения дуальной связи в ситуации «здесь и сейчас». Это всегда неотъемлемые элементы более широкого трехстороннего, топографического и временного пространства, которое на психоаналитической сцене ограничено надежной оболочкой — сеттингом.

Исследование границ и их нарушений Габбард и Лестер провели на материале американского и британского психоанализа, но их основные мысли и идеи полностью созвучны французскому пониманию психоанализа, в соответствии с которым психоаналитический процесс — это развитие отношений аналитика и пациента на двух уровнях: уровне первичной идентификации (химеры бессознательного в духе Мишеля де М'Юзана) и на уровне вторичных процессов, связанных в том числе с взаимодействием аналитического Я и пост-эдиповым Сверх-Я, наблюдающим за сохранением границ аналитического сеттинга. Таким образом, одна из важнейших задач аналитика — не просто сохранять осознание этих двух уровней взаимоотношений с пациентом и наблюдать за их развитием, но и способствовать их диалектическому взаимодействию друг с другом сначала в своей психической реальности, затем постепенно в совместной химере и после этого все больше и больше — в психической реальности пациента. Иметь свободно парящее внимание для аналитика не означает быть полностью затерянным в собственных спонтанных ассоциациях и в соответствующих им интерпретациях. Аналитик является хранителем сеттинга и времени — знания, что анализ имеет как вневременную природу, так и начало и конец, так же как и каждая сессия. Хранитель времени (Шерве), хранитель границ внешних и внутренних останавливает всегда существующий симбиоз, *folie à deux*.

Андре Грин подчеркивал, что способность сохранять живые и надежные внутренние и внешние границы приобретает будущим аналитиком на кушетке, в ходе собственного психоанализа. Этот же важнейший акцент мы встречаем и в книге Габбарда и Лестер. Авторы не ограничиваются детальным анализом различных злоупотреблений в ходе психоанализа, но обращают специальное внимание читателя на возможные нарушения границ в процессе супервизий и психоаналитического обучения в целом. Это особенно актуально для российских психоаналитически ориентированных специалистов и психотерапевтов, поскольку подобная проблема представляется мне чрезвычайно злободневной для нас. Чтобы мы

могли двигаться вперед, необходимо смотреть на проблему широко открытыми глазами.

Поражающая своей честностью и откровенностью книга заканчивается простыми, но самыми важными рекомендациями для психоаналитиков, не желающих попасть в тиски бессознательного сговора. Лучшей профилактикой различных злоупотреблений авторы считают не только профессионализм самого аналитика или внимание к проблеме со стороны этических комитетов психоаналитических институтов. Но и, что не менее важно, эмоциональное и сексуальное удовлетворение в личной жизни. Хотя это и должно было бы быть следствием успешного завершения собственного личного анализа, тем не менее для многих специалистов это не так. Способность поддерживать любовные отношения с близким человеком позволяют аналитикам оставаться живыми, чувствующими и надежными для своих анализандов.

А. В. Россохин,
*доктор психологических наук, профессор,
член Парижского психоаналитического общества;
рук. магистерской программы
«Клинический психоанализ
и психоаналитическая психотерапия»
факультета психологии МГУ имени М. В. Ломоносова;
зав. кафедрой психоанализа
факультета психологии НИУ ВШЭ,
рук. магистерской программы
«Психоанализ и психоаналитическое
бизнес-консультирование» НИУ ВШЭ*



**«Больше человеческого,
чем всего остального»**

«Онтогенез повторяет филогенез» – идея, заимствованная З. Фрейдом у Э. Геккеля из его биогенетического закона, находит свое подтверждение и в развитии психоанализа в современной России. Психоанализ, пережив долгий период подпольного, а временами и «дикого» развития, в конце 80-х годов XX века, наконец, обрел свободу. Стала появляться литература по теории и технике, учебные программы и первые психоаналитики. Однако лишь спустя 10–15 лет были опубликованы статьи, а затем и книги, посвященные профессиональной этике. Такой же путь проделал и психоанализ на ранних этапах своего развития. В течение первых десятилетий становления психоанализа как науки и Фрейд, и многие его коллеги не считали, что различия между личными и профессиональными отношениями, супервизией и личным анализом являются существенными. Очевидно, что, согласно этому универсальному закону развития, мы проходим сейчас этап установления должных границ.

Продолжая биологическую метафору, можно сказать, что клеточная мембрана выполняет двойную функцию в клетке – она и отграничивает ее от окружающей среды, и в то же время позволяет производить взаимообмен между клеткой и окружающей средой. Такие же «мембраны» (границы) необходимы и человеку для формирования его психики. Об этом писали многие психоаналитики: Д. Винникотт (наличие у матери способности к адекватному холдингу и отзеркаливанию способствует формированию истинного Я ребенка), У. Бион (благодаря α -функции матери, которая способна перерабатывать – контейнировать – базовые элементы опыта ребенка – β -элементы, у него впоследствии возникает способность к мышлению), Д. Анзье («Я-кожа» как психологический конверт тела) и многие другие.

То же самое можно сказать и о психоанализе. Как пишут авторы этой книги Глен Габбард и Эва Лестер, аналитические границы (как и здоровые границы Эго, которые должны быть достаточно гибкими для того, чтобы открываться в одни моменты и закрываться в другие) должны быть довольно гибкими, чтобы такие изменения происходили в зависимости от потребностей аналитического процесса. В частности, терапевты со слишком тонкими межличностными границами склонны путать свои внутренние ощущения с переживаниями пациентов, тогда как обладающие слишком плотными межличностными границами могут отгораживаться от участия в бессознательной коммуникации пациента.

Поскольку книга написана западными авторами (о них чуть ниже), нельзя не сказать об особом культурно-историческом контексте, в котором формировались представления о личности, ее роли, отношениях и границах в нашей стране. Россия с ее необъятными просторами, особым геополитическим положением, «русская душа» давно привлекали внимание философов, историков и культурологов. Этот контекст усложнен влиянием не только «русского», но и «советского» прошлого.

Разные авторы (например, Ю. Лотман, Б. Успенский, Н. Бердяев) описывают характерные черты русского менталитета. Среди них двухполюсная система, лишённая нейтральности, и, следовательно, отсутствие Третьего. Такая недосепарированность, расщепление на плохое и хорошее, духовное и плотское оставляет человека в инфантильной идентификации преимущественно с материнским объектом. Даже если это переходное пространство и формируется, то оно зачастую остается не заполненным ничем индивидуальным, а содержит лишь неинтериоризированные общие идеи.

В такой ситуации сепарация не только недостижима, но и является изменой. В обществе, в котором не предоставлены способы разрешения эдипова конфликта, индивиду остается или подчиниться, или умереть. В противном случае он бунтует, но восстает он не против Отца, а символически убивает Великую (фаллическую) Мать, которая издревле является той, которая не только оберегает и передает культуру через поколения, но и управляет всем.

Чего стоит печальный феномен матрешки, при котором формируется искаженное, псевдотриангулярное пространство, выбрасывающее из себя обесцененного и слабого мужчину и ставящее на вершину пирамиды образ бабушки, подавляющей не только муж-

чину как Третьего, но и любые попытки сепарации со стороны дочери, а затем и внучки, надежно замуровывая всех в доэдипальном пространстве матрешки.

Человек в России несколько раз и на протяжении нескольких столетий переживал потерю определенной целостности и идентичности – начиная от петровских реформ, борьбы со старообрядцами и уничтожения многих социальных групп и накопленного столетиями культурного наследия большевиками до развала СССР и заканчивая изменениями ценностных ориентиров в постперестроечном обществе. Это приводит к постоянному и отчаянному поиску новых объектов для идентификации, которые сначала сильно идеализируются и не менее отчаянно оберегаются, а затем так же быстро и безжалостно обесцениваются и заменяются новыми.

Эти свойства русской психики делают похожей ее структуру на подростковую. Психике подростка свойственна вера в чудо, случайность, иждивенческий образ мышления и жизни, больша́я значимость группы как объединяющего элемента и чувство гордости от принадлежности к ней, покорное и порой зачарованное подчинение власти, которое легко переходит к бунту и ее свержению. Все это приводит к тому, что зрелым, взрослым быть не только невыгодно, но и стыдно. Пренебрежение правилами и границами, а также стремление с максимальной выгодой этим воспользоваться становится системой, организующей бытие на всех уровнях общественного сознания. Это дополняется воспитанием, которое основано на принципах принуждения вечно инфантильных учеников со стороны мудрых и авторитарных учителей.

Отдельное и весьма деструктивное влияние на коллективные и индивидуальные представления о границах оказали десятилетия пребывания в стране коммунистического режима. Это, например тоталитаризм, при котором подавлялось любое проявление свободомыслия, а также коммунальная жизнь как антитеза *privasy* (частной жизни), которые привели к поощрению зависти и ненависти ко всему, что выходило за пределы нормы и среднего человека. Создалась ситуация, при которой внешняя открытость и обнаженность всех процессов, в том числе и физиологических, в условиях коммунального быта-бытия сочеталась с закрытостью душевной и интимной, когда сближение казалось преследованием и вторжением.

Граница для советского человека имела множественный смысл. С одной стороны, «заграница» была символом благосостоя-

ния, успеха и изобилия, а побывавшие там уподоблялись купцам, привозившим не только драгоценные дары, но не менее ценные знания. С другой стороны, железный занавес не только ограничивал свободу передвижения за его пределы, но и давал возможность внутри его создавать и поддерживать в общественном сознании мифологему об исключительности советского строя и его процветании. Вследствие этого системе были нужны такие фальшивые герои, как, например, доктор Хайдер, удовлетворявшие потребность в идеализации и неплохо отвлекавшие от локальных проблем. В чем-то схожие процессы наблюдаются и в современной России.

Все это делало невозможными нормальную индивидуацию, проработку эдипова конфликта и достижение депрессивной позиции. Поскольку полноценное переходное пространство не сформировалось, мы вынуждены вечно переживать танталовы муки – подходить к эдипову конфликту и вечно в нем вариться, идя по пути Павлика Морозова. Символично, что именно этот мальчик был одним из пионеров-героев в Советском Союзе – в стране, в которой мог быть только один Отец. Все остальные «отцы» не должны были представлять угрозу, и для этого их либо символически кастрировали (на разных уровнях – от семейного и школьного до профессионального и социального), либо уничтожали. В этой ситуации родной отец, родная семья уже не нужны – ребенок становился сиротой, которого подбирал Отец Народов и отдавал в семью как в «ячейку общества». Одновременно с этим происходила и элиминация индивидуального сознания, поскольку его обладатели были «классовыми врагами» и «пережитками прошлого».

Разные российские и западные авторы (например, А. Белкин, А. Эткинд, Е. Волкова, К. Келли, Н. Рис, Д. Песмен) описывают характерную особенность российского менталитета – потребность испытывать вину, искать для нее искупление и в итоге трансформироваться через страдание. Эта культура противопоставлена западной, в которой Рождеству (то есть рождению, началу жизни как празднику) придается большее значение, чем Пасхе (воскресению из мертвых), являющейся важнейшим православным церковным праздником.

На бессознательном уровне это нередко вынуждает отечественных психотерапевтов нарушать границы для того, чтобы, с одной стороны, «спасти» нуждающегося пациента, а с другой – получить наказание за разыгрывание инцестуозных влечений. Еще одной характерной особенностью российских психотерапевтов

является нарциссическая патология, нередко существующая на пограничном уровне.

Именно об этой категории нарушающих границы психоаналитиков – тоскующих по любви и страдающих от собственных незаживших нарциссических ран – идет речь в книге, написанной Гленом Габбардом – американским тренинг-аналитиком, профессором психиатрии и плодовитым автором. Его перу принадлежит почти три десятка книг (среди которых учебники по психиатрии и психотерапии, труды по личностным расстройствам и работе с пограничными пациентами), а также более трехсот статей и глав в других книгах. Большая часть его научных работ посвящена профессионализму в психотерапии и психоанализе и в том числе вопросам этики и ее нарушений. Эти работы основаны не только на теоретических знаниях – Г. Габбард давал оценку и проводил работу с более чем семьдесятю терапевтами, вступившими в сексуальные отношения со своими пациентами.

Эва Лестер, соавтор книги – канадский тренинг-аналитик и профессор психиатрии, – не менее талантливый и разносторонний автор. Ее работы посвящены женской психологии, психоанализу беременности, эротическому переносу, контрпереносу, тренинг-анализу, влиянию пола аналитика и пациента на процесс анализа, психоанализу литературы, шизофрении у детей и др.

В книге сделан акцент на том, что реабилитация нарушивших этику специалистов гораздо важнее, чем их наказание (например, лишение лицензии на осуществление практики или внесение в специальный реестр). Авторы подробно и последовательно описывают механизм такой реабилитации – начиная с обращения с жалобами пациентов до супервизии и терапии этих специалистов.

В России многое происходит иначе. Психотерапевтическая деятельность не лицензируется, а попытка хоть как-то начать решать этот вопрос на законодательном уровне фактически провалилась. О судьбе реестра психологов, о создании которого шла речь в «Законе о психологической помощи в городе Москве» в конце 2009 года, ничего не слышно. Конечно, в рамках некоторых профессиональных сообществ есть свои комитеты по этике, но количество членов в них мизерное по сравнению с числом специалистов, оказывающих психологическую помощь. Так, в Московское психоаналитическое общество в настоящее время входит менее ста членов, а в Общество психоаналитической психотерапии – около двухсот человек, и это при том, что в одной лишь Москве практикует более десяти тысяч психологов. Нарушив профессиональную

этику, специалисты продолжают практиковать, повторяя свои ошибки уже с новыми пациентами, которые в свою очередь не только страдают от этих действий, но и не могут получить достойной компенсации за причиненный им вред, поскольку им попросту некуда обратиться.

Осмысление бессознательного влияния как коллективного, так и индивидуального прошлого, признание собственных ограничений и принятие правил не как жестких внешних структур, а как интернализованных внутренних рамок, создающих каркас идентичности, – важнейший шаг на пути к формированию четкой профессиональной (и депрессивной) позиции. Она дает возможность эффективно работать в этой «невозможной» профессии, не скатываясь на роль спасителя или бесстрастного хирурга, а также смириться с влиянием параллельных процессов в работе с пациентами и невозможностью полной проработки. Именно осознание неизбежности происходящих на сессии разыгрываний, а также стремление к тому, чтобы переходы границ не становились деструктивными нарушениями границ, а, наоборот, приносили пользу процессу, дает шанс работать в переходном и нерасщепленном пространстве, которое является основой (а для многих пациентов нередко и целью) психотерапевтического процесса. Об этом и идет речь в этой книге: «на самом деле в них (аналитиках) гораздо больше человеческого, чем всего остального».

Константин Немировский,
психолог, психотерапевт,
член Общества психоаналитической психотерапии (Москва)

Литература

1. Веселые человечки: культурные герои советского детства. М.: Новое литературное обозрение, 2008.
2. *Кадыров И.М.* Аналитическое пространство и аналитическая работа в России: некоторые размышления о прошлом и настоящем // Международный психоаналитический ежегодник. М.: Новое литературное обозрение, 2010. Вып. 1.
3. *Калиненко В.К.* Границы в анализе: юнгианский подход. М.: Когито-Центр, 2011.
4. *Келли К.* Товарищ Павлик. Взлет и падение советского мальчика-героя. М.: Новое литературное обозрение, 2009.
5. *Эткинд А.М.* Эрос невозможного. История психоанализа в России. М.: Гнозис, 1994.



Предисловие

Эта работа Габбарда и Лестер поистине незаурядна. Я не знаю другой такой книги, которая бы касалась давних и реально существующих проблем границ в психоанализе.

Общеизвестно, что нарушение границ в психоанализе – редкое явление, хотя и встречаемое гораздо реже, чем в других психотерапевтических подходах. Однако знать о чем-то и пробовать иметь с этим дело – совершенно разные вещи. Говоря об этом, Габбард и Лестер оказывают честь профессии.

Можно возразить, что критиковать психоанализ изнутри неразумно ввиду того, что он подвергается критике извне. Однако замалчивание проблемы едва ли соответствует психоаналитическим принципам! Эта книга анализирует данную проблему и помогает приблизиться к ее решению.

Заслуживает внимания то, что авторы смогли затронуть столь зыбкую, основанную на ощущениях тему, не прибегая при этом к сенсуализму¹. Они подходят к вопросу границ и их нарушений с исторической перспективы, приводя документальные свидетельства как из прошлого, так и из настоящего. Описываемые ими границы двояки: это граница между пациентом и аналитиком в аналитической ситуации и граница между Эго и содержанием, вытесненным в бессознательное пациента и аналитика.

При осмыслении этих границ авторы используют метафору физической плотности: они пишут о тонкости и плотности границ. Эта книга своевременна в свете последних тенденций рассматривать аналитика как наблюдателя, участвующего в аналитической ситуации и находящегося в контрпереносе так же, как и анализанд находится в переносе, а не считать его всеведущей и бесстрастной

¹ Сенсуализм – направление в теории познания, согласно которому чувственность – основа и главная форма достоверного знания; противоположность рационализма. *(Если не указано иное, здесь и далее примечание переводчика.)*

tabula rasa (лат. «чистая доска»). Эта книга также является своевременным напоминанием о силе и вездесущности фантазий и табу эдипальной ситуации.

Габбард и Лестер не только обращают внимание на серьезную проблему, но и прослеживают динамику, отвечающую за нарушение границ. Более того, они подчеркивают необходимость предотвращения таких нарушений в процессе психоаналитического обучения. При описании патологических типов, чаще всего встречающихся у аналитиков, которые нарушили сексуальные границы со своими пациентами, Габбард и Лестер проводят различия между редкими случаями психотических расстройств аналитика и более частыми случаями психопатических и парафилических разыгрываний, «тоски по любви» и мазохистическихотреагирований. Убедительное и всестороннее описание этих расстройств указывает на часто встречающуюся нарциссическую патологию аналитиков, нарушивших границы. В категории «тоскующих по любви» отражается нарциссическая патология, возможно не связанная с тяжестью психопатической и парафилической группы, но дающая в действительности хороший прогноз.

Габбард и Лестер напоминают нам об уникальных характеристиках психоаналитической рамки, предназначенной для того, чтобы пациент мог говорить о своих сокровенных и личных переживаниях как можно полнее и свободнее. В этом процессе рамка символически воссоздает характер эдипальных отношений. Аналитический сеттинг, таким образом, воспроизводит табу на инцест, первичное эдипальное соблазнение, а также символический страх кастрации и смерти при нарушении этого табу. Эдипальные отношения символически воспроизводятся внутри рамки, что дает возможность для тщательного исследования этих бессознательных фантазий, а также повторного установления запрета на прямое удовлетворение эдипальных желаний.

Возможность исследования этих глубинных человеческих конфликтов в рамках безопасной аналитической ситуации противоположна искушению разыгрывания эдипальных фантазий как со стороны пациента, так и в контрпереносе аналитика. Когда к этому искушению присоединяется возможное удовлетворение нарциссического всемогущества, которое возникает при нарушении запрета на инцест, происходит разыгрывание всемогущих фантазий вторжения и победы над интимностью родительской пары. Это создает серьезную опасность для аналитической ситуации со

стороны нарциссической патологии пациента, а также нерешенной нарциссической патологии аналитика.

Габбард и Лестер профессионально описывают то, как изоляция аналитика, потери, случающиеся в его жизни, и сильные кризисы, представляющие угрозу для его нарциссизма, могут приводить в действие то, что они называют синдромом «тоски по любви».

Теоретическая структура, предлагаемая авторами, подходит для проведения дальнейшего исследования предпосылок аналитической работы, касающихся «тонкости» или «плотности» как внутренних (с их бессознательной динамикой), так внешних границ аналитика (в рамках интересубъективности психоаналитической ситуации). Можно возразить, что под способностью к психоаналитической эмпатии подразумевается «плотность» внешней границы (с точки зрения твердости аналитика в выполнении своей терапевтической роли), так и оптимальная «тонкость» внутренних границ (то есть открытость собственным бессознательным процессам и возможность исследовать свой контрперенос). Также можно утверждать, что «плотность» внутренних границ аналитика с точки зрения должного контроля над инстинктивными потребностями, соответствующая определенной внешней «тонкости» (то есть открытости к взаимодействию с проективной идентификацией в переносе и контрпереносе), может облегчить эмпатию пациенту без опасности регрессивного разыгрывания. Во всяком случае разные характерологические особенности аналитика могут защитить его от нарушения границ благодаря особенному сочетанию «тонкости» и «плотности» в том смысле, в котором авторы рассматривают эти понятия.

Рекомендации авторов о предотвращении нарушения границ и работе с нарушенными границами являются чрезвычайно стимулирующими и побуждающими к размышлениям. Они подчеркивают важность изучения этической составляющей психоаналитической профессии в процессе обучения аналитика, а также необходимость помощи в честном исследовании эротического контрпереноса. Я заметил, что в тех психоаналитических институтах, где открытое изучение эротического контрпереноса затруднено, возрастает опасность не поддающегося контролю или неуправляемого нарушения границ.

Говоря о наилучшем способе работы с предполагаемыми или подтвержденными случаями нарушения границ в рамках психо-

аналитического института или общества, Габбард и Лестер обращают внимание на многочисленные затруднения и сложности, которые сопровождают этот процесс. Со своей стороны я бы добавил к этому обсуждению также проблему, возникшую в нашей сутяжнической культуре – искушение злоупотреблять компенсацией вреда для получения финансовой прибыли – и то, как этот процесс может развратить и жертву, и того, кто причинил ей вред, а также стремление честно разобраться с нарушением границ, которое часто превращается в бюрократический кошмар. Я думаю, мы должны защищать наших пациентов от специалистов, нарушающих этические принципы, как и защищать самих специалистов от отреагирования психопатических переносов. Оказывать наилучшую помощь в каждом отдельном случае означает объединить четкий набор этических стандартов с институциональной гибкостью, что поможет избежать психопатического использования, а также парализующей бюрократической спутанности института. Предложенные авторами превентивные меры, как и честное признание болезненной проблемы, описанной в этой книге, должны в основном помочь нам если не окончательно устранить, то по крайней мере несколько уменьшить неуместный побочный продукт психоанализа, который может превратить это потенциально эффективное лечение в «радиоактивное».

Отто Ф. Кернберг,

*директор Института личностных расстройств
Корнелльского медицинского центра при госпитале Нью-Йорка;*

*Профессор психиатрии Медицинского колледжа
Корнелльского университета;*

*Тренинг-аналитик и супервизор Центра психоаналитического
образования и исследований Колумбийского университета*



Введение

Английская поэтесса XIX века Дайна Мария Крайк (Dinah Maria Craik, 1859) однажды написала:

Ах, покой, невыразимый покой почувствовать себя в безопасности рядом с человеком, когда не нужно ни взвешивать мысли, ни подбирать слова, а просто изливать их, такими, какие они есть, мякина и зерно вместе; быть уверенной в том, что верная рука возьмет и просеет их, оставляя ценное и ласково сдувая все ненужное (р. 169).

Похоже, что Крайк невольно предвосхитила события, вскоре произошедшие в далеком европейском городе. «Открытие» Фрейдом свободных ассоциаций и внимательности аналитика в условиях безопасного и принимающего аналитического сеттинга создали в итоге оптимальные условия для лечения словом, которого бессознательно искала Крайк.

Как мы знаем теперь, эта безопасная атмосфера основана прежде всего на особой «рамке», согласованной двумя участниками, рамки, целостность которой гарантирует плавное течение взаимодействия в условиях аналитического пространства. Несмотря на то, что в этом пространстве происходит психологическое взаимопроникновение двух субъективностей, в нем мало физических контактов за исключением обычного рукопожатия. В результате такой необычной договоренности, работающей в пределах определенного набора границ, значительная часть самопознания выковывается в кузнице психоаналитического процесса.

Однако в последние годы перед психоаналитиком возник ряд проблем, дезорганизующих его работу. Не все анализы безопасны; не все аналитические границы соблюдаются. Нам неизвестен точный масштаб этой проблемы, но в одном лишь районе Большого Бостона более 400 женщин обратились в группы поддержки, созданные для пациентов, которые были сексуально использованы

их аналитиками или терапевтами. Хотя нарушение границ, заключающееся в сексуальных отношениях между аналитиком и пациентом, — вопиющий случай, многие другие виды нарушений также являются поводом для беспокойства.

Наряду с тем, что нарушения аналитических границ так же стары, как и сама профессия психоаналитика, в психоанализе стали обращать внимание на эту проблему только в последнее время. Такое явное изменение отношения связано с новым взглядом на контрперенос, а также с расширившимся пониманием вклада аналитика в процессы, происходящие во время анализа. Эта книга отчасти является результатом такого сдвига психоаналитического мышления.

Психоаналитическая концепция границ началась не с представления о нарушениях границ в клинической практике. Начиная с ранних работ Фрейда об океаническом ощущении и заканчивая нашим современным интересом к этому предмету, концепция границ была темой для многочисленных теоретизирований. Пауль Федерн (Paul Federn), выдающийся Эго-психолог, много сделал для разработки концепции внутренних и внешних границ: первые отделяют Эго от бессознательных фантазий и влечений, а вторые рассматриваются как орган периферического восприятия и прибор для тестирования реальности. Такие теоретики объектных отношений, как Джекобсон (Jacobson), писали о границах, которые разделяют репрезентации самости и объектов. Не так давно такие современные исследователи, как Эрнест Хартманн (Ernest Hartmann), используя как экспериментальные данные, так и психоаналитические и нейропсихологические теории, продолжили разработку концепции внутренних и внешних границ в сознании как особого измерения личности.

В некотором смысле концептуальные вопросы границ и клинические аспекты их нарушения в психоанализе представляют собой отчасти отдельные, но связанные уровни рассуждений: (1) теоретический взгляд на характер границ в сознании и их отношение к таким фундаментальным аспектам аналитического процесса, как свободные ассоциации и вспоминание сновидений, и (2) клиническая оценка определенных разыгрываний в анализе, включающих в себя переход и нарушение как внутренних, так и межличностных границ.

В этой книге мы подробно рассмотрим эти уровни с их возможным пересечением в некоторых областях. Вклад, который мы

в действительности хотим сделать в этой совместной работе, – это найти полезные пересечения между традиционным использованием концепции психоаналитических границ и возникшими в последнее время вопросами нарушений межличностных и определенных аналитических границ в клинической практике.

Книга организована таким образом, чтобы рассмотрение границ предшествовало обсуждению их нарушений. В главах 1 и 2 обобщена психоаналитическая литература о границах с точки зрения как структуры, так и процесса. В главе 3 сделана попытка осмысления трех связанных концепций: аналитической рамки, аналитических границ и аналитического объекта. В главе 4 дан обзор литературы о гендерных различиях границ.

Формальное обсуждение нарушений границ начинается в главе 5 с исследования ранней истории такого поведения в психоаналитической профессии. Главы 6 и 7 посвящены психоаналитическому пониманию нарушений сексуальных и несексуальных границ. В главе 8 рассматривается такая неоднозначная область, как границы после завершения анализа с акцентом на судьбе переноса. В главе 9 обсуждаются границы в супервизии, а в главе 10 – институциональная реакция на нарушения границ и возможные превентивные меры.

При представлении в этой книге клинического материала мы столкнулись с рядом значительных затруднений. Писать о коллегах всегда трудно, но еще сложнее представлять материал о коллегах с серьезными нарушениями границ. Мы решили проблему соблюдения конфиденциальности и сохранения анонимности двумя путями. В ряде примеров мы изменяли описание отдельных людей, создавая таким образом комбинированные случаи, отражающие основные психологические темы нашего обсуждения. В других случаях мы получали письменное разрешение от терапевтов и аналитиков, с которыми мы работали. Они также внимательно изучали этот измененный клинический материал, имевший отношение к ним. Мы надеемся, что читатель разделит наши взгляды о том, что лучшее понимание нарушения границ, иллюстрированное клиническими данными, оправдывает использование столь деликатного материала.

При подготовке этой книги нам помогало множество людей. Мы благодарим Джойс Дэвидсон Габбард (Joyce Davidson Gabbard) и Мюррея Д. Лестера (Murray D. Lester) за их терпение и поддержку на протяжении насыщенных и беспокойных

месяцев написания этой книги. Мы очень признательны Стивену Франкёру (Stephen Francoeur) и Джо Анн Миллер (Jo Ann Miller) из Basic Book за руководство на всех этапах подготовки книги. Комментарии Джона Керра (John Kerr) и Питера Грюнберга (Peter Gruenberg) к некоторым частям книги были очень полезны. Мы в особенности признательны Отто Кернбергу (Otto Kernberg) за любезное согласие написать предисловие и за его содержательную критику. И наконец, мы особенно благодарны Фэйе Шёнфельд (Faye Schoenfeld) за тщательную перепечатку и редактирование рукописи, а также за внимательную проверку источников.

*Глен Габбард,
Эва Лестер*



Общее представление о границах в психоанализе

Начиная с Пауля Федерна и Эдит Джекобсон и заканчивая Эрнестом Хартманном и современными исследователями нарушений границ в межличностных отношениях, концепция границ Эго остается центральной, хотя и нечетко определенной. Теоретические разработки и клиническое применение этой концепции прошли период от пристального внимания до сравнительного игнорирования в психоаналитической литературе.

В «Словаре американского наследия» граница определена как «обычно относящаяся к географически четко определенной линии, ограничивающей страну, город и т.п.». Термины *рубеж* и *граница* равнозначны и в физикалистском смысле означают «степень, вне которой деятельность или функция не могут или не должны происходить». Вне этого конкретного, физикалистского определения понятие *граница* используется в переносном смысле для обозначения формальной близости или сходства, но не идентичности между двумя идеями, понятиями, теоретическими положениями или другими подобными формулировками.

В своих ранних работах Зигмунд Фрейд использовал понятие *граница* в переносном смысле. Как указывает Вильям Гроссман (William Grossman, 1992), Фрейд, обсуждая функцию памяти, написал следующее письмо Вильгельму Флиссу (Wilhelm Fliess):

Наш психический аппарат возник благодаря процессу расщепления: материал, существующий в виде следов памяти, подвергается время от времени реконструкции... и перезаписи... Память появляется не однажды, а много раз подряд... из путей, идущих с периферии... последовавшие запоминания являются психическими достижениями предшествовавших этапов жизни. На границе этих этапов [происходит] преобразование психического материала. На мой взгляд, характерные черты

психоневрозов можно объяснить отсутствием такого преобразования... (р. 40).

Как отмечает Гроссман (Grossman, 1992), в этой работе Фрейд рассматривал границы только как существующие между уровнями иерархии. Для Фрейда преобразование было одним из отношений, которое очерчивает понятие границы: «Таким образом, граница – это концептуальная граница, которая определяется различными структурами систем так, что одна должна быть преобразована в другую» (р. 41).

Фрейд рассматривал влечения как понятия, которые относятся и определяют границу или рубеж между психическим и соматическим. В работе «Влечения и их судьба» (Freud, 1915a) он пишет:

Если мы начнем рассматривать психическую жизнь с *биологической* точки зрения, то «влечение» покажется нам понятием, находящимся на *границе [курсив добавлен]* между психическим и соматическим, психическим представителем раздражений, исходящих из тела и проникающих в психику, мерилom работы, которая требуется от психики вследствие ее связи с телом (р. 121–122).

Фрейд (Freud, 1913a) также писал: «Мы не можем не рассматривать термин “влечение” как понятие границы между сферами психологии и биологии» (р. 182). Как далее замечает Гроссман (Grossman, 1992), Фрейд считал сам психоанализ наукой, находящейся на границе. Говоря о его претензиях на научный статус, Фрейд (Freud, 1913a) говорит, что «психоанализ выступает в качестве посредника между биологией и психологией» (р. 182).

После разработки структурной теории и, возможно, в ходе размышлений над работой Федерна (Federn, 1952) о границах Я² Фрейд (Freud, 1930) использует это понятие в особом смысле, говоря в «Недовольстве культурой» следующее:

² Хотя в английском тексте указано слово Ego, согласно сложившейся традиции (см., например, *Эра контрпереноса*, под ред. Ю. Романова, М., 2005) при цитировании работ немецкоязычных авторов (здесь, например, Фрейд, Федерн, Ранк и др.) такие англоязычные термины, как Super-Ego, Ego и Id (изначально в немецком Super-Ich, Ich, Es), переведены как Сверх-Я, Я и Оно. Если же указаны работы англоязычных авторов, то эти же термины переведены как Супер-Эго, Эго и Ид.

Патология сообщает нам о множестве состояний, при которых граница между Я и внешним миром является либо нечеткой, либо прочерченной неправильно. Это те случаи, при которых части тела человека или даже части его психической жизни – восприятия, мысли и чувства – кажутся ему чужими и не принадлежащими его Я... Таким образом, даже ощущение нашего собственного Я подвержено нарушениям, а границы Я непостоянны (р. 66).

Вероятно, здесь Фрейд ссылается на работу Федерна о внешних границах, однако без ее упоминания. В значительной степени Фрейд намекает на процессы проекции и интроекции до того, как они были предложены и разработаны Мелани Кляйн.

Виктор Тауск (Victor Tausk) в своей работе «О возникновении “аппарата влияния” при шизофрении» (1918) был первым, кто ввел понятие *границ Я*, определяя их как собственное осознание уникальности и отделенности от других. В этой работе Тауск связывает ощущение значительных изменений при шизофрении с ослаблением или даже потерей границ Я. Понятие «*границы Я*» Тауска стоит рассматривать скорее как метафору отделенности от других, чем как структуру. Джосайя Ройс³ (Josiah Royce, 1901) использует понятие *границы* в рамках этого осознания отделенности Я от не-Я. На раннем этапе это понятие использовалось метафорически, а попыток найти точное определение не предпринималось.

Федерн и границы Я

В работе «Я как субъект и объект нарциссизма», представленной перед Венским психоаналитическим обществом в конце 1920-х годов, Федерн (Federn, 1952) повторно вводит понятие границ Я. Он был первым, кто предпринял попытку детальной разработки этого понятия, таким образом оказавшись на первом из трех этапов развития этой концепции. Каждый из этих этапов можно соотнести со значительными теоретическими изменениями. На пер-

³ Джосайя Ройс (Josiah Royce, 1855–1916) – американский философ, наибольшее влияние на которого оказала немецкая классическая философия (Кант, Гегель).

вом этапе на основе структурной теории Федерн определяет и понимает границы как функцию и свойство Я. Далее, при переходе от структурной теории и Эго-психологии к теориям объектных отношений, границы рассматривались как разделительная линия между Я и объектом. И наконец, третий этап, начавшийся недавно с исследования Эрнестом Хартманном (Ernest Hartmann, 1991) более 800 непсихиатрических пациентов, в котором он представил доказательство того, что назвал тонкими и плотными границами психики. Оставаясь в клинических и динамических рамках, Хартманн (Hartmann, 1991) использует недавние открытия в нейробиологии психических функций и рассматривает границы с точки зрения нейрофизиологии.

Федерн (Federn, 1952) понимает Я не как неизменную структуру, а как непрерывное психическое переживание, используя для его описания понятие «*чувство Я*». Он считал, что целостное Я может быть разделено на телесное и психическое Я. В этом смысле его представление о границах Я относится как к психическим, так и к физическим границам. С точки зрения развития Федерн полагал, что изначально безграничное состояние младенца сменяется развитием границ Я, которые отделяют «относящееся ко мне» от того, что таковым не является. Для него границы Я – это своего рода орган периферического восприятия, который также участвует в отделении реального существующего от вымышленного. Когда элемент находится за пределами границы Я, то он воспринимается как реальный. Эдоардо Вайсс (Eduardo Weiss, 1952) в предисловии к книге Федерна «Эго-психология и психозы» пишет, что последний описывал Я как «переживание, ощущение и знание человека в постоянной и повторяющейся непрерывности времени, пространства и обусловленности его телесной и психической жизни. Эта непрерывность ощущается и осознается как единство» (р. 8). Для Федерна (Federn, 1952) границы – это не эмоциональный опыт, а непрерывное осознание того, «как далеко простирается Я, или, точнее, точка, за которую Я не простирается» (р. 331). Он считал, что Я не структура, а функция, динамический объект, участвующий в переживании и систематизации. Переживающее Я определяет и объединяет поток ощущений извне и внутри и таким образом определяет отделенность от внешнего мира, а также отдаленность от внутреннего, бессознательного материала. Как полагал Федерн, границы Я постоянно меняются.

Федерн (Federn, 1952) использовал метафору амёбы для описания непрерывных колебаний между сужением и расширением границ – изменений, которые, по его мнению, вызваны изменяющимися катексисами (нагрузками) в Я. Например, при бодрствовании и активном взаимодействии с окружающей средой границы Я надежны и устойчивы, но противоположны в состоянии усталости, сна, покоя и погруженности в себя. Подобным образом можно рассматривать и ощущение отдаления и отчуждения от внешнего мира, вызванные ослаблением границ Я, уменьшением нарциссического катексиса или изъятием либидо из границ Я. Для Федерна идея слабых границ была связана с состоянием при шизофрении, когда не существует различий между бессознательными фантазиями, воспоминаниями и другими психическими состояниями, а также внешней реальностью. Соответственно, такое слитое ощущение можно рассматривать в рамках сильного ослабления границ Я.

Федерн (Federn, 1952) говорит о двух видах границ Я: (1) внутренние границы Я, которые отделяют Я от не-Я (то есть Оно от Сверх-Я, которые в основном являются своего рода защитой от бессознательных импульсов и фантазий) и (2) внешние границы Я, отделяющие Я от внешнего мира. Федерн считал, что при некоторых психических заболеваниях (например, шизофрении и тяжелых случаях регрессии) внешние и внутренние границы Я ослабевают.

В своих работах Федерн рассматривал границы как метафору отличий внешнего и внутреннего, а также отделения осознанных Я ощущений от бессознательных фантазий. Размышляя о восприятии реальности, галлюцинации и бреде в связи с колебанием границ Я, Федерн (Federn, 1952) рассматривал эти границы не как четкую разделительную линию, а как функцию. По мнению Сары Польстер (Sarah Polster, 1983), конкретность, которую приписывали другие исследователи его концепции границ, вызывала у Федерна беспокойство, так как не соответствовала его взглядам. Он неоднократно подчеркивал, что такое понимание границ, как «строго линейное очерчивание территории, похожее на ленту или ров», ему чуждо, поскольку его видение было противоположно этому «статичному представлению о психических процессах» (р. 248). Федерн часто отмечал, что представление о четкой границе «противоречит самой природе Я – изменчивому набору исчезающих и появляющихся элементов» (р. 222).

Когда структурная теория заняла прочное место в психоаналитической литературе, то, несмотря на нежелание Федерна рассматривать границы как физикалистскую категорию в рамках структурной модели, границы Я стали все больше пониматься как имеющиеся в психическом аппарате четкие характеристики. Соответственно, границы Я описывались как орган чувств, воспринимающий и распределяющий по категориям внешние стимулы, а также как статичное и склонное к вытеснению состояние Я. Стоит отметить, что и сам Федерн способствовал такому пониманию предмета, придерживаясь некоторой неоднозначности в своих работах. Польстер (Polster, 1983) в своей рецензии пишет, что основная теоретическая позиция, которой придерживался Федерн, мешала ему найти «подходящий язык» для работы над концепцией границ. Для Федерна Я – это структурная категория. По мнению Польстера, «такая модель не способствовала тому теоретическому скачку, который хотел совершить Федерн и в котором он стремился не только исследовать особенности развития структур, функций и их проявления, но также и влияние связей на структуры и то, как эти связи устанавливаются» (р. 249).

Понимание границ в психоанализе в 1930-х, 1940-х и в начале 1950-х годов двигалось в направлении уточнения этого понятия. Идея Вильгельма Райха (Wilhelm Reich) о *бронировании характера*, вероятно, представляет крайнюю позицию в этом направлении. Приведенная ниже цитата из работы Райха (Reich, 1949) иллюстрирует то, как понятие границ стало конкретным в рамках структурной модели:

Обычно людей называют твердыми и мягкими, гордыми и скромными, холодными и теплыми и т.д. Анализ этих различных характеров показывает, что это всего лишь разные виды *брони Я* против опасностей, угрожающих со стороны внешнего мира, и вытесняемых внутренних импульсов (р. 145).

В психиатрической литературе 1950–1960-х годов внимание было обращено на концепцию личного пространства (то есть пространства, окружающего человека и защищающего его от вторжения в обычном межличностном взаимодействии). Названное «буферной зоной тела» (body-buffer zone), это квазифизическое, квазипсихологическое понятие отражало взгляд клиницистов на важ-

ность развития и управления границами в нормальном межличностном взаимодействии. Марди Хоровитц (Mardi Horowitz, 1964) с соавторами отмечал, что «близость и отдаление, а также взаимное положение пациента и аналитика изменяются в терапии», и хотя пространство редко упоминалось в литературе, психиатры и терапевты знали об этом понятии и использовали его в своей работе. Хоровитц с соавторами (Horowitz, 1964) предположил, что личное пространство окружает каждого человека и может рассматриваться как непосредственная *«буферная зона тела...»* размер, форма и проницаемость которой [определяется посредством] произошедших чуть ранее межличностных событий, а также текущим состоянием Эго и мотивацией человека» (р. 65).

Границы и теория объектных отношений

Под влиянием Мелани Кляйн (Melanie Klein) такие члены Британской школы объектных отношений, как Д.В. Винникотт (D.W. Winnicott) и У.Р.Д. Фэйрберн (W.R.D. Fairbairn), сместили фокус своего научного внимания с теории либидо и структурной модели на сущность межличностных отношений и их вклада в последовательное развитие психических репрезентаций самости и объектов. Фэйрберн (Fairbairn, 1963) не был согласен с биологизмом, присущим Хайнцу Хартманну (Heinz Hartmann) и Фрейду, и рассматривал психоанализ как клиническую науку. Развивая идею Кляйн о внутренних объектах, он пришел к выводу, что конечная цель либидо не удовольствие, вводя, таким образом, *принцип поиска объекта*. Эго при этом понималось как исходная система, дальнейшее развитие которой отражает и инкорпорирует отношения ребенка с объектами. Тем не менее Джей Гринберг и Стивен Митчелл (Jay Greenberg & Stephen Mitchell, 1963) отмечают:

Из всех разработчиков теории влечений или структурной модели после Фрейда Эдит Джекобсон была больше всех готова включить в область исследования суть психоаналитической метапсихологии. Целью ее работ было объединение экономической точки зрения и феноменологии человеческого бытия (р. 305).

В работе «Самость и объектный мир» Джекобсон (Jacobson, 1964) обращает внимание на границы самости⁴, понимая и определяя их немного иначе, чем границы Эго. Рассматривая преимущественно процессы интернализации и структурирования самости, Джекобсон говорит о разграничении между репрезентацией самости и объекта, посредством которого человек создает разделенность между переживаниями самости и одновременным переживанием объекта. По мнению Джекобсона, репрезентации самости и объекта претерпевают неоднократное слияние и разделение, однако обычный результат «предполагает возникновение определенных репрезентаций самости, которые отделены от аналогичных реальных репрезентаций объектов любви четкими и устойчивыми границами» (р. 51–52). Хотя такая точка зрения несколько сужает понятие границ, обращая внимание прежде всего на переживание объекта самости, она придает бóльшую точность этому аспекту границ. Кроме того, допуская, что такое разграничение происходит через бесконечные объединения репрезентаций объекта самости на раннем этапе, оно расширяет понимание того, как протекают сложные процессы развития.

Взгляды Джекобсона оказали влияние на работы нескольких авторов, интересовавшихся развитием внутриспсихических репрезентаций самости и объекта и их взаимодействием в процессе развития. Маргарет Малер с соавторами (Mahler, Pine, & Bergman, 1975), опираясь в своих работах на наблюдение за диадой мать – младенец в определенные периоды первых 3–4 лет жизни, исследовала стадии процесса сепарации-индивидуации ребенка. Она не писала непосредственно о границах, хотя их отсутствие подразумевается на симбиотической стадии. Для Малер разделение объекта самости является частью постепенного развития индивидуальной самости. В частности, Малер с соавторами (Mahler, 1975) использовала понятие *симбиоз* для описания фазы развития в младенче-

⁴ Поскольку в тексте дается исторический обзор разных психоаналитических направлений здесь и далее self переводится либо как «самость», либо как «Я» (Я как Эго) в зависимости от того, используется ли self, во-первых, в рамках психологии самости, и, во-вторых, от контекста. «Отличия между “Эго” и “самостью” провел Хартманн, определив Эго как объективно описанную психическую организацию, а самость – как репрезентацию, которая катектирована при нарциссизме» (Хиншелвуд Р.Д. Словарь кляйнианского анализа. М.: Когито-Центр, 2007).

стве, на которой младенец переживает ощущение слияния или безграничности с матерью.

Дэниэл Стерн (Daniel Stern, 1985) утверждал, что понятие симбиоза, или «первичного слияния» (*primary fusion*), существующего до дифференциации, является ошибочной идеей развития. По мнению Стерна (Stern, 1985), эта концепция является «патоморфологической, ретроспективной и вторичной концептуализацией» (р. 105). Стерн также подчеркивал, что когнитивные и перцептивные функции при рождении устроены намного сложнее, чем это принято считать, и этот новый взгляд дает клиницистам возможность увидеть существование ранней дифференциации между собой и другими.

Фред Пайн (Fred Pine, 1990), отстаивая позицию Малера, утверждал, что, хотя младенец в периоды бодрствования и активности может воспринимать себя и других в качестве отдельных объектов, есть моменты, при которых младенец переживает слияние, в особенности когда он засыпает и размякает на руках матери после кормления. Пайн считал, что эти моменты слияния могут иметь большое значение для симбиотических процессов, наблюдаемых при нормальных и патологических состояниях у детей.

Отто Кернберг (Otto Kernberg, 1984), размышляя над работой Джекобсон, прямо говорит, что дифференциация компонентов самости и объекта наравне с общим развитием когнитивных процессов определяет формирование устойчивых границ Эго. Поскольку здесь еще отсутствует единая самость или целостное понимание других людей, это стадия отношений с частичными объектами. В целом четкое разделение репрезентаций самости и объекта (то есть наличие четких границ между самостью и объектом) косвенным образом понималось как достижение, возникшее в процессе развития. Размытые и противоречивые межличностные границы, делающие возможными процессы регрессивного слияния, характеризуют тяжелые личностные расстройства и регрессию к психотическому состоянию, при котором разделение объекта самости временно пропадало. В трансцендентном, религиозном и мистическом опыте субъективное ощущение исчезновения межличностных границ и слияния человека с космосом называют «океаническим чувством», которое не обязательно является патологическим.

В психологической литературе 1970-х годов появилось несколько публикаций, посвященных не только более точному определению понятия границ, но и разработке методик оценки этих границ. Используя тест Роршаха, Сидни Блатт с соавторами (Blatt & Ritzler, 1974) создала методику оценки проницаемости границ (или *дефицита границ*, согласно их определению).

Бернард Лэндиз (Bernard Landis), вероятно, наиболее известный исследователь в этой области, в особенности благодаря монографии «*Границы Эго*» (1970). Заявленной целью этой работы было прояснить смысл понятия *граница Эго*, которое, по мнению Лэндиза, было достаточно запутанным в то время, когда эта концепция развивалась. Он также рассчитывал проверить и расширить это понятие, сосредоточив внимание на таком важном аспекте границ, как проницаемость, – ее непроницаемости у нормально функционирующих людей. Конечной же целью было «создание общего для разных теоретических подходов (в основном психоанализа и теории поля в гештальт-психологии) понятийного пространства концепции границ» (р. 131).

Используя тест Роршаха с целью поиска доказательства проницаемости и непроницаемости границ Эго, Лэндиз обследовал большое количество людей. Он понимал проницаемость как слабость границ Эго, а непроницаемость как противоположное состояние (то есть как четко обозначенные границы). Лэндиз (Landis, 1970), выделяя две группы, считал, что названная им группа «непроницаемых» (I) кардинально отличается от «проницаемых» (P)⁵. Эти группы находились в конце спектра «осознанного стремления к внешнему и внутреннему контролю» (р. 118). Он был согласен с Федерном (чьи взгляды Лэндиз переработал и включил в собственную теорию) в том, что шизофреники как группа характеризуется чрезвычайной проницаемостью собственных границ – особенностью, которую он назвал *текучестью*. Лэндиз считал, что при шизофрении «иногда происходит такое радикальное изменение границ, что они могут качественно отличаться от состояния

⁵ Лэндиз ввел характеристики, относящиеся к преобладанию проницаемости (англ. P-dominant от Permeability – проницаемость) или непроницаемости (англ. I-dominant от Impermeability – непроницаемость) границ Эго.

невротических границ – настолько, что становятся несопоставимыми» (р. 130).

Выделенные с помощью теста Роршаха группы с высокой проницаемостью и высокой непроницаемостью затем были исследованы посредством клинической беседы и других методик для определения, там, где это было возможно, факторов, ответственных или сопутствующих низкой или высокой проницаемости границ Эго. Хотя Лэндиз в целом и разделял идею Федерна об отделенности внутренних границ от внешних, использованные им методики не были достаточно чувствительны для обнаружения бесспорных различий между ними, а большая часть полученных им данных относились к внешним или межличностным границам. Лэндиз (Landis, 1970) сделал два довольно скромных заявления о концепции границ в целом:

(1) Качество границ Эго не оказывает достаточно сильного и обособленного влияния на многие области функционирования (то есть влияние этой составляющей ограничено) и (2) свойства границ иногда могут быть недостаточным основанием для разделения на группы, которые последовательно демонстрируют указанные поведенческие различия, в особенности у обычной популяции, для которой правилом является относительная целостность границ, а не их значительное ослабление (р. 131).

Однако говоря об испытуемых из разных концов спектра, Лэндиз отмечает:

Протоколы теста Роршаха выявили ряд существенных различий, главным из которых было преобладающее стремление контролировать внутренние импульсы, переживания и события у лиц с преобладанием непроницаемости, по сравнению с большей восприимчивостью и уязвимостью перед эмоциональными стимулами у лиц с преобладанием проницаемости...

Испытуемые непроницаемого типа демонстрировали большую психологическую дистанцию и сдержанность в своем окружении и межличностных отношениях, в то время как испытуемые проницаемого типа обнаруживали большую социальную подвижность и общую близость (р. 132).

Лэндиз (Landis, 1970) немного неясно описывает структуру границ как постепенную кристаллизацию способа развития человека или способов адаптации жизненного опыта. Вывод, сделанный Лэндизом, может объяснить ограничения теста Роршаха в определении и измерении этой важной личностной характеристики: «Два четко различающихся личностных типа не были обнаружены: различия между людьми с преобладанием проницаемости и непроницаемости – это вопрос степени и значения, а не дихотомии» (р. 133). Он также отмечает, что, «обобщая, можно сказать, что люди с преобладанием непроницаемости могут быть более проблемно-ориентированными или склонными продолжать действовать до тех пор, пока они не достигнут поставленных целей, в то время как людей с преобладанием проницаемости можно рассматривать как более погруженных в себя, чем проблемно-ориентированных или как более гибких при выборе замещающей цели» (р. 134–135).

Возвращаясь к ограничениям теста Роршаха, Лэндиз (Landis, 1970) пишет:

Хотя... при выявлении как бессознательных, так и сознательных аспектов личности люди обладают разной чувствительностью, случайный подсчет основывается на относительно небольшом количестве ответов, а в других случаях на 60 и больше... Кроме того, если предположить, что самость не имеет однородных границ, становится очевидным, что тест Роршаха может дать только общую оценку свойств границ, что не подходит для сложной и постоянно изменяющейся структуры границ (р. 135–136).

Предвосхищая развитие в этой области, Лэндиз делает вывод, что «создание инструментария, способного оценить качество (и изменчивость) границ личности во всех существенных отношениях, – желанная цель» (р. 136).

В дополнение к работам Лэндиза несколько клиницистов и исследователей использовали проективные методики для оценки различий в текучести границ Эго у психотиков и у других людей с тяжелыми нарушениями. По результатам различных проективных тестов у госпитализированных пациентов с паранойяльной шизофренией наблюдается постоянная текучесть и высокая проницаемость границ. Также были проведены исследования границ

телесного Эго психосоматических пациентов (Blatt & Ritzler, 1974). При наличии кожной, суставной или мышечной симптоматики наблюдаются плотные границы (названные баллами «преграды»), в то время как симптомы, относящиеся к внутренней коже (колиты, язвы желудка и т.п.) набирали баллы «проницаемой границы». Обе группы этих симптомов отражают повышенную проницаемость границ Эго. Поскольку исследование повторно не проводилось, поднятые в нем вопросы остались открытыми.

Французский аналитик Дидье Анзье (Didier Anzieu) в своей книге «Я-кожа», вышедшей в 1989 году, описал сложную теоретическую концепцию, связанную главным образом с психологическим конвертом тела, отделяющим Я от объекта. Я-кожа представляет собой проницаемые психические границы, которые находятся между субъектом и его объектами, что таким образом является развитием представлений, аналогичным Федерну. Нарциссические личности, согласно Анзье, обладают особенно плотной Я-кожей, в отличие от мазохистических и пограничных личностей, имеющих очень тонкую Я-кожу. По утверждению Анзье, Я-кожа относится к проницаемым психическим границам между субъектом и его объектами, это похоже на высказывание Жана-Поля Сартра (Jean-Paul Sartre, 1956), что «тело является полностью “психической”», а не анатомической сущностью (р. 305).

Одновременно с развитием представлений о границах в психоанализе концепция границ активно обсуждалась гештальт-психологами и специалистами в области общественных наук. Понимание границ как структуры, необходимой для сохранения целостности Я, приводило в итоге к материализации этого понятия (Polster, 1983). Курт Левин (Kurt Levin, 1936) пробовал рассматривать Эго как набор подсистем, объединенных определенным образом. Его математическая модель одновременно и способствовала, и мешала дальнейшей разработке структуры Я. Ясно выражая свое отношение к границам как к *функции значения и отношений*, он предвосхитил развитие более распространенного понимания этого вопроса системными теоретиками. Энтони Уилден (Anthony Wilden, 1972) описывал границу как основу или условие для всех коммуникаций между Я и другими.

В значительной степени системный взгляд возник в ответ на кажущуюся конкретность в понимании границ (как преграды) в структурной модели. Психоаналитическая структурная модель,

как казалось, вводила ограничения на понимание границ, что требовало создания нового языка, который «охватит и опишет превратности и исчезновения отношений» (Polster, 1983, p. 247).

Хотя в 1960-х и 1970-х годах теоретики психоанализа, похоже, отошли от более классического Эго-психологического мышления и, в частности, от конкретного подхода к границам как к «преграде», они продолжали рассматривать границы как нечто реально существующее, а не как процессы. Дэвид Рапапорт (David Rapaport), Мертон Гилл (Merton Gill, 1959) и Польстер (Polster, 1983) были среди тех, кто предложил новое определение структуры, близкой к системному пониманию этого понятия (то есть представляющей схему процессов, а не что-то статичное и конкретное). Несмотря на то, что эта позиция представляет собой отход от структурной концепции Эго-психологии, границы здесь также рассматриваются как качественные характеристики, а не функциональные. В своей работе *«Система и структура»* (Wilden, 1972) Уилден приводит характерное толкование системной теории. Он рассматривает границы как основу для всех коммуникаций, как метафору для постоянных изменений между отделенностью и включенностью, которые происходят в коммуникативной матрице. Для Уилдена, как и для всех системных теоретиков, границы отражают процесс, а не структуру.

Системный взгляд на границы – обобщение, широко используемое при работе с группами, семьями и даже общественными учреждениями. По словам Польстера (Polster, 1983), это «диалектический процесс отделения и включения, который опосредует сложные отношения человека с миром» (p. 247). Системная парадигма границ начала развиваться не только до появления плодотворной работы Э. Хартманна о субъекте, но и до знаний, накопленных в результате исследований развития младенцев. Эти исследования смогли помочь теоретикам описать постепенное отделение себя от других (то есть последовательное развитие качества или функции, названной нами границей).

В статье об отношениях любви Кернберг (Kernberg, 1977) с системной позиции говорит о «выходе за границы» в этих отношениях. Сексуальная страсть, которая, по мнению Кернберга, является сложной эмоциональной «предрасположенностью», объединяющей сексуальное возбуждение, нежность и глубокую преданность объекту любви:

Эмоциональное состояние, которое представляет собой выход за границы... по сравнению с процессами регрессивного слияния, которые размывают дифференциацию Я – не-Я, происходящие одновременно с выходом за границы Я и являющиеся также шагом в направлении идентификации со структурами, находящимися за пределами Я. <...> Таким образом, выход за границы Я – субъективное трансцендентное переживание (Kernberg, 1977, p. 94–95).

Хартманн: границы в мышлении

Во введении к книге *«Границы в мышлении»* (Hartmann, 1991) Хартманн представляет границы как «новое измерение личности» (p. 7). Вспоминая о долгой истории психоаналитических и психологических изысканий в этой области, это утверждение Хартманна можно подвергнуть сомнению. Подход Хартманна может быть новым и важным для развития нашего понимания природы границ: опираясь на идею Федерна о существовании внутренних и внешних границ, Хартманн выделил четыре измерения границ личности (тонкие и плотные, внутренние и внешние), которые он впоследствии обнаружил у большого количества испытуемых. Используя специальную методику «Опросник границ», созданный в основном на основе психоаналитических концепций функционирования личности и проверенный на большом количестве испытуемых в течение длительного времени, Хартманн со своей командой пересмотрели некоторые гипотезы, касающихся сущности измерений границ.

Снова вводя дифференциацию внешних и внутренних границ, сделанную Федерном (Federn, 1952), и в особенности основывая свои выводы на данных клинических исследований, полученных на большой и разнородной выборке испытуемых, Хартманн открыл дорогу широкому клиническому применению концепции границ. В то же время, освобождая эту концепцию от лишенных жизни рассуждений, свойственных идее границ Эго и говоря вместо этого о *границах в мышлении*, Хартманн избежал разногласий, возникающих при рассмотрении границ или как структуры, или как процесса. Для Хартманна границы не были ни тем, ни другим, а являлись *измеряемым качеством или свойством мышления, опирающимся, в конечном счете, на нейробиологические принципы*.

Хартманн начал свои исследования с изучения людей, страдавших от частных кошмарных сновидений, которые он собирал в рамках своей большой работы о сне и сновидениях. В этих кошмарных сновидениях добровольцев из выборки непсихиатрических пациентов были выявлены определенные наблюдавшиеся постоянно особенности: текучесть и нехватка связанности самоидентичности, открытость и уязвимость в социальных ситуациях и общая нехватка надежных защит. Хартманн считал, что эти характеристики связаны с индивидуальными особенностями, понимаемые им как «тонкие границы». Противоположное (то есть прочность и связность самоидентичности, устойчивость в межличностном взаимодействии и постоянство общего функционирования) было связано с наличием «плотных» границ. Он рассматривал «тонкие и плотные границы как главное направление, которое позволяет рассматривать индивидуальные различия в качестве нового измерения личности» (р. 7), а также как один из аспектов общей организации мышления.

Определение границ, данное Хартманном, с одной стороны, перегружено, а с другой – связано с дихотомией «тонкие – плотные»: «О каких бы составляющих нашего сознания или мира мы бы ни говорили, их можно понимать как относительно разъединенные (имеющие прочную границу между ними) или как тесно взаимодействующие (с тонкой границей)» (р. 21). Позиция Хартманна о границах становится более понятной через сопоставление этих противоположных конфигураций. Мы можем заметить здесь, что эта дихотомия или сопоставление двух противоположностей преобладает во всех теориях о границах. О чем бы мы ни говорили – о четких или слабых границах (Federn, 1952), о попытках измерить проницаемость или непроницаемость (признаки открытости или закрытости установленных границ) (Landis, 1970) или о формулировании границ через сходные совокупности противоположностей (Hartmann, 1970) – определение этого понятия кажется неясным.

Используя «Опросник границ», Хартманн обследовал более 800 испытуемых, среди которых в основном были студенты разных специализаций. На основе собранных данных, а также результатов, полученных с помощью других личностных тестов и непосредственного взаимодействия при проведении неструктурированных интервью, исследователи смогли сопоставить прочное-тонкое измерение границ с другими личностными характеристиками. Бла-

годаря такому развернутому сопоставлению Хартманн заключил: «Очевидно, что “Опросник границ” не является основным средством для измерения болезни или психопатологии. Люди с тонкими границами более “невротичны” или “интровертированы”, чем обладающие плотными границами» (р. 100).

По мнению Хартманна, тонкость или прочность границ связана как с конституциональными факторами, так и с ранним опытом. Произошедшая в раннем возрасте эмоциональная травма, как сексуального характера, так и связанная с заброшенностью, насилием, депривацией или ранним хаотичным окружением, может приводить (хотя и не всегда) к формированию тонких границ. Хартманн считал, что в младенчестве и раннем детстве границы относительно тонкие, но они начинают укрепляться в латентном периоде (в возрасте от 5 до 10 лет). Это уплотнение границ зависит как от генетических, так и средовых факторов. Одним из интересных и достоверных открытий была обнаруженная положительная корреляция между надежной идентификацией с родителем того же пола и прочностью границ.

Основное предположение, с которым был связан этот опросник, заключалось в том, что определенная прочность внутренних границ составляет основу нормального психологического функционирования и вместе с тем относительно тонкие внешние границы улучшают социальное взаимодействие благодаря повышению чувствительности человека к психической реальности другого. В крайних случаях тонкие внутренние границы могут указывать на текучесть и нехватку внутренней связанности. В равной степени слишком плотные границы часто вызывают защитное, ригидное и даже параноидное отношение к другим.

Один из вопросов, которому было посвящено исследование, заключался в поиске взаимосвязи между кошмарными сновидениями и тонкостью границ. Такая взаимосвязь не была убедительно установлена командой Хартманна. В то же время была обнаружена последовательно значимая позитивная корреляция между тонкостью внутренних границ и *частотой запоминания сновидений*. Такая взаимосвязь не удивительна, поскольку сновидение, согласно Хартманну (Hartmann, 1991), отражает «чрезвычайно тонкое граничное состояние мышления. Сновидение содержит яркие образы, не слишком отличающиеся от действительности; один образ сливается с другим; прошлое сливается с настоящим; относящие-

ся к разным периодам жизни человека образы, мысли и чувства объединяются» (р. 155).

Еще одной областью интереса этих исследователей были творческие способности представителей сферы искусства. Хотя некоторые испытуемые, продемонстрировавшие тонкие внутренние границы, принадлежали к так называемой группе «представителей сферы искусства», сами по себе высокоразвитые творческие способности значимо не коррелировали с тонкостью границ. Хартманн предположил, что для создания произведений искусства наличие творческих способностей, вероятно, важнее, чем открытость, чувствительность и текучесть (тонкость границ). Согласно Россу Левину, Джоди Гэлин и Биллу Зайвиаку (Ross Levin, Jodi Galin & Bill Zywiak, 1991), наличие тонких границ улучшает такие качества, являющиеся главными для творческого процесса, как повышенная ассоциативная подвижность, гибкость мыслительных процессов, открытость восприятия и быстрый доступ к внутренним фантазиям. Левин (Levin et al., 1991) писал:

Хотя и допуская, что это крайне умозрительно, мы полагаем, что раннее состояние тонких границ, вероятно связанное с неполной или фрагментированной интернализацией репрезентаций самости и объекта, <...> может способствовать большему доступу к первичным процессам мышления... у некоторых людей или, возможно, у одного человека в разные периоды времени и приводить к развитию творческих способностей, чаще всего в сфере искусства (р. 72).

Хартманн (Hartmann, 1991) рассматривает полученные им результаты с нейробиологической и нейроэндокринной точек зрения:

Нам стоит допустить, что эти различия в основном определяются передним мозгом, в особенности корой головного мозга, чьи десятки или больше миллиардов нейронов участвуют в большинстве интересующих нас процессов. И те границы, которые мы ищем, будут границами или связями между клеточными комплексами некоторого вида – вероятно, между свободно распределенными нейронными системами (р. 233).

Более того, Хартманн предположил, что норадреналин и серотонин могут играть ключевую роль в регуляции ряда важных

функций: они связаны с плотностью границ, а повышение уровня их активности в мозге вызывает состояние активного бодрствования, в то время как снижение вызывает состояние, сходное с фазой быстрого сна (то есть относительной тонкостью границ).

Результаты наблюдений за младенцами

Попытка понять суть направлений развития внутренних и внешних границ в настоящее время сопряжена со значительными трудностями. Мы считаем, что на этом стыке наших знаний можно делать лишь достаточно общие утверждения о внутренних границах (то есть относящихся к нейронным связям, подвижной или заторможенной связи между скоплениями клеток, жестким или гибким характером замещений возбуждения, информации и т.д.). Возможно, ответы на другие вопросы, возникающие в этих областях, следует искать в нейробиологических и нейроэндокринных исследованиях. Однако в случае межличностных границ дальнейшее понимание, вероятнее всего, связано с исследованиями в области наблюдений за младенцами.

Как отмечали Беатрис Биб, Фрэнк Лэчмен и Джозеф Джаффе (Beatrice Beebe, Frank Lachman & Joseph Jaffe, 1991), существенный сдвиг парадигмы в исследовании младенцев произошел в начале 1970-х годов. До этого времени исследования младенцев были сосредоточены вокруг влияния деятельности родителей на детей. Эти авторы указывают на то, что, «расширив понимание способностей младенцев... исследователи стали основываться на двунаправленной модели влияния» (р. 4). Детское развитие на протяжении последних двух десятилетий рассматривалось как постоянное взаимодействие, основанное на взаимном преобразовании и изменении между ребенком и тем, кто о нем заботится.

Исследования младенцев дали веские доказательства того, что младенец биологически обеспечен для вовлечения окружающей среды в активное взаимодействие (Emde, 1988), мотивирует сам себя, а также способен различать закономерности и формировать намерения. Младенцы в возрасте 3–5 месяцев способны управлять процессами своего восприятия. В некоторой степени эта способность опирается на тот факт, что уже в очень раннем возрасте ребенок замечает взаимосвязь между его собственными дей-

ствиями и непосредственной реакцией матери. Это создает у него ощущение силы и результативности.

Накопленное за короткое время данные наблюдений за младенцами показали, что уже на первом году жизни еще до того, как будет сформировано символическое мышление, они обладают важными способностями к образованию понятий (репрезентации). Маленький ребенок обладает способностью воспринимать черты лица, передавать информацию из одной модальности в другую, видеть взаимосвязанность в реакциях заботящегося о нем человека и улавливать различия в этих реакциях. Кроме того, младенец может создавать намерения, а также категоризировать и хранить их в памяти. Таким образом, он создает досимволические репрезентации различных взаимодействий с заботящимся о нем человеком. Вправе ли мы предполагать, что межличностные границы являются первыми структурированными досимволическими репрезентациями? Биб (Beebe et al., 1991) говорит следующее:

К концу первого года репрезентации будущих структур, ответственных за взаимодействия, объединяются в обобщенные прототипы. Эти прототипы после первого года жизни станут основой символических форм репрезентаций самости и объекта. Опыт первого года жизни полностью видоизменяется с появлением символического мышления, которое окончательно формируется только к третьему году (р. 23).

О важности этих досимволических репрезентаций и их вероятном вкладе в развитие межличностных границ можно судить по их прогностическому значению в связи с типом привязанности, которую младенец разовьет несколько месяцев спустя. Как показали эксперименты по «неподвижному выражению лица» (ребенок наблюдал за невыразительным лицом экспериментатора), проведенные Джеффри Коном, Сьюзен Кэмпбелл и Шелли Росс (Jeffrey Cohn, Susan Campbell & Shelley Ross, 1992), к 6-му месяцу жизни копинговый стиль ребенка становится устойчивым. Что гораздо важнее – этот стиль является надежным показателем того, каким будет тип привязанности ребенка к первому году. Надежная привязанность достаточно предсказуема у младенцев, которые, несмотря на стресс в ситуации эксперимента с «неподвижным выражением лица», могли требовать отклика от объекта. Напротив, отсутствие такого требовательного поведения – показатель тревож-

ной, избегающей или гневной привязанности, возникающей к 12 месяцам. Можно предположить, что надежная привязанность в 12 месяцев отражает гибкие, относительно проницаемые межличностные границы, в то время как тревожная привязанность указывает на непроницаемые и негибкие границы. Наконец можно утверждать, что при особенно тревожных типах привязанности, наблюдаемых у детей отвергающих и депрессивных матерей, в результате могут сформироваться чрезмерно тонкие, текучие и патологически проницаемые границы.

Резюме

В этом обзоре эволюции понятия границы в психоаналитической литературе мы стремились показать всю его многогранность. Федерн (Federn, 1952) определяет границы как функцию и свойство постоянно меняющегося Я. Граница Я – это орган периферического восприятия, который участвует в отделении реально существующего от вымышленного. Граница Я относятся как к внешним, так и к внутренним границам (то есть внутренняя граница Я отделяет Я от не-Я, а внешняя – Я от внешнего мира) и включает в себя и психический и телесный аспект.

В течение нескольких лет после выхода в свет работы Федерна теоретики не уделяли внимания разграничению между внутренними и внешними границами. Джекобсон (Jacobson, 1964) ввела разграничение объекта самости как кардинального шага, необходимого для объединения репрезентаций самости и объекта, а также направила обсуждение в сторону межличностных внешних границ и их интернализованных аспектов.

Лэндиз (Landis, 1970), принимая идею Федерна, рассматривал границы в рамках структурной концепции как «воспринимаемую самость» (phenomenal self), отличающуюся как от аспектов личности, не представленных в сознании, так и от мира внешней реальности, так как он психически переживается человеком. Лэндиз исследовал проницаемость (тонкость) и непроницаемость (прочность) границ, которые он считал внутренней функцией Эго. В работе Лэндиза границы понимались исключительно в структурном смысле. Два десятилетия спустя после выхода его монографии возникает ощущение, что полученные им данные в

основном, хотя и не исключительно, относятся к внешним межличностным границам.

Хартманн (Hartmann, 1991) говорил о границах «в мышлении», оставаясь вне структурной и энергетической системы взглядов. Он заново ввел предложенное Федерном разделение между внутренними и внешними границами и расширил эти категории далеко за пределы структурно-энергетической парадигмы. Хартманн понимал границы в мышлении как измеряемую сторону личности.



Границы и психоаналитический процесс

Несмотря на большое количество теоретических обсуждений на эту тему, понятие психоаналитического процесса, как и концепция границ, обходится без четких определений. Подводя итоги работы учебной группы Комитета по психоаналитическому образованию Американской психоаналитической ассоциации, Дейл Бозски (Dale Boesky, 1990) пишет, что после долгих обсуждений члены группы пришли к мнению, что следует отказаться от любых попыток найти пригодное для всех, принятое и систематическое определение:

На этом этапе развития нашей науки мы гораздо больше знаем о том, чего мы не знаем, и включаем в то, чего мы не знаем, любые четкие и систематические определения психоаналитического процесса, по сравнению со свободно используемыми размышлениями об определении (p. 583).

Сандер Абенд, Алан Комптон и Эдвард Вайншел (Sander Abend, Alan Compton & Edward Weinshel, 1990) также предприняли попытку преодоления сложностей психоаналитического процесса. Хотя большинство авторов, исследовавших эту тему, согласились бы с тем, что психоанализ – это интерактивный процесс, характер и ограничения взаимодействия при котором не совсем понятен. Определение, данное Фрейдом (Freud, 1913b), остается основой наших представлений:

Несомненно, аналитик может сделать много, но он не может заранее знать, к какому именно результату это приведет. Он запускает процесс, устраняющий вытеснение. Он может наблюдать за этим процессом, помогая преодолевать препятствия на этом пути и, безусловно, ослабляя его. Однако в целом сразу после начала он идет своим путем и не дает возможности ни ука-

зать направление, ни указать последовательность, согласно которой будет проводиться работа (р. 130).

Этимологически слово «*процесс*» связано с движением вперед, намерением добиться цели или продвижением к ней. С этой точки зрения термин «психоаналитический процесс» можно рассматривать как нечто происходящее во время анализа или, как написал Бозски (Boesky, 1990), «действия аналитика, действия анализанда и факторы изменений» (р. 555).

Хотя некоторые аналитики и разделяют точку зрения Фрейда, что процесс начинается и поддерживается желанием анализанда выразить бессознательные желания и фантазии, они говорят о необходимости осмыслить и определить вклад анализанда. Патрик Кейсмент (Patrick Casement, 1994) разделяет *процесс* (бессознательный поиск пациента того, чего он хочет от психоанализа) и *процедуру* (помощь аналитика в поиске, который осуществляет анализанд). По мнению Кейсмента, фокусирование на процедуре дает аналитику большее ощущение контроля над тем, что делать и какие подходящие меры стоит принять, а также дает ему возможность различать психоанализ и другие формы терапии. Тем не менее он предупреждает, что если процедурная сторона этого диалектического противоречия приобретает первостепенное значение, то можно упустить самые важные аспекты психоаналитического процесса.

В этой главе мы используем такое слишком нагруженное, но в то же время клинически уместное определение психоаналитического процесса, как *быть в анализе*. Вследствие этого обсуждение границ будет происходить в рамках свободных ассоциаций, вспоминания снов и влияния анализа на границы.

Границы и свободные ассоциации

Свободные (то есть ненаправленные) ассоциации использовались Брейером в лечении словом только в анализе Человека с крысами. Техника ненаправленных ассоциаций, важное открытие для перспективной науки, была представлена Венскому психоаналитическому обществу Фрейдом в ноябре 1907 года.

7 февраля 1931 года Фрейд в письме Стефану Цвейгу замечает, что свободные ассоциации на самом деле могут быть наибо-

лее продуктивным вкладом, сделанным психоанализом. Чарльз Бреннер (Charles Brenner, 1994) считает, что метод свободных ассоциаций, применительно к аналитическому процессу, позволил Фрейду сделать важные открытия в психоаналитической науке.

Однако, несмотря на всю важность, эта тема не так широко освещена в литературе. Говоря о том, что Фрейд уделял очень мало внимания теме свободных ассоциаций, Патрик Махони (Patrick Mahoney, 1987) пишет, что, хотя Фрейд и возвращался к этой теме несколько раз, он просто повторялся. Мы, за некоторым исключением, согласны с Махони в том, что дальнейший вклад Фрейда был небольшим и часто являлся повторением первоначальных идей с дополнительными уточнениями.

Вероятно, термин *ненаправленные* подходит больше, чем *свободные*, поскольку ассоциации возникают, когда анализанда просят следовать «основному правилу». Согласно теореме Фрейда, когда анализанд начинает свой анализ, его сознательные фантазии и целепредставление заменяются скрытыми. Таким образом, возникающие ассоциации, строго говоря, не свободные, а детерминированные, поскольку «пациент находится под влиянием аналитической ситуации, притом что он не направляет свою психическую деятельность на определенный предмет. Мы должны быть уверены, когда предполагаем, что ему не придет на ум ничего из того, что не имеет некоторого отношения к ситуации» (Freud, 1925, p. 40–41).

Некоторые аналитики задаются вопросом, возможны ли «настоящему» свободные ассоциации. Лоренс Кьюби (Lawrence Kubie, 1950) сомневался относительно самого существования свободных ассоциаций, полагая, что если они получены, они обычно составляют только небольшую часть любой аналитической сессии. Другие (например, Meerloo, 1952) говорят о том, что только к концу успешного анализа пациент может свободно ассоциировать. Это мнение, распространенное среди Европейских аналитических групп, доходит до рассмотрения способности к свободному ассоциированию как одного из важных достижений успешного анализа. Безусловно, эта точка зрения связана с предположением, что неспособность к свободному ассоциированию полностью или преимущественно связана с сопротивлением. Мы вернемся к этому вопросу позже в этой главе, чтобы обсудить то, что способность к свободному ассоциированию лишь частично определяется такими силами, как сопротивление, возникающее в аналитическом процес-

се. Кроме того, мы считаем, что эта способность или ее недостаточность связана с другими особенностями в пациенте.

В работе *«Свободные ассоциации: метод и процесс»* Антон Крис (Anton Kris, 1982) определяет свободные ассоциации как совместное предприятие аналитика и анализанда. Пациент говорит обо всем, что появляется в его сознании, а слушающий аналитик, «ведомый» его собственными ассоциациями и мыслями, вносит свой вклад только путем поощрения и поддержки в выражении пациентом его свободных ассоциаций. Крис считал, что процесс сам по себе является главным терапевтическим фактором в анализе; от аналитика не требуется никакого специального вмешательства до тех пор, пока есть свободные ассоциации. Фантазии, образы, мечты и внезапные изменения в состоянии сознания определяют свободный поток ассоциаций. Свободные ассоциации показывают не только то, что является главным в осознании (то есть точные лексические символы), но также и то, что находится на периферии этого понимания, где символы обычно неоднозначны, более рефлексивны и связаны с телом. Как указывает Крис (Kris, 1982), «дополнение (completion) ассоциаций, включающее мысли, чувства, желания, образы, ощущения и воспоминания, приносит чувство удовлетворения» (р. 2).

Психоаналитический процесс развивается на основе сложных межличностных взаимодействий. Внутренние и внешние (межличностные) границы каждого участника оказывают влияние и в свою очередь испытывают на себе влияние процесса. К тому же *взаимодействие* между внутренними и внешними границами может быть полезным для понимания вопросов развития и функционирования свободных ассоциаций во время анализа.

В аналитическом процессе задействованы как внешние, так и внутренние границы. В общем можно утверждать, что определенная текучесть внешних (межличностных) границ аналитика (которая отражает способность к аффективной коммуникации с другими) является необходимой для терапевтического процесса. Исходя из этого, эмпатию можно рассматривать как относительно проницаемые межличностные границы аналитика. Однако это предположение не относится к внутренним границам аналитика. По-видимому, для правильного проведения анализа необходима связность и устойчивость внутренних границ аналитика, которая способствует улучшению взаимодействия между ним и анализандом. Хайнц Кохут (цит. по: Jack Freinhar, 1986) отмечает это различие,

говоря, что «личность хорошего аналитика характеризуется устойчивостью в центре и расслабленностью на периферии» (р. 483). Аналитические границы между аналитиком и пациентом подробно обсуждаются в главе 3.

С другой стороны, когда речь заходит об анализанде, функционирование внутренних границ представляется особенно важным. Для иллюстрации этих идей ниже приведены две клинические вignetки, в которых описаны пациенты, четко находящиеся на противоположных концах спектра внутренних границ («проницаемость – тонкость» и «непроницаемость – плотность»).

Случай г-жи А.

39-летняя г-жа А. – незамужняя преподавательница, легко поддающаяся переменам настроения, тревожная, очень умная и талантливая женщина, творчески относящаяся как к своей академической работе, так и к сочиняемым ею стихам. Она пришла на анализ, поскольку считала, что ее личная жизнь была «беспорядочной». Она легко вступала в близкие, сексуальные отношения с мужчинами, которые, однако, завершались после периода влюбленности. Возникавшие в начале отношений фантазии о слиянии сменялись затем разочарованием от партнера, что приводило к резкому разрыву отношений.

Как правило, г-жа А. приходила на сессии с несколькими сновидениями (а иногда и с кошмарами), которые она видела ночью или днем. Ее ассоциации были равным образом связаны с фантазиями, мечтами и образами в дополнение к ранним и недавним воспоминаниям. Она легко и много ассоциировала о своих сновидениях или важных событиях прошлого и настоящего. В равной степени она могла молчать всю сессию. Она часто пропускала сессии без очевидной причины.

Г-жа А. выросла в очень большой семье. Оба ее родителя умерли за несколько лет до начала анализа. Она описывала отца как немного странного, непредсказуемого человека, склонного все контролировать. Ее мать, изнуренная несколькими беременностями и заботами о большой семье, была подавленной, дезорганизованной и в значительной степени слабой. Г-жа А. помнила семейную жизнь хаотичной, беспорядочной и неструктурированной.

Г-жа А. часто связывала собственное освобождение и удовольствие с моментом, когда она впервые пошла в школу, где все было организовано и предсказуемо. Будучи не по годам развитой, она блестяще училась в школе, но была трудным подростком. Ее сексуальность была также преждевременной, — у нее было несколько сексуальных связей с мужчинами, которые, в большинстве случаев, были не столь успешными по сравнению с ней. В отношениях она легко поддавалась переменам настроения, была непредсказуемой, требовательной, крайне чувствительной к действиям и реакциям своего партнера.

В анализе г-жа А. была очень внимательна к присутствию аналитика и реагировала на ее малейшие движения или изменения позы, используемые ей слова и, конечно, любые изменения в расписании. Она помнила интерпретации спустя несколько сессий, и по ее словам можно было смело предположить, что она думает о сессиях вне анализа. Несмотря на то, что г-жа А. могла без особых усилий начать ненаправленно и свободно ассоциировать, она не теряла контакт с аналитиком во время сессии.

Аналитик понимала с самого начала, что поддержание четких границ в анализе является ключевым моментом для развития и следования аналитическому процессу. Она видела, что у г-жи А. проницаемые внутренние и внешние границы, а «недостаточность» ее развития, вероятнее всего, была связана с ранним опытом пребывания в хаотичном окружении в присутствии подавленной, непоследовательной и непредсказуемой матери. Во многих отношениях ранний опыт пациентки можно рассматривать как травматический — фактор, частично ответственный за развитие тонких внутренних и внешних границ, как мы говорили в главе 1.

Как и Хартманн (Hartmann, 1991), Франсис Тастин (Frances Tustin, 1981) и Гейл Ярив (Gail Yariv, 1989) обращают внимание на важность устойчивости, связности и предсказуемой цикличности в отношениях с первичным объектом для развития четкого разграничения между Я и другими, внутреннего и внешнего. Ярив подчеркивает, что ребенку будет легче справиться с жесткими или патологическими границами между ним и первичным объектом, чем с ситуацией, в которой «ребенок, мать или физический объект ос-

таются слитыми беспорядочным и хаотическим образом» (р. 105). Многие авторы подчеркивают, что описанное Винникоттом (Winnicott, 1953) переходное пространство (в котором развивается игра) не формируется должным образом при отсутствии четкого разделения между ребенком и матерью.

В этой связи интересно, что г-жа А. не помнит, чтобы ее взаимодействие с матерью было бы сколь-нибудь игривым: «Моя мать очень старалась делать то, что она была обязана делать, но у нее не было представления о том, что значит играть с ребенком».

Г-жа А. часто отмечала, что ее самый большой страх в жизни – не одиночество, а хаос, размывание всех границ. Когда в межличностных отношениях ей причиняли реальную или воображаемую душевную боль, ее привычной защитой было дистанцирование от объекта. Эмиграция в какую-нибудь далекую и малонаселенную страну, как, например, Австралию, была мечтой, которую она лелеяла в течение нескольких лет. Она жила бы одна на краю небольшого пригорода, где ее бы никто не знал, и ухаживала бы за своим садом.

Поддержание четких внешних границ в аналитической ситуации было крайне важным для этого анализа: аналитику не обязательно быть отстраненной и неотвечающей, но важно поддерживать определенную эмоциональную дистанцию от пациента. Аналитик обычно делала короткие замечания, связывая материал в контексте переноса, и старалась избегать длинных и сложных интерпретаций. Несмотря на искушение погрузиться в глубокий анализ сновидений, аналитик понимала, что работа в рамках здесь-и-сейчас сессии была важнее. Потребности г-жи А. в зависимости, а также ее текущие внутренние и внешние границы требовали осторожности в работе с ее переносом. Зависимый перенос, необходимый для проработки доэдипальной патологии в случае неосторожного обращения с ним мог бы привести в переносе к тяжелым процессам слияния и сильной регрессии с последующим ослаблением ее границ. В конечно счете такие отношения в переносе вызывали бы тревогу или даже панику, и пациентка бросила бы анализ, так же как она бросала все свои близкие отношения.

На третьем году анализа, когда перенос становился все сильнее, г-жа А. заметила: «За последние несколько недель мои сны стали еще более странными. Я не могу даже описать их». Усиление регрессии в аналитической ситуации, по-видимому, оказало

дальнейшее воздействие на ослабление внутренних границ пациентки – привело к тому, что аналитики часто называют ослаблением защит пациента.

Случай г-жи В.

Случай, который иллюстрирует противоположный конец спектра – г-жа В., 41-летняя замужняя специалистка, которая пришла на анализ в состоянии депрессии и неудовлетворенности своим браком, ее беспокоила злость на мужа, тревога за своих детей и ощущение застоя в жизни. Старшая из четырех детей в весьма традиционной семье, г-жа В. сильно конкурировала с другими детьми в семье и школе, завидовала им и никогда не была довольна своей судьбой. Оба ее родителя были верующими, придерживались весьма консервативных взглядов и жили по достаточно жестким правилам, а г-жа В., хотя и подчинялась им, чувствовала себя обиженной и недовольной.

С самого начала анализа полное отсутствие сновидений и неспособность пациентки к свободному ассоциированию стала важной темой сессий. Г-жа В. очень четко выражала свои мысли и редко молчала на сессии, однако в излагаемом ею материале лучше всего отражалось то, как пациентка описывает себя или других людей или правильно отчитывается о событиях прошлого или настоящего. Она уходила в мельчайшие подробности и могла бы показаться старательным, ясно излагающим мысли рассказчиком, пока аналитик, наконец, не догадался, что пациентка, таким образом наблюдая и описывая происходящее, дистанцируется от себя самой, не может ослабить напряжение внутри своих границ и увидеть себя по-другому.

Махони (Mahony, 1987) писал об этом виде «свободных» ассоциаций, когда пациент *говорит о* вместо того, чтобы говорить, *как это есть или как это происходит*. Он утверждал, что «говорение о связано с недостатком открытости и определенным самосознанием говорящего. В этой связи вспоминается постулат средневековых мистиков: если известно, что кто-то молится, это ненастоящая молитва» (р. 33).

У г-жи В. очень редко возникали фантазии, ассоциации, образы или мечты и не было внезапных изменений в состоянии со-

знания. Иными словами, у нее полностью отсутствовала способность без труда переходить от рассудочных (discursive) или вербальных символов к символам образным, основанным на чувственном восприятии (presentational), то есть образным, от простого и приземленного разговора к рассказам, богатым образами, чувствами и фантазиями. Основанные на чувственном восприятии символы – мгновенные, скоротечные и неточные – появляются через слух и зрение и являются примитивным инструментарием психики. Поскольку мышление человека и его общение с другими людьми основывается в большей степени на вербальных, чем на чувственно-образных символах, содержание этого общения становится более точным, однако в то же самое время переданная посредством вербальных символов информация становится более ограниченной.

Теодор Джейкобс (Theodore Jacobs, 1994b) заметил, что телодвижения («язык тела») могут замещать вербальные свободные ассоциации. Скрещенные или нескрещенные ноги или руки, прикрытые глаза могут сообщить аналитику нечто красноречивее всяких слов. Однако эти телодвижения можно наблюдать лишь в относительно коротких, отдельных эпизодах телесных проявлений или телесной разрядки. Речь анализанда всегда зависит от того, как он ее выражает словами. Язык тела может неплохо замещать мысль или выражать эмоциональное состояние, но он не может заменить длительное общение посредством речи. Для свободного ассоциирования требуется определенная степень регрессии (то есть регрессия на службе Эго). Хотя общение, происходящее посредством языка и речи, основывается на вторичных процессах, в по-настоящему ненаправленных ассоциациях поток речи движется в направлении первичных процессов.

Мы полагаем, что во время аналитического часа по мере приближения к психическому состоянию, близкому к первичным процессам мышления, происходит ослабление границ. Такие пациенты, как г-жа А., начинают свободно ассоциировать без каких-либо особых сознательных усилий. С другой стороны, такие анализанды, как г-жа В., с трудом понимают, что такое свободные ассоциации. Аналитики полагают, что эта трудность связана с сопротивлением пациента переходу бессознательного материала ближе к осознанию. Не вызывает сомнений, что здесь появляется сопротивление, которое нередко подкрепляется сознательным нежеланием раскрывать личную информацию; однако тот простой факт,

что г-жа В. даже не могла понять, что от нее требуется, указывает на ограничение, не связанное с сопротивлением. По мере продвижения анализа г-жа В. смогла лучше «продвигаться», как она сама это называла, однако ее ассоциации продолжали носить рассудочный характер.

Границы и вспоминание сновидений

Самоанализ Фрейда и, в частности, анализ его сновидений привел к важным открытиям в начале создания теории. В течение нескольких десятилетий после этих сформировавших теорию психоанализа идей, анализ сновидений оставался в центре внимания каждого клинического анализа, а отчеты о случаях преимущественно, если не исключительно, были сосредоточены на анализе сновидений пациента. Вспоминание своих сновидений рассматривалось как надежный показатель анализируемости. Появление сновидений на сессии стало барометром, обещающим плавное течение аналитического процесса, так же как их отсутствие рассматривалось как главное сопротивление в переносе. Успех анализа часто связывают с увеличивающейся способностью вспоминать сновидения и ассоциировать о них на сессии.

Лабораторные исследования сна и сновидений показали, что фаза быстрого сна (физиологическое состояние, при котором возникают сновидения) – общее явление, отсутствующее только при определенной патологии головного мозга. Несмотря на то, что в фазе быстрого сна сновидения появляются несколько раз, лишь небольшая их часть (в среднем два или три за неделю) обычно вспоминается (Belicki, 1986).

В аналитической литературе часто утверждается, что некоторое количество сновидений подвергается вытеснению при пробуждении. Это является проявлением потребности сновидца создать защиту от сознательного понимания запретных желаний, проявленных в сновидении. Таким образом, вытеснение рассматривалось как универсальная защита от бессознательных дериватов влечений, вплетенных в воображаемое исполнение главного желания сновидения. Принято считать, что на протяжении анализа вспоминание сновидений сталкивается с дополнительным сопротивлением, которое связано с переносом и возникает вследствие раскрытия материала, преимущественно не осознанным до

этого момента. Предполагается, что в анализе это сопротивление постепенно ослабляется и в итоге прорабатывается к концу успешного анализа.

Что способствует и что препятствует вспоминанию сновидений – этот вопрос вызвал устойчивый интерес *за пределами* кабинета аналитика. За последние годы было проведено несколько исследовательских проектов для проверки ряда гипотез, относящихся к этим вопросам. Исследователь Дэвид Коэн (David Cohen, 1974), до того как сформулировал теорию вспоминания сновидений, провел всесторонний анализ литературы на эту тему. Обобщая полученные данные, он предостерег от навешивания банального ярлыка «репрессоров»⁶ на тех, кто редко вспоминает сны, и упрощенного отношения к тем, кто вспоминает чаще, как к тревожным людям с определенной патологией. Результаты ряда исследований показали, что опросники тревожности, а также силы Эго не всегда подходят для объяснения трудности или способности вспоминания сновидений.

Интересная гипотеза, предполагающая то, что легче запоминаются те сновидения, которые являются для сновидца важными, оказалась сложной для проверки. Однако, по мнению Коэна (Cohen, 1974), принято считать, что сновидец с большей готовностью вспоминает важные для него сновидения, чем те, которые не имеют для него особого значения. Приведенное Кэтрин Белицки (Kathryn Belicki, 1986) исследование подтверждает, что люди, часто вспоминающие сновидения, оценивают их как более важные, по сравнению с вспоминающими сновидения реже. Причины этого явления не совсем ясны.

Согласно Коэну (Cohen, 1974), взаимосвязь, наиболее подтвержденная экспериментальными данными, относится к вспоминанию сновидений и «превосходству образного» (р. 145). Фантазии, грезы, образы, отраженные в мечтах, отсутствие целенаправленного мышления – наиболее часто встречаемые личностные характеристики людей, вспоминающих свои сновидения. В то же самое время при вспоминании сновидений важную роль играет мотивация (то есть интерес к сновидениям). Наконец, для вспоминания сновидений полезным является «практика» (то есть сознательные усилия запомнить и рассказать сон).

⁶ От англ. repression – «вытеснение».

Кэтрин Белицки (Kathryn Belicki, 1986) приводит еще одно исследование важности мотивации, отсутствия вовлеченности в конкуренцию и наличия факторов, повышающих эмоциональную напряженность сновидца. Она подтверждает предположение Коэна (Cohen, 1974), а также акцентирует внимание на отмеченных им «личностных факторах». Несмотря на то, что они не сформулированы четко, личностные характеристики, которые (по мнению психоаналитически ориентированных исследователей) облегчают вспоминание сновидений, всегда были известны аналитикам. Указанные здесь экспериментальные данные подтверждают клиническое чутье аналитиков.

В отношении границ эти данные, вероятно, отражают то, что вспоминание сновидений улучшается за счет определенной способности использовать образы и фантазии, возможности мыслить дивергентно и, может быть, благодаря отсутствию жестких защит от бессознательного материала. Говоря о свободных ассоциациях, мы подчеркивали, что аналогичные факторы (то есть фантазии, образы, мечты и внезапные изменения в состоянии сознания) улучшают свободный поток ассоциаций во время сессии. На наш взгляд, эти факторы, давно известные психоаналитикам из клинического опыта и подкрепленные данными, полученными из смежных отраслей, могут быть связаны с проницаемостью (тонкостью) внутренних границ человека.

Сновидения г-жи А. были длинными и основаны преимущественно на визуальных образах и телесных ощущениях, при этом язык и мышление были на втором плане. На втором году анализа она рассказала следующие сновидения:

Мне приснился отец... он был очень старым. Все происходило в доме моих родителей; там много, много комнат и ванных. Мой отец болен... у него понос... он загадил весь дом. Это ужасно. Он не может сдерживать это. Я смотрю на него и не делаю ничего. Я думаю про себя: «Он старик, пусть умирает».

[Несколько месяцев спустя.] Я была в комнате, похожей на кухню, а в ней круглый стол... дверь открыта наружу. Что-то ползает под столом – вроде паука, скорпиона или омара. Оно становится все больше и больше. Я была единственной, кто видел это. У него были громадные челюсти, как у крокодила. Я закричала... Я побежала по улице. Мой брат достает пистолет, чтобы убить чудовище.

Хотя тревога г-жи А. лишь изредка достигала такого уровня, как в этом кошмарном сновидении (по определению Хартманна (Hartmann, 1991), кошмар – это то, что сам сновидец называет кошмаром), во многих других ее сновидениях тревога и дисфория были достаточно сильными, чтобы она проснулась.

Что касается г-жи В., то на протяжении первых двух лет анализа она не рассказывала сновидений, за исключением понимания, что она видела сны, или, возможно, связанных со сновидением мимолетных мыслей: «я была с братом» или «я должна была сдать экзамен». На третьем или четвертом году анализа г-жа В. хоть и редко, но начала вспоминать достаточно большие отрывки своих сновидений. В конце четвертого года она вспомнила следующее сновидение:

Это было точно о вас. Мы были там с нашими мужьями... много людей вокруг. Мы спускались по лестнице... как на вечеринке. Подали еду. От вас исходило необычайное спокойствие... вы были очень расслаблены и очень легко общались с другими. Были не то чтобы общительной, но без всякого напряжения... Что-то вроде совершенства, которым я очень восхищаюсь... Мы обменялись несколькими словами, в то время как наши мужья разговаривали друг с другом.

С точки зрения возможности репрезентации, эмоциональной разрядки и содержания влечений, два вида сновидений г-жи В. достаточно хорошо отражают не только доступность первичных процессов, но и в особенности потребность и способность сновидца сдерживать и контролировать структуру сновидения.

Влияние анализа на границы

Как мы уже говорили, в основном среди европейских аналитиков есть широко распространенное мнение, что анализ исчерпал себя и должен быть завершен, когда анализанд начинает свободно ассоциировать. Кажется заманчивым предположить, что такое мнение может основываться на анализе таких пациентов, как г-жа В. Предполагалось, что анализ сопротивления и ослабление внутреннего контроля позволит мыслям, образам, фантазиям и ощущениям проникать в сознание и таким образом способ-

ствовать «освобождению» ассоциативным способностям пациента. Также считалось, что вспоминание сновидений улучшится в процессе анализа.

Как показывают разные исследования, ранее упомянутые в этой главе, вспоминание сновидений может быть улучшено благодаря «практике», однако связывание этого с базовыми свойствами личности («превосходство образного» у сновидца (Belicki, 1986; Cohen, 1974)) ставит это улучшение в зависимость прежде всего от того, что будет происходить с внутренними границами анализанда. Если развитие и уплотнение внутренних границ является достижением, приобретенным в процессе развития (Hartmann, 1991; Sabbadini, 1989; Yariv, 1989), можно предположить, что анализ оказывает некоторое влияние на способность сновидца сдерживать тревогу и использовать смещение, сгущение и символизацию для создания более «плотных» и более «управляемых» сновидений.

Случай г-жи С.

Случай г-жи С. показывает, как повторяющиеся сны и кошмарные сновидения могут меняться в анализе. Тревожная, зависимая и депрессивная женщина, г-жа С. пришла на анализ в возрасте 48 лет. В 30 лет она проходила психотерапию, оказавшую на нее относительно небольшое терапевтическое воздействие. Ее мужчина-терапевт казался ей неотзывчивым и временами садистическим.

Будучи единственной дочерью в семье среднего размера, г-жа С. сталкивалась с запугиванием и, вероятнее всего, с попытками совращения со стороны своих братьев. Она никогда открыто не признавала этого совращения, но нередко намекала на это, испытывая каждый раз злость и стыд, что в итоге приводило ее в крайне депрессивное состояние. По словам г-жи С., ее родители были религиозны, благопристойны и педантичны. Обремененные нехваткой денег, они, как казалось, ничего не замечали и постоянно переживали практически по любому поводу. Как только появилась возможность, г-жа С. уехала от них. Она познакомилась с поддерживающим и мягким мужчиной и вышла за него замуж. Оказавшись под такой защитой, она могла относительно эффективно выполнять функции жены и матери. Однако в социальном плане она была застенчивой и недоверчивой.

С самого начала анализа г-жа С. могла свободно ассоциировать. Довольно скоро у нее возник чрезвычайно противоречивый перенос с чередованием фузионных⁷ порывов и параноидных вспышек гнева против «безразличного» и «жестокоего» аналитика. Она принесла несколько снов и кошмарных сновидений на анализ. Об одном из них она сказала: «Я была своего сына. Я была его все сильнее и сильнее. Я не могла остановиться. Я была в бешенстве. У него был холодный, презрительный взгляд. Я проснулась в панике».

В другой раз она рассказала следующее сновидение:

Я в поезде со своей бабушкой. Она несет сумку, полную драгоценностей. Потом я замечаю еще одну сумку с едой. Я хочу есть, но когда я достаю еду, из сумки выползают черви и жуки. Я опускаю руку в сумку, но все, что я могу достать, липкое, вязкое и омерзительное. Это похоже на дерьмо. Я просыпаюсь с тошнотой и в жуткой панике.

Некоторые сны г-жи С. были связаны с туалетом: образы переполненного унитаза, заполонивших все фекалий, рвотных масс, которые она не может убрать. Интерпретации аналитика касались воспоминаний ужаса, чувства глубокого стыда и отвращения от физического насилия, которому она, вероятно, достаточно часто подвергалась в туалете, будучи ребенком.

По мере завершения анализа такие сновидения стали возникать реже. Возможно, важнее всего то, что ее сновидения стали более связными, гораздо более символизированными или ментализированными. На последней неделе она рассказала следующее сновидение:

Я иду в туалет, какой-то туалет в организации. С правой стороны раковина. Я присматриваюсь и вижу там нишу. В ней лежит беременная женщина, она придерживает свой зад так, словно она хочет удержать свои фекалии. Я поворачиваюсь к раковине, меня рвет, после чего я мою раковину. Я чувствую, что я не все вырвала, однако просыпаюсь уже не в панике. Те-

⁷ Фузионный (от англ. fusion – синтез, слияние, сращивание) – в данном случае синкретичный, не различающий субъекта и объекта.

перь я могу прекратить свой сон до того, как он превратится в кошмар.

Изменения в функционировании внутренних границ г-жи С. в анализе легко увидеть на примере структурных изменений, произошедших в ее сновидениях.

В следующем примере значительные изменения произошли в осознанности пациентки, а также в ее ощущении и своего тела, и его частей.

Случай г-жи D.

Г-жа D., 35-летняя мать-одиночка, была внештатным коммерческим дизайнером, но, несмотря на признание своих способностей, не могла добиться успеха в этой сфере. Г-жа D., младшая из трех детей в семье среднего класса, страдала от тяжелой астмы в раннем детстве, что сделало ее объектом навязчивой, тревожной и ожесточенной заботы со стороны матери. Она постоянно посещала врачей, лежала в больницах и находилась в сухом климате.

В раннем подростковом возрасте ее приступы ослабли и в конечном итоге полностью прошли, хотя чувствительность органов дыхания сохранилась.

Период между 14 и 22 годами она описывала не иначе, как абсолютно беспорядочный. Г-жа D. была крайне неразборчива в связях («я переспала с более чем с сотней мужчин в то время»); перепробовала все уличные наркотики, которые она доставала через друзей, любовников или дилеров; страдала тяжелой анорексией; много пила и к 21 году пережила острый психотический эпизод, из-за которого была госпитализирована. Психоз прошел вскоре после выписки и никогда не возвращался. Г-жа D. возобновила обучение и выполнила все требования, необходимые для получения степени в области изобразительного искусства. Она прекратила все случайные связи и оставалась в сравнительно долгих и постоянных отношениях. В 28 лет она решила завести ребенка и забеременела от мужчины, которого едва знала и который впоследствии не проявил интереса к ребенку. У нее была тяжелая беременность, и поначалу она негодовала из-за необходимости заботиться о своей

маленькой дочери. Однако привязанность к дочери привела со временем к важным изменениям у г-жи Д. По ее словам, наличие ребенка «заякорило» ее в реальности. Ребенок, с повторяющимся и привычным ритмом забот, связанных с уходом за ним, помог г-же Д. упорядочить свою жизнь и сосредоточиться на чем-то. Она нашла внештатную работу, и ее повседневная жизнь выстроилась вокруг расписания дочери.

Тем не менее, несмотря на внешнюю устойчивость, г-жа Д. оставалась тревожной, неуверенной в своем будущем и терзалась сомнениями в своих способностях. Если бы она на самом деле была талантлива, как сама считала и как все вокруг всегда ей говорили, то она должна бы стремиться к рисованию, а не тратить время на работу за деньги. У г-жи Д. были многочисленные жалобы на физическое здоровье, из-за которых она постоянно ходила по врачам и больницам, находя каждый раз новую проблему, но при этом никогда не доводя лечение до конца. Ее преследовал страх болезни и смерти. К моменту прихода на анализ она находилась в крайне противоречивых и нестабильных отношениях с бывшим алкоголиком и ипохондриком, раздражительным и недовольным мужчиной, который был в терапии 15 лет.

Первые несколько месяцев анализа пациентка часто поднималась на кушетке, чтобы сесть, из-за возникавшей у нее тревоги или приступов кашля. Она также жаловалась на боли в животе и тошноту и боялась, что у нее рак желудка. Она подолгу молчала и в ответ на легкие призывы аналитика говорить раздраженно отвечала, что не понимает, зачем ей говорить: «И зачем все это нужно в итоге?» Она часто говорила, что прошлой ночью ей приснились «странные, ужасные» сны, но отказывалась их рассказывать на сессии. Вскоре стало понятно, что она боится свободно ассоциировать, «дать волю своим чувствам» (как она сама это называла) и, возможно, столкнуться с состоянием безнадежности и беззащитности, которое она испытала во время короткого психотического эпизода. В равной степени перенос вновь пробуждал эмоциональное состояние, в котором она чувствовала себя беспомощным, покорным младенцем, увязшим в болезни и физической боли, избавиться от которых может только мать. Эти постоянные жалобы, однако, не мешали г-же Д. регулярно приходить на сессии. По сравнению с г-жой В., нехватка материала в ра-

боте с этой пациенткой не разочаровывала аналитика, поскольку он с самого начала понимал, что такой хрупкой пациентке, как г-же D., нужно время для того, чтобы начать доверять аналитику и самому процессу, прежде чем она решится ассоциировать свободно.

Интерпретации аналитика в основном касались двойственности г-жи D. в отношении первичного объекта, заботу которого она и хотела, и боялась получить. В переносе повторилась ее беспомощность и пассивность, сопротивление взять ответственность за собственное здоровье. Все интервенции аналитика были короткими и прямыми. «Послание», которое было заложено в слова, правила и структуру аналитической рамки, заключалось в том, что анализ дает базовую безопасность, при которой возникает ощущение сопричастности и ответственности за свое тело и здоровье. Казалось, что этой весьма умной и способной молодой женщине не хватало внутренней связанности и непроницаемости⁸ внутренних границ. Когда внешняя реальность складывалась определенным образом, как в случае необходимости ухаживать за своим ребенком, она могла функционировать относительно хорошо. Анализ же в силу повторения, атмосферы эмпатии, а также благодаря наличию четких и устойчивых аналитических границ приводил к ситуации иного рода.

В течение нескольких месяцев г-жа D. не говорила почти ничего, что выходило бы за рамки ее привычных жалоб на здоровье, финансовые трудности и другие невзгоды в жизни. Однако она была пунктуальна и пропустила не так много сессий. Постепенно ее физические «симптомы» прошли, и на одной из сессий она сказала: «Я завязала с болезнью; эта история теперь закончена». Г-жа D. разошлась со своим партнером, после того как он ушел в тяжелый запой и вел себя саморазрушительно. Она познакомилась с аспирантом, отношения с которым казались стабильными и близкими.

Федерн (Federn, 1952), особенно интересовавшийся тем, что происходит с границами при лечении психозов, считал, что для таких пациентов главное – не ослабление вытеснения, а его созда-

⁸ В тексте «пористые» (англ. porous), что также означает «легко проницаемые». Здесь и далее в тексте «porous» переведено как «проницаемые».

ние. Цель терапии здесь (по крайней мере, на ранних этапах лечения) – не раскрытие (то есть «ослабление» внутренних границ), а создание ситуаций, которые будут способствовать некоторому укреплению границ.

Похожую озабоченность выражал и Морис Буве (Maurice Bouvet, 1958), французский аналитик, который, в частности, интересовался колебанием между сближением и отдалением аналитика и анализанда, а также потребностью анализанда управлять этой близостью или удаленностью (аналитических границ) в анализе. Буве утверждал, что у сильно нарушенных пациентов обычно возникает примитивный, догенитальный перенос, а аналитик воспринимается им двойственно – либо как хороший объект, удовлетворяющий все сильные инстинктивные желания, либо как разрушительный, злой объект, угрожающий целостности и связанности Эго пациента. Вопрос близости и удаленности становится ключевым, поскольку у пациента могут возникнуть серьезные проблемы деперсонализации, если аналитик не сможет удержать оптимальную дистанцию между собой и пациентом. Хотя Буве и не связывает это напрямую с границами, затронутая им тема относится к функции и развитию границ в анализе.

Если рамка и аналитические границы надежно установлены, проницаемые внутренние границы анализанда могут укрепиться со временем, как мы видели в случае с г-жой Д. Являются ли эти изменения постоянными, или это всего лишь вызвано переносом – на этот вопрос ответа пока нет.

Способность свободно ассоциировать и вспоминать сновидения может и не улучшиться значительно, как в случае г-жи В. Как было показано в исследованиях Хартманна и его коллег, при тяжелых обсессивно-компульсивных расстройствах слишком плотные внутренние границы могут претерпевать некоторое утончение в процессе анализа. Однако информация о таких случаях еще не появлялась в литературе, и на данный момент мы не располагаем клиническим материалом по этой проблеме.

Наконец, возможно, что развитие тонких межличностных (внешних) границ было бы лучше всего проверить на анализе пограничных пациентов. Для того чтобы ответить на эти фундаментальные вопросы, необходимо провести контрольные исследования на большой выборке пациентов и возможно, с использованием экспериментального оборудования.



Аналитическая рамка, аналитические границы и аналитический объект

В главе 1 мы говорили о многообразии понятия границы в психоаналитической теории. Глава 2 была посвящена границам в психоаналитическом процессе, и в особенности внутренним границам, или «границам в мышлении». В этой главе мы обратимся к границам с точки зрения межличностной перспективы аналитического сеттинга. Межличностное, тем не менее, неразрывно связано с внутриспсихическим, и мы продемонстрируем, как границы в мышлении могут влиять на обсуждаемые в этой главе внешние границы.

В последние годы понятие *границы* чаще всего используют в контексте «профессиональных границ» между аналитиком и пациентом (Epstein, 1994; Gabbard, 1995b; Gutheil & Gabbard, 1993; Waldinger, 1994), что говорит о расширении этой концепции. В процессе определения данной концепции (то есть включения границ в рамки аналитического пространства между пациентом и аналитиком) это понятие оказалось тесно связанным с некоторыми принципиальными разногласиями, существующими в психоанализе, среди которых вопросы абстиненции, нейтральности, оптимального удовлетворения, разыгрывания, самораскрытия аналитика, а также вопрос переноса.

В последнее время по большей части озабоченность профессиональными или аналитическими границами возникала вследствие обеспокоенности вопиющими случаями нарушений границ, которые часто получают широкое освещение в средствах массовой информации и наносят вред репутации психоанализа как сферы деятельности.

Определяя аналитическую рамку и аналитические границы в рамках процесса, мы также пробуем определить оптимальную психоаналитическую ситуацию. Кроме того, рассмотрение рамки и границ облегчает появление аналитического объекта – важного, но

в основном не исследованного явления в анализе. Таким образом, мы начнем дискуссию с определения рамки, а также границ, которые создают ее структуру, что поможет перейти непосредственно к обсуждению сущности аналитического объекта.

Аналитическая рамка

Аналитическая рамка⁹ – оболочка, в которой происходит лечение. Хотя это понятие и вызывает в воображении образ каркаса, оно не столь жесткое. Наоборот, это динамичный и гибкий набор условий, которые отражают непрерывные усилия аналитика реагировать на пациента, создавая при этом наилучшую атмосферу для аналитической работы. Роберт Лэнгз (Robert Langs, 1977) дал следующее определение рамки:

Это многогранное вместилище и живое образование, которое устанавливает границы аналитических отношений, создает правила взаимодействия, определяет сущность реальности и возникающих в процессе фантазий, дает действенное вместилище и средства безопасности для участников, определяет терапевтические свойства поля, вносит вклад в природу коммуникативной сети в пределах ее границ, а также вызывает определенные и отдельные тревоги у участников (р. 28).

Далее Лэнгз разделяет рамку на два набора составляющих. Один включает в себя условия контракта аналитического сеттинга. Среди них такие относительно неизменные составляющие, как отсутствие физического контакта, конфиденциальность, место встреч в кабинете аналитика, нахождение анализанда на кушетке, а аналитика в кресле за ней, оплату, а также установленная продолжительность и частота сессий. Второй набор включает в себя человеческие факторы, определяющие взаимодействие, среди ко-

⁹ Хотя при переводе французских психоаналитических текстов для этого термина (англ. frame) часто используют слово «кадр» (напр. «аналитический кадр»), в данном случае для перевода выбрано слово «рамка», поскольку оно полнее передает и точнее отражает смысл этого понятия в данной работе («рамка: 1. небольшая рама для вставки чего-н.; 2. то же, что рама; 3. то, что оттеняет что-н.; 4. границы чего-н.» – *«Толковый словарь русского языка»*, под ред. Д.Н. Ушакова).

торых: принятие пациента аналитиком без осуждения, стремление понять смысл слов и поведения, относительная анонимность аналитика, согласие пациента говорить все, что ему приходит на ум, воздержание от неуместного удовлетворения, предложение адекватного удовлетворения проблем и попыток понимания, интерпретация бессознательных конфликтов, когда они становятся явными, а также обращение особого внимания на понимание взаимодействия между аналитиком и анализандом.

Вэнн Спруэлл (Vann Spruiell, 1983) писал об аналитической рамке с несколько другого ракурса, чем Лэнгз. Он подчеркивал, что использует это понятие в контексте «рамочной теории», и оно относится к тому, как психоаналитический сеттинг рассматривает определенные социальные взаимодействия, взятые из других областей. В частности, Спруэлл придавал особое значение правилам, благодаря которым «обрамляются» определенного рода взаимодействия, имея в виду то, как они определяются и отделяются от других взаимодействий между людьми. Он определял рамку аналитической ситуации как «неизменяющиеся базовые элементы или принципы организации, которые определяют отдельные социальные события и отличают их от других событий» (р. 9).

Спруэлл обращает особое внимание на заведомо неустойчивый характер аналитической пары. В значительной степени аналитическая рамка создана и определена асимметричным характером взаимодействия между двумя участниками. Пока пациент лежит на кушетке и старается говорить все, что ему приходит на ум, аналитик большую часть времени его молча слушает, не сосредотачиваясь слишком сильно, но и не погружаясь в сон. Равномерно распределенная сонастроенность (*attunement*) аналитика витает над процессом так, что его внимание перемещается взад и вперед между внутренними процессами аналитика и ассоциациями анализанда. Аналитик должен одновременно быть участником отношений и достичь двойного состояния сознания, при котором отношение и участие наблюдаются на расстоянии (Friedman, 1991).

Следуя указанию аналитика, пациент, в конечном счете, присоединяется к аналитику для разработки и создания рамки. Хорошо ориентируясь, пациент начинает создавать личные и близкие отношения, в которых прошлое может быть понято через его повторение в настоящем.

Аналитическая рамка среди прочего создает и атмосферу безопасности. Сильные эмоциональные реакции могут быть мобили-

зованы без страха наказания или получения унижительной критики со стороны аналитика. Пациент получает «пространство», в котором он может регрессировать и выражать недопустимые бессознательные желания и чувства. Именно потому, что правила игры в анализе отличаются от других видов взаимодействия в обществе, пациент может ощущать себя по-новому.

Аналитические границы

Понятие аналитических или профессиональных границ иногда неверно истолковывается как просто произвольный набор правил, с помощью которых этические комитеты или лицензионные советы¹⁰ решают, нужно ли применять дисциплинарные меры. Это понятие также нередко недооценивается, что поддерживает отношение к аналитику как к негибкому, роботоподобному и изолированному человеку. Попытки следовать указаниям Фрейда относительно техники не дают покоя начинающим аналитикам. Однако такое рьяное отношение не отражает намерение Фрейда, которое он высказал в письме Шандору Ференци в 1927 году:

Я считаю, что самое важное – это обратить внимание на то, чего не следует делать, и указать на искушения, уводящие в противоположную от анализа сторону. Почти все позитивное, что следует делать, я оставляю «чувству такта», обсуждение которого вы начинаете. Это привело к тому, что послушные анали-

¹⁰ Лицензионный совет – организация, состоящая из профессиональных психологов и/или психотерапевтов. В ее задачи входит оценка и лицензирование специалистов, а также расследование жалоб о нарушениях профессиональной этики лицензированными ей специалистами. Без лицензии, выданной этим советом, специалисты не могут работать, называя себя «психологом» или «психотерапевтом», поскольку это является нарушением соответствующего законодательства. Единственное исключение делается для студентов, которые должны указывать, что они являются студентами или аспирантами, а также для профессоров, преподающих соответствующие дисциплины (они указывают, что являются преподавателями такой-то дисциплины). Для получения лицензии кандидат должен иметь соответствующее высшее образование, супервизировать свою практику как минимум 1–2 года, сдать платный письменный экзамен и пройти собеседование. Кандидат, получивший лицензию, должен застраховать свою профессиональную ответственность на определенную сумму (так, например, в Канаде страховое покрытие составляет 1 млн долларов).

тики не увидели гибкости в установленных мной правилах и подчинились им так, словно это табу. Когда-нибудь все это пересмотрят, не избавляясь при этом от обязательств, которые я упомянул (Jones, 1955, p. 241).

Если границы представлены в карикатурном виде, это, несомненно, приводит к ситуации, когда контрперенос становится негибким и равнодушным. Однако намерение при этом противоположно. Границы определены параметрами аналитических отношений таким образом, чтобы и пациент и аналитик были в безопасности, оставаясь при этом спонтанными. Действительно, как утверждала Элизабет Ллойд Майер (Elizabeth Lloyd Mayer, 1994a), один из источников нарушения границ – это тенденция относиться к проявлению аналитиком теплых и заботливых чувств к пациенту как к своего рода отклонению. Другими словами, любовь к пациенту может противоречить определенному отношению аналитика как беспристрастного «хирурга», которое усвоено им на протяжении многих лет супервизий и назидательного обучения. Майер полагает, что если бы теплые и заботливые чувства считались ожидаемыми и принимаемыми, а не выходящими за рамки психоаналитической техники, то они бы не оставались затаенными в отщепленной части психики аналитика, где они могут вырасти до разрушительных размеров.

Здесь уместна аналогия. Посетители Большого Каньона видят, что они защищены от падения в пропасть поручнем, расположенным стратегически по краю каньона. Эти меры безопасности дают возможность детям (и взрослым) играть и получать удовольствие с минимальным риском для жизни. Хотя аналитические границы в целом гибче по сравнению с поручнем, в таких аспектах, как сексуальные отношения, они столь же крепкие.

Конечно, аналитические границы больше, чем поручень или приспособление, ограничивающее движение. Они также отражают аспекты внутриспсихической части границ, обсужденные нами в главах 1 и 2. Ричард Эпстайн (Richard Epstein, 1994), уделявший больше внимания профессиональным, а не аналитическим границам, полагал, что аналитическая рамка во многом может рассматриваться как расширение внешних границ самого аналитика. Аналитики постоянно обращают внимание на разницу между происходящим внутри пациента и происходящим внутри себя. Аналитические границы помогают в этом, представляя собой тип внутрен-

них границ. Как здоровые границы Эго должны быть достаточно гибкими для того, чтобы открываться в одни моменты и закрываться в другие, так и аналитические границы должны быть довольно гибкими, чтобы приспосабливаться к условиям в зависимости от потребностей аналитического процесса.

Эпстайн (Epstein, 1994) отмечал, что терапевты со слишком тонкими межличностными границами чаще могут путать свои внутренние ощущения с переживаниями пациентов, тогда как обладающие слишком плотными межличностными границами могут отгораживаться от участия в бессознательной коммуникации пациента. Последний тип аналитика может быть менее способным к эмпатии и активным фантазиям и таким образом склонным к поиску решений в реальных действиях. Внутренние границы обоих участников также важны, поскольку их гибкость может улучшить доступ к их первичным процессам.

Один из главных парадоксов аналитической ситуации заключается в том, что профессиональные границы нужно защищать так, чтобы оба участника свободно могли их психологически пересекать. Другими словами, такие процессы, как эмпатия и проективная идентификация, перемещаются взад и вперед сквозь полупроницаемую мембрану, созданную аналитической парой. Аналитик надеется, что терапевтическая регрессия возникнет у обоих участников настолько, что станут возможными примитивные состояния слияния и обмена.

Важность свободно протекающего обмена аффективными состояниями можно проиллюстрировать на примере развития. По мнению Эндрю МелтцOFFа и Кита Мура (Andrew Meltzoff & Keith Moore, 1992), маленькие дети различают и развивают идентичность на основе раннего опыта передачи эмоциональных реакций между младенцем и заботящимся о нем человеке. Некоторые из таких обменов эмоциональными реакциями разной модальности, похожие на те, которые появляются на стадии развития дообъектных отношений, в итоге возникают и в анализе. Вследствие аналитической регрессии пациент может общаться без слов или репрезентаций через телесную передачу эмоциональных реакций.

К этому обсуждению относится и предложенная Томасом Огденом (Ogden, 1989) модель развития, которая включает диалектическое взаимодействие трех разных состояний формирующего опыта (*generating experience*). Два из этих состояний – параноидно-шизоидное и депрессивное – связаны с развитием идей

Мелани Кляйн. Третье состояние – аутистически-прилегающее (autistic-contiguous) – отражает сделанное Огденом обобщение и развитие идей Эстер Бик (Esther Bick, 1968), Дональда Мельтцера (Donald Meltzer, 1975) и Франсис Тастин (Frances Tustin, 1981, 1984). Аутистически-прилегающее состояние возникает раньше других состояний и включает в себя развитие раннего ощущения границ между Я и другими на основе ощущений, периодически возникающих на поверхности кожи. Огден (Ogden, 1989) описывал аутистически-прилегающее состояние следующим образом:

Это отношение формы к ощущению включенности, биения к чувству ритма, твердости к чувству предельности (edgedness). Последовательность, соразмерность, повторяемость, формирование кожа-к-коже – все это примеры расположенных по соседству составляющих, из которых возникают ростки элементарного самоощущения (р. 32).

При нарушении непрерывности этого опыта может возникнуть тревога просачивания внутреннего на поверхность, а также превращения в непонятное существо, не имеющее формы или наружности.

Хотя в параноидно-шизоидном состоянии связанное с ощущениями разграничение между Я и объектом существует, отношения с объектом принимают форму проективной идентификации. Определенные стороны личности и аффективные состояния отщепляются и помещаются в другого человека. Проецирующий бессознательно вызывает эмоциональное состояние в объекте своих проекций, которое соответствует спроецированным эмоциональным реакциям или совокупностям Я и объекта. Поскольку в параноидно-шизоидном состоянии субъективное чувство Я развито не полностью, проективная идентификация является способом прямой коммуникации между проецирующим и объектом его проекции, минуя возможность интерпретации промежуточным субъектом. В этом состоянии границы между Я и объектом достаточно проницаемы для того, чтобы объект проекции мог ощущать так, что его вынуждают или «заставляют силой» реагировать, словно он является частью внутреннего мира проецирующего. Более того, символ и символизируемое становятся эмоционально равнозначными настолько, что воспринимаются как вещи в себе. Это соот-

ветствует переносам при бредовых состояниях, в которых качество «как будто» утеряно.

Полная субъективность, которая для субъекта является посредником между символом и символизируемым, развивается во время депрессивной фазы. Границы между Я и другими становятся более плотными, и человек может воспринимать себя как способного думать собственные мысли и переживать собственные чувства. Это состояние также дает возможность ощущать и сопереживать субъективности другого человека. Если в параноидно-шизоидном состоянии Я и другие воспринимаются как объекты, то в этом состоянии Я и другой воспринимаются как субъекты.

Хотя эти способы переживания были разделены для описания характерных особенностей каждого из них, Огден (Ogden, 1989) подчеркивал, что все они в разной степени присутствуют в каждый момент жизни человека. Время от времени может преобладать то или иное состояние; психопатология же понимается Огденом как схлопывание всего богатства опыта, предоставляемого тремя разными состояниями, до одного преобладающего состояния. Аналогичным образом переход от одного состояния к другому у пациента, аналитика или у них обоих может влиять на проницаемость аналитических границ.

Аналитические границы гарантируют, что аналитик может удерживать и перерабатывать коммуникации, действуя адекватно в них. Таким образом, границы могут являться встроенными структурами, в рамках которых осуществляется проверка, контроль и в конечном итоге «усовершенствование» передаваемых посредством проективной идентификации примитивных аффектов в словесную и символическую сферу, возникающую в фазе развития, которая характеризуется более зрелыми объектными отношениями. Аналитические границы должны быть достаточно прочными, чтобы сделать возможным передачу этих примитивных коммуникаций от аналитика к пациенту и наоборот.

В главе 1 мы рассмотрели, как менялась позиция Джекобсон (Jacobson, 1964), в особенности ее понимание разделения репрезентации самости и объекта. Процесс развития, заключающийся в неоднократных слияниях и разделениях этих репрезентаций, часто повторяется в аналитической ситуации, в которой на аналитика возлагается обязанность обнаружить этот регрессивный опыт и терапевтически его использовать. Наилучший аналитический подход к такому проявлению вовне интернализованных объектных

отношений включает в себя особое аналитическое отношение, которое можно охарактеризовать как одновременное участие и наблюдение, как состояние, которое Рихард Штерба (Richard Sterba, 1934) назвал *диссоциацией внутри Я*, а Гарри Стэк Салливан (Harry Stack Sullivan, 1954) – *участливым наблюдением*. Аналитик должен позволить себе быть «втянутым» в такие нарушения границ между Я и объектом, обращая при этом пристальное внимание на значения и определяющие факторы таких нарушений.

Обсуждение реакции аналитика ведет непосредственно к рассмотрению *профессиональной или аналитической роли* (Almond, 1994; Casement, 1990; Gutheil & Gabbard, 1993). Такие структурные характеристики рамки, как стоимость, продолжительность сессии, отсутствие физического контакта, уклонение от принятия подарков и положение пациента на кушетке, а аналитика за ней, хотя и важны сами по себе, но способствуют определению специфики аналитической роли. Ричард Алмонд (Richard Almond, 1994) предположил, что аналитическая роль позволяет аналитику быть субъективно или лично вовлеченным и одновременно сохранять некоторый уровень объективности в качестве участника профессиональных отношений. Кейсмент (Casement, 1990) подчеркивает, что роль аналитика состоит не в удовлетворении либидинальных запросов (таких как желание быть любимым, получить сексуальное удовлетворение, а также такую заботу, какую родители дают своим детям), а отвечать на *потребности роста* (такие, как потребность в эмпатическом понимании, заботе и заинтересованном участии) и постоянно искать смысл прошлого опыта пациента. Эти составляющие часто используются для описания идеи Винникотта (Winnicott, 1960, 1963) о *поддерживающей среде* (holding environment). Это отличие можно также понимать как разницу между обеспечением существования в среде (environmental provisions) и удовлетворением влечений (Grotstein, 1994; Lindon, 1994).

По мнению Джеймса Гротстайна (James Grotstein, 1994), психоаналитическое правило абстиненции стало механистичным и ритуализированным настолько, что потеряло большую часть своего смысла. Он предлагает переформулировать понятие абстиненции в контексте того, чем аналитик должен обеспечить пациента, чтобы сделать процесс жизнеспособным. Он замечает, что «непременное условие анализа – *обеспечение правила абстиненции, а также безопасной рамки аналитического сеттинга, необходимых*

для создания поддерживающей среды, в которой происходит контейнирование, или трансформация, или преобразование» (р. 600).

Стивен Митчелл (Stephen Mitchell, 1993) приравнивает различия, указанные Винникоттом (Winnicott, 1960, 1963) и Кейсментом (Casement, 1990), к разнице между желаниями и потребностями. Тем не менее он предупредил, что попытка определить, что есть что – весьма сложное предприятие, неизбежно приводящее к пробам и ошибкам. Он разделяет нашу позицию, что аналитическая рамка должна быть гибкой, и подчеркивает, что соответствующая рамка может видоизменяться в зависимости от пациента. Даже основные компоненты рамки могут иметь совершенно разное значение для разных анализандов. Он приводит пример пациентки, для которой нахождение на кушетке было похоже на мазохистическое подчинение деспотичной матери, которая требовала от пациентки полнейшей тишины и неподвижности, когда она ложилась спать, и, таким образом, не должна была беспокоить мать. В этом случае возможность встать с кушетки и ходить по кабинету являлась необходимой частью аналитической рамки.

Согласно Митчеллу (Mitchell, 1993), отношение аналитика к требованиям или просьбам пациента гораздо важнее, чем непосредственное содержание ответа аналитика. Он также обращает внимание на то, что аналитическая рамка создается совместно аналитиком и пациентом и каждый из них может воспринимать свойства гибкости или жесткости очень по-разному:

Очевидно, что «устойчивость» одного человека является жесткостью для другого, гибкость одного становится отступлением для другого. Как устойчивость, так и гибкость являются важными и должны наравне с другими вопросами быть в центре внимания любого клинициста, сталкивающегося с подобными ситуациями... Проблема принципа удерживания (standing firm) заключается в предположении, что оно (удерживание) должно означать для пациента то же, что оно означает для аналитика. Иногда это так, и пациент поддерживает способность аналитика устанавливать границы, сохранять веру своим принципам в аналитическом процессе и противостоять попыткам склонить его к рискованным отклонениям.

Однако когда аналитик думает, что он удерживается, пациент может чувствовать, что с ним в привычной для него манере обходятся жестоко. Многие пациенты уходят из-за того, что чувствуют себя абсолютно брошенными или обманутыми аналитиком, который считал, что сохраняет безупречность аналитической рамки. Рамка сохранена, операция проведена успешно, но пациент сползает с операционного стола посреди операции (р. 194).

Долгое время считалось, что гибкая рамка необходима для пациентов, имеющих более серьезную недостаточность в функционировании Эго и нуждающихся в интервенциях, которые выходят «за пределы интерпретаций» (Gedo, 1993). В 1950-х годах интервенции, обращенные к пациентам, которые не могли хорошо работать в рамках классического анализа, были отнесены в категорию корректирующего эмоционального опыта (Alexander, 1950). Некоторые из этих интервенций включали в себя активное выполнение роли, сознательно отличающейся от настоящей родительской фигуры пациента, что, таким образом, считалось корректирующим.

В настоящее время большинство аналитиков признало бы, что любой хороший анализ включает в себя корректирующий опыт, а также то, что и осознание, и корректирующий опыт работают сообща, приводя к хорошим аналитическим результатам (Jacobs, 1990; Loewald, 1980; Viederman, 1991). Тем не менее такой корректирующий опыт создавался без намерения вести себя противоположно поведению родителей пациента. Скорее он возникает как неизбежный побочный продукт нового опыта в условиях анализа. Ханс Лёвальд (Hans Loewald, 1980) обращает внимание на следующее:

Повторное переживание через разыгрывание прошлого – бессознательная организация прошлого, связанная с повторением, – претерпевает изменение в процессе лечения. Частично эти изменения зависят от влияния текущего опыта в анализе, который не соответствует опережающим установкам, посредством которых пациент воспринимает другого как в основном родительскую фигуру. Таким образом, способ возрождения прошлого, вероятно, окажется под влиянием нового опыта из настоящего (р. 360).

Хотя Кохут (Kohut, 1984) допускал, что в некотором виде корректирующий эмоциональный опыт возникает в анализе, он также дает понять, что аналитик не должен активно утешать пациента для того, чтобы стать той хорошей матерью, которой у пациента не было в детстве. Вместо этого он предлагает аналитику интерпретировать стремление пациента быть утешенным. Говард Бэкол и Кеннет Ньюмен (Howard Bacal & Kenneth Newman, 1990), находившиеся под влиянием как Кохута, так и Британской Школы объектных отношений, предположили, что аналитик дает пациенту корректирующий опыт объекта самости (corrective self-object experiences), что значительно выходит за пределы интерпретации желания такого опыта. Когда аналитик прилагает целенаправленные усилия по предоставлению такого корректирующего опыта пациенту, то, безусловно, возникает опасность нарушения границ. Кейсмент (Casement, 1990) предостерегает о том, что

...терапевтического в анализе нельзя достигать через какое-либо простое предоставление «лучшего» родительского опыта. Аналитик часто замечает в клинической практике, что его (активные) попытки предоставить пациенту хороший опыт всегда меняют направление аналитического процесса, поскольку происходит вмешательство в то, как пациент в переносе использует аналитика. Главная причина этого состоит в том, что пациенты часто вынуждены использовать аналитика для того, чтобы проработать чувства из своего раннего опыта *такими, какими они были*: в аналитических отношениях недостаточно одного лишь «корректирующего» опыта (р. 342–343).

То, насколько желание может быть удовлетворено в аналитических границах и рамках – непростой вопрос для того, кто не хочет следовать простым указаниям. С одной стороны, понятие удовлетворения в некотором смысле подразумевает отсутствие противоречий в желании пациента. Хочет ли пациент, испытывающий вожделение к аналитику, *на самом деле* удовлетворения этого желания? Может быть да, а может быть и нет. Однако абсолютное большинство анализандов крайне неуверены в таком удовлетворении. Если пациент пережил в детстве инцест и бессознательно воспроизводит детскую эмоциональную травму в условиях анализа, трудно себе вообразить, каким образом вступление с ним в сексуальные отношения может быть истолковано как *удовлетворение*.

Даже если мы признаем наличие у девочек эротических желаний к своему отцу, большинство из нас сомневается в том, что отец «удовлетворяет» сильные сексуальные порывы своей дочери.

Лео Стоун (Leo Stone, 1984) точно охарактеризовал аналитическую ситуацию как «депривацию-в-близости» (р. 77). Близость, в которой заложено неотъемлемое удовлетворение, что и есть наивысший приоритет, является терапевтическим обязательством перед пациентом. Однако сеттинг также символизирует базовый опыт сепарации. Стоун утверждает, что одно из основных различий между аналитиком и обычным врачом заключается в том, что первый представляет собой сепарационную мать, в противоположность матери, окружающей близкой заботой о теле (что больше похоже на роль обычного врача). Тем не менее он также подчеркивал, что если такие принципы, как абстиненция, применяются без определенной свободы и гибкости, они препятствуют истинной цели психоанализа.

Разумеется, аналитический процесс приносит много фрустрации, и оба участника знают, что желания пациента не будут удовлетворены. Для того чтобы создать глубокие и спонтанные отношения, аналитик будет варьировать рамку каждый день с каждым пациентом. Митчелл (Mitchell, 1993) утверждает, что

...самое важное – это не удовлетворение и не фрустрация, а процесс согласования, в котором аналитик ищет свой собственный способ поддержки и участия в субъективном опыте пациента и, более того, со временем формирует свое собственное присутствие и видение будущего так, что пациент обогащается, а не разрушается (р. 196).

Несомненно, понимание происходящего между аналитиком и анализандом является главным в этом процессе. Ключевым моментом здесь является то, что аналитик должен стремиться действовать в интересах пациента, даже если в какие-то моменты эти интересы бывает трудно определить.

Комментируя то, как аналитики находят свой собственный способ участия в процессе согласования с пациентом, Митчелл размышляет о растущем осознании того, что участие аналитика является переменной, меняющейся от аналитика к аналитику и для каждого аналитика через пациентов. Джей Гринберг (Jay Greenberg, 1995) отмечает, что существует *интерактивная мат-*

рица, которая в каждой аналитической паре определяет истинный характер рамки и «правила». В этой связи мы должны признать, что разные степени гибкости рамки не только отражают отдельные потребности пациента, но также и субъективность аналитика.

Одна пациентка согласилась на анализ четыре раза в неделю, но настаивала на том, чтобы сидеть в кресле, а не лежать на кушетке. Ее аналитик стал выяснять причину этого, и пациентка много часов подряд рассказывала о том, как ее мать несколько раз «пропадала» в психиатрических больницах, когда пациентка была маленькой. Лежать на кушетке для нее означало повторение этой эмоциональной травмы, поскольку аналитик пропадал из поля ее зрения. Со своей стороны аналитик объяснил, что довольно сложно быть максимально сосредоточенным, когда пациентка смотрит на него. После обсуждения несколько сессий подряд они, наконец, нашли компромисс – пациентка начнет анализ на кушетке, но сможет садиться, когда она будет чувствовать себя особенно чувствительной к «потере» аналитика. Эта согласованная рамка была создана как с учетом потребностей пациента, так и субъективности аналитика.

Аналитическая роль частично определяется преданностью аналитика пациенту. Рой Шейфер (Roy Schafer, 1983), развивая эту тему, охарактеризовал роль аналитика как включающую в себя класс свойств, устанавливающих аналитическое отношение. Среди этих свойств – открытость, уход от мышления по типу неизбежного выбора (или... или), акцент на анализе, а не действиях, вежливое и уважительное стремление быть полезным, исключение действий на основе эгоистичной мотивации и нейтральность.

Очевидно, что аналитик не может полностью исключить спонтанную реакцию, что мешает достичь строгой в классическом понимании нейтральности. Данное Гринбергом (Greenberg, 1986a) определение нейтральности как попытки оставаться равноудаленным как от старого, так и от нового объекта может быть более полезным для этих целей. В процессе своей работы аналитик неоднократно вовлекается в разыгрывания в контрпереносе, что является отклонением от абсолютно нейтральной или безоценочной установки. В некоторой степени эти реакции представляют собой поведение или чувства, аналогичные реакциям старых объектов из прошлого как пациента, так и аналитика. Они являются новыми вкладами аналитика как нового и непохожего объекта. Понятие

разыгрывания в контрпереносе будет подробно рассмотрено в главе 7. Важнейший фактор, на который мы хотим обратить внимание, – какой бы ни была природа разыгрывания, вызванного взаимодействием, его значение необходимо анализировать вместе с пациентом (Gabbard, 1995a; Mitchell, 1993; Renik, 1993).

В психоаналитическом мышлении не так давно произошел сдвиг – широкое признание получило понимание того, что участие и личное присутствие аналитика всегда и чаще всего бессознательно влияет на процесс. Так, например, женщина-аналитик может придерживаться безоценочной нейтральности как части аналитической рамки и в то же время невольно дать пациентке понять, что не одобряет ее нынешний выбор любовного объекта. И удивится, услышав от своей пациентки: «Я могу сказать, что он вам не нравится». Понимая, что она бессознательно сообщила пациентке какие-то собственные чувства, аналитик исследовала восприятие пациентки, чтобы понять, как в настоящем повторился прошлый опыт неприятия. Она также заглянула внутрь себя, что помогло ей обнаружить вклад из своего собственного прошлого в это разыгрывание.

Самораскрытие обычно рассматривается как нарушение аналитических границ, однако, как видно из приведенной выше виньетки, некоторая степень самораскрытия неизбежна. Ирвин Хоффман (Irwin Hoffman, 1991a) предположил, что бывают моменты, когда большая откровенность в самораскрытии может углубить процесс. Например, когда пациент задает аналитику прямой вопрос, для аналитика может быть полезным показать что-то из своего опыта, а также испытать сомнения, связанные с тем, отвечать ли на вопрос. Самораскрытие личных проблем или детских трудностей редко является полезным и должно предупреждать аналитика, что что-то пошло не так. Наиболее полезное раскрытие связано с определенной клинической честностью в здесь-и-сейчас опыте пациента и аналитика (Gabbard & Wilkinson, 1994). Однако мы хотели бы четко оговорить самораскрытие сексуальных чувств перед пациентом. Раскрытие эротического контрпереноса имеет для пациента иное значение, чем другие чувства аналитика. Оно может ошеломить и обескуражить пациента. Неразрывная связь между сексуальными чувствами и действиями может представлять опасность для пациента. И поскольку символическое подменяется реальным, это зачастую приводит к разрушению аналитического пространства.

Рассмотрев аналитическую роль, мы плавно переходим к обсуждению аналитического объекта. Фрейд (Freud, 1915a) признавал уникальность аналитических отношений, говоря, что анализ представляет отношения, «не имеющие образца в реальной жизни» (р. 166). Аналитический объект действительно создан благодаря заботливому вниманию к аналитической рамке и аналитическим границам. Рамка и границы облегчают появление объекта особого вида, который формируется при взаимодействии пациента и аналитика и включает в себя интерпретативный материал, возникший в процессе анализа.

В психоаналитической литературе наблюдается все больше согласия в том, что изменения в процессе психоанализа происходят как через интернализацию отношений с аналитиком, так и благодаря инсайтам, возникшим в результате интерпретаций (Baker, 1993; Cooper, 1992; Gabbard, 1995a; Pulver, 1992). Из этого следует, что аналитик должен быть и трансферентным объектом, подвергаемым интерпретации, и новым объектом, подлежащим интернализации. По словам Гринберга (Greenberg, 1986b), «если аналитик не может восприниматься как новый объект, то анализ никогда не начнется; если же он не воспринимается как старый объект, то он никогда не закончится» (р. 98). Последующие исследования (Pfeffer, 1993) показали, что аналитик остается ментально репрезентированным для пациента и как старый, и как новый объект для того, чтобы эта бимодальная репрезентация сохранилась как результат аналитической работы.

Аналитическая рамка и аналитические границы создают атмосферу, которая облегчает появление аналитика как трансферентного объекта (Baker, 1993). Относительная анонимность и хотя бы частичная абстиненция аналитической роли становятся плодородной почвой для замены прошлых объектов из жизни пациента на существующие с аналитиком отношения. Как считает Рональд Бейкер (Ronald Baker, 1993), новый объект не появится до тех пор, пока трансферентный объект не будет достаточно проанализирован и проинтерпретирован. Точка зрения Бейкера важна, поскольку нередко возникает путаница между аналитиком как идеализированным трансферентным объектом и аналитиком как новым объектом.

В анализе пациентов, переживших в детстве эмоциональную травму, аналитик в особенности может восприниматься как идеализированный спаситель, который компенсируют плохое прошлое пациента (Davies & Frawley, 1992; Gabbard, 1992, 1994b). Тем не менее Митчелл (Mitchell, 1993) обращает внимание на то, что желания взрослых пациентов не должны рассматриваться просто как замещение или компенсация отнятого детства (как пациенты часто сами себя видят). Детская эмоциональная травма проходит много преобразований во взрослом возрасте и становится гневной мстью или переоцененным страданием. Поэтому удовлетворение этих желаний вряд ли приведет к цели, которую ставил пациент.

Сложившая в психоаналитической работе традиция приравнивания аналитической роли родительской приводит к значительной путанице. Лёвальд (Loewald, 1960) сравнивает аналитический процесс с перевоспитанием. Хотя в отношениях между аналитиком и пациентом, несомненно, есть элементы, которые схожи и воспроизводят детско-родительские отношения, эта аналогия может использоваться неверно для оправдания *folie à deux*¹¹, при котором пациент отчаянно хочет, чтобы аналитик стал «хорошим родителем», возмещающим «плохого родителя» из прошлого, а аналитик вступает в сговор, желая стать идеализированным объектом, компенсирующим пациенту эмоциональные травмы прошлого.

Спруэлл (1983) разделяет нашу обеспокоенность:

Даже в рамках мы не ведем себя как родители; мы не приходим на помощь, не пренебрегаем, не вознаграждаем, не наказываем, не задабриваем, не препираемся, не наставляем, не промываем раны, не запрещаем и т.д. Мы также не поступаем как любовники, враги, друзья, братья или сестры, как сам пациент или его часть. Мы действуем как аналитики – факт, о котором иногда забывают в литературе, в которой можно найти утверждение, что в пределах «альянса» аналитик «на самом деле» лучший родитель, чем тот, который был у пациента. Столь же пагубно для аналитика – обращаться с пациентами на самом деле как с детьми, как и относиться к собственным детям как к пациентам (p. 12).

¹¹ *Folie à deux* (франц. «психоз у двоих») – форма индуцированного бреда, при котором одинаковые по содержанию бредовые идеи наблюдаются у двух лиц.

Кейсмент (Casement, 1985) утверждал, что буквально относиться к трансферентным желаниям пациента и удовлетворять их есть размывание различий между символическим и буквальным холдингом. Пациенту необходимо не только пережить эмоциональную травму прошлого и старые объектные отношения так, как это изначально было, но и проанализировать это трансферентное желание с аналитиком. Только тогда эмоциональная травма прошлого будет проработана.

Систематический анализ переноса в аналитической рамке, в конечном счете, дает пациенту новый объектный опыт. Моррис Игл (Morris Eagle, 1987) предположил, что безопасность аналитического сеттинга вместе со способностью аналитика выдерживать нападки со стороны пациента оказывает на последнего сильное воздействие. Более того, он сравнивает это с невыраженной интерпретацией, которая помогает пациенту понять, что аналитик – это новый объект, отличающийся от изначально травмировавшего объекта, а также то, что анализ сам по себе не является изначально травмировавшей ситуацией.

Таким образом, аналитический объект – это до некоторой степени сочетание трансферентного и нового объекта. В этом смысле он является совместным творением взаимопроникающих субъективностей двух участников (Gabbard, 1995a). Огден (Ogden, 1994) утверждал, что суть аналитического процесса состоит в диалектическом движении субъективности и интерсубъективности между аналитиком и пациентом: «Не существует анализанда без отношений с аналитиком, как не существует аналитика без отношений с анализандом» (р. 63). Отдавая должное взгляду Винникотта на мать и ребенка, Огден предполагает, что перенос и контрперенос отражают диалектическое противоречие, существующее между аналитиком как обособленной сущности и аналитиком как совместного творения интерсубъективности аналитического процесса. Постоянная проективная идентификация между двумя участниками создает межличностно децентрированный субъект, называемый им «аналитическим третьим». Сам же анализ формируется в пространстве интерпретаций между аналитиком и анализандом.

Одно из значений позиции Огдена заключается в том, что в психоаналитической работе можно выявить три субъективности: аналитика, пациента и аналитического третьего. Проективная идентификация одновременно сводит на нет и снова возвращает

обе субъективности для создания нового «субъекта». Для пациента этот субъект является также аналитическим объектом. В этом смысле объект действительно является новым творением сеттинга. Он создается совместными усилиями аналитика и анализанда (и их внутренними объектами) благодаря многочисленным повторениям аналитического процесса в условиях правильно заданных рамок и «ритуалов». Таким образом, вслед за Дэвидом Блэком (David Black, 1993), аналитический объект можно рассматривать подобно объектам, созданным под религиозным или социальным влиянием и «обладающим функцией “контейнирования” чувств, мыслей и фантазий, возникающих у отдельных практикующих специалистов» (р. 624).

В заключение отметим, что каждая аналитическая диада создает свой собственный аналитический объект. Для этого аналитическая рамка, обладающая своим уникальным набором аналитических границ, должна пройти через горнило аналитического взаимодействия. Несмотря на индивидуальные различия этих составляющих, некоторые важнейшие свойства определяют роль аналитика именно как психоаналитическую. К ним относятся относительная сдержанность; предотвращение чрезмерного самораскрытия; регулярность и предсказуемость сессий; стремление понять пациента; в целом безоценочное отношение; признание сложности мотивов, желаний и потребностей; чувство уважения и вежливость по отношению к пациенту, а также готовность отложить свои собственные желания в интересах большего понимания пациента.



Границы и гендер

В предыдущих главах мы в общих чертах наметили различия между внешними межличностными границами (то есть границами между Я и внешним объектом или между Эго и внешним миром) и внутренними границами (то есть границами внутри Я или границами между Эго и Ид, Супер-Эго или и тем и другим). В этой главе мы поговорим о границах и гендере¹², используя такое же разграничение между внешним и внутренним. Поскольку в этой области накопилось много клинического и эмпирического материала, такое разграничение может оказаться в итоге неверным. Тем не менее с учетом текущего состояния знаний такое концептуальное разделение представляется теоретически и клинически полезным.

Гендер и межличностные границы

Клиницистам уже давно известно, что для женщин в целом характерна большая проницаемость межличностных границ. Питер Баис (Peter Bios, 1980) пишет об этом в своей работе с девушками, однако аналогичные наблюдения были сделаны в отношении женщин всех возрастов. Женщины сближаются и эмоционально открываются гораздо легче, чем мужчины; они проявляют меньше защит и большую близость в отношениях, по сравнению с мужчинами, а также стремятся поддерживать межличностные связи с детьми, мужчинами и другими женщинами. Женщины с меньшей личностной целостностью выражают большую (а

¹² Гендер (англ. gender) – поскольку «пол» (англ. sex) является биологической категорией, включающей генетически обусловленные различия, в психологии вместо него часто используется термин «гендер» (психологические различия, закладывающиеся в процессе онтогенеза и социализации).

возможно, и чрезмерную) готовность в слиянии с другими. По сравнению с мужчинами, у женщин на анализе гораздо чаще возникают эротизированные переносы (регрессивные переносы с сильным желанием слияния с объектом (Blum, 1973)) большей выраженности (Lester, 1985; Lester, Jodoin, & Robertson, 1989). У женщин такие эротизированные переносы в равной степени возникают как к женщинам-аналитикам, так и к мужчинам-аналитикам. Их желания слияния, нежной заботы и поддержки (а также отчаянное стремление заполучить и контролировать объект) находят отражение в их сновидениях, сознательных фантазиях и разыгрываниях в анализе.

Как видно из приведенного ниже примера, эротические желания к женщинам-аналитикам обычно больше связаны с влечением к матери, а не к эдипальной, генитальной сексуальности, при этом оба влечения нередко актуализированы.

Случай г-жи Е.

Г-жа Е., дважды разведенная служащая, пришла на анализ с жалобами на пустоту, периодические приступы депрессии, а также с ощущением несостоятельности и бесцельности своего существования. Свою мать она охарактеризовала как «специалиста по тупости», марионетку в руках контролирующего и деспотичного отца. В юности она чувствовала себя отчужденной от родителей и искала поддержки среди слегка необщительных сверстников.

Несмотря на большое расстояние, которое г-же Е. приходилось преодолевать, чтобы добраться до аналитика, она редко пропускала сессии. Впрочем, оказавшись на кушетке, она быстро впадала в регрессивное состояние и молчала долгое время. Она говорила об ощущении безжизненности и бесформенности. Незначительные изменения аналитического сеттинга вызывали сильную тревогу и ярость на «незаботливого» аналитика. На втором году анализа по мере усиления регрессивного переноса пациентка рассказала несколько сновидений, в которых аналитик явно присутствовала. В большинстве этих сновидений г-жа Е. приходила на сессию, а аналитик либо отсутствовала, либо была занята. Вспоминая одно из сновидений, она сказала: «Странно... Все, что я помню, — это ваши груди». Вскоре после этого у г-жи Е. появилась по-

вторяющаяся фантазия о том, как она кладет голову на колени аналитика и успокаивается, пока аналитик гладит ее волосы. По мере углубления переноса она начала фантазировать о кормлении грудью.

Мужчины в анализе в подавляющем большинстве случаев не поддаются таким фузионным порывам, за исключением случаев крайних регрессивных состояний, при которых эти сильные желания могут проявиться. Фузионные желания вызывают то, что Роберт Столлер (Robert Stoller, 1985) назвал «симбиотической тревогой», страхом оказаться в состоянии сильнейшей зависимости и развить фантазию или желание слияния с объектом. Характерно, что материал переноса или разыгрывания в переносе возникают вследствие анального и регрессивного нападения на объект с целью предотвращения дальнейшей регрессии. Ниже приведен пример:

Случай доктора F.

Состоящий в браке доктор F. пришел на анализ с жалобами на нежизнеспособность и безрадостность в профессиональной и личной жизни. «Моя жизнь пресная, бесцветная, череда однообразий». Среднему ребенку из очень большой семьи, доктору F. не хватало как отцовской поддержки («он был хозяином, строгим и жестоким; никто не смел его ослушаться»), так и материнского тепла («она всегда была такой занятой ... ее единственной отрадой был сад»). Доктор F. научился подавлять любые «слабости», а также эффективно и последовательно учиться и выполнять домашние обязанности.

Первая часть анализа была посвящена его сильной эдипальной неприязни к «хозяину»; при этом аналитик рассматривался как союзник. По мере того, как представление о жестокоем «хозяине» начало ослабевать в его фантазиях, доктор F. начал регрессировать в переносе. Эротические темы, возникавшие в его сновидениях, были похожи на романтическую страсть юноши к взрослой учительнице. Генитальные сексуальные импульсы были смещены на женщин вне анализа. Поскольку перенос усиливался, возник «гнев и презрение» к женщинам, а сами сессии надолго стали молчаливыми. Регрессивные желания пациента и его ответные агрессивные импульсы по отно-

шению к аналитику нашли свое выражение в следующем сновидении: «Вы выглядите замкнутой и покорной. Я бью вас. Сначала гневно, а затем сексуально. Это был кошмар. Я проснулся. Я не мог долго заснуть, думая об этом гнев. Это не садизм... это месть: кто будет над кем властвовать?»

В анализе женщин женщинами безвыходное положение иногда возникает в ситуациях, когда аналитик слишком ослабляет аналитические границы. Этот тупик можно описать как разыгрывание в переносе и контрпереносе в виде затруднительного положения.

Важное клиническое и исследовательское замечание, связанное с гендерными различиями межличностных, а возможно, и внутренних границ, заключается в том, что определенные личностные расстройства преобладают у представителей разных полов. Речь идет о большей распространенности пограничного личностного расстройства среди женщин и нарциссического расстройства личности у мужчин (Akhtar & Thompson, 1982; Stone, 1989).

По мнению Кернберга (Kernberg, 1977, 1993), пограничное личностное расстройство (ПЛР), или пограничная организация личности, характеризуется постоянно меняющейся межличностной сферой в дополнение к – или, возможно, в связи с – диффузной внутренней сферой, недостаточной связностью в системе Я, а также использованием примитивных защит (расщепление, проективная идентификация и т.п.). Стоун (Stone, 1993) отмечал «повышенную чувствительность центральной нервной системы», считая ее основой для некоторых клинических проявлений ПЛР – гнева, пароксизмального характера аффектов (*affective storminess*), саморазрушительного поведения. Это может быть связано с повышенной проницаемостью, неустойчивостью как внутренних, так и внешних (межличностных) границ.

В недавно опубликованном исследовании (Burbiel, Finke, & Sanderman, 1994) приводятся результаты обследования большого количества пограничных пациентов, проведенного с помощью специального опросника, который оценивает нарциссизм и границы Эго («внутреннее и внешнее разграничение»). По сравнению с непограничными испытуемыми, в когорте пограничных границы были «недостаточными» (тонкими). «По существу, невозможно регулировать границы своего мира бессознательных фантазий. Пограничные пациенты не могут провести границу между собой и

другими людьми, группами и требованиями, возникающими в межличностных отношениях» (р. 9).

Обширные эпидемиологические и клинические исследования (Paris & Zweig-Frank, 1993) показали, что тяжелая, продолжительная или повторявшаяся ранняя эмоциональная травма, связанная с родительской жестокостью или инцестом, злоупотреблением родителями алкоголем или наркотиками, поставившим под угрозу центральную нервную систему, а также аффективные расстройства в истории семьи рассматриваются как факторы, предрасполагающие к развитию ПЛР. Аналогично и с тяжелой ранней эмоциональной травмой – она произошла в жизни людей с тонкими внутренними границами. Инцест, часто встречающийся в личной истории пациентов с пограничной патологией, очевидно, оказывает особенно пагубное влияние на развитие плотных внутренних и внешних границ. Как указывал Сеймур Паркер (Seymour Parker, 1976), для развития четкого и отдельного представления о себе индивиду необходимо участвовать в постепенно расширяющейся системе отношений. Без запрета на инцест невозможно существование в культуре, этот запрет наблюдается повсюду, во все времена и во всех социокультурных группах; он защищает границы и способствует формированию идентичности.

В этом контексте, как было сказано в главе 2, Тастин (Tustin, 1981), Ярив (Yariv, 1989) и другие обратили внимание на то, что жесткие, негибкие семейные границы, разграничивающие Я и других, могут представлять меньший потенциальный вред для развития ребенка, чем ситуации, в которых нет границ. Появившееся Я, которое не отличается от матери, отца или других одушевленных или неодушевленных объектов, обычно хаотично смешивается в личных ощущениях ребенка. Вероятно, в этих случаях развитие переходных объектов и переходного пространства, которые облегчают развитие игры и посредством которых происходит ее укрепление (Winnicott, 1953), оказывается под серьезной угрозой.

Если ПЛР чаще возникает у женщин, то нарциссическим личностным расстройством (НЛР) чаще страдают мужчины. Джон Гандерсон и Эльза Роннингстем (John Gunderson & Elsa Ronningstam, 1991) обнаружили недавно, что у пациентов с НЛР характерной личностной особенностью является ощущение собственной грандиозности (то есть необоснованная и нереалистичная переоценка собственных способностей и достижений, уникальность, непобедимость и превосходство). Для того чтобы это

ощущение собственной грандиозности возникло и укрепилось, необходима определенная непроницаемость – прочность межличностных границ. Вероятно, многие пациенты с НЛР не в состоянии воспринимать критику и неодобрение со стороны окружающих, а также не замечают оценок себя и своих достижений, сделанных другими людьми. Кроме того, благодаря хорошо установленным (в основном непроницаемым) межличностным границам, они могут сохранять ощущение собственной грандиозности, несмотря на отсутствие доказательств этого извне.

Здесь уместно вернуться к исследованию Лэндиза (Landis, 1970). Хотя он и не вводил гендер в качестве переменной в свое исследование, его результаты важны для осмысления того, почему у представителей разных полов преобладают разные личностные расстройства. Лэндиз отмечал:

Обобщая, можно сказать, что люди с преобладанием непроницаемости могут быть более проблемно-ориентированными или склонными продолжать действовать до тех пор, пока они не достигнут поставленных целей, в то время как людей с преобладанием проницаемости можно рассматривать как более погруженных в себя, а не проблемно-ориентированных или как более гибких при выборе замещающей цели (р. 134–135).

Не вызывает сомнений, что пограничные пациенты часто контролируют свое окружение и оказываются в центре семейных конфликтов, однако этот контроль осуществляется через дальнейшее разрушение межличностных границ и воссоздание хаоса, нередко наблюдаемого в семьях пациентов с пограничной организацией личности, а не с помощью механизмов дистанцирования или контроля окружающих.

Новые клинические данные, подтверждающие гендерные различия межличностных границ, привели к весьма неожиданным выводам в исследовании сновидений в контрпереносе (СВК) (Lester и др., 1989). Все члены Канадского психоаналитического общества прошли клиническое исследование, целью которого была проверка двух гипотез (предложенных Цвайбел (Zweibel, 1985)): (1) СВК указывают на нарушения в аналитических отношениях и (2) большая часть этих сновидений выступает в роли индикаторов, сигнализирующих о страхе или отрицании аналитиком потери компетентности. Полученные ответы (75% респондентов, приняв-

ших участие в исследовании) не подтвердили вторую гипотезу: не было обнаружено различий в частоте возникновения таких сновидений между начинающими и опытными аналитиками. Была обнаружена более или менее предсказуемая корреляция между усилением переноса и частотой СВК. Неожиданный результат исследования был связан с гендерными различиями явного содержания представленных для изучения сновидений. Мужчины-аналитики сообщили о большем количестве СВК, явное содержание которых было очевидно эротически-сексуальным. Явное содержание СВК женщин-аналитиков было связано преимущественно с вторжением анализанда в личное пространство аналитика: ее дом, офис, постель и т.п.

Клинически и экспериментально подтвержденные выводы о тонких межличностных границах у женщин подкрепляются недавними исследованиями психосоциальных различий у представителей разных полов. Исследования охватывают различия, описанные в разных областях, начиная от феминистских трудов (Jaggar, 1983) и работ, посвященных влиянию гендера на установление параметров науки и научного знания (Keller, 1985), до психологических исследований (Gilligan, 1982) и, наконец, последних изучений гендерных различий когнитивных функций (Bleier, 1991; Notman & Nadelson, 1991; Witelson, 1985).

В своей книге «Размышления о гендере и науке» Эвелин Фокс Келлер (Evelyn Fox Keller, 1985) исследует и убедительно доказывает маскулинный характер научной объективности западной науки. Келлер обращает внимание, что если Платон использовал гомоэротический союз как метафору знания (то есть знание как Эрос), то Бэкон рассматривал знание как гетеросексуальное завоевание (то есть знание равно силе). Келлер (Keller, 1986) пишет: «Вместо того, чтобы упрятать фурий с глаз долой под землю, современная наука, как и древние греки, стремится обнажить внутреннее пространство женщины, раскрыть его и таким образом полностью устранить его опасность» (р. 74).

Согласно Келлер, современная наука четко разделяет субъект (ученого, в основном мужчину) и объект (Природу, мать, женщину). Келлер считает, что потребность мужчины противопоставлять себя и отделяться от матери приводит к отвержению любого опыта слияния и отождествления между субъектом и объектом, поскольку это может ослабить границы между ними.

Известное исследование Кэрол Джиллигэн (Carol Gilligan, 1982) было проведено специально для изучения и выявления маскулинного характера психологии морали. Сделанные ей выводы ставят под сомнения выдвинутые ранее предположения (Lawtence Kohlberg, 1981)¹³, из которых следовало, что женщины не достигают высшего уровня морального развития и моральных суждений по сравнению с мужчинами. В ставшей известной книге «Другим голосом» (Gilligan, 1982) она указывает, что взгляды Лоренса Кольберга на моральное развитие основываются на абстрактных принципах, находящихся вне реальных событий жизни и, следовательно, не учитывают важность межличностных связей. Если при разработке используемых тестов это обстоятельство учитывается, то женщины демонстрируют очень похожую на наблюдаемую у мужчин силу моральных суждений. Исследование Джиллигэн наглядно свидетельствует о том, что для женщин большее значение имеет поддержание контактов и улучшение межличностных связей по сравнению с пониманием абстрактных принципов морального поведения. Полученные Джиллигэн результаты оказали большое влияние на пересмотр психоаналитических представлений о развитии морального сознания (Супер-Эго).

Как показывает обзор антропологических исследований Роберта Левина (Robert LeVine, 1991), половой диморфизм, основанный на взаимодействии биологических и социокультурных факторов, существовал и существует на всем протяжении исторического развития во всех обществах. Во всех культурах женщины должны заботиться о младенцах и детях, а также обеспечивать уход, гарантирующий их надлежащее функционирование в обществе. Такое разделение труда, несомненно, создает и ограничивает женские гендерные роли. Левин (LeVine, 1991) обращает внимание на то, что половой диморфизм становится заметным на ранних этапах жизни человека. Мальчики 3–6 лет во всех окружающих человека средах демонстрируют более агрессивное и драчливое поведение, тогда как в поведении их сверстниц наблюдается бóльшая общительность и близость.

¹³ Лоренс Кольберг выделил три уровня развития моральных суждений: предконвенциональный, конвенциональный и постконвенциональный. Последний из них характеризуется выработкой личных нравственных принципов, имеющих общечеловеческую широту и универсальность и которые могут отличаться от норм референтной группы.

Обнаруженные гендерные различия в поведении подтверждают то, что женщины больше нуждаются в поддержании контактов и общении в рамках той сети отношений, в которой они функционируют. Женщины в целом используют коммуникационный способ сбора информации, чувствительны к звукам и очень восприимчивы к голосу матери в младенчестве. Мужчины более успешны в выполнении пространственных тестов, в то время как у женщин наблюдаются ранние вербальные способности. Сандра Уайтлсон (Sandra Witelson, 1985) с соавторами предположила существование своего рода нейронного диморфизма, бóльшую специализацию полушарий (бóльшую латерализацию) у мужчин, однако это предположение вызывает много возражений (Bleier, 1991).

Рассматривая недавнее изучение младенцев, основанное на непосредственном наблюдении за ними, психоаналитические ориентированные исследователи Малка Нотмен и Кэрол Нейдлсон (Malkah Notman & Carol Nadelson, 1991) пишут следующее: «Наблюдаются в целом два разных паттерна для мальчиков и девочек. У новорожденных девочек с устойчивым состоянием системы, бóльшим пониманием внешнего мира, а также бóльшим вниманием при разглядывании и более частым использованием голоса, улучшается способность к связности с заботящимся о нем человеке» (р. 32). С учетом связанности (bonding) и привязанности (важных вех на первом году жизни) были выявлены значительные гендерные различия:

Повышенная возбудимость мужчин и их меньшая откликаемость на успокаивание делают перевозбуждение проблематичным для новорожденных мальчиков. С учетом того, что мужчинам свойственно менее устойчивое состояние системы, живое лицо матери и ее пристальный взгляд могут восприниматься как слишком возбуждающие. Это перевозбуждение может приводить к усилению нервозности, плача или неприятию такого визуального контакта (Notman & Nadelson, 1991, р. 32).

Таким образом, формирование связанности и привязанности может проходить с некоторой задержкой, а в некоторых случаях с серьезными затруднениями.

Как обсуждалось в главе 1, Федерн (Federn, 1952), возможно, был ближе всего к простому и четкому пониманию внутренних границ, несмотря на то что в его распоряжении были весьма ограниченные теоретические инструменты. Он описал внутреннюю границу как разделение между Эго и бессознательными фантазиями, желаниями и т.д. (то есть разделения между Эго и Ид) и между Эго и бессознательными сторонами Супер-Эго. Однако с учетом современных теоретических предпосылок такое понимание недостаточно объясняет природу и функцию внутренних границ, так, как их видят аналитики сегодня.

Отказ от структурной модели в психоанализе привел к концептуальному вакууму в отношении «психического аппарата». Теории объектных отношений, Эго-психология, интересубъективные модели – все они имеют дело прежде всего с вопросами взаимодействия. В современных психоаналитических трудах фокус сместился на изучение процессов взаимодействия в анализе и на определенные аспекты переноса и контрпереноса. В область исследования вошли и другие межличностные взаимодействия, а также ранние процессы развития и их связь с нарушениями когнитивных, аффективных и символических функций. В современных условиях бурного развития когнитивных нейронаук психоанализ сосредоточил свое внимание на клинических и других процессах взаимодействия. Именно в этих областях применяя психоаналитический метод, наблюдая и исследуя возникающие проблемы, психоанализ может способствовать разработке теории. В настоящее время уже невозможно опираться только на клиническое наблюдение при осмыслении мозговых и отдельных нейрофизиологических функций.

Как отмечалось ранее, Хартманн (Hartmann, 1991) обошел стороной психологическую концепцию Эго, предложенную Федерном, и говорил о границах «в мышлении». Однако при осмыслении границ Хартманн включил в определение слишком много, так что оно стало размытым. Когда Хартманн указал, что границы существуют на простом уровне входа нашего сознания, он обращался к перцептивной резкости или области зависимости-независимости (то есть способности сосредотачивать мышление или, если сказать точнее, обладать проблемно-ориентированным мышлением, а также способности оберегать эмоции от «засорения» мышлением).

Такой же ход мыслей заметен и в описании *синестезии* – «объединения ощущений разных сенсорных модальностей или, говоря более формально, возникновение образов одной модальности в ответ на ощущения, возникшие в другой» (р. 23). Он также затронул измененные состояния сознания, переход от мышления к переживанию, фантазиям и мечтам.

Развивая свою идею, Хартманн (Hartmann, 1991) писал, что защитные механизмы тесно связаны с границами. Так, например, вытеснение включает «отгораживание» от болезненных воспоминаний или беспокоящих импульсов (избегание их осознания), изоляция связана с отделением эмоций от мыслей, а интеллектуализация может усилить изоляцию, «возводя стену из слов и абстракций, что помогает избежать эмоционального и полного решения проблемы» (р. 39).

По мнению Мортон Рейзера (Morton Reiser, 1990), для облегчения процесса сенсорной регистрации информация из окружающей среды вначале разбивается на разные составляющие (размер, цвет, эмоциональная окраска и т.д.). Затем эти составляющие снова объединяются для последующего восприятия, хранения в ассоциативной зоне (коры головного мозга) и запоминания. В процессе повторного объединения новые перцепты (объекты восприятия) соединяются со смежными перцептами, уже хранящимися в ассоциативной зоне. Кроме того, эти связи находятся под влиянием как центров, расположенных в стволе головного мозга, которые участвуют в возбуждении и внимании, так и подкорковых структур, управляющих эмоциональными процессами. «Взаимосвязанные кортикальные и субкортикальные системы создают сложные нейронные сети, составляющие множественные проводящие пути циркуляции возбуждения, обратной связи и петли в петлях, которые организованы по принципу перекрывающихся процессов. Расчеты, необходимые для осуществления этих когнитивных функций, чрезвычайно сложны» (р. 132–133).

В рамках этой понятийной структуры развитие тонких или плотных внутренних границ может находиться под влиянием как биологических, так и средовых факторов. Так, например, среди испытуемых, всесторонне изученных Хартманном (1991) с помощью «Опросника границ», люди с определенной художественной чувствительностью обычно демонстрировали тонкие границы. Художественная чувствительность может происходить из врожденной сложности во взаимосвязи синапсов, хотя сама по себе такая

«сложность» недостаточна для создания высокохудожественных произведений.

Хартманн (Hartmann, 1991) также подтвердил существование гендерных различий в границах. Используя «Опросник границ» на большой выборке, команда Хартманна обнаружила, что в целом у женщин «границы значительно тоньше, чем у мужчин, – тоньше приблизительно на 20 пунктов» (р. 131). При разработке опросника были учтены как гендерные стереотипы, так и все остальные гендерные искажения и ограничения.

Существуют врожденные факторы, которые хотя и не определены как таковые, но могут оказывать влияние на развитие тонких или плотных границ. Хартманн (Hartmann, 1991) предположил, что такие нейромедиаторы, как норадреналин и серотонин, могут играть важную роль в «созревании» (уплотнении) границ в процессе развития. Он писал:

Я считаю, что увеличение общей активности этих двух аминов в коре, которое, грубо говоря, создает состояние, схожее с активным бодрствованием, имеет отношение к относительной плотности границ, тогда как снижение их активности, создающее состояние, больше похожее на фазу быстрого сна, связано с относительной тонкостью границ (р. 240).

Документально подтверждено, что клиническая депрессия связана с нарушением мозгового метаболизма этих аминов, а антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) помогают скорректировать это нарушение. Как показали результаты нескольких эпидемиологических исследований, депрессия чаще наблюдается у женщин, однако остается неясным, вызвано ли это врожденными факторами или формируется в результате социокультурного воздействия. Также обнаружено, что женщины чаще видят кошмарные сновидения, что может быть как врожденным, так и возникшим под влиянием средовых факторов.

Левин и другие (Levin et al., 1991) отметил: «Ряд недавних исследований показал, что, хотя периодические кошмарные сновидения сравнительно распространены, лишь небольшой процент общей непсихиатрической выборки страдает частыми приступами кошмаров, и, таким образом, у женщин чаще возникают кошмары по сравнению с мужчинами» (р. 63). Авторы, считающие, что эти

выводы могут быть весьма спекулятивными, выдвигают предположение, что «предсуществующее состояние тонких границ, связанное, например, с недостаточной или фрагментированной интернализацией репрезентаций самости и объекта... может облегчать доступ к первичным процессам мышления» (р. 72).

Если обратиться непосредственно к средовому влиянию, которое может быть связано с гендерными различиями в развитии внутренних границ, то нет клинических наблюдений и опубликованных исследований, доказавших существование таких факторов, по крайней мере в западных обществах. Ранняя сексуальная (эмоциональная) травма, оказывающая наиболее разрушительное воздействие на становление ребенка (Winnicott, 1960), играет особую роль в развитии тонких границ; хотя женщины чаще всего страдают от этой травмы, ее влияние на растущего ребенка мужского пола может быть не менее разрушительным.

Ранняя сексуальная травма (произошедшая в долатентный или ранний латентный период до того, как ребенок смог установить и развить связи с внешним миром) в большинстве случаев считается инцестуозной. Такой инцестуозный характер ранней сексуальной травмы оказывает в особенности разрушительное воздействие на развитие внутренних границ вследствие отсутствия границ и рамок в семье, а также из-за сокрытия и отрицания произошедшего, что приводит к возникновению у ребенка экстремального состояния ранней, глубокой спутанности и неуверенности в адекватности своего восприятия реальности.

Влиянию ранней сексуальной травмы на развитие ребенка посвящено много литературы (Arvanitakis, Jodoin, Lester, Lussier, & Robertson, 1993; Browne & Finkelhor, 1986; LeVine, 1991). В дополнение к нередко наблюдаемой взаимосвязи между ранней сексуальной травмой и пограничным личностным расстройством два часто описываемых симптома могут быть связаны со специфическим нарушением уплотнения внутренних границ. Речь идет о диссоциативных состояниях (нарушениях в ощущении собственного Я, пространства и времени), часто наблюдаемых у таких пациентов, а также об увеличении количества кошмарных сновидений.

Константинос Арванитакис с соавторами (Konstantinos Arvanitakis et al., 1993) указывает, что больше чем половину взрослых, переживших сексуальное насилие в детстве, часто преследуют

кошмарные сновидения. Специфическое содержание этих сновидений наводит на мысль о серьезном нарушении в развитии внутренних границ (Arvanitakis et al., 1993; McCarthy, 1994).

В одних кошмарных сновидениях ужас проявляется в образах распада тела или полного отказа телесных функций. Пациентка рассказала следующее сновидение:

Мой рот забит булавками. Они застряли в моих деснах, моих зубах. Я наклоняюсь вперед, чтобы выплюнуть их. Чем больше я выплевываю их, тем больше их там становится. Обычные булавки превращаются в английские булавки, а потом и в соединенные между собой скрепки для бумаги. Я продолжаю вытягивать их и неожиданно понимаю, что это мои кишки. Я вытягиваю их. Если я не остановлюсь, то умру. Я проснулась в ужасе (Arvanitakis et al., 1993, p. 578).

Пациент, чей отец неоднократно его совращал, увидел следующий сон:

Мое тело гниет. Я вижу свою голову. Она чернеет, становится цвета гнили... Я чувствую потерю во сне; я в отчаянии; все, что у меня есть, – это лишь душа... я – кто-то, не имеющий тела... границ. Меня нужно будет переносить в пластиковом пакете (p. 579).

В подробно описанном случае (McCarthy, 1994) аналогичное отсутствие границ и чувства надежности внутренней реальности наблюдалось в кошмарных сновидениях другого пациента:

В середине латентного периода [у пациента] было много сновидений, в которых поезда скрывались и появлялись из туннелей на огромной станции. Платформы были без номеров, часы на станции без циферблата и стрелок, поезда без машинистов, а на станции не было видно ни одной живой души (p. 6).

В еще одном повторяющемся сновидении, связанном с сильной тревогой, был «лунный ландшафт с каналами, которые заполнены мочой и калом... никого нет, полное опустошение» (p. 7).

Частота и содержание этих кошмарных сновидений может указывать на степень «неполноценности» (тонкости) внутренних границ. Нарушение самоидентичности, диссоциативные явления и всепроникающая тревога – частые симптомы раннего сексуального насилия – можно рассматривать как клинические проявления этой же «патологии границ». Симптомы, связанные с ранним сексуальным насилием, сильнее выражены у женщин вследствие того, что девочки чаще становятся жертвами инцеста, однако нельзя считать, что эти симптомы связаны прежде всего с гендером. С другой стороны, преобладание кошмарных сновидений у женщин может указывать именно на это.

На данном этапе нашего понимания этих вопросов мы можем сделать вывод, что гендерные различия в межличностных (внешних) границах (то есть их повышенная проницаемость у женщин) подтверждены достоверными клиническими и эмпирическими исследованиями. Мы считаем, что в этом участвуют как биологические, так и социокультурные факторы. Что же касается не столь четко определенной категории, такой как внутренние границы, в настоящее время нет неопровержимых доказательств в пользу существования гендерных различий.



Ранняя история нарушений границ в психоанализе

31 декабря 1911 года Фрейд в письме Карлу Юнгу написал на эту тему следующее:

Фрау С. рассказывала мне разного рода вещи о вас и Пфистере, если, конечно, можно назвать «рассказом» намеки, сделанные ей. Я делаю вывод, что никто из вас еще не достиг необходимой объективности в собственной практике, что вы все еще вовлечены, отдавая много себя и ожидая, что пациент даст что-то взамен. Разрешите мне как почтенному старому мастеру сказать, что такая техника однозначно неблагоприятна, и гораздо лучше оставаться сдержанным и воспринимающим. Мы не должны позволять нашим несчастным невротикам сводить нас с ума. Я думаю, что статья по «контрпереносу» нужна нам как воздух; но, конечно, мы не можем ее опубликовать. Мы должны распространить копии между собой (McGuire, 1974, p. 475–476).

Более чем 80 лет спустя представителям психоаналитической профессии приходится сталкиваться все с теми же вопросами отреагирования в контрпереносе и нарушений сексуальных границ. Однако в отличие от Фрейда большинство современных аналитиков согласно с тем, что обсуждение контрпереноса не должно оставаться в тайне. Наши журналы регулярно публикуют научные статьи, в которых открыто обсуждаются вопросы контрпереноса, возникшего в работе этого автора. Отреагирования в контрпереносе аналитика часто рассматриваются как неизбежное и полезное для аналитического процесса (Chused, 1991; Gabbard, 1994f; Jacobs, 1993a; Renik, 1993).

Тем не менее энтузиазм, связанный с концепцией отреагирования, исходит из предположения, что отреагирование является

частичным и аналитик может поймать себя на этом до того, как отреагирование приведет к грубому и неэтичному нарушению границ. Действительно, отреагирования занимают континуум от тонких изменений телесной позы до откровенно сексуальных отношений с пациентом. Более глубокие отреагирования, включающие значительное нарушение аналитических рамок, реже появляются на страницах наших журналов и в публичных докладах научных конференций.

Представление о профессиональных границах – это сравнительно недавнее приобретение психоаналитической практики. Фрейд и его первые ученики, разрабатывая психоаналитическую технику, действовали методом проб и ошибок. Большинство представителей кружка Фрейда настойчиво пытались определить технику и оказывались втянутыми в водоворот значительных нарушений границ. Как Фрейд писал Оскару Пфистеру (Oscar Pfister) в 1910 году: «Несомненно, перенос – это крест» (Meng & Freud, 1963, р. 39). В письме Фрейда Юнгу от 1911 года, приведенном в начале этой главы, говорилось, что концепция контрпереноса не была систематически разработана, вследствие чего многим аналитикам вначале не доставало твердых концептуальных рамок для понимания того, что с ними происходит.

Изучение нарушений границ в истории психоанализа является также изучением эволюции концепций переноса и контрпереноса. Как пишет Андре Хайнал (Andre Haynal, 1994), вопросы переноса, контрпереноса, а также оптимального уровня эмоциональной вовлеченности аналитика разрабатывались в контексте треугольников, включавших в себя нарушения границ. Во-первых, Фрейд был третьим лицом в отношениях Карла Юнга и Сабиньи Шпильрейн, и вскоре после этого его привлекли к разрешению сложных отношений между Шандором Ференци и Эльмой Палос (Elma Palos). Наконец, похожий треугольник возник, когда Фрейд анализировал Лу Канн (Loe Kann) – гражданскую жену Эрнста Джонса.

Недавняя публикация переписки Юнга, Ференци и Джонса с Фрейдом принесла удивительные открытия динамики, лежащей в основе нарушений границ в психоанализе. Эта переписка представляет интерес для аналитиков не только из-за своей исторической ценности или того, что такие сплетни щекочут им нервы; мы изучаем их в попытке понять фундаментальную уязвимость пси-

хоаналитической ситуации. Перефразируя Сантаяну¹⁴, можно сказать, что те, кто не изучает историю нарушения границ, обречены снова разыгрывать ее со своими пациентами.

В начале своей работы с истерическими пациентками Фрейд понял, что они часто влюбляются в аналитика и ожидают взаимных чувств:

В ряде случаев, в особенности когда речь идет о женщинах и исследуется раскрывающаяся последовательность их эротических мыслей, сотрудничество пациента становится личной жертвой, которая может быть компенсирована некой заменой любви. Беспокойство врача и его дружелюбие должны быть достаточными для того, чтобы стать таким заменителем (Breuer & Freud, 1893–1895, p. 301).

Как подчеркивал Лоренс Фридман (Lawrence Friedman, 1994), психоаналитическая ситуация подразумевает элемент соблазна. Ожидая любви, пациент вводится в заблуждение аналитиком, который может дать лишь неопределенную замену любви. Фридман признает тот факт, что точную природу этой замены все так же трудно определить.

Превратности любви или ее заменителей продолжали занимать Фрейда во время развития им психоаналитической техники. Признавая силу любви в переносе для поддержания вовлеченности пациента, он отмечал в письме Юнгу, что «лечение осуществляется любовью» (McGuire, 1974, p. 12–13). Чуть больше месяца спустя комментарий, содержащийся в протоколах Венского психоаналитического общества, вероятно, подтверждает эту точку зрения: «Наше лечение – это лечение любовью» (цит. по: Naunai, 1994, p. xxvi).

Необходимо отметить, что на рубеже веков понимание Фрейдом переноса не было достаточно развитым. При описании пациентки, которая хотела, чтобы Фрейд ее поцеловал, он отмечает, что такие желания возникают вследствие феномена переноса, который он относит к «ложной связи» (Breuer & Freud, 1895, p. 302). Это было первым появлением в работах Фрейда термина «перенос». Фрейд (Breuer & Freud, 1895) детально разработал эту идею в

¹⁴ Джордж Сантаяна (George Santayana, 1863–1952) – американский философ и писатель.

большом примечании к своему обсуждению фрау Эмми фон М. Здесь прослеживается достаточно ограниченный взгляд на перенос, а именно: когда бессознательная связь не ясна для пациента, то он вырабатывает сознательную или ложную связь для объяснения своего поведения. Идея о том, что любовь в переносе является, по сути, «фальшивой» или «ненастоящей», вновь появится спустя 20 лет в работе «Заметки о любви в переносе» (Freud, 1915b). Внимательное прочтение этой статьи позволяет предположить, что Фрейд несколько изменил свою точку зрения, признавая, что существуют «настоящие» аспекты любви в переносе в дополнение к возникающим из бессознательных связей со значимыми фигурами из прошлого пациента.

В попытке прояснить, является ли любовь в переносе тем же самым или чем-то иным, чем любовь за пределами аналитического сеттинга, Фрейд выражается несколько двусмысленно (Gabbard, 1994b; Schafer, 1993), и туманность в освещении этого вопроса остается и сегодня. Фрейд (1905a) в послесловии к случаю Доры признает, что перенос подразумевает повторное эротическое разыгрывание драмы прошлого. Если переживания прошлого были позитивны, то пациент в переносе будет внушаемым и сотрудничающим. Если они были негативными, пациент будет сопротивляться (Kerr, 1993).

Поскольку на Фрейда влияли такие фигуры, как Бернхайд, многие наблюдатели приходили к выводу, что он считает убеждение и внушение активными составляющими психоаналитического лечения. На самом деле, его позиция была несколько более сложной. Фрейд считал эротическое влечение истинным орудием исцеления, достигнутое посредством либо гипнотического внушения, либо психоанализа. В переписке с Юнгом он объясняет, что эротическое влечение пациента к аналитику вносит свой вклад в попытки пациента слушать и понимать интерпретации аналитика.

Фрейд, Юнг и Шпильрейн

Множество трудностей в осмыслении Фрейдом переноса, контрпереноса и концепции любви можно заметить в его переписке с Юнгом. В 1904 году Юнг анализировал свою первую аналитическую пациентку Сабину Шпильрейн на протяжении приблизительно двух месяцев (Kerr, 1993). После окончания анализа Юнг

и Шпильрейн установили рабочие отношения в его психологической лаборатории. Когда Шпильрейн стала студенткой-медиком, эта дружба стала более интенсивной. В разгар этой дружбы проводились нерегулярные интервью, что оживляло отношения между аналитиком и пациенткой. Спустя четыре года после начального двухмесячного лечения отношения Юнга и Шпильрейн переросли в бурный роман, кульминацией которого стали критические нападки и обида Шпильрейн на Юнга, когда он попытался закончить их отношения. Ее реакция на попытки Юнга завершить отношения обычна в таких случаях и была названа «травмой окончания» (Gutheil & Gabbard, 1992).

Отношения между Юнгом и Шпильрейн являются убедительной иллюстрацией того, почему многие романтические отношения «после окончания» представляют собой те же сложности, что и в процессе анализа. Хотя официально лечение закончено, область отношений, связанная с переносом и контрпереносом, продолжает жить собственной жизнью уже вне формальных рамок лечения. Эти феномены подробно обсуждаются в главе 8.

Переписка и другие оставшиеся документы не позволяют с уверенностью утверждать, вступали ли Юнг и Шпильрейн в сексуальные отношения. Однако подробности, «было или не было», не так уж важны в свете серьезных безграничных отношений, охарактеризовавших период после окончания анализа. Джон Керр (John Kerr, 1993) и Альдо Каротенуто (Aldo Carotenuto, 1982) реконструировали отношения Юнга и Шпильрейн достаточно точно, насколько это позволяла информация об их развитии.

Будучи первой пациенткой Юнга, Шпильрейн была для него особенной. Увлеченная Юнгом до безумия, Шпильрейн продолжала обучаться медицине и стала его ученицей и другом. Вскоре они стали считать себя родственными душами, связанными мистическими телепатическими связями. Юнг, интересовавшийся оккультизмом и парапсихологией, был убежден, что он и Шпильрейн могут понимать мысли друг друга без слов.

Примечательно, что Юнг явно избегал использовать термин *перенос* даже после появления работы Фрейда о случае Доры в 1905 году (Freud, 1905a; Kerr, 1993). Вместо этого он стал использовать термин *транспозиция* (перемещение). Психоаналитическая концепция переноса подразумевает смирение. Аналитику с неохотой приходится признать, что задействуются силы, выходящие за пределы его непреодолимого магнетизма. И если бы в этом кресле

сидел любой другой аналитик, возникали бы сходные чувства. Влюбляющиеся в своих пациентов и вступающие с ними в сексуальную связь аналитики часто верят в исключительность направленных на них чувств пациента и не могут вынести боль осознания того, что такие же сильные чувства могли бы быть направлены на кого-то еще (Gabbard, 1994f).

Керр (Kerr, 1993), анализируя психологические аспекты научных работ Юнга и Шпильрейн того времени, пролил свет и на другую сторону отношений между ними. Юнга занимал образ ужасных и деструктивных матерей. Вероятно, из-за сильной обиды на свою мать Юнг сконцентрировался на образе злой инцестуозной матери, которая была ответственна за мифологическое падение в пучину преисподней. Вместе с тем в работах Шпильрейн говорилось о неизбежности деструкции – спутника, неотделимого от любви. Как отмечает Керр, «два текста, его и ее, дополняют друг друга, как две половины забытого разговора» (1993, р. 333).

Тезис Шпильрейн, которым долгое время пренебрегали, заслуживает дальнейшего исследования. С ее точки зрения, сексуальность всегда несет в себе неявную угрозу растворения Я. С дарвинистской точки зрения, выживание вида важнее, чем нарциссическое инвестирование особи. Ее мнение о том, что сексуальность включает в себя растворение, частично основано на представлении, что целью сексуального акта может быть скорее слияние, чем удовольствие (эту гипотезу психоаналитические клиницисты часто подтверждают при исследовании сексуальных фантазий пациентов). Таким образом, Эго в некоторой степени должно сопротивляться сексуальности, и Шпильрейн предположила, что защиты против дезинтеграции Я чаще всего принимают форму внутренних образов смерти и разрушения.

Связи между сексуальностью и смертью на протяжении веков находили свое отражение в легендах (Тристан и Изольда), в разговорных выражениях (*la petite mort*, «маленькая смерть» – французское название оргазма) и в поэзии (поэзия Джона Донна). Однако конкретная связь, о которой говорит Шпильрейн, вероятно, имела особое значение в отношениях с ее бывшим аналитиком. Действительно, эти отношения почти разрушили карьеру Юнга и привели Шпильрейн на грань отчаяния. Юнг пытался найти рациональные основания для своего неэтичного поведения, объясняя в длинном письме матери Шпильрейн, что он никогда не брал у ее дочери плату за свои услуги:

Мне проще перестать быть врачом, поскольку я не чувствовал себя профессионально обязанным и я не брал плату... Однако врач знает свои границы и никогда не перейдет их, поскольку он *получает оплату* за свое беспокойство. Это налагает на него необходимые ограничения (Carotenuto, 1982, p. 94).

В другом письме он говорит матери Шпильрейн: «Я всегда говорил вашей дочери, что о сексуальных отношениях не идет и речи, и мои действия выражают лишь мои дружеские чувства» (Kerr, 1993, p. 207). Позже он описывал Фрейду свою переписку с фрау Шпильрейн как в чем-то «обман».

Многие современные случаи нарушений сексуальных границ аналитиками в чем-то подтверждают тезис Шпильрейн. Самым поразительным аспектом является самодеструктивность поведения аналитика, которая очевидна для всех, кроме самого аналитика. По-видимому, аналитик бессознательно разыгрывает мазохистический сценарий, связанный с детскими желаниями самопожертвования. Нередко эта фантазия включает в себя желание «уйти в сиянии славы», разыгрывая инцестуозные желания по отношению к родителям, а также подвергаясь возмездию и наказанию за запретное удовольствие. Вступление в сексуальные отношения с пациентом предлагает особую возможность для реализации этих мотивов. И хотя Юнг, заручившись, наконец, поддержкой Фрейда, выпутался из этой ситуации, Шпильрейн все равно продолжала чувствовать себя использованной и глубоко оскорбленной этими отношениями.

Фрейд, Ференци и Палос

Позже Фрейд стал свидетелем похожего развития событий, когда Ференци лечил Эльму Палос. До этого Ференци анализировал мать Эльмы, Гизеллу, замужнюю женщину, которая была его любовницей. Во время анализа Эльмы Ференци влюбился в нее и в итоге убедил Фрейда передать ему этот случай (Dupont, 1988; Naupal, 1994). За этим последовала поразительная череда нарушений границ. Фрейд регулярно сообщал Ференци о содержании психоаналитического лечения Эльмы и, в частности, держал Ференци в курсе о том, продолжает ли Эльма по-прежнему его любить. Также он посылал конфиденциальные письма Гизелле о Фе-

ренци. Наконец Ференци снова взял Эльму в анализ, однако все закончилось тем, что Эльма вышла замуж за американского поклонника, а Ференци в 1919 году женился на Гизелле.

Из переписки Фрейда и Ференци видно, что Фрейд считал эту ситуацию крайне неприятной и запутанной (Brabant, Falzeder, & Giampieri-Deutsch, 1994). В письме Гизелле Палос в 1911 году он приводит следующее наблюдение:

Главная сложность заключается в следующем: захочет ли она связать свою жизнь с ним, если скрывается тот факт, что прежде этот мужчина был любовником ее матери в полном смысле этого слова? И можно ли надеяться, что когда она узнает об этом, то примет и преодолет это, посчитав себя выше этого? (p. 320–321)

Фрейд не скрывал, что Ференци лучше выбрать Гизеллу. В переписке с Ференци Фрейд сделал ряд пренебрежительных комментариев, касающихся Эльмы, – например, что она испорчена щедрым вниманием своего отца, не способна любить и не стоит этого. Жудит Дюпон (Judith Dupont, 1994) объясняет, что этот отход от нейтральности отражает беспокойство Фрейда тем, что молодая жена и дети могли бы отвлечь Ференци от служения «делу» психоанализа.

Вероятно, у Ференци появилось некоторое представление о ситуации, когда он прервал лечение Эльмы и передал ее Фрейду. В новогодние дни 1912 года он замечает Фрейду: «Я должен был признать, что в этом случае речь идет не о браке, а о лечении болезни» (Brabant et al., 1994, p. 324). Позднее, 20 января этого же года, он пишет Фрейду следующее:

Конечно, я безусловно знаю, что бóльшая часть ее любви ко мне была отцовским переносом, который с легкостью возник бы и к другому объекту. Едва ли вы будете удивлены, что при этих обстоятельствах я также не считаю возможным далее оставаться в роли жениха (Brabant et al., 1994, p. 331).

Здесь уместно говорить о взаимосвязи между внутренними границами (то есть между репрезентациями самости и объекта) и эротизированным переносом Ференци. Он считал, что Эльма находится в психотическом или околопсихотическом состоянии, его

впечатляло очевидное слияние Я и объекта, а также ее откровенность с ним. Похожий феномен позже наблюдался в работе Юнга с Тони Вольф (Toni Wolff), однако глава, описывающая этот эпизод, была исключена из воспоминаний Юнга (Kerr, 1994).

Несмотря на эту запутанную ситуацию, Фрейд последовательно проводил анализ Ференци, состоявший из серии из трех встреч (некоторые из них происходили во время двух-трехнедельных каникул) в период между 1914 и 1916 годом. Более неформальный анализ проходил летом 1908 и 1911 года. Вероятно, у Фрейда были некоторые опасения, что введение аналитических отношений может повредить дружбе, и тем не менее он продолжал анализ (Naunai, 1994). Следующий анализ (мы намеренно используем этот термин) произошел после того, как Фрейд и Ференци вместе поехали в Америку читать лекции в Университете Кларка. На корабле они немного анализировали друг друга. По мнению Хэрольда Блума (Harold Blum, 1994), последующие периоды их аналитической работы следует рассматривать как «аналитические встречи». Фрейд писал Ференци письма, адресованные «дорогому сыну», в которых он предлагал проводить по две аналитические сессии в день и заодно вместе обедать. Таким образом, аналитические отношения происходили параллельно с другими, которые включали отношения учителя и ученика, близких друзей и попутчиков (Blum, 1994). Более того, Фрейд, вероятно, хотел, чтобы Ференци женился на его дочери (Naunai, 1994).

Справедливости ради следует сказать, что это размывание ролей друга и анализанда вызывала определенное беспокойство у Фрейда, когда он взял Ференци в анализ. И действительно, как показывает переписка между ними, Ференци оказывал существенное давление на Фрейда, чтобы тот взял его в анализ, и, наконец, Фрейд сдался, выразив сильное нежелание. С другой стороны, Фрейд анализировал Макса Эйтингтона (Max Eitingon) во время прогулок по улицам Вены, а Кату Леви (Kata Levy) во время летних каникул, которые он проводил в доме ее брата (Dupont, 1994). По всей видимости, Ференци начал анализ с ощущением горечи, скрытой под подобострастной лояльностью. В письме от 23 мая 1919 года он делает следующий комментарий Фрейду:

С тех пор, как вы отсоветовали меня от Эльмы, у меня появилось сопротивление против вашей персоны, которое не смог

преодолеть даже психоанализ и которое ответственно за все мои обиды. С этим бессознательным недовольством в сердце я, как верный «сын», оставил Эльму, последовав всем вашим советам, вернулся к своей нынешней жене и оставался с ней, несмотря на все бесчисленные попытки противоположного характера (цит. по: Dupont, 1994, р. 314).

После анализа у Ференци осталось недовольство Фрейдом, поскольку тот не проанализировал его негативный перенос. Фрейд в письме от 20 января 1930 года защищает:

Однако вы забыли, что этот анализ проводился 15 лет назад и в то время мы вовсе не были уверены в том, что такого рода реакция должна появляться во всех случаях. По крайней мере, я не был уверен. Только подумайте, принимая во внимание наши прекрасные отношения, как долго должен проходить этот анализ, чтобы в нем возникли враждебные чувства (цит. по: Dupont, 1994, р. 314).

В том же письме Фрейд признается, что анализировать человека, с которым ранее были установлены дружеские отношения, неблагоприятно: «Я заметил, что в том, что касается вещей, связанных с нашим анализом, вы отодвинули меня на позицию аналитика – роль, которую я никогда бы не взял на себя вновь по отношению к настоящему другу» (цит. по: Dupont, 1994, р. 314).

Несмотря на то, что Ференци отказался от своего желания жениться на Эльме, он продолжал вовлекаться в другие, столь же проблематичные формы нарушения границ. После разрыва с Фрейдом, испытывая глубокую горечь в связи с его «тренинговым» анализом, он начал экспериментировать с взаимным анализом. Каждую из четырех американских пациенток он анализировал в течение часа, после чего она час анализировала его. Записи в его дневнике того времени демонстрируют его замешательство, связанное с его собственной потребностью получить исцеление от своих пациентов: «Наша психика также более или менее фрагментирована и разделена на кусочки, и в особенности после того, как много либидо потрачено без какого-либо его поступления, она временами нуждается в возмещении от тех расположенных к этому пациентов, которые уже вылечены или находятся на пути к выздоровлению» (цит. по: Dupont, 1988, р. 13). Через несколько месяцев

после этой записи от 17 января 1932 года он прекратил взаимный анализ вследствие очевидных проблем с конфиденциальностью. Если он следует основному правилу говорить все, что приходит в голову, ему пришлось бы рассказывать каждой из них личную информацию других пациенток.

Другая форма, в которой нашло свое выражение желание Ференци быть любимым и исцеленным, – попытка предоставить пациентам ту любовь, которую не смогли им дать родители (Gabbard, 1992). Он считал своих пациентов жертвами реальных сексуальных травм и насилия и хотел восполнить этот ущерб. Его техника включала в себя поцелуи и объятия пациента как «нежной матери», которая «отказывается от всех соображений собственного удобства и, насколько это возможно, потакает всем желаниям и импульсам пациента» (Grubrich-Simitis, 1986, p. 272). Он вырос в семье со многими сиблингами и никогда не чувствовал, что получает от матери любовь, которую ему бы хотелось получать (Blum, 1994; Grubrich-Simitis, 1986). По мнению Ференци, она была жесткой и холодной, и таким образом он пытался дать своим пациентам то, чего он сам он не получил, когда был ребенком (Gabbard, 1992).

В ставшем известном письме от 13 декабря 1931 года Фрейд выражает свою растущую обеспокоенность техникой Ференци:

До сих пор мы в нашей технике считали, что пациентам следует отказывать в эротическом удовлетворении... там, где нет более явных удовлетворений, их роль на себя могут с легкостью взять более мягкие формы нежности. Некоторые независимые мыслители по вопросам техники могут спросить: «Зачем же останавливаться на поцелуе?» Конечно, можно пойти дальше и начать «приставать», что все же не приведет к появлению детей. Затем те, кто посмелее, пойдут дальше и начнут подглядывать и показывать, и вскоре мы включим в технику психоанализа весь репертуар полуцеломудренных вечеринок петтинга, что приведет к чрезвычайному росту заинтересованности в психоанализе как аналитиков, так и пациентов... Взирая на созданную им живую сцену, отец Ференци может сказать себе: «Вероятно, мне все-таки стоит до поцелуя перестать демонстрировать свою материнскую нежность» (Jones, 1957, p. 164).

Очевидно, Фрейд уже знал о хорошо известном явлении «скользящего пути», при котором нарушения границ, начинающиеся как незначительные и безобидные на вид, постепенно становятся более серьезными нарушениями, которые приносят вред пациенту.

Фрейд, Джонс и Канн

Фрейд был втянут в еще один безграничный любовный треугольник, начав анализ Лу Канн. Эрнст Джонс и Канн стали жить как супруги (хотя и не были официально женаты) вскоре после того, как встретились в Лондоне приблизительно в 1905 году. Вероятно, Канн пришла к нему вначале как пациентка, что следует из комментария Джонса в письме Фрейду: «Теперь я всегда буду знать о сексуальном влечении к пациентам; моя жена была моей пациенткой» (переписка Фрейда с Джонсом, 28 июня 1910 года, Paskauskas, 1993). Когда в 1908 году Джонс переехал в Канаду, Канн к присоединилась к нему.

Репутация Джонса в Канаде была запятнана слухами о том, что он рекомендует пациентам мастурбацию, отправляет молодых людей к проституткам и даже показывает пациентам порнографические открытки, чтобы стимулировать их сексуальные чувства. Бывшая пациентка угрожала обвинить его в сексуальных отношениях с ней, и Джонс заплатил шантажистке 500 долларов, чтобы предотвратить скандал. Он раскрывает некоторые детали этой ситуации Джеймсу Джексону Путнему (James Jackson Putnam) в письме от 13 января 1911 года (Hale, 1971), объясняя, что встречался с этой пациенткой четыре раза в медицинских целях, и ее заявление о том, что у них был сексуальный контакт, является ложью. Поскольку она также угрожала застрелить его, он находился под охраной вооруженного детектива. Джонс описывал эту пациентку как истерическую гомосексуальную женщину, которая, уйдя от него, пошла к другому доктору, женщине строгих моральных взглядов, в которую она влюбилась. Джонс намекал на то, что эта коллега поощряла его бывшую пациентку выдвинуть обвинения против него. Он чувствовал, что поступил глупо, заплатив шантажистке, и ситуация навредит ему вне зависимости от того, сделал он это или нет. Эндрю Паскаускас (Andrew Paskauskas, 1993) в примечании к переписке Фрейда с Джонсом предполагает, что

этой женщиной-врачом была Эмма Лейла Гордон (Emma Leila Gordon), крайне религиозная представительница Женского союза христианского воздержания, которая осуждала употребление алкоголя и распутную жизнь.

Беспокоясь о том, что он может потерять Канн, Джонс попросил Фрейда взять ее в анализ. Она страдала от некоторых соматических симптомов и морфийной зависимости. В 1912 году Канн и Джонс переехали в Вену, и Фрейд смог начать ее лечение. Фрейд был явно ею захвачен; он писал в письме Ференци от 23 июня 1912 года: «Я буду рад потратить на нее много Либида» (Haunsl, 1994). По мере продвижения лечения связь между Фрейдом и Канн становилась все сильнее, вплоть до того, что он пригласил ее провести Рождественский сочельник с его семьей (Appignanesi & Forrester 1992). Фрейд регулярно рассказывал Джонсу о ходе лечения, вероятно, не заботясь о конфиденциальности, так же как с Ференци во время анализа Эльмы. Фактически основной темой переписки Фрейда с Ференци были их параллельные наблюдения о проходившем у Ференци анализе Джонса и Канн.

Когда Джонс стал чувствовать себя все больше и больше исключенным из процесса (скорее со стороны Канн, чем Фрейда), он вступил в сексуальную связь со своей горничной Линой. Тем временем Фрейд подталкивал Канн в направлении Герберта Джонса (Herbert Jones), молодого американца, к которому ее тянуло (Appignanesi & Forrester, 1992).

Фрейд явно считал Эрнста Джонса сексуально импульсивным, и их переписка, относящаяся к тому времени, отражает его неодобрение поведения Джонса. В письме от 14 января 1912 года он говорит Джонсу: «Мне очень жаль, что вы не справляетесь с такими опасными и сильными желаниями, одновременно осознавая источник этих пороков, что снимает с вас практически всю вину, но не избавляет от опасности» (Paskauskas, 1993, p. 124). Паскаускас предполагает, что обозначение сильных желаний Джонса как «опасных» может отражать обеспокоенность Фрейда нарушением Джонсом сексуальными границ с пациентами. Паскаускас приводит цитату из письма Джонса от 1 апреля 1922 года о его анализе Джоан Ривьер: «Прошло 12 лет с тех пор, как я впервые испытывал подобное [сексуальное] влечение, и теперь это происходит при особых обстоятельствах» (Paskauskas, 1993, p. 364). Также показательно, что работы Фрейда по технике были написаны в этот же период, что дает возможность предположить, что

сделанный в них акцент на абстиненции и объективности мог быть вызван обеспокоенностью безграничным поведением его учеников (Barron & Hoffer, 1994).

Этические взгляды Фрейда

Фрейду было необходимо исполнять роль консультанта своих протеже-мужчин в отношении их женщин; он обнаруживал, что снова и снова неизбежно повторяет эту роль. Адам Филлипс (Adam Phillips, 1994) отметил, что Фрейд был весьма рад, что он мог справляться с теми женщинами, с которыми не мог справиться Джонс, а именно Лу Канн и Джоан Ривьер (Joan Riviere). Он также проявлял доходящее до снисходительности покровительство в отношении к Джонсу по этим вопросам.

Однако отношение Фрейда к сексуальным отношениям между аналитиком и пациентом не было столь определенным, как это может показаться из его переписки с Джонсом и писем Ференци 1931 года. Хотя Юнг ожидал сурового упрека за свою связь со Шпильрейн, Фрейд оказался удивительно понимающим и сопереживающим. Он писал Юнгу:

Хотя такие переживания болезненны, они необходимы и их сложно избежать. Без них мы не сможем по-настоящему узнать жизнь и то, с чем мы имеем дело. Я сам никогда не попадал в такую сложную ситуацию, но несколько раз подходил к этому очень близко и *едва избежал*. Полагаю, лишь суровая необходимость, влияющая на мою работу, и тот факт, что я был на 10 лет старше вас, когда пришел [в психоанализ], спасли меня от подобных переживаний. Однако значительный ущерб не был нанесен. Они помогают нам выработать в себе невосприимчивость, необходимую для контроля над «контрпереносом», который все равно остается нашей постоянной проблемой; они учат нас замещать наилучшим образом собственные чувства. Они – «неприятности, оказавшиеся благом» (McGuire, 1994, p. 230–231).

Фрейд был столь же терпелив, когда стало известно о сексуальных нарушениях Виктора Тауска (Kurt Eissler, 1983). Курт

Айсслер отмечал, что по контрасту с высокими этическими стандартами современного психоанализа Фрейд был, вероятнее всего, не так строг в том, что касалось перехода сексуальных границ. Как и Юнг, Фрейд возлагал на пациентов ответственность за переходы границ их аналитиков: «То, как эти женщины пытаются очаровывать нас всевозможным психическим совершенством, пока не добьются своей цели, – один из величайших спектаклей природы» (McGuire, 1974, p. 31). В этой ремарке четко виден подтекст, говорящий об отношении Фрейда к женскому Супер-Эго как к более слабому по сравнению с мужским. Несмотря на подобное осуждение женщин, Фрейд надеялся, что мужчина-аналитик будет обладать достаточной квалификацией, чтобы избежать этого соблазна (Eissler, 1983).

Возможно, Фрейд не считал, что этика имеет первостепенное значение для своей новой науки. В письме протестантскому священнику Пфистеру, который был практикующим аналитиком, Фрейд сделал следующий комментарий:

Этика далека от меня... Я не слишком ломаю голову над вопросами добра и зла, но в целом я обнаружил очень мало «хорошего» в людях. Мой опыт показывает, что в основном это вздор вне зависимости, придерживаются ли они той или иной доктрины или вовсе никакой... Если говорить об этике, то я придерживаюсь того высокого этического идеала, от которого большинство встречавшихся мне человеческих существ ужасно отклоняются (цит. по: Roazen, 1975, p. 146).

Несомненно, Фрейд скептически относился к способности использовать и сублимировать силу влечений. В своем письме Пфистеру он говорит о переходах границ как о неизбежных ошибках в развитии новой науки. В очередной попытке поддержать Юнга, потерпевшего фиаско со Шпильрейн, Фрейд в письме от 18 июня 1909 года проводит аналогию:

Принимая во внимание вещество, с которым мы работаем, невозможно избежать небольших лабораторных взрывов. Возможно, мы недостаточно наклонили пробирку или слишком быстро ее нагрели. Так мы узнаем, какая часть опасности от-

носится к самому веществу, а какая связана с тем, как мы с ним обращаемся (McGuire, 1974, p. 235).

Керр (Kerr, 1993) откровенно сомневается, что раскрытие отношений Юнга со Шпильрейн сильно беспокоило Фрейда. Керр указывает на то, что сексуальные отношения между аналитиком и пациентом очень часто возникали у первых учеников Фрейда. Вильгельм Штекель (Wilhelm Stekel) был хорошо известен как «соблазнитель». Отто Гросс (Otto Gross), считавший, что здоровым разрешением невроза является сексуальный промискуитет, участвовал в групповых оргиях, чтобы помочь другим людям избавиться от запретов (Eissler, 1983). Джонс женился на своей бывшей пациентке. Даже Пфистер, священник, был увлечен одной из своих пациенток. Керр (Kerr, 1993) подчеркивает, что несогласие с его теориями беспокоило Фрейда куда больше, чем переходы сексуальные границ.

Если смотреть на установки Фрейда более цинично, то в иерархии его ценностей продвижение психоанализа как клинической дисциплины и науки было гораздо важнее этических соображений. Недавнее обсуждение случая Фринка показало, что Фрейд охотно отказывался от своего запрета на сексуальные отношения аналитика и пациентки, если это шло на пользу делу психоанализа (Edmunds, 1988; Gabbard, 1994b; Mahony, 1993; Warner, 1994). Когда молодой американский аналитик Хорэс Фринк (Horse Frink) в 1921 году приехал к Фрейду на анализ, он рассказал, что безумно влюблен в одну из своих бывших пациенток Анжелику Бижур (Angelica Bijur). Фрейд поощрял Фринка развестись со своей женой и жениться на Бижур. Он также сообщил Бижур, что она должна развестись со своим мужем и выйти замуж за Фринка, чтобы избежать нервного срыва. Бижур была наследницей богатой банковской семьи, и Фрейд, очевидно, полагал, что брак между Фринком и Бижур может привести к крупным пожертвованиям в будущем, что будет способствовать делу психоанализа. В ноябре 1921 года он в письме Фринку делает следующий комментарий:

Позвольте мне превратить вашу идею о том, что мисс Б. [Бижур] утратила отчасти свою красоту, в то, что она утратит часть своих денег... Ваша жалоба на то, что вы не можете понять вашу

гомосексуальность, подразумевает, что вы еще не знаете о своей фантазии сделать меня богатым человеком. Если все будет в порядке, давайте заменим этот воображаемый подарок на реальный вклад в Психоаналитические фонды (цит. по: Mahony, 1993, p. 1031).

Последствия этого союза были, конечно, ужасающими, а поведение Фрейда несомненно достойно порицания. Махони (Mahony, 1993) комментирует исторические двойные стандарты, применявшиеся к Фрейду, и утверждает, что действия Фрейда должны рассматриваться в контексте тех стандартов, которые относились и к другим аналитикам. Когда пациент достигал инсайта, Фрейд охотно модифицировал свой принцип абстиненции (Noffer, в печати). Например, в письме к Ференци от 17 февраля 1918 года Фрейд замечает: «Позавчера пациент заплатил мне премию в размере 10 тысяч крон за избавление его от мазохизма, так что теперь я богатый человек в глазах своих детей и родственников» (цит. по: Brabant & Falzeder, в печати). Он также позволил своему бывшему анализанду Антону фон Фройнду (Anton von Freund) спонсировать издательство International Psychoanalytic Press.

Ретроспективная оценка

Оглядываясь на эти исторические события, их можно рассматривать как неизбежные боли при родовых схватках, сопровождающие появление на свет новой сферы деятельности. Личная и профессиональная жизнь переплетались всеми мыслимыми способами. Фрейд смешивал дружбу и анализ в лечении Мари Бонапарт (Marie Bonaparte), во время которого он раскрывал много личной информации о себе. Позже Бонапарт была на лечении у Рудольфа Лёвенштайна¹⁵, и, в конце концов, стала его любовницей (Appignanesi & Forrester, 1992). Джонс отправил Стрей-

¹⁵ Рудольф Лёвенштайн (Rudolf Loewenstein, 1898–1976) – французско-американский психоаналитик польского происхождения. Наряду с Эрнстом Крисом и Хайнцем Хартманном является одним из ярких представителей Эго-психологии. Занимал пост вице-президента Международной психоаналитической ассоциации (IPA) с 1965 по 1967 год.

чи к Фрейду на анализ и для последующих переводов его работ. Юнг несколько раз анализировал Трайгента Барроу¹⁶ на корабле. Лео Ренджелл (Leo Rangell, в печати) полагает, что значительную часть этих ранних нарушений границ следует рассматривать в историческом контексте того, как новая наука пыталась определить свои параметры, и они не должны быть показателями слабой техники или аморальности. Хотя эта точка зрения, несомненно, имеет свои основания, все же пионеры психоанализа в определенной степени понимали нежелательность таких пересечений. И Фрейд, и Кляйн знали, что они не должны были анализировать своих детей, и прилагали много усилий, чтобы скрыть эти факты. Возможно, первые аналитики чувствовали, что они достаточно пострадали при развитии новой науки, и считали себя «исключениями» из правил, которые применяются для всех остальных.

Какими бы ни были причины этого распространенного паттерна нарушений границ, вред был причинен; осложнения при родах могли оставить неизгладимый отпечаток на ребенке. Ранние переходы границ пионерами психоанализа в определенной степени придали форму новой профессии, и их следует рассматривать как наследство, оставленное будущим поколениям.

Один из основных аспектов этого наследства – отсутствие ясности относительно границ аналитической ситуации. Конечно, нарушения несексуальных границ гораздо более распространены, чем откровенные сексуальные отношения между аналитиком и пациентом. Анна Фрейд в зрелые годы признавала, что во многих аспектах отцовского анализа с ней она чувствовала, что ее эксплуатируют, включая то, что отец публиковал отчеты о ее сновидениях (Young-Bruehl, 1988). Кляйн приглашала анализандов поехать с ней в отпуск в Шварцвальд¹⁷, где она собиралась анализировать пациентов на кровати своего гостиничного номера (Grosskurth, 1986). Винникотт в течение многих часов держал руки Маргарет Литтл, когда та лежала на кушетке, и, по крайней мере, однажды нарушил конфиденциальность, когда он рассказал ей о другом пациенте, ко-

¹⁶ Трайгент Барроу (Trigant Burrow, 1875–1950) – американский психоаналитик, психиатр; автор концепции психодинамики; один из основателей Американской психоаналитической ассоциации (API), также являлся ее президентом с 1924 по 1925 год. Наряду с Джозефом Праттом и Полом Шилдером считается основателем группового анализа в США. Был первым американцем, который прошел анализ у К. Юнга в 1910 году.

¹⁷ Шварцвальд (нем. Schwarzwald) – горный массив на юго-западе Германии.

торого лечил, и о своих реакциях в контрпереносе на этого пациента (Little, 1990). Джуди Купер (Judy Cooper, 1993) сообщала, что, когда она была на анализе у Масуд Кана, он продолжал давать ей свои статьи и просить прочитать их. Не вызывает сомнений, что ожидание тренинг-аналитиков лояльности со стороны кандидатов, проходящих у них анализ, создавало много проблем с границами на протяжении всей истории психоанализа; в некоторых случаях дело доходило до того, что бывшие анализанды заботились о своих бывших аналитиках, достигших преклонного возраста.

Нарушения сексуальных и несексуальных границ были распространены среди аналитиков, которые оказали значительное влияние на развитие психоанализа в США. У Маргарет Малер были сексуальные отношения с Августом Айхгорном (August Aichhorn), который ее анализировал (Stepansky, 1988). Фрида Фромм-Райхманн (Frieda Fromm-Reichmann, 1989) влюбилась в своего пациента и вышла за него замуж. Утверждают, что у Карен Хорни был роман с молодым кандидатом, которого она анализировала (Quinn, 1987). Стивен Фарбер и Марк Грин (Stephen Farber & Marc Green, 1993) описывают историю ряда «звездных» аналитиков в Южной Калифорнии, проводивших безграничный анализ со своими звездными пациентами. Аналитики выступали в роли технических советников в фильмах, которые ставили их пациенты. Другие участвовали в написании сценариев вместе со своими пациентами. Третьи поощряли пожертвования пациентов различным фондам, с которыми был связан аналитик. Во всех случаях было общее размывание границ между аналитическими и социальными отношениями.

Исторически реакция психоаналитических организаций в США на нарушения границ была различной. Предписание большего анализа во многих случаях было решением при любом переходе профессиональных границ. Когда же предпринимались дисциплинарные меры, это часто вызывало такую обратную реакцию, что разоблачители и члены этического комитета чувствовали себя под атакой, вызванной их стремлением обеспечить соблюдение этических стандартов.

Один из таких случаев произошел в 1941 году, когда Григорий Зильбург¹⁸, видный член Нью-Йоркской психоаналитической

¹⁸ Григорий Зильбург (Gregory Zilboorg, 1890–1959) – американский психоаналитик и историк психиатрии украинского происхождения.

ассоциации, был обвинен в незтичном поведении писателем, проходившим у него анализ. Согласно обвинениям Зильбург вступил в двойные отношения со своим пациентом, которому он в дополнение к анализу давал и рекомендации по вопросам, связанным с работой. Зильбург ожидал, что за эти деловые консультации пациент будет платить ему 1000 долларов в месяц помимо того, что он получает за анализ (Farber & Green, 1993).

После исследования обвинений 9 из 12 членов комитета проголосовали за осуждение Зильбурга. Представив себя жертвой злобной травли со стороны коллег, Зильбург завоевал значительную симпатию. Когда этот же вопрос встал перед полным собранием Нью-Йоркской психоаналитической ассоциации, Зильбург угрожал преследовать в судебном порядке каждого члена организации, отдавшего голос за его осуждение. Карл Менненгер (Karl Menninger), бывший в то время президентом Американской психоаналитической ассоциации, в сочувственном письме в поддержку Зильбурга заявлял:

Конечно, как и любой другой аналитик, вы ошибались... Однако с другой стороны, когда пациент чувствует, что вы сделали ошибку, и убеждает одного или двух или полдюжину ваших коллег в этом, а затем один или двое из этих коллег продолжают расследовать это дело, жалуясь на ваши ошибки организованному научному сообществу и обвиняя вас в ложных, то есть преступных, намерениях, и когда это научное сообщество принимает такие жалобы серьезно, и прислушивается к ним, и обсуждает их в течение месяцев, – то, мне кажется, при этом происходит чрезвычайно серьезное нарушение хорошего тона, общественной политики, научных принципов и правил приличия. Произошедшее в Нью-Йорке может создать ряд весьма скверных прецедентов, и если бы вы даже сделали какие-либо ошибки (я не слишком верю в то, что вы их допустили, но говорю здесь об этом в сослагательном наклонении, поскольку считаю, что на самом деле неважно, допустили вы их или нет), это невероятный стыд и позор, что ваши предполагаемые ошибки были использованы вашими коллегами для выражения их личного недовольства вами. Привести пациента в научную организацию, чтобы он давал показания против врача, – это один из самых опасных и злостных прецедентов, которые я только могу себе предста-

вить, превосходящий все прочие медицинские прецеденты (Faulkner & Pruitt, 1988, p. 357).

Перед лицом угрозы судебного преследования и протестов коллег обвинения вскоре были сняты. Смысл слова «этика» в те дни часто подразумевал защиту своих коллег. Более того, другие аналитики беспокоились о том, что и против них могут выдвинуть обвинения пациенты, и никто не хотел столкнуться с такой перспективой.

Другая причина подчеркнуть важность исторического развития в области аналитических границ заключается в чрезвычайно мощном влиянии переходящей от поколения к поколению установки, касающейся концепции границ. В середине 1960-х годов тренинг-аналитик в одном институте был обвинен в неправомерном сексуальном поведении. Через 20 лет в том же городе два аналитика, которых он анализировал, были также обвинены в аналогичном нарушении. Слепые пятна в одном аналитическом поколении могут перейти в слепые пятна следующего. Однако наш акцент на историческом наследстве может оказаться проблематичным, если мы будем злоупотреблять им для обвинения наших аналитических родителей вместо того, чтобы обратиться к основным сложностям аналитической ситуации, не зависящим от времени и места.

Если аналитики предотвращают деструктивные разыгрывания, проявляющиеся в нарушениях границ, мы должны начать с психоаналитического понимания того, как возникают такие разыгрывания. Мы также должны расширить наше понимание влияния, которое эти нарушения оказывают на наших пациентов. Слишком долго институты и общества беспокоились о защите перешедшего эти границы аналитика – гораздо больше, чем о пациенте, который остался без аналитического лечения. Это наследство «системы однокашников» сейчас меняется благодаря проявлению большего внимания к страданию пациента и предоставлению ему адекватного возмещения.

Конечно, изложенная в этой главе история не полна. Ее всеобъемлющее рассмотрение заняло бы весь объем этой книги. Наше же намерение заключалось в том, чтобы описать мощный исторический контекст, который оказывал влияние на поколения аналитиков. Актуальность этих исторических событий станет очевидной из следующих глав, в которых мы обсудим то, как история повторяется.



Нарушение сексуальных границ

Нарушения профессиональных границ в виде сексуальных отношений между аналитиком и анализандом являются особенно тревожным примером того, насколько аналитику трудно не позволять собственным потребностям вмешиваться в аналитическую ситуацию. Как было сказано в главе 5 при обсуждении Ференци, многие выбравшие профессию психоаналитика или психотерапевта чувствуют себя недолюбленными в детстве. Они могут бессознательно надеяться на то, что, любя своих пациентов, они будут идеализированы и любимы в ответ. Таким образом, через работу с пациентами аналитики могут улучшать свою самооценку (Finell, 1985; Gabbard, 1995d). В стремлении удовлетворить потребности пациентов аналитики на самом деле могут удовлетворять свои собственные потребности. По замечанию Роберта Винера (Robert Winer, 1994), жажда исцелять и жажда быть исцеленным – «две стороны очень тонкой медали» (р. 186).

Сексуальная страсть даже вне рамок отношений аналитика и пациента по своей природе связана с переходом границ. Как подчеркивал Кернберг (Kernberg, 1977), переход границ Я является основой субъективного переживания трансцендентности в любовном акте. Для Кернберга парадокс сексуальной стороны любви состоит в том, что человек переживает выход за границы своего Я, идентифицируясь с объектом своей любви, и при этом одновременно сохраняет чувство своего Я как отдельного.

В случае сексуальных отношений между аналитиком и пациентом дополнительная граница нарушается. В пространстве переноса-контрпереноса аналитического процесса оба члена аналитической пары представляют собой запретные объекты, и таким образом сексуальные отношения между аналитиком и анализандом становятся символически инцестуозными. Другими словами, нарушение границ происходит между Я и запретным инцестуозным объектом. Как писал Фрейд в 1905 году, «отыскание объекта на

самом деле является нахождением его вновь» (1905b, р. 222). Эта формулировка, несомненно, одинаково справедлива как в отношении пациента, так и аналитика.

Хорошо известно, что среди пациентов, подверженных эксплуатации со стороны психотерапевтов, оказываются те, в истории которых был инцест (Feldman-Summers & Jones, 1984; Gabbard, 1994a; Kluft, 1989; Pope & Bouhoutsos, 1986). Отсутствие границ в детстве таких пациентов повторно разыгрывается в аналитическом сеттинге. В их опыте забота всегда переживалась как феномен, неразрывно связанный с сексуальностью. Многие из них могут быть охарактеризованы как люди с «тонкими» границами, согласно мнению Хартманна (Hartmann, 1991), обсужденному в главе 3. Они соответствуют концептуальным представлениям Хартманна о текучести и недостатке спаянности Я (многие страдали пограничным личностным или диссоциативным расстройством), открытости и уязвимости в социальной сфере, а также полном отсутствии прочных защит. Внутреннее различие между Я и другими, как и между фантазией и реальностью, может быть для них затруднено, ибо к ним относились как к расширению чьего-либо тела, которое удовлетворяло того, кто заботился о них. Несмотря на то, что никогда нельзя обвинять пациента в нарушении этики аналитиком, такие пациенты часто сознательно или бессознательно сообщают аналитику, что не что иное, как повторение исходных инцестуозных отношений, будет для них полезным.

Хотя обсуждение нарушений сексуальных границ в общем предполагает, что переход межличностных границ уже произошел ранее при вступлении на «скользкий путь», внутренние границы между репрезентацией самости и объекта при этом разрушены. Задолго до того, как произошел первый физический контакт между аналитиком и пациентом, аналитик начинает ощущать особое родство с пациентом. Часто пациент рассматривается как «родная душа», который удивительным образом похож на аналитика или способен к полному пониманию его. В описанном в главе 5 случае Юнга и Шпильрейн и аналитик, и пациент могут уверовать в то, что могут даже знать о мыслях друг друга, не проговаривая их вслух. Эта фантазия о телепатическом взаимодействии отражает раннее размывание границ внутриспсихического объекта самости, которое происходит до момента нарушения профессиональных или внутриличностных границ.

Официальный психоанализ уже давно пытается разработать эффективные меры в ответ на сексуальные отношения между аналитиками и их пациентами. Институты и профессиональные организации часто оказываются парализованными, когда один из главных специалистов психоаналитического общества оказывается под обвинением, а проводящие это расследование находятся под влиянием переноса, оставшегося к этому специалисту, в прошлом их аналитику, супервизору или преподавателю. В некоторых случаях сопротивление такому расследованию приобретает форму предположения, что подобные нарушения являются проблемой лишь для горстки «неполноценных профессионалов», которых часто считают химически зависимыми или психопатичными. Таким образом, аналитики успокаивают себя, создавая удобный сценарий «мы–они», считая, что те, кто занимается сексом с пациентами, не имеют к ним никакого отношения, и временно снимая тревогу о возможности подобных разыгрываний ими самими. Психоаналитики, которые разделяют мнение о сложности и сверхопределенности характера отношений между людьми, неожиданно становятся поразительными упрощенцами, когда сталкиваются с коллегой, вступившим в сексуальные отношения с пациентом.

Все, кто подробно изучал это явление, обнаружили обескураживающую истину: каждый из нас потенциально уязвим для разного рода перехода границ, в том числе сексуальных, с нашими пациентами (Gabbard, 1994a, 1994b; Margolis, 1994; Schoener, Milgrom, Gonsiorek, Luerker, & Congroe, 1989). Ни личный анализ, ни годы психоаналитического тренинга не могут застраховать от подобных катастроф. Многие из самых известных аналитиков как однократно, так и в течение долго времени вступали в сексуальные отношения с пациентами, а некоторые заключали брак с этими пациентами. Ни один институт или общество не защищено от подобных трудностей – в большинстве из них хранятся «семейный тайны» о подобных поступках их выдающихся членов. Шкафы наших психоаналитических институтов полны скелетов (Gabbard, 1994c).

Секс между аналитиком и пациентом – сложное явление, заслуживающее глубокого исследования. Оценка и работа с аналитиками, имевшими сексуальные отношения со своими пациентами, вскрывает различные психодинамические аспекты, связанные с этими действиями. Точно так же разные специалисты очаровываются пациентами в разные периоды своей жизни по бесчисленному количеству причин. Хотя большинство случаев связано с серь-

езными проблемами в контрпереносе, наиболее вопиющие примеры вовсе не связаны с ними. Хищнический и эксплуатирующий мужчина-аналитик с тяжелой нарциссической патологией может просто считать привлекательную пациентку возможным сексуальным партнером и вести себя соответствующим образом. Сходно с этим то, что, хотя многие пациенты и пережили инцест, гораздо больше не сталкивались с этим. Согласно исследованию (Pore & Vetter, 1991), только 32% пациентов, имевших сексуальные отношения со своими терапевтами, были жертвами сексуального насилия в детстве. Сексуальные отношения между аналитиком и пациентом, как и все другие характерные реакции, определяются множеством факторов.

Психоанализ продемонстрировал замечательную способность минимизировать вред, причиненный пациентам вследствие сексуальных отношений с их аналитиками. Несмотря на фрейдовское предостережение (1915а), что «это будет великая победа [для пациента], но полный провал лечения» (р. 166), многие аналитики на протяжении многих лет понимали его замечание так, словно если кто-то влюбляется в пациента, то анализ нужно завершить, а после этого можно начать любовные отношения. Коллеги, которые знают об этом исходе, часто допускали развитие этих отношений, проявляя поразительное безразличие. Фрейд был прав, утверждая, что у таких пациентов возникают серьезные проблемы в последующем аналитическом лечении. Их способность верить, что следующий аналитик будет укреплять аналитическую рамку и создавать безопасное пространство для исследования желаний и фантазий, находится под серьезной угрозой. Тем не менее коллеги, которые слышали о таких отношениях, часто лишь качают головой и просто замечают, что «плоть слаба». Многие другие разделяют мрачный пессимизм фрейдовского «Недовольства культурой» (1930) и говорят о сокрушительной мощи инстинктов (Gabbard, 1994с).

Любовь, конечно, никак не связана с этическим соображением по поводу секса между аналитиком и пациентом, однако многие аналитики оправдывают такое поведение, ссылаясь на то, что это «настоящая любовь». Так, например, Маргарет Малер говорила, что она и ее аналитик Август Айхгорн¹⁹ были «влюблены друг

¹⁹ Август Айхгорн (August Aichhorn, 1878–1949) – австрийский аналитик, один из основателей психоаналитического обучения, автор работы (*Verwahrloste Jugend* / «Несовершеннолетний, проявляющий непослушание», 1925) о малолетних правонарушителях, с которыми он работал; первый аналитик Хайнца Кохута.

в друга, что делало невозможными классические отношения между аналитиком и анализандом» (Stepansky, 1988, p. 68). Фрида Фромм-Райхманн пишет, что она была ошарашена своим анализандом: «Понимаете, я начала анализ Эриха, а затем мы влюбились друг в друга, и поэтому мы прекратили его. Как много смысла в этом было!» (p. 480).

Хотя и не вызывает сомнений то, что эти чувства точно передают субъективные ощущения участников, подразумевается, что «настоящая любовь» так или иначе отличается от любви в переносе или контрпереносе (Gabbard, 1994d). Чарльз Бреннер (Charles Brenner, 1982) подчеркивает, что любовь в переносе несущественно отличается от романтической любви вне аналитического сеттинга (конечно, за исключением случаев, когда первая анализируется).

Эта ситуация осложняется тем, что пациент, являющийся объектом любви своего аналитика, может ощущать себя чрезвычайно особенным. И действительно, Малер в своих мемуарах делает заявление, иллюстрирующее это:

Взяв меня под свое крыло и пообещав мне вернуть благосклонность Венского психоаналитического общества, Айхгорн укрепил мое представление о себе самой как об «исключении», но на этот раз в полностью положительном смысле, по сравнению с негативным смыслом, привитым г-жой Дойч. Находясь под аналитической заботой Айхгорна, я стала кем-то вроде Золушки, объектом любви Принца (Айхгорна), завоевавшего благосклонность прекрасной мачехи (г-жи Дойч). В то же время мое аналитическое лечение с ним лишь повторило мою эдипальную ситуацию еще раз (Stepansky, 1988, p. 68).

В этом пронизательном наблюдении Малер ощущение себя особенной и исключительной является, в конечном счете, пирровой победой для пациента, поскольку оно представляет собой исполнение эдипальных желаний, которых миновало аналитическое понимание и проработка. Нередко пациенты, имевшие сексуальные отношения со своим аналитиком, не признают себе в том, что они были обмануты, и испытывают обиду до тех пор, пока эти отношения не завершатся. В этот момент у них может

возникнуть сильнейшая ярость, что часто приводит к разнообразным последствиям – от самоубийства до судебного разбирательства. Как и многие жертвы инцеста, они часто обвиняют себя за развращение аналитика, а значит, и страдают от глубокого чувства вины и стыда.

Этические нормы созданы для того, чтобы избежать ситуаций, в которых существует *возможность* для причинения вреда. Даже в случайных ситуациях, в которых причинение вреда труднодоказуемо, накопленные данные о сексуальных отношениях между терапевтом и пациентом дают веские основания считать, что они наносят ущерб. Мартин Уильямс (Martin Williams, 1992) пришел к выводу, что, хотя эти исследования и не без изъянов, безусловно, есть достаточные доказательства, позволяющие создать этические нормы, которые запретят подобные отношения.

Нарушения сексуальных границ аналитиками могут приобретать различные формы. На одном конце спектра изнасилование, с применением физической силы, пациента, находящегося либо под действием препаратов, либо в полном сознании, а также крайне первертные действия сексуального характера, включающие унижение пациента. На противоположном конце спектра – неправомерное сексуальное поведение, совершаемое в устной форме. Один терапевт-мужчина сказал своей пациентке, что она настолько сексапильна, что он не может сдерживать свою эрекцию при ней. Другой аналитик во всех подробностях рассказал своей пациентке о собственных мастурбационных фантазиях, связанных с ней. Между этими полюсами находятся разнообразные переходы границ, происходящие при различной степени взаимного согласия и включающие в себя такие проявления, как оральные секс, ласки груди и гениталий, страстные объятия всего тела, разной степени раздевания, а также введение предметов в естественные отверстия тела. Хотя большая часть этих случаев происходит в отношениях терапевтов-мужчин и их пациенток, распространены все четыре гендерных типа отношений. При исследовании 2000 случаев сексуальных отношений между терапевтом и пациентом Гарри Шоенер с соавторами (Gary Schoener et al., 1989) обнаружил, что приблизительно 20% из них были связаны с терапевтами-женщинами, а 20% случились в однополых парах.

Поскольку сексуальные отношения между аналитиком и анализандом – многосложный феномен, мы представляем логически полезную психодинамическую типологию аналитиков, нарушивших сексуальные границы, которая осветит основные психологические проблемы, возникающие в подобных ситуациях. Наблюдения и выводы, сделанные в этой главе, основаны в значительной степени на опыте одного из авторов (Gabbard) по оценке и работе с более чем 70 случаями, в которых терапевты вступили в сексуальные отношения со своими пациентами. Мы также надеемся, что внимательное изучение этих специалистов поможет дальнейшему развитию превентивных методов. Большинство аналитиков и других психотерапевтов, вступивших в сексуальные отношения со своими пациентами, подпадают под одну из четырех категорий расстройств: (1) психотические расстройства; (2) хищническая психопатия и парафилии; (3) тоска по любви или (4) мазохистическая капитуляция (Gabbard, 1994a, 1994b).

Разрабатывая эти категории, мы хотели подчеркнуть, что они не должны быть строго определены или рассматриваться как имеющие строгие границы. Некоторые специалисты обладают расстройствами из разных категорий, а отдельные терапевты не подпадают ни под одну из этих категорий. Мы также подчеркиваем необходимость *понимать* наших коллег и помогать им, вместо того чтобы списывать их со счетов как преступников, которых необходимо изолировать и лишать лицензии. Поскольку все больше штатов считают сексуальные отношения между терапевтом и пациентом противозаконными, их послание, по-видимому, заключается в том, что лечение и понимание должно быть отодвинуто на задний план по сравнению с осуждением и лишением свободы. Мы не говорим о том, что дисциплинарные меры не должны применяться. Однако только гуманная реабилитация, основанная на понимании отдельного специалиста и идущая рука об руку с любыми дисциплинарными мерами, может считаться уместной. Мы вернемся к этому вопросу в главе 10.

Психотические расстройства

Редко можно встретить специалиста, вступившего в сексуальные отношения с пациентом в результате по-настоящему психоти-

ческого расстройства. Иногда маниакальный эпизод биполярного аффективного расстройства является причиной чувства всемогущества, испытываемого специалистом в связи с его властью исцелять других через любовь и сексуальные отношения. Органические мозговые нарушения психотического порядка, часто связанные с поражением лобных долей, могут иногда быть связаны со случаями неправомерного сексуального поведения. Когда эти тяжелые расстройства играют роль в нарушениях сексуальных границ, такой специалист обычно проявляет себя психотически и в других ситуациях, вызывая тем самым сильную тревогу у коллег и членов семьи. Хотя такие случаи достаточно редки, мы не собирали систематизированных данных о таких пациентах и они не входят в основной фокус нашего исследования.

Хищническая психопатия и парафилии

В категорию хищнической психопатии (*predatory psychopathy*) мы включаем не только настоящие асоциальные личностные расстройства, но также и тяжелые нарциссические личностные расстройства с выраженными асоциальными чертами. Другими словами, сексуальное *поведение* является здесь хищническим и психопатическим. Несмотря на то, что среди специалистов, страдающих парафилиями или перверсиями, не все являются хищническими психопатами, те из них, кто реализует свои первертные импульсы с помощью *пациентов*, обычно обладают серьезными нарушениями Супер-Эго, которые связаны с патологией характера нарциссически-асоциального спектра.

Среди таких специалистов в основном встречаются мужчины, которые проявляли хищническое сексуальное поведение на протяжении всей жизни. Хотелось бы думать, что психоаналитические институты и учреждения, обучающие специалистов по психическому здоровью, не принимают таких людей в свои ряды, однако факты, приводящие в замешательство, свидетельствуют о том, что такие хищнические клиницисты не редкость. В действительности, поскольку от их злоупотребления страдает много разных людей и их поступки носят аномальный и садистический характер, информация о таких нарушениях сексуальных границ несоразмерно представлена в средствах массовой информации. В тренинге у этих аналитиков часто возникают ситуации, в которых они разными

способами показывают себя с нечестной и неэтичной стороны. Часто находится человек, который хочет положить этому конец и исключить такого специалиста из тренинга, но кандидат не позволяет это осуществить, находя адвоката, грозящего подать в суд, если его исключат из программы. Многие из них очень хорошо разбираются в правовой системе, и им нередко удается избежать серьезных правовых и этических санкций. Тренинговые комитеты, запуганные угрозой судебного разбирательства, могут пойти по пути наименьшего сопротивления и сертифицировать такого специалиста, надеясь, что он будет практиковать в другом штате.

Другой хищнический вариант – тяжело нарциссичный аналитик, достигающий максимальных высот своего профессионального развития. Он может занимать ответственные посты в местных, национальных или международных организациях. Его труды могут получить международное признание, а его самого могут уважать как преподавателя. Лесть, которую он слышит, отравляет его настолько, что он начинает верить, что отличается от других и превосходит их. Укрепив свою грандиозность, он начинает считать свое безграничное поведение приемлемым просто потому, что он такой. Обычные нормы этики не относятся к нему. Благодаря занимаемому им положению он может выйти сухим из воды там, где остальные не могут. У него нет сожаления о сексуальных отношениях с пациентами, поскольку он верит, что им очень повезло, когда он снизошел до секса с ними.

После того, как злоупотребления сексуального характера становятся известными, многие коллеги вспоминают об аналогичных и проигнорированных ими ранее случаях, на которые следовало обратить внимание. Коллеги часто находятся в сговоре с всемогуществом аналитика, восхищаясь его «неортодоксальной» гибкостью в те моменты, когда он кичится творческим использованием методов или интервенций, которые выходят за пределы обычной аналитической техники. Такая идеализация более опытных коллег может создать ситуацию, напоминающую сказку «Новое платье короля», в которой обычно умные аналитики отрицают или рационализируют то, что видят воочию.

Аналитики или терапевты, которые оказываются в этой категории, относятся к пациентам как к объектам, используемым ими для своего удовлетворения. Поскольку они не отягощены эмпатией или заботой о жертве, они не испытывают большого сожаления или вины из-за того вреда, который они могут причинить пациен-

ту. Во многих случаях патологии нарциссического характера аналитик кажется обаятельным и способным профессионально функционировать в разных сферах, однако большие пустоты его Супер-Эго делают возможным безнравственное поведение, которое не сопровождается муками совести. При более серьезных формах психопатии наблюдаются обширные нарушения в развитии Супер-Эго, возникающие вследствие грубого нарушения интернализации в детстве. Некоторые из этих специалистов сталкивались в детстве с грубым пренебрежением или насилием, и единственная известная им форма связи с объектом – это формирование садистических связей с другими посредством разрушения и властвования (Meloy, 1988).

Случай доктора Г.

Доктор Г., 48-летний аналитик, был обвинен в неправомерном сексуальном поведении, после того как шесть пациенток пожаловались на то, что он занимался с ними сексом. Каждая из них описала похожую схему развития этих отношений. Вначале с женщинами, которые жаловались на большие трудности в личных отношениях, он был теплым и понимающим. После нескольких недель терапии или анализа доктор Г. говорил, что основной проблемой пациентки является неспособность доверять мужчинам. Он говорил: «Вероятно, вы не сможете мне довериться настолько, чтобы снять свою блузку». Когда пациентка с негодованием отвечала, что она, конечно, не будет раздеваться перед ним, он отвечал: «Вот видите, именно это я и имел в виду».

С большим обаянием и убедительностью он продолжал сексуальное преследование пациентов, по-разному говоря примерно следующее: «Если вы не можете доверять *мне* настолько, чтобы заняться сексом со мной, то как же вы сможете когда-либо доверять мужчинам за пределами терапии? Эти отношения – безопасное место для изучения вашей сексуальности и трудностей, связанных с доверием. Вам придется где-то начинать». Таким образом, со временем он ослаблял сопротивление пациенток относительно сексуальных отношений с ним. Когда же они окончательно соглашались с его попытками начать отношения, он просил их рассказывать самые страшные сексуальные фантазии. После чего разыгрывал их с пациентками, помогая им «прорабатывать» страхи.

Вначале он отвергал все обвинения. Однако после лишения лицензии на осуществление практики признал, что в этих жалобах была правда, при этом он был категорически не согласен назвать это нарушением. Он утверждал, что все сексуальные отношения происходили по согласию и что женщины получили пользу, занимаясь сексом с ним. Он вообще не высказывал никакого раскаяния и откровенно высмеивал любые предположения, касавшиеся причиненного им вреда.

Изучение его биографических данных показало, что его могли исключить из психоаналитического института, в котором он обучался, однако один из супервизоров выступил в его защиту и привел доводы в пользу его дальнейшего тренинга. Как часто бывает в таких случаях, ему был рекомендован дополнительный анализ, который доктор G. прошел.

В подавляющем большинстве таких нарушений участвует мужчина-специалист и его пациентка. Однако известны также случаи, в которых женщины-терапевты соблазняли своих пациенток и вовлекали их в разлагающие и садистически-унижающие сексуальные отношения (Benowitz, 1995). Гомосексуальные или бисексуальные хищнические мужчины-терапевты также могут соблазнять пациентов своего пола (Gonsiorek, 1989).

Тоска по любви

Большинство аналитиков, вступивших в сексуальные отношения со своими пациентами, относятся к этой категории. Выявлено несколько характерных особенностей у тоскующих по любви аналитиков, включая выраженную нарциссическую уязвимость, при которой, однако, Супер-Эго обладает большей интеграцией по сравнению с обычными хищническими психопатами (Gabbard, 1991a, 1994d, 1994g; Twemlow & Gabbard, 1989). Обычный сценарий для мужчины-аналитика таков: специалист средних лет страстно влюбляется свою пациентку намного моложе него. Эта страстная влюбленность обычно возникает в период сильного стресса, произошедшего в жизни аналитика. Стрессором может быть развод, разлука, болезнь ребенка или супруги, смерть членов семьи, разочарование в собственном браке или работе.

Такие специалисты могут также быть и профессионально изолированными. Они могут практиковать в одиночку, и фактически

все их контакты с людьми с раннего утра и до позднего вечера сводятся к общению с пациентами. Если эмоциональные и сексуальные потребности аналитика не удовлетворяются вне терапии поддерживающим и любящим партнером, он может начать искать их удовлетворения у пациентов. Нарушение сексуальных границ может стать последним этапом скатывания на «скользящий путь», которое начинается с рассказа о своих проблемах пациентам на сессиях. Такая подача себя как нуждающегося и уязвимого может вызвать у пациента желание позаботиться об аналитике.

Хотя нарциссические проблемы и выражены у тоскующих по любви аналитиков, их нарциссическая уязвимость может быть скрыта под достаточно хорошим функционированием и социальной поддержкой до тех пор, пока в их жизни не случится серьезный кризис. В других случаях нарциссическая уязвимость, облаченная в аналитические одежды, может быть видна коллегам и друзьям на протяжении многих лет. Среди нарциссических проблем тоскующих по любви терапевтов – отчаянная потребность в подтверждении со стороны пациентов, жажда быть любимым и идеализированным, а также склонность использовать пациентов для регуляции собственной самооценки. У некоторых из них могут наблюдаться даже пограничные черты, характеризующиеся тенденцией к быстрой идеализации партнеров и импульсивному разыгрыванию чувств страстной влюбленности. Говоря о тоске по любви вне рамок нарушения сексуальных границ, Арнольд Голдберг (Arnold Goldberg, 1994) предположил, что в понятии *«тоска по любви»* может быть ошибка, поскольку основной проблемой здесь является нарциссическая неустойчивость, а не вопросы любви.

Несомненно, *тоска по любви* – понятие, которое отражает *явное содержание* опьяняющего ощущения, на которое ссылаются эти аналитики и терапевты. Хотя «тоска по любви» точно передает этот опыт на феноменологическом уровне, в этом состоянии можно различить множество скрытых содержаний. Среди них – структурные характеристики, вопросы развития и объектных отношений, нарциссические проблемы, а также психодинамические темы. В этой части главы мы подробно рассмотрим компоненты этих скрытых содержаний тоски по любви, обращая внимание на то, как разные сочетания этих элементов относятся к разным аналитикам или терапевтам, влюбившимся в своих пациентов.

При обсуждении неэтичного поведения терапевтов многое можно связать с пустотами Супер-Эго, однако в случае специалистов, тоскующих по любви, было бы правильнее говорить о «пустотах Эго». Поэты на протяжении веков знали, что сильная страсть может взять верх над рациональным мышлением. Происходит, в частности, нарушение двух функций Эго: оценка (то есть способность предвидеть последствия поступков) и тестирование реальности, которую можно определить как «непсихотическое ослабление тестирования реальности» (Twemlow & Gabbard, 1989, p. 83). Эти нарушения приводят к потере качественной характеристики «как-если-бы», свойственной для обычной работы аналитика в контрпереносе. Иными словами, аналитик неспособен отличить желания в контрпереносе от реальности – он не может понять, что повторяется ситуация из прошлого, а возникшие чувства, относящиеся к важным людям из прошлого аналитика, перенесены на пациента. Происходит эротизация контрпереноса, похожая на формирование эротизированного *переноса* у некоторых жертв инцеста и пограничных пациентов (Blum, 1973; Gabbard, 1991a, 1994b; Lester, 1985). Утрата способности к пониманию, сопровождающая это *folie à deux*, может не распространяться на отношения с другими пациентами. Типичный случай – тоскующий по любви аналитик занимается сексом с одним пациентом, в то время как терапию с другими пациентами он проводит в корректном аналитическом или терапевтическом сеттинге, и эти пациенты удовлетворены проводимой аналитиком работой.

Потеря способности к критическому мышлению часто включает в себя неспособность аналитика осознавать саморазрушительный характер своего поведения, а также возможный вред для пациента. Например, молодая аналитик-кандидат обратилась за консультацией к более опытному коллеге с целью обсудить свои любовные чувства к мужчине-пациенту. Она объяснила, что это взаимное чувство, и она не понимает, какой вред это может причинить каждому из них. Коллега ответил ей, что если она реализует эти чувства, то вред, который она причинит себе, – потеря медицинской лицензии. На это кандидат немного наивно ответила, что она даже и не думала об этом.

Такая неспособность предвидеть последствия своего поведения обычно сопровождается ощущением эйфории. Тоскующий по любви аналитик может чувствовать себя «на седьмом небе» от

счастья и приходить в упоение рядом с любимым. Увеличение инвестиций либидо в Я под воздействием сексуальных страстей и любви было исследовано несколькими авторами (Chasseguet-Smirgel, 1973; Kernberg, 1977; Van der Waals, 1965). Фрейд (1914a) обратил внимание на то, что не только родитель, но и Я может быть выбрано как объект любви через проекцию Я-идеала. Как часто и бывает, страстно влюбленный в своего пациента аналитик затеняет реальные качества пациента. Подобно Нарциссу, влюбившемуся в свое отражение в воде, аналитик видит идеализированный образ себя в пациенте. Такая расширенная самооценка довольно нестабильна и, несмотря на это, зависит от непрерывного нарушения границ между Я и объектом.

Спутанность между Я и объектом можно в основном понять, обратив внимание на уровень символического мышления, наблюдаемый в психическом функционировании аналитика. Ханна Сигал (Hanna Segal, 1957, 1994) различала конкретный символизм – ситуацию, в которой неправильное восприятие и ложные убеждения основаны на уравнивании символа и символизируемого, и высшую форму символического мышления, в которой очевидны отличия между объектом и представляющим его символом. При конкретной форме символизма процессы восприятия подвержены сильному влиянию со стороны проективной идентификации. Многие аналитики, страстно влюбившиеся в своих пациентов как в воплощение части себя, действовали параноидно-шизоидным образом (Ogden, 1986), как это было описано в главе 3. В этом состоянии объект однозначно воспринимается как спроецированная часть субъекта, а аналитик относится к пациенту так, как если бы последний являлся частью Я.

В анализе специалистов, вступивших в сексуальные отношения со своими пациентами, можно выделить несколько психодинамических тем. Как было сказано в начале этой главы, многие аналитики хотят получить от своих пациентов любовь, которую они не получили от своих родителей. Такая жажда любви, воплощенная в защитном стремлении давать любовь другим, – один из бессознательных детерминантов выбора этой профессии. Аналитики могут удовлетворять собственные потребности и при этом сознательно верить в то, что они альтруистически работают с нуждами пациентов.

Другая распространенная тема – повторное разыгрывание инцестуозных желаний или же реальных инцестуозных отношений

из прошлого любого из членов аналитической пары. Социальные и этические запреты на сексуальные отношения между аналитиком и пациентом могут усиливать тоску по любви так же, как и запретный характер эдипального объекта усиливает желание. Когда тоскующий по любви аналитик рассказывает молодой пациентке о своих личных проблемах, могут происходить взаимосвязанные разыгрывания фантазий о спасении. Пациентка может питать детские фантазии, в которых она каким-то образом помогает отцу, пребывавшему в отчаянии в браке. Эти фантазии о спасении маленькой девочки могли вылиться в явный инцест или в такие отношения с отцом, которые напоминали бы инцестуозные. Аналитик, в свою очередь стремясь исцелить пациентку, может бессознательно спасти свою депрессивную мать (Apfel & Simon, 1985). Фантазии о спасении у аналитиков обоих полов тесно связаны с сексуальным возбуждением и в итоге с нарушениями сексуальных границ в условиях анализа (Gabbard, 1994a, 1994f).

Заброшенная в детстве, а также пережившая инцест пациентка может быть особенно привлекательной для стремящегося спасти аналитика. Она может явно или косвенно требовать к ней такого отношения, которое бы выходило за рамки аналитического сеттинга. Мужчина-аналитик может неверно истолковать желание материнской заботы как генитально-сексуальное предложение и отреагировать на это соответственно (Lester, 1990, 1993). Пациенты могут хоть и с неохотой, но согласиться на сексуальное предложение аналитика, поскольку, будучи жертвами инцеста, они привыкли получать сексуальные отношения вместе с заботой.

У многих специалистов, ставших психотерапевтами и психоаналитиками, есть сознательная или бессознательная фантазия об исцелении любовью (Gabbard, 1994d, 1995d). Поскольку голливудское представление о психотерапии подкрепляет идею об исцеляющем характере любви, многие пациенты приходят с этой фантазией на терапию или анализ. По сути, у пациентов, начинающих анализ, можно часто обнаружить фантазию, что их проблемы возникли вследствие недостаточной любви родителей в детстве и их исцеление произойдет благодаря любви аналитика, который полюбит их больше и лучше, чем их родители. Такое понимание исцеления, несомненно, является ловушкой контрпереноса, в которую попадают многие аналитики. Пациенты пограничного уровня орга-

низации, а также страдающие диссоциативными расстройствами чаще всего настаивают на том, что любовь для них единственное спасение, а слова бесполезны.

Особую разновидность этой фантазии можно обнаружить в случаях, когда женщина-аналитик (или терапевт) вступает в сексуальные отношения с мужчиной-пациентом. В этом сценарии пациент – молодой человек с диагнозом личностного расстройства, которое характеризуется импульсивностью, ориентированностью на действия и злоупотреблением химическими веществами (Gabbard, 1992, 1994d, 1994g). Несмотря на то, что в истории жизни этих пациентов наблюдалось асоциальное поведение или нарциссическое использование других, женщина-клиницист начинает думать, что она может «остепенить» его своей любовью. Молодой пациент может быть довольно обаятельным в межличностных отношениях и вести себя таким образом, что женщина-терапевт начинает относиться к нему «просто как к ребенку». У женщины-аналитика есть фантазия, что если бы этот молодой человек просто получил достойную материнскую заботу, он стал бы другим. В этом работающем на полную мощность механизме репарации женщина вовлекается в перевоспитание, которое переходит в сексуальные отношения.

В американской литературе и кинематографе существует распространённый культурный миф о «беспутном» молодом человеке, нуждающемся в «хорошей женщине», которая поможет ему остепениться. В фильме Барбары Стрейзанд 1991 года *«Повелитель приливов»* (*The Prince of Tides*) у зрителя создается впечатление, что успех лечения Тома Уинго связан прежде всего с его любовными отношениями с терапевтом, а не с проницательностью или пониманием профессионально компетентного терапевта. Жертва детской травмы, холодной и неэмоциональной матери, Том, наконец, получает заслуженную любовь и заботу в восстановительной терапии доктора Лоунстейн. В начале фильма Клинта Иствуда 1992 года *«Непрощенный»* (*Unforgiven*) главный герой неоднократно говорит, что он был хладнокровным убийцей и алкоголиком, пока правильная женщина не сделала его правильным мужем, отцом и кормильцем. Еще одна тема, возникающая в паре женщины-терапевта и мужчины-пациента, связана с компенсаторным удовольствием, которое женщина получает от наполненной опасностью и риском жизни ее пациента.

К 34-летней женщине-терапевту доктору Н. был направлен на лечение 29-летний героиновый наркоман. Поскольку у него были проблемы с законом, он был направлен на терапию по решению суда. Первой реакцией доктора Н. на пациента было отношение к нему как «психопатичному героиновому наркоману». Однако при мере проведения терапии ее отношение начало меняться. Казалось, что он был угнетен тем, как проходила его жизнь, и, вероятно, хотел изменить это. Она стала относиться к нему как к ребенку, лишенному заботливого материнского опыта и теперь нуждающемуся в заботе и любви женщины.

Доктор Н. страстно влюбилась в своего «плохого мальчика», у которого, как ей казалось, есть мягкая и нежная часть, незаметная для окружающих. До этого она прожила с мужчиной пять лет, но постепенно разочаровывалась в нем. В то же время, когда она начала встречаться с этим привлекательным и очаровательным героиновым наркоманом, она и ее партнер практически прекратили сексуальные отношения. В мечтах она представляла своего пациента восхитительным любовником, который мог невозмутимо наслаждаться женщинами без обычного «эмоционального багажа».

На одной из сессий пациент был сильно обеспокоен тем, что он остался без гроша и будет выселен из съемной квартиры. Доктор Н. предложила ему денег в долг для оплаты аренды. Пациент был очень благодарен и обнял ее в конце сессии. Доктор Н. почувствовала, что она может раствориться в его сильных объятиях. Она поняла, что ее чувства выходят из-под контроля, и прекратила с ним профессиональные отношения. Однако она продолжала с ним интенсивно общаться и вступила в сексуальные отношения, придя к нему домой.

Она держала в тайне эти отношения от своего сожителя и думала, что сексуальная близость с пациентом заставит ее приятеля уйти. Тот *действительно* довольно скоро узнал о ее отношениях с пациентом и ушел. Тем временем материальные запросы ее пациента выросли до таких размеров, что она решила отдать ему одну из своих кредитных карт. Ей нравилось слушать о несчастьях пациента, и она понимала, что они были в ее «дикой части», которую она не могла раньше реализовать.

Она была сильно взволнована его рассказами об импульсивных сторонах его жизни и проблемах с законом. Сексуальная сторона этих отношений была настолько возбуждающей, что она впервые за много лет испытала оргазм.

Тем не менее она начала беспокоиться, что становится частью его старого паттерна отношений. От пациента она узнала, что у него уже были сексуальные отношения с двумя специалистами из сферы здравоохранения. Она также начала чувствовать себя финансово использованной. Когда же она попыталась ограничить его в расходах, ее бывший пациент стал грубым, оттолкнул ее к стене и пригрозил избить, если она не будет делать то, что он ей говорит.

Доктор Н. настолько была испугана, что уволилась из клиники, в которой работала, и переехала в другой город, ничего не говоря бывшему пациенту об этом. В течение нескольких месяцев она жила в страхе, что он выследит и покалечит ее. Примерно в то же время она пришла на анализ с осознанием, что совершила ужасную ошибку, и хотела понять, что с ней произошло.

Доктор Н. рассказала аналитику, что секс не был главным в их отношениях. Она относилась к пациенту как к брошенному ребенку, о котором до нее никто не заботился. Она считала себя единственной надеждой для пациента. В процессе анализа она поняла, что сама чувствовала себя брошенным ребенком и слишком идентифицировалась с пациентом. Пытаясь спасти пациента, она хотела спасти себя. Поскольку ее мать не была достаточно заботливой, доктор Н. всю свою жизнь думала, что она должна заботиться о своих трех братьях и сестрах, так как ее мать не была на это способна. Доктор Н. свято верила в то, что ее любовь исцелит пациента. Она была убеждена, что с помощью любви она избавит его от проблем с наркотиками, вспышек гнева и других форм жестокого поведения.

В начале анализа доктор Н. рассказала следующее сновидение. Она приходит в кабинет аналитика, который выглядит истощенным и недовольным. Пока она ассоциирует лежа на кушетке, он довольно быстро засыпает. Доктор Н. не будит аналитика. Она будит его только в конце сессии, чтобы он не пропустил прием следующего за ним пациента.

В ассоциациях к этому сну Доктор Н. отметила, что она скорее помогает аналитику, чем получает помощь от него. Ее

аналитик прокомментировал, что похожая ситуация произошла с ее пациентом: она хотела позаботиться о нем вместо того, чтобы подумать о себе. Доктор Н. сказала, что ей гораздо проще отдавать, чем брать, и это делало ее уязвимой для людей, использовавших других без угрызений совести. Она продолжила, что если бы ей или аналитику пришлось заболеть, то ей было бы легче, чтобы заболел аналитик, поскольку в этом случае она сможет позаботиться о нем. Она представила, что, если бы анализ пришлось завершить по причине болезни аналитика, она продолжила бы о нем заботиться.

Много сессий подряд доктор Н. анализировала, почему психопаты настолько привлекательны для нее. Она сказала, что никогда не смогла бы работать в правоохранительных структурах, поскольку легко поддается на манипуляции и обман со стороны мужчин с такой патологией. Она отметила, что позволила себя обмануть из-за того восторга, который она испытывала при нарушении ими правил. По ее словам, она слабо понимала этические принципы и считала, что она создает некое подобие нравственного поведения, основанного на знании внешних правил, а не на усвоенном понимании того, что будет однозначно правильным, а что нет. Вопрос необходимых границ приводил ее в замешательство, в особенности когда это касалось эмоциональной близости. Она сказала, что не сможет отличать близость от секса, полагая, что, оказавшись близко с кем-то, она должна вступить с этим человеком в сексуальные отношения. Этот паттерн возник и в переносе, когда она сказала, что не понимает, почему она и ее аналитик не могут заняться сексом.

Доктор Н. связала этот паттерн со своим детством, в котором ее мать была крайне авторитарной в отношении любого поведения, которое отдаленно могло напоминать сексуальное. Ее отец, как правило эмоционально отчужденный, иногда делал ей массаж ног, когда они болели. Хотя между доктором Н. и ее отцом не было инцестуозных отношений, ее мать постоянно говорила что-то, подтверждающее это. Когда доктору Н. было 12 лет, ее мать говорила, что та станет проституткой, хотя у нее вообще не было никакой сексуальной активности. Она думала, что ее связь с пациентом была самосбывающимся пророчеством, разыгрыванием этого предсказания матери.

В детстве и подростковом возрасте Доктор Н. испытывала сильную потребность отстаивать свою независимость, идя наперекор матери. Контролирующая мать казалась ей тираном, который не позволит стать ей автономной личностью. Она нарочно выбрала таких молодых людей, которые бы возмущали ее мать. Аналогичный паттерн возник и в переносе: аналитик казался ей контролирующим, и она хотела противостоять ему.

Хотя случай доктора Н. в некотором смысле уникален из-за явно преступного поведения пациента, в которого она позволила себе влюбиться, паттерн тоски по любви довольно типичен для женщин-терапевтов, нарушивших сексуальные границы. Привычный способ проецирования на пациента²⁰ своей собственной потребности в любви и стремление спасти его от сурового детства очевидны в случае доктора Н. Тем не менее больший интерес вызывает природа патологии ее Супер-Эго. Очевидно, у доктора Н. отсутствовало усвоенное ей самой понимание нравственных и этических норм, а ее поведение определялось лишь внешними правилами. Ее мать была внутри нее жестким и архаичным Супер-Эго, которое слишком остро реагировало на малейший намек сексуального поведения.

Во многом импульсивное поведение доктора Н. в отношениях с этим пациентом схоже с характерным для наркоманов психодинамическим паттерном, который описал Леон Вёрмзер (Leon Wurmser, 1987). Он писал, что импульсивные действия наркоманов могут представлять собой неповиновение или временное разрушение особенно жестких и чрезвычайно архаичных структур Супер-Эго. Возбуждение доктора Н. в связи с асоциальным поведением ее пациента, а также тайные сексуальные отношения с ним являлись разыгрыванием могущественной фантазии свержения тираничной и контролирующей матери, интроецированной в качестве главной составляющей ее Супер-Эго. Конечно же, она могла испытывать вину и стыд, поскольку все детство и юность она стеснялась с матерью, позорившей ее настолько, что это стало удушающим внутренним аффектом.

²⁰ В тексте встречается как «проекция на» (*onto*), так и «проекция в» (*into*). С учетом различных механизмов этих процессов («вложить в» и «поместить на») они переведены по-разному.

Ее чувство вины частично было связано с саморазрушительной склонностью жертвовать собой ради пациента. Сексуальные отношения были компромиссным образованием, с их помощью она защищалась от давления удушающего Супер-Эго и в то же время удовлетворяла его, наказывая себя. Это наказание могло привести к смерти или потере лицензии, однако у нее хватило здравомыслия, чтобы вытащить себя из этих отношений до того, как случится катастрофа.

По мере исследования бессознательных мотивов этих разрушительных отношений доктор Н. поняла, что она избегала ощущения психологической безжизненности. Она чувствовала себя живой и возбужденной только в отношениях с опасным любовником. Большую часть раннего детства мать казалась ей холодной и недоступной. Она бессознательно идентифицировалась с «мертвой» матерью, как это было описано Андре Грином (Andre Green, 1986), и крайне нуждалась в ком-то, кто сможет ее оживить. Ее отношения с предыдущим молодым человеком тоже были монотонными, в то время как пациент казался ей спасением от невыносимой психологической безжизненности.

Доктор Н. считала, что она является исключением из обычных этических норм, поскольку ее любовь к пациенту выходила за границы этих правил. Другие терапевты оправдывают свое поведение, говоря, что не совершали полового акта и таким образом сексуально не использовали пациента. Даже если оральный секс или генитальные ласки имели место, эти специалисты успокаивают свою совесть, убеждая себя, что соблюли рамки в этих отношениях.

Много лет назад Хэрольд Сирлз (Harold Searles, 1979) сделал следующее наблюдение:

Мне давно кажется, что главная причина вступления терапевтов в реальные сексуальные отношения с пациентами состоит в том, что собственное терапевтическое стремление терапевта, десублимированное до уровня, на котором это ранее происходило в его детстве, привело к такой форме отношений с пациентом. Он впадает в иллюзию о волшебном исцеляющем соитии, которое способно избавить пациента от болезни, стойко сопротивлявшейся всем сложным психотерапевтическим техникам, полученным во время обучения и практики уже во взрослом возрасте (p. 431).

Профессии, связанные с любовью и заботой, часто маскируют бессознательные чувства отчаяния и гнева, проявляющиеся в стремлении пациента препятствовать всемогущему желанию аналитика исцелять. Андреа Челенца (Andrea Celenza, 1991) сообщает о случае совращения пациента терапевтом в тот момент, когда терапия зашла в тупик. Терапевт не смог противостоять ни негативно окрашенным чувствам в контрпереносе, ни негативному переносу пациента. Челенца рассматривает это совращение как бессознательную попытку игнорирования терапевтом негативных чувств пациента (а также собственных) и благоприятствование идеализированному переносу, который мог наблюдаться как у пациента, так и у терапевта. Внутри тоскующего по любви аналитика часто обнаруживается гнев и обида на пациента, от которых он защищается с помощью усиливающегося реактивного образования, помогающего удерживать за пределами осознанного понимания садистические основания нарушений сексуальных границ.

Фантазия о том, что секс волшебным образом исцелит пациента, относится к истокам психоанализа. Фрейд (1914b), говоря о начале своей медицинской практики в Вене, описывает страдающую приступами тревоги пациентку, присланную Хробаком (Chrobak). Хробак объяснил, что тревога пациентки связана с импотенцией ее мужа и отсутствием секса на всем протяжении их 18-летнего брака. Хробак указал Фрейду, что единственным средством для лечения пациентки будет "penis normalis dosim repetatur!" (р. 15). В приблизительном переводе это предписание означает «повторные дозы нормального пениса». Фрейд высказал сомнение относительно этого метода лечения.

Садистический характер фантазии о терапевтическом половом акте настолько расщеплен и вытеснен, что аналитики нередко удивляются, когда узнают, что их пациенты чувствуют себя пострадавшими и обманутыми вследствие таких сексуальных отношений. В этих случаях аналитик утверждает, что он был влюблен в пациентку и делал исключительно то, чего хотела она. Он кажется неспособным увидеть свойственную такому поведению враждебность и использование пациента в своих интересах. В этом смысле сексуальные отношения между аналитиком и пациентом напоминают обычную динамику таких перверсий, как фетишизм, при котором правда о происходящем осознается одной из частей личности, но отрицается и расщепляется другой. Ференци рассматривал инцестуозные отношения с детьми как разновидность

любви, «пропитанной ненавистью». Это же можно сказать и о сексуальных отношениях между терапевтом и пациентом.

Некоторые терапевты с сильно выраженными нарциссическими чертами буквально полагают, что они настолько сексуально искушены, что пациенты избавятся от сексуальных страхов, занимаясь с ними сексом. Этот культурный миф о терапевтическом характере секса настолько распространен, что многие женщины также в него верят. В случае, описанном Джеймсом Эйманом и Гленом Габбардом (James Euman & Glen Gabbard, 1991), пациентка средних лет настаивала на том, что единственное, что ей может помочь, — это оргазм, который она испытает в сексуальных отношениях со своим терапевтом. Хотя двое мужчин-терапевтов уже испробовали этот метод без каких-либо изменений в ее состоянии, она продолжала твердо настаивать на нем. Даже в феминистском фильме «Тельма и Луиза» (*Thelma and Louise*) есть намек, что все, в чем нуждается Тельма для превращения из несчастной домохозяйки в реализовавшуюся женщину, — это секс с правильным мужчиной, которым в итоге оказался подобранный ей незнакомец, путешествовавший автостопом и ограбивший ее впоследствии.

Такое раздельное мышление (компарментализация) о произошедших событиях вместе с фетишистскими чертами относится также и к способу, которым тоскующий по любви аналитик справляется с давлением Супер-Эго. Кернберг (Kernberg, 1977) подчеркивал, что, по сути, врожденное качество сексуальной страсти действует вопреки зрелому функционированию Супер-Эго. У тоскующих по любви терапевтов, которые обычно соблюдают требования морали в своем поведении, можно обнаружить раздельное мышление по отношению к запретам Супер-Эго и обращение с ними таким способом, что они становятся не соответствующими особым ограничениям в отношениях с пациентом. Другие терапевты, как, например, доктор Н., активно борются с этими правилами, уходящими корнями в детский опыт отношений с контролирующими родителями, от которых они защищались, чтобы не потерять свою независимость.

Еще одна психодинамическая черта тоскующего по любви аналитика связана со скорбью и печалью. Сексуальные отношения сами по себе могут представлять маниакальную защиту от болезненных переживаний потери (Gabbard, 1994d). Специалист может столкнуться с потерями в личной жизни и чувствовать себя так, что разбираться еще и с другими потерями у себя в кабинете для

него будет уже невыносимо. В этом смысле завершение может быть в особенности сложным периодом. Каждый терапевт должен работать с неизбежностью потери при завершении лечения пациентом. Чтобы избежать переживания печали, и аналитик, и пациент могут вступить в сговор, начав новые отношения – вместе обедая, общаясь и разделяя общие интересы. В конечном счете, они могут стать на «скользящий путь», приводящий к полноценным сексуальным отношениям. Вступая в новые отношения, и аналитик, и пациент отрицают завершение предыдущих отношений. Как подчеркивал Стэнли Коэн (Stanley Coen, 1992), сексуализация может преобразовывать болезненные чувства в более позитивные и возбуждающие.

Джудит Вайрст (Judith Viorst, 1982) провела опрос 20 аналитиков на тему их чувств в связи с окончанием лечения их пациентов. Эти аналитики использовали те же защиты от боли потери, что и их пациенты. Фантазии об отношениях после завершения анализа были очевидны при отрицании неизбежности потери. Один аналитик признался, что он справляется со своими чувствами, связанными с завершением лечения, представляя себе, что сможет жениться на каждой из своих пациенток.

Другая разновидность этой защиты от потери возникает в ситуации, когда аналитик не позволяет пациенту меняться в лучшую сторону из-за того, что это является невыносимой потерей его связи с пациентом. Винер (Winer, 1994) считал, что секс между аналитиком и пациентом – крайний случай неспособности аналитика позволить пациенту выздороветь и отпустить его. Не вызывает сомнений, что это также является драматическим примером замещения потребностей пациента желаниями аналитика.

Еще одно разочарование может быть связано с работой тоскующего по любви аналитика. Обычно у этих аналитиков есть сильная обида на институты или тренинг-аналитиков, которые, как им кажется, не оценили их в той мере, в какой они заслуживали. Они могут злиться на то, что им не дают стать тренинг-аналитиками или незаслуженно мешают им продвигаться по службе. Они считают, что их тренинг-аналитики не раскрыли или не проанализировали определенные стороны их души. Ференци, например, был обижен на Фрейда за то, что он никогда не анализировал его негативный перенос, и высказался об этом ему в письме (Dupont, 1988). Он выразил свое недовольство, отклонив технику Фрейда и разработав свой собственный, более терпимый подход,

используя который он давал пациентам недополученную ими в детстве материнскую любовь (и физическую привязанность).

Обида и злость аналитика или терапевта на организацию (институт), в котором он работает, нередко является определяющим фактором нарушения границ пациентов. Терапевт может бессознательно ставить в неудобное положение организацию так же, как подросток приводит в замешательство родителей своим делинквентным поведением, и поэтому жажда мести может также быть причиной нарушений в этих случаях.

Конфликты, связанные с гендерной идентичностью и сексуальной ориентацией, могут оказывать серьезное влияние на сексуальные отношения аналитика с пациентом. Некоторые аналитики-мужчины, сомневающиеся в собственной мужественности, очень нуждаются в том, чтобы пациентки подтверждали их мужскую привлекательность. Сексуальное разыгрывание с пациентами может быть одним из способов, с помощью которого аналитик убеждается в том, что он настоящий мужчина, сексуально привлекательный для женщин.

Случай доктора I.

Доктор I. начал анализ после того, как ему были предъявлены обвинения в нарушении сексуальных границ, поступившие от коллеги, которая видела его с пациенткой в другом городе. Он признал, что это было необдуманно. Однако, по его словам, любовь, которую он и его пациентка испытывают, была «безграничной» для каждого из них. Он отметил, что прежде, во всех предыдущих отношениях, он не любил так, как сейчас. Отношения начались, когда ему было 48, а его пациентке 34 года.

Он описал начало этих отношений. В конце аналитической сессии пациентка встала с кушетки и в несвойственной для нее манере обернулась и посмотрела прямо на него. Она сказала ему: «Вы выглядите так, словно вам больно». Он был глубоко тронут ее комментарием и почувствовал, что она позаботилась о нем так, как никогда не делала его жена. Она прикоснулась к его плечу на мгновение и посмотрела на него. Этот взгляд для доктора I. означал то, что она признала в нем мужчину.

Доктор I. и его жена пребывали в тихом отчаянии уже много лет. Мысли о пациентке начали одолевать его и днем и

ночью. Ему казалось, что боль, которую она так пронизательно увидела, пройдет, только если он ответит взаимностью на ее любовь. Он проезжал по вечерам мимо ее дома и писал ей записки, которые никогда не отправлял. Он активно посещал тренажерный зал, в котором он надеялся ее встретить. Выжимая штангу, он смотрел на проходящих мимо женщин и старался поймать тот же взгляд в их глазах, какой был у его пациентки.

С того момента, как пациентка прикоснулась к нему, доктор I. был убежден, что она в ответ на его чувства устремится к нему с распростертыми объятиями. Наконец, во время одной из сессий он сказал ей, что не может больше сдерживать себя и что сильно влюблен в нее. Она ответила: «Я знаю». Она встала и обняла его, после чего они вместе сели на кушетку. Она сказала, что уйдет от мужа ради него. Доктор I. ответил, что вступать в сексуальные отношения будет неэтично, и добавил, что, хотя он может сдерживать себя физически, сдерживать свои чувства он больше не в силах.

С этого момента началась череда сессий, на которых они обнимались на кушетке. Со временем объятия перешли в глубокие и страстные поцелуи, а также генитальные ласки. Доктор I. переживал, что он будет импотентен, и боялся пойти в этих отношениях дальше ласк и поцелуев.

Они начали встречаться вне его кабинета в других городах, в которые доктор I. ездил на встречи, связанные с работой. В это время они вместе жили в одном номере гостиницы, однако он старался воздерживаться от сексуальных отношений, говоря себе, что это будет этичнее. Его пациентка массировала его гениталии, пока он не достигал эрекции, однако он отговаривал ее от продолжения. В конечном счете она начала ласкать его ртом, пока он не эякулировал. В этот момент он почувствовал, что «исцелился» от проблем с потенцией, и они совершили половой акт.

Говоря на анализе о своем прошлом, доктор I. часто говорил об издевательствах со стороны женщин. Мать не обращала на него внимания и всегда отдавала предпочтение двум его братьям. Если он начинал плакать при матери, она приказывала ему уйти в свою комнату и прекратить плакать. Он считал свою нуждаемость невыносимой и отвратительной. Всякий раз,

когда он задумывался об отношениях с пациенткой (которые закончились к тому времени, когда он был в анализе), он думал, как сильно был к ней привязан. Он не хотел думать о себе как об уязвимом и нуждающемся в чем-либо от нее. Когда стало известно об этих отношениях, он испугался последствий и рассказал обо всем жене. Он был поражен тому, с каким пониманием она отнеслась к этому, а затем оказался в ее объятиях подобно грудному ребенку. Он сказал, что никогда не чувствовал себя настолько нуждающимся в жизни, и был поражен и благодарен, что жена поддержала его. Это было четким, почти осязаемым чувством нежной заботы.

Как и Ференци, доктор I. хотел дать пациентам то, чего он сам не получил от своей матери. Как и в случае доктора Н., сексуальные отношения доктора I. с пациенткой можно объяснить тем, что он давал ей, а не тем, какие свои потребности он удовлетворял. Основной конфликт доктора I. возник, когда его сильное регрессивное желание быть накормленным грудью вызвало сильнейший страх перед пассивностью и уязвимостью и вынудило защищаться от этого желания с помощью сверхмужского поведения. Однажды он сказал, что его желание оказаться в объятиях пациентки сделало его настолько уязвимым, что он сексуализировал отношения, чтобы заново обрести контроль.

В анализе стало ясно, что его страх перед пассивностью был частично связан с гомосексуальными тревогами и сомнениями в собственной мужественности. Он считал, что никогда не сможет избавиться от того, что он, как ожидалось, должен быть девочкой. Мать говорила ему, что его проявления мужественности недопустимы, и дала ему гендерно неоднозначное имя. С каждым сексуальным контактом с пациенткой доктор I. убеждался, что не кастрирован и является не женщиной, а желанным мужчиной.

В начале анализа доктор I. не видел ни малейшей враждебности в отношениях с этой пациенткой. Однако в процессе лечения он начал понимать, что обида на мать за пренебрежение в детстве оказала свое влияние. Детство, в котором мать отгораживалась от него и в то же время угождала двум его братьям, было полностью изменено в его собственной ситуации, в которой он отгородился от своей жены и направил всю свою любовь на пациентку, изменяя, таким образом, детскую ситуа-

цию унижения и исключения на взрослое ощущение триумфа и мести.

Причина, по которой доктор I. влюбился в пациентку, а не в запретную по этическим соображениям женщину, стала понятна в анализе его отношений с отцом. Он мало что мог сказать об отце, который был эмоционально недоступным на всем протяжении его детства. Где-то на втором году анализа доктор I. мимоходом сделал поразительное открытие. Он сказал, что его отец был священником, но, по имеющейся у него информации, был лишен этой должности после любовной связи с одной из прихожанок. Аналитическая работа помогла ему понять, что он повторно бессознательно разыграл паттерн, схожий с его отцом. Доктор I. воспринял это открытие с ужасом, поскольку он всю жизнь старался быть непохожим на своего отца. Он понял, что сексуальные отношения с пациенткой были компромиссным образованием, включавшим в себя как исполнение эдипальных желаний обладания запретным инцестуозным объектом, так и идентификацию с отцом, приведшую к дискредитации самого себя, что защитило его от превосходства над своим отцом.

Хотя ситуация доктора I. связана в основном с неуверенностью в собственной мужской идентичности, в других случаях обнаруживаются конфликты сексуальной ориентации. В однополых парах некоторые аналитики или терапевты используют отношения с пациентом для изучения своей сексуальной ориентации. В исследовании 15 любовных связей женщин-терапевтов с их пациентками 20% терапевтов представлялись пациенткам как гетеросексуалы, 20% как бисексуалы и только 40% как безусловно лесбиянки (Benowitz, 1995). 20% сказали, что у них раньше не было отношений с женщинами, а у 33,3% обнаружился внутренний конфликт, связанный с их сексуальной ориентацией или сексуальным поведением с женщинами. Джон Гонзиорек (John Gonsiorek, 1989) описал аналогичный паттерн в отношениях мужчин-терапевтов с мужчинами-пациентами.

Сексуальные чувства в переносе и контрпереносе характеризуются значительной текучестью в гендерной и сексуальной ориентации (Gabbard, 1994f). Некоторые женщины-терапевты говорили о том, что вступили в сексуальные отношения со своими пациентками несмотря на то, что те не были сексуально привлекатель-

ными, или же они никогда не считали себя гомосексуальными. Они настолько сильно увлекались пациентами, что продолжали сексуализировать отношения только для того, чтобы оставаться вместе с ним.

Несмотря на соблазн провести параллель между запретными сторонами эдипальных объектов детства и нарушением границ между взрослыми терапевтом и пациентом, приведенный в этой главе материал, который основан на клинической работе с такими терапевтами и аналитиками, говорит о том, что базовые доэдипальные вопросы в случаях тоски по любви гораздо важнее (Gabbard, 1994d; Twemlow & Gabbard, 1989). Один из таких вопросов – желание измениться с помощью пациента. Кристофер Боллас (Christopher Bollas, 1987) отмечал, что мать изначально воспринимается не как отдельный человек, а как процесс изменения: «Во взрослой жизни цель состоит не в обладании объектом; объект нужен для того, чтобы отдаться ему как посреднику, способному изменить Я» (р. 14). Таким образом, терапевт или аналитик на глубинном уровне может мечтать, что пациент станет любовным объектом, который будет средством для его магического изменения. Доктору I. действительно казалось, что любовные и сексуальные отношения с пациенткой принесут ему счастье, которого он не знал, и сделают его «новым человеком». Также он использовал сексуализацию для защиты от более примитивных желаний.

Сексуальные отношения между аналитиком и пациентом часто являются весьма дисфункциональными. Среди проявлений этого – нарушения потенции, невозможность эякуляции, неспособность достижения оргазма у женщины или преждевременная эякуляция у мужчин. Тем не менее многие терапевты, оказавшиеся в таких отношениях, подчеркивали, что секс не был главным. Голдберг (Goldberg, 1994) в работе, посвященной тоске по любви, рассматривает сексуализацию как попытку сохранить связь с объектом самости с помощью своего рода псевдосексуальности. По его мнению, сексуальное поведение защищает от ощущения распада или депрессии опустошенности. Ричард Чессик (Richard Chessick, 1992) рассматривает оказавшегося в такой ситуации терапевта как страдающего от тяжелого нарциссического дисбаланса, при котором он стремится «садистически усилить контроль над архаичным объектом самости для того, чтобы восстановить равновесие» (р. 162). Многие женщины, вступившие в отношения с

мужчиной-терапевтом, чувствовали себя сексуально использованными терапевтом, удовлетворявшим свои потребности. Некоторые из них, в конечном счете, ощущали себя средством для мастурбации. Несомненно, такое восприятие пациента соответствует пониманию, что терапевт влюбляется в идеализированную версию себя, спроецированную на пациента.

Мазохистическая капитуляция

Для некоторых аналитиков много значит их собственное страдание. Лечение пациентов, которых другие терапевты рассматривают как «трудных» или «невозможных», может быть источником большого мазохистического удовольствия для аналитика, способного «выдерживать» там, где другие сдаются. Одни аналитики могут конструктивно направлять эти мазохистические тенденции и добиваться успеха в работе с трудноизлечимыми пациентами. Однако у других аналитиков потребность в страдании через саморазрушение неумолимо приводит к нарушениям сексуальных границ.

Некоторые аналитики часто оказываются в отношениях с трудными пациентами, которые изводят их своими требованиями. Этот паттерн отражает мазохистический тип отношений, который может привести к трагическим последствиям. Такие терапевты склонны к унижению и принесению себя в жертву как в работе, так и нередко в своей личной жизни. Вероятно, наиболее распространенный сценарий в этом случае – мужчину-аналитика запугивает и контролирует требовательный пациент, который заставляет его все больше и больше нарушать границы, чтобы предотвратить самоубийство (Euman & Gabbard, 1991). Подобный пациент часто является жертвой инцеста и страдает диссоциативным, посттравматическим стрессовым или пограничным личностным расстройством.

У таких специалистов наблюдаются трудности в обращении с собственной агрессией. Поскольку отстаивание аналитиком своих прав или установление границ кажется чем-то жестоким и садистическим, весь гнев обращается вовнутрь в виде пагубного поведения и отношений. По мере возрастания требований пациента аналитик использует реактивное образование для защиты от собственного негодования и ненависти к пациенту. Когда негодование

аналитика достигает внушительных размеров, пациент начинает обвинять аналитика в невнимательности. В таких стычках аналитики чувствуют, что их негативные чувства раскрыты. Возникающее затем чувство вины вынуждает их согласиться на требования пациента, что позволяет обоим членам пары избежать столкновения с агрессией.

В психоаналитической работе с аналитиками этого типа часто обнаруживается сверхидентификация терапевта с пациентом. Как и тоскующие по любви терапевты, специалисты из этой категории могут повторно разыгрывать свой детский опыт плохого обращения со стороны родителей. Они хорошо подходят под описание нарциссически-мазохистического личностного расстройства, сделанного Арнольдом Купером (Arnold Cooper, 1993). Он отмечает, что «эти люди считают, что все приближенные к ним объекты являются источником разочарования и злобы. В сущности, они используют отношения во внешнем мире для создания бесконечных дубликатов отвергающей, жестокой доэдипальной матери, всецело поглощающей их внутренний мир» (р. 55).

Аналитики, соответствующие этому описанию, особенно восприимчивы к пациентам, представляющим себя жертвами, которые имеют право на компенсацию со стороны аналитика за перенесенные ими в детстве страдания. На первый взгляд, эти аналитики вовлекаются в удовлетворение требований пациента. Однако через страдания пациентов они узнают себя. Они часто уверены в том, что их страдание тяжелее и продолжительнее, чем у других, и, следовательно, требует особого признания. По словам Купера (Cooper, 1993), у таких людей часто есть тайная фантазия о себе как о невинном ребенке, пострадавшем от злых родителей, которые, тем не менее, могли бы его полюбить, если бы он был достаточно послушным.

После того как сексуальные отношения возникли, аналитики этого типа нередко понимают неэтичность произошедшего и тогда прерывают лечение, а сами обращаются за помощью. С мазохистическими мотивами они могут сами обратиться в лицензионный совет или этический комитет. При этом в разбирательстве они часто оказываются в гораздо худшем положении, чем их коллеги — психопатические хищники, поскольку они (мазохистические терапевты) меньше манипулируют и выступают на слушаниях честно и откровенно.

Случай доктора J.

У доктора J., 44-летнего терапевта-мужчины, проходила лечение 28-летняя женщина, страдавшая продолжительным посттравматическим стрессовым расстройством, возникшим вследствие жестокого физического и сексуального насилия в детстве. В начале лечения пациентка потребовала, чтобы ее обнимали, когда она вспоминает о сексуальном насилии. Она сказала, что сможет почувствовать себя «заземленной», только если он обнимет. Хотя вначале доктор J. не хотел этого делать, вскоре в те моменты, когда она погружалась в эти воспоминания, он начал класть руки ей на плечи и обнимать ее. Она сказала, что эта интервенция помогла ей справиться с детскими воспоминаниями и почувствовать, что она была с ним в настоящем, а не со своим отцом в прошлом.

Обеспокоившись нарушением физических границ, доктор J. постарался объяснить пациентке, что они должны использовать в психотерапии слова, а не прикосновения. Пациентка возмутилась, говоря: «Слова не помогут мне! Меня нужно обнимать и любить потому что я не получила эмоциональной поддержки в детстве!» Доктор J. ответил, что понимает, что ей пришлось пережить, но было бы важно говорить об этих желаниях, а не разыгрывать их постоянно. Пациентка посмотрела на него пронзительно и сказала: «Вы не слушаете меня. Вы лечите меня так, как *вы* считаете нужным меня лечить, вместо того чтобы услышать то, что мне от вас нужно».

Доктор J. считал, что пациентка была крайне суицидальна и нуждалась в его поддержке для того, чтобы не убить себя. Он уступил ее требованиям, но вскоре понял, что простых объятий за плечи недостаточно. Она начала звонить ему по ночам и требовать, чтобы он пришел к ней домой, иначе она убьет себя. Доктор J. попытался убедить ее в том, ей необходима госпитализация из-за большой опасности самоубийства. Она ответила, что у нее нет страховки на госпитализацию, и единственное, что удержит ее от самоубийства, – его присутствие рядом. Он с неохотой отправился к ней домой, понимая, что нарушает границы, которые следует защищать. Он оправдал себя, подумав, что спасает ей жизнь и что он не является «ортодоксом», связанным строгими правилами психотерапии. Поскольку он разговаривал с ней часами посреди ночи, его жена начала злиться, что он не дает ей спать своими длинными телефонными разговорами в постели.

Поскольку пациентка не могла продолжать психотерапию, она потребовала лечить ее бесплатно. Он пошел на компромисс, предложив сдвоенную сессию по цене одной, однако она продолжала запугивать его, говоря, что он похож на проститутку, которая заботится о клиенте только потому, что получает за это деньги. Поскольку доктор J. продолжал скатываться по «скользкому пути», он в итоге согласился работать с ней бесплатно. На сессиях объятия переросли в поцелуи и, в конечном счете, в генитальные ласки. Тогда же аналитик сказал, что они должны прекратить отношения, так как это неэтично. Он попробовал передать пациентку коллеге, а она вскоре подала на него в суд за злоупотребление служебным положением.

В процессе своей терапии доктор J. понял, насколько он был использован пациенткой, однако сказал, что видит нечто «возвышенное» в своем желании пострадать ради ее спасения. Он обнаружил свое детское желание быть похожим на Христа, пострадавшего за чужие грехи. Он понял, что не оказал сопротивления пациентке, втянувшей его в этот водоворот. Это также усиливалось фантазией, что, вступая с ней в сексуальные отношения и жертвуя своей профессией, он спасет ее от самоубийства. Он сказал: «Я был практически уверен, что готов умереть ради того, чтобы она могла жить».

Размышления такого рода очень напоминают отношения Эроса и Танатоса, описанные 90 лет назад Сабиной Шпильрейн (см. главу 5). Эта фантазия об альтруистичном «уходе в сиянии славы» имеет, несомненно, эдипальные основания, которые вскрываются в процессе лечения. Другими словами, секс с этой запретной женщиной привел бы к его собственной смерти, которую, однако, он осуществит *своими* руками, а не руками своего отца.

Как отмечает Купер (Cooper, 1993), при нарциссическом и мазохистическом личностном расстройстве, как правило, наблюдается некоторая форма патологии Супер-Эго, которая заключается в том, что Супер-Эго может быть в значительной степени поврежденным или чрезмерно жестким. Такие люди могут пренебрегать нормами поведения, но обычно лишь таким способом, который приводит к тому, что их ловят или наказывают. Их Супер-Эго не

пытается предотвратить саморазрушительное и повреждающее поведение, однако оно появляется постфактум, чтобы принять участие в наказании.

Случай доктора J. также демонстрирует характерный проективно-интроективный паттерн, часто наблюдающийся при мазохистической капитуляции. Последовательность событий лучше всего рассматривать как драму, которая разворачивается с участием трех главных героев: палач, жертва и всемогущий спаситель (Davies & Frawley, 1992; Gabbard, 1992). Отношения аналитика и пациента начинаются в парадигме спаситель – жертва и продолжают до тех пор, пока аналитик не начинает «делать лишнее», скачиваясь по «скользкому пути» до точки, где его безжалостно мучает пациент. В этом месте роли меняются, и пациент становится палачом, в то время как аналитик превращается в жертву. Наконец, пытаясь спасти пациента, аналитик вступает в сговор и повторно разыгрывает раннюю травму, в которой он становится палачом, а пациент снова возвращается на роль жертвы (Gabbard, 1994c; Gabbard & Wilkinson, 1994).

Еще один аспект, который можно увидеть в злоупотреблении доктора J., – это страх потери объекта, лежащий в основе многих случаев мазохистической капитуляции. Обеспокоенность тем, что пациент прервет терапию или покончит с собой, может резонировать с ранними фантазийными или реальными потерями объекта, которые не дают терапевту покоя. Они могут отрицать потери, находя в лице своих пациентов заменителей потерянных объектов своего прошлого. Такой терапевт может уцепиться за пациента, невзирая на абсурдность происходящего, поскольку для него страдания гораздо предпочтительнее потери объекта.

Аналитики или терапевты, склонные к мазохистической капитуляции, могут быть особенно чувствительными к беспринципным пациентам с садистическими и психопатическими чертами. Бывают случаи, когда такие пациенты (мужского или женского пола) просят терапевта прийти к ним домой, где они пытаются соблазнить его, записывая все происходящее на пленку. Затем они обращаются к адвокату и подают в суд на терапевта в надежде получить в результате разбирательства значительную денежную компенсацию. Однако нужно подчеркнуть, что терапевт или аналитик всегда несет ответственность за поддержание необходимых границ, вне зависимости от патологии пациента.

При разработке категорий аналитиков, нарушивших сексуальные границы, мы заметили, что нарциссические проблемы так или иначе наблюдаются практически во всех случаях. Нарциссические проявления варьируются в континууме от аналитиков с психопатическими структурами до уязвимых аналитиков, нуждающихся в любви. Герберт Стрин (Herbert Strein, 1993), описывая клиническую работу с четырьмя терапевтами, вступившими в сексуальные отношения со своими пациентами, пришел к выводу, что у всех наблюдались серьезные трудности в способности любить. Они были по-детски нарциссичными людьми, которые не могли долго относиться к другим людям с сочувствием. У всех были неудовлетворительные отношения с родителями и сильная обида на то, что их большая потребность в эмоциональном и физическом контакте не была удовлетворена.

Основное проявление этих проблем у аналитиков – это грандиозность, наблюдаемая практически во всех случаях. Повторяющаяся в этом случае тема – уверенность в том, что «только я один могу спасти (вылечить) этого пациента». Альтруистические желания спасения превращаются во всемогущее стремление исцелить. Аналитики, которые верят, что их любовь или бескорыстные жертвы исцелят пациента, по сути, пребывают в фантазии, что пациентам помогает именно их *личность*, а не их техника и знания. Безусловно, отношения являются частью терапевтического действия психоанализа, однако умение управлять ими – ключевой аспект аналитической техники.

Садомазохистическое ядро является еще одной примечательной общей чертой, которую обнаруживают исследователи этого феномена у таких специалистов. В некоторых случаях очевидным является садизм по отношению к пациенту, в других же на передний план выходит склонность аналитика к саморазрушению. Тем не менее во всех случаях присутствуют обе тенденции в той или иной форме. Стрин (Strein, 1993) обнаружил, что все четыре терапевта, проходившие у него лечение, демонстрировали выраженную ненависть к себе, которая часто приобретала форму отреагирования, что подтверждает их презрительное отношение к себе.

Третьей общей характеристикой является определенная склонность к действиям, а не к размышлениям. У многих аналитиков и терапевтов, вступивших в сексуальные отношения с пациен-

тами, наблюдается нарушение способности Эго к фантазированию (Gabbard, 1994f), примером чего является доктор Н. Как она сама сказала: «У меня есть некая предельная точка, в которой мысли и фантазии исчезают, и, чтобы разрешить внутренний конфликт, мне нужно что-то сделать. Эти действия отличаются от обдуманных поступков, которые необходимы для решения настоящего внешнего конфликта, и часто противоположны им». Хелен Мейер (Helen Meyers, 1991) пришла к похожим выводам в связи с некоторыми первертными пациентами, для которых действие заменяет фантазию. По сравнению с ними другие специалисты могут прорабатывать сильный эротический контрперенос, эффективно используя фантазии. Конечно, нарушение способности к фантазированию не является чертой, характерной для всех терапевтов или аналитиков, которые нарушили сексуальные границы, однако встречается часто и заслуживает внимания.

В некоторых случаях склонность к реагированию вместо фантазирования похожа на концепцию «плотных границ» Хартманна, которая обсуждалась в главах 1 и 3. Терапевту или аналитику с плотными границами трудно находиться в таком аналитическом пространстве с пациентом, в котором можно работать с фантазиями и мыслями, а также думать о них, не связывая это с необходимостью что-то делать с ними. Поскольку эти терапевты не видят разницы между желаниями в переносе и их удовлетворением в реальности, они могут быть склонны реагировать на фантазии своих пациентов вполне конкретными действиями. Эта проблема характерна как для доктора Н., так и для доктора I. Во многих случаях сексуальных отношений между терапевтом и пациентом особенно сложная ситуация возникает, когда это происходит между пережившим инцест пациентом, обладающим тонкими внутренними границами, и склонным к реагированию терапевтом или аналитиком, имеющим плотные внутренние границы. Эта ситуация может быть похожа на случаи, когда нарциссичный мужчина-терапевт вступает в сексуальные отношения с пограничной пациенткой, что отражает гендерные различия границ, о которых мы говорили в главе 4.

Парадоксально, что аналитики или терапевты с плотными внутренними границами больше подвержены проективной идентификации. Из-за отсутствия у них способности работать в символической реальности они склонны воспринимать (а если быть точнее, то воспринимать неправильно) нерушимую связь между

собой и объектом проекций (пациентом). Если пациент пережил в детстве эмоциональную травму, терапевты со слишком прочными границами могут считать, что репарация должна быть сделана в очень конкретной форме (Segal, 1994). Пациент не может символически представить другого, так же как и аналитик не представлен как другой в переносе пациента. При отсутствии символизации возникает ощущение, что реагирование неизбежно. Эта динамика объясняет то, почему многие аналитики и терапевты, вступившие в сексуальные отношения со своими пациентами, утверждают, что они были всего лишь «хорошими отцами», любящими и исцеляющими пациента. Они не отдают себе отчета в том, что отец в этом случае – символическая репрезентация, а не конкретный человек.

Хотя некоторых специалистов можно охарактеризовать как людей с постоянными плотными границами, также верно и то, что параноидно-шизоидный уровень психического функционирования в некоторой степени есть у каждого человека (Ogden, 1986). Любой терапевт может регрессировать к более примитивному (конкретному) способу действий, где превалирует проективная идентификация, в частности, под давлением страстных желаний и сильных влечений, связанных с сильным стрессом из-за потери.

Четвертая характерная особенность – то или иное расстройство Супер-Эго. Данное нарушение может быть ярко выраженным у хищнического психопата, но едва различимым у тоскующего по любви аналитика. Однако даже тоскующий по любви терапевт может не полностью усвоить свод правил, предписывающих соблюдение этических норм и запрещающих использование других в собственных интересах. Некоторые из этих специалистов понимают, что им нужно четкое внешнее руководство, и они могут работать в организациях, в которых принципы работы и обратная связь коллег помогает им поддерживать профессиональные границы. Те же, кто обладает деспотичным и архаичным Супер-Эго,отреагируют и таким образом, по-настоящему ниспровергая запрещающего родителя. Это дает возможность понять, что происходит с терапевтами, которые долго придерживались принципов этики и морали, вплоть до аскетизма, и которые оказались в категории тоскующих по любви или мазохистически капитулировавших. Когда такой терапевт нарушает сексуальные границы, это создает у его коллег сильный когнитивный диссонанс, поскольку до этого они считали его очень целостным и честным человеком. В тяжелых случаях не-

которые тоскующие по любви аналитики и те, кто попадает в категорию мазохистической капитуляции, ощущают необходимость придерживаться норм этики из-за страха наказания или лишения лицензии, если они совершат нарушение. Другие же, будучи охвачены сильной страстью, справляются с моральными и этическими запретами, прибегая к раздельному мышлению. Хотя некоторые из них понимают, что такое поведение потенциально разрушительно для пациента, они отделяют это рациональное понимание от аффективной составляющей, что приводит к действиям и сексуальному удовлетворению.

Пятая общая особенность – восприятие аналитиком того, что нехватку пациента нужно заполнить с помощью разыгрывания. Этот аспект тесно связан со смешением ролей, при котором аналитик вместо того, чтобы оставаться в своей роли, становится любовником или родителем. По мнению Винера (Winer, 1994), это граница, которая отделяет консультанта (который больше соответствует роли аналитика) от родителя. При восприятии пациента как человека, упустившего какую-то возможность в детстве, у аналитика пробуждаются мощные фантазии спасения, которые приводят к ощущению, что он должен делать все больше и больше, чтобы заполнить пустоты, возникшие в детстве по вине родителей пациента.

Описание характерных особенностей не означает, что вышеуказанные факторы позволяют однозначно разделить аналитиков, нарушающих границы, от тех, кто не делает этого. Стресс после развода, смерть близких, серьезные финансовые потери или профессиональные проблемы и другие неприятности, которые у аналитика, как и у любого живого человека, могут нарушить обычное функционирование Эго, Супер-Эго и самости, а также привычные паттерны объектных отношений. Хотя нам хотелось бы верить, что заверченный личный анализ является профилактическим средством от таких нарушений, как сексуальные отношения между аналитиком и пациентом, практика говорит об обратном. Фрейд сомневался в том, что анализ может защитить человека от трудностей, которые появляются на последующих этапах жизненного цикла его взросления (Freud, 1937).

В работе с аналитиками, которые вступили в сексуальные отношения с пациентами, красной нитью проходит переоценка любви и ее силы для исцеления у терапевта и пациента. Любовь может как убить, так и исцелить. Когда нам кажется, что мы можем по-

любить своих пациентов больше, чем их родители, следует признать себе в том, что мы рискуем стать жертвой песни сирены о волшебной силе любви, о которой нас веками предупреждают поэты. Леон Олтман (Leon Altman, 1977) писал:

Потребность отрицать ненависть вполне могла быть причиной нашего желания уделять так много внимания любви, возлагая на нее значительные ожидания. Стремление получить от любви больше, чем она может дать, способно исказить нашу работу в качестве аналитика... Рвение, проявляемое терапевтом в этом направлении, как и в любом другом, неразумно и неаналитично. Любовью всего не излечишь (р. 43).



Нарушение несексуальных границ

В последнее время выросло количество публикаций по психиатрии и психологии на тему нарушения несексуальных границ (Borys & Pope, 1989; Epstein, 1994; Epstein, Simon, & Kay, 1992; Frick, 1994; Gutheil & Gabbard, 1993; Lamb, Strand, Woodburn, Buchko, Lewis, & Kang, 1994; Simon, 1992; Strasburger, Jorgenson, & Sutherland, 1992). Большая часть этих публикаций появилась из анализа случаев сексуального злоупотребления и наблюдений, показывающих, что сексуальные отношения между терапевтом и пациентом являются последней ступенью постепенного размывания несексуальных границ – явление «скользкого пути», описанного в главе 6. Даже если скатывание по этому пути было остановлено до начала сексуальных отношений, довольно скоро становится понятно, насколько серьезный вред это нанесло пациенту и процессу терапии.

С другой стороны, психоаналитическая литература проливает свет на эту недостаточно исследованную область, обращаясь к другому источнику – возрастающему интересу к разыгрыванию в переносе и контрпереносе. Если не брать в расчет безнравственных и психопатичных аналитиков, большую часть нарушений несексуальных границ можно рассматривать как разыгрывание. Такое понимание разыгрывания, появившееся в последнее время, возникло из распространенного в психоанализе отношения к этому процессу как к вкладу двух людей, в котором внутриспсихическое и межличностное неразрывно связаны. Такие сильные чувства, как любовь или ненависть, возникают у двух участников в результате взаимного влияния. Очевидно также, что на поведение аналитика неизбежно оказывает влияние и его субъективность. Этому сопутствует и возрастающее понимание несостоятельности позитивистского восприятия аналитика как «непредвзятого» пустого экрана.

Понимание того, что большая человеческая отзывчивость является компонентом хорошей техники, привело к тому, что аналитики начали избегать аналитических подходов, которые «четко

следуют всем правилам» (Mayer, 1994a). Ирвин Хоффман (Irwin Hoffman, 1994) отмечает, что многие авторы в последнее время пишут о тех или иных отклонениях от традиционного или более принятого метода работы, что он определил как ощущение «выброшенной книги» (р. 188). Он связывает этот феномен со спонтанным внесением аналитиком собственной субъективности в процесс. В широком смысле все разделяют мнение, что аналитик «засасывается» в мир пациента через непрерывную череду разыгрываний, сбивающих аналитика с обычного способа слушания в спокойной и рефлексивной манере (Gabbard, 1995a).

Такое признание повсеместного характера разыгрывания в контрпереносе осложняет определение нарушений границ. Борец за чистоту нравов может утверждать, что границы нарушаются всякий раз, когда сначала пациент вовлекает аналитика, а затем он отвечает на возникший перенос пациента. Однако такое расширенное использование понятия границ размывает узкое и предпочтительное значение термина *нарушение*, свидетельствующее о грубом и потенциально опасном злоупотреблении. Как было сказано в главе 3, полезно отличать потенциально безопасные и даже вероятно полезные *переходы* границ от серьезных и опасных *нарушений* границ (Gutheil & Gabbard, 1993). Хотя и те и другие могут брать свое начало в разыгрывании в контрпереносе, переходы границ являются более тонкими, чем нарушения, и становятся предметом внимательного исследования аналитиком, аналитической парой или и тем и другим. Решение о том, было ли отдельное нарушение границ переходом или злоупотреблением, чаще всего следует отложить до того момента, когда его значение раскроется в аналитическом процессе. По словам Роберта Уолдингера (Robert Waldinger, 1994), «внутрипсихическое значение перехода границ может быть единственным ключом к пониманию того, было ли нарушение» (р. 226). Исходя из этого отправной точкой нашего исследования нарушений несексуальных границ станет детальное рассмотрение концепции разыгрывания.

Разыгрывание в контрпереносе

Джейкобс (Jacobs, 1986) способствовал тому, что *разыгрывание* стало рассматриваться как способ понимания тонких случаев взаимосвязанных пространств переноса – контрпереноса, воз-

никающих вне области сознательного понимания нередко через невербальную коммуникацию (например, положение тела). В замечательном обзоре этого понятия Джеймс Маклафлин (James McLaughlin, 1991) пишет о корнях слов в представлении об игре роли или имитации, а также убеждения или влияния на другого в межличностной сфере. Маклафлин дает широкое определение «разыгрыванию»: «это все поведение обеих сторон в аналитических отношениях, в том числе и вербальное, возникшее в ответ на усиление действия, заложенного в наших словах, созданных ограничениями и регрессивным давлением, которое вызвано аналитическими правилами и структурой» (р. 595). Он дает и более точное определение: «это те регрессивные (защитные) взаимодействия в паре, которые воспринимаются каждым участником как следствие поведения другого» (р. 595).

Поскольку мы обсуждаем поведение аналитика, то, сужая фокус рассмотрения до разыгрывания в *контрпереносе*, можно заметить, что эта концепция имеет много общего с представлением Кляйн о проективной идентификации (Gabbard, 1995a; Gabbard & Wilkinson, 1994). Рассмотрим, например, определение, данное Джудит Чусд (Judith Chused, 1991): «Разыгрывание возникает, когда попытка воплотить фантазию переноса приводит к реакции в контрпереносе» (р. 629). Бозски (Boesky цит. по: Panel, 1992) отмечает сходство между разыгрыванием и проективной идентификацией и пишет, что обстоятельное изучение разыгрывания может привести к лучшему пониманию механизма работы проективной идентификации. Чусд (Chused, цит. по: Panel, 1992) отмечала, что в понятии проективной идентификации подразумевается то, что любой аналитик будет реагировать в общем сходным образом на определенное поведение или материал пациента. С другой стороны, разыгрывание в контрпереносе означает, что внутриспсихическое значение взаимодействий в анализе может иметь принципиально разное значение для разных аналитиков, которые могут по-разному обходиться с одним и тем же материалом одного и того же пациента. Маклафлин (McLaughlin, 1991; Panel, 1992) предположил, что при проективной идентификации аналитик рассматривается как практически пустой, а также просто как вместилище или контейнер для проекций пациента.

Различие, описанное Чусд и Маклаfliном, является скорее предположением, чем реальностью (Gabbard, 1995a). Такие современные кляйнианцы, как Элизабет Ботт Спиллиус (Elizabeth Bott

Spillius, 1992) и Бетти Джозеф (Joseph, Feldman, & Spillius, 1989), разделяют мнение, что было бы неправильно считать, что все чувства аналитика происходят от пациента. Они согласились бы с мнением Чусд, что у разных аналитиков могут быть разные разыгрывания в контрпереносе (или разные виды проективной идентификации).

Не вызывает сомнений, что при обсуждении разыгрывания придерживающиеся классического анализа специалисты часто уделяют много внимания пониманию контрпереноса в узком смысле, рассматривая его как события их собственного прошлого, которые возрождаются во взаимодействии с пациентом (Jacobs, 1986). Однако большая часть аналитиков согласна с мнением Кляйн, что контрперенос аналитика может дать важную информацию о пациенте (Abend, 1989). Как отмечал Джейкобс (Jacobs, 1993а), «внутренние переживания аналитика нередко дают важное направление для понимания внутренних переживаний пациента» (р. 7). Оуэн Реник (Owen Renik, 1993) сходным образом описал разыгрывание в контрпереносе, в котором он почувствовал себя скованным, и подчеркнул, что это разыгрывание было частично вызвано детским желанием спасти свою мать и частично потребностью пациента вызвать у аналитика желание его спасти.

Ральф Рафтон (Ralph Roughton, 1993) также рассматривает разыгрывание в контрпереносе и проективную идентификацию как удивительно похожие понятия. Тем не менее он разделил *разыгрывание*, которое включает в себя перевод переживаний в действия, и *актуализацию*, которую он понимал как

...тонкую форму манипуляции со стороны анализанда, который (чаще всего неосознанно) побуждает аналитика поступать или взаимодействовать в чем-то особым образом или выполнять некоторую роль по отношению к нему с целью удовлетворения желания в переносе или защиты от него. Эту сторону взаимодействия можно также назвать разыгрыванием, которое влияет на реализацию (р. 459).

Рафтон допустил, что представление о разыгрывании как о реализации отклика в контрпереносе аналитика фактически соответствует идее Джозефа Сандлера (Joseph Sandler, 1976) о *ролевой откликаемости* и пониманию Огденом (Ogden, 1979) *проективной идентификации*. Он отметил, что основное отличие может заклю-

чаться в том, что понятие *проективной идентификации* обычно используется для более неразвитых пациентов, которые оказываются в несколько регрессивном состоянии в процессе аналитического лечения.

Таким образом, в современной психоаналитической литературе понятие *разыгрывание в контрпереносе*, как и *проективная идентификация*, означает, что контрперенос аналитика является *совместным творением* пациента и аналитика (Gabbard, 1995a; Gabbard & Wilkinson, 1994). Анализанд вызывает определенный отклик у аналитика, в то время как собственные конфликты аналитика и внутренние репрезентации самости и объекта придают отклику в контрпереносе окончательный вид.

В литературе складывается консенсус, что в контрпереносе при психоаналитическом лечении такие разыгрывания и неизбежны, и полезны. Моррис Игл (Morris Eagle, 1993) представляет вишнетку, в которой разыгрывания в переносе – контрпереносе сами по себе помогли избавиться от симптома. Для объяснения этого он обращается к теории контроля-овладения Джозефа Вайсса и Хэрольда Сэмпсона²¹ (Joseph Weiss & Harold Sampson, 1986), полагая, что пациент перестает разделять свои основные патогенетические убеждения, что в свою очередь приводит к ослаблению его симптоматики без осознания сути.

Как отмечает Чусд (Chused, 1991), ценность разыгрывания определенных импульсов в аналитических рамках состоит только в том, чтобы поймать себя на этом, а затем понять, что же произошло. Она тем не менее подчеркивает, что ценность анализа состоит не в самом разыгрывании, а в наблюдении и возможном понимании, возникающем вследствие этих разыгрываний. Как мы отмечали раньше, возможность поймать себя в процессе разыгрывания и исследование этого поведения в ретроспективе может так-

²¹ Теория контроля-овладения (англ. mastery-control theory), предложенная Дж. Вайссом и Х. Сэмпсоном, заключается в том, что вследствие эмоциональных травм, полученных в детстве, у пациентов формируются бессознательные патогенетические убеждения, которые соответственно организуют отношения в его жизни (и в терапии). Задача терапевта состоит в том, чтобы распознать их, не присоединяясь к ним (иными словами, «пройти тест»), и помочь пациенту решить проблемы, изменяя эти убеждения. Спротивление пациента возникает вследствие его бессознательного желания поддерживать дисфункциональное поведение из-за вины, связанной с тем, что изменения в поведении приведут к обвинениям со стороны тех, кто заботился о нем ранее.

же помочь отличить полезные переходы границ от их нарушений. Джейкобс (Jacobs, 1993b) обращает внимание на то, что, поскольку переживание и осознание работают сообща, их нельзя отделить друг от друга.

Реник (Renik, 1993) утверждает, что осознание контрпереноса всегда возникает *после* разыгрывания в нем. Он разделяет позицию Боэски, что анализ не может продолжиться, пока аналитик остается эмоционально включенным так, как не должен быть. Реник считает приемлемой технику, которая допускает спонтанность аналитика, хотя определенная степень субъективности аналитика все же неизбежно вмешивается в его интервенции. В этом смысле он присоединяется к таким конструктивистам, как Хоффман (1983, 1992, 1994), который понимал неизбежность привнесения субъективности для понимания аналитического взаимодействия. Конструктивисты также допускают, что поведение аналитика оказывается частично и под влиянием пациента. В рамках этой точки зрения и перенос, и контрперенос можно рассматривать как совместное творение.

Одна из главных идей конструктивизма (или социального конструктивизма) состоит в том, что разыгрывания постоянно возникают в условиях анализа и аналитики должны все время обращать внимание на возможность своего бессознательного участия во внутреннем сценарии пациента (Gill, 1991; Hoffman, 1992). Более того, этот процесс происходит в двух направлениях в том смысле, что реальное поведение аналитика влияет на перенос пациента к аналитику. Еще одно приложение взгляда конструктивистов на разыгрывание в переносе и контрпереносе состоит в том, что в условиях аналитической пары невозможно отделить внутрипсихическое от межличностного (Hoffman, 1991a, 1991b). Этой точки зрения придерживался и Коэн (Соеп, 1992), который подходил к этому вопросу с классических оснований.

Современное отношение к разыгрыванию в контрпереносе как к повсеместному и полезному ставит терапевта в затруднительное положение. Где проходит граница между допустимой психоаналитической работой и эксплуататорским нарушением границ? Естественно, четко провести эту линию невозможно. Тем не менее ряд руководящих принципов могут помочь аналитику в принятии решения. Как мы говорили ранее, если получается поймать себя при разыгрывании *in statu nascendi* (лат. «в момент образования»), то это может защитить от того, чтобы переход границ не

стал их нарушением. Кроме того, способность и аналитика, и пациента обсуждать произошедшее определяет то, каким это станет – разрушительным или созидательным. И наоборот, если по той или иной причине разыгрывание не обсуждается, оно помешает процессу. Третий принцип связан с тем, повторяется ли разыгрывание, а также находится ли оно за пределами способности аналитика к самоанализу. И наконец, определение возможного вреда для пациента или процесса может помочь аналитику понять, является ли разыгрывание эксплуатацией.

Как отмечалось в главе 3, решение о том, является ли разыгрывание переходом границ или их нарушением, может быть сложным в особенности в случаях, когда разыгрывание связано с относительно тонкими, спонтанными реакциями аналитика. Приведенная ниже виньетка иллюстрирует этот случай.

Случай г-жи В.

Г-жа В., речь о которой уже шла в главе 2, в свои 35 лет была одинокой, умной и успешной преподавательницей. Она пришла на анализ в связи с трудностями поддержания отношений с мужчинами. Она обычно выбирала сексуально активных, но живущих в нужде мужчин, которые социально и интеллектуально уступали ей. После начального периода очень близких отношений, практически слияния, г-жа В. теряла интерес к любовнику и рано или поздно избавлялась от него. Большая часть ее анализа была посвящена этому повторяющемуся паттерну использования сексуальных отношений для удовлетворения потребности в слиянии. Выбор нуждающихся мужчин, которые, кроме того, не входили в ее социальное окружение, помогал держаться на расстоянии от инцестуозных страхов и позволял защищать своих «мачо» (так она их называла) от старших братьев и подавляющего отца.

Примерно на четвертом году анализа г-жа В. оказалась в депрессивном состоянии, которое продолжалось несколько месяцев после разрыва с ее последним любовником, витающим в облаках неудачливым скитальцем. В конце этого периода один разведенный коллега пригласил ее на ужин. Это приглашение ее испугало, что было странно с учетом ее активной сексуальной жизни. Хотя она приняла приглашение, но весь вечер была как на иголках. Старые инцестуозные страхи, как и страх под-

чинения и превращения в «тряпку» для мужа и детей, каковой была ее мать, всплыли на поверхность во время этого ужина. Чтобы отпугнуть своего поклонника, она повела себя «грубо и мужиковато» и открыто противодействовала их дальнейшему сближению. Услышав эту историю, аналитик подумала, что г-жа В. отказывается от хорошей возможности создать более продолжительные отношения с подходящим мужчиной. Хотя аналитик была раздражена и немного встревожена, она не предприняла осознанных попыток понять свою реакцию в контрпереносе.

По стечению обстоятельств аналитик собиралась вскоре отправиться на несколько дней в запланированный отпуск. Придя на анализ после этого перерыва, г-жа В. была подавлена и безразлична. Она рассказала сон, в котором она была со своей любимой сестрой. Она сильно плакала, но сестра не могла ее успокоить. Хотя на последовавших за этим сессиях пациентка и аналитик говорили о разочаровании пациентки в связи с отсутствием аналитика, последняя не попыталась исследовать возможность того, что раздражение аналитика могло повлиять на депрессию пациентки.

Через несколько дней у г-жи В. появилась возможность присоединиться к учебной группе, в которой уже учился тот мужчина-коллега. Г-жа В. хотела попасть в эту группу, но это требовало изменения времени одной из ее аналитических сессий. Несмотря на то, что из-за плотного расписания изменение времени сессии всегда представляло большую трудность и для аналитика, и для пациентки, к собственному удивлению аналитик не раздумывая согласилась предоставить г-же В. другое время, думая про себя, *что* ей придется изменить, чтобы пойти ей навстречу.

Г-жа В. приняла предложение аналитика, но позвонила ей в тот же день и отменила свое новое расписание на последующие две недели. На первую встречу после перерыва г-жа В. пришла с новой, необычно короткой и даже вызывающей прической. Она рассказала о том, что сглупила, согласившись на такую прическу, и говорила о мотивах этого поступка. Стало очевидно, что столь короткая прическа была ее способом отсрочить вступление в учебную группу. Теперь она была вынуждена ждать как минимум две недели, пока ее волосы немного отрастут. Столь короткая прическа была также способом, ко-

торым она утверждала себя как «мачо» (то есть отказывая в удовольствии мужчинам, которым обычно нравятся женщины с длинными волосами). Аналитик предположила, что ее готовность так быстро изменить расписание могла вызывать вопросы у пациентки о мотивах аналитика.

Пациентка согласилась с этим и сказала, что она восприняла готовность аналитика как призыв начать отношения с коллегой без попытки проанализировать ее страхи. Аналитик не только отошла от нейтральности, но и не смогла обсудить тревогу пациентки, а также не прониклась тем, что пациентке нужно время, чтобы справиться со страхами относительно новых отношений с мужчиной, не похожим на большинство мужчин, с которыми у нее раньше были отношения. Аналитик постепенно начала понимать, что ее раздражительность и тревога в контрпереносе, казавшиеся терапевтическим рвением, воспринималось пациенткой как своего рода переход границ или как их нарушение. И г-жа В., и ее аналитик смогли обсудить и проанализировать этот случай, который не был частью повторяющегося паттерна. Гораздо сложнее определить, был ли причинен вред пациентке в результате этого разыгрывания. Г-жа В. все же не пошла в учебную группу, в которой она могла бы продолжить развивать отношения с мужчиной, пригласившим ее на ужин. Однако казалось, что пациентка не чувствует, что в результате этого взаимодействия ей на долгое время был нанесен непоправимый ущерб.

Спонтанное нарушение рамок является примером того, что обычно происходит в повседневном и изменчивом аналитическом процессе. Прерывание долгого молчания вопросом для пациента, пребывающего в задумчивости, может оказаться вторжением со стороны аналитика. С другой стороны, неспособность прервать молчание для некоторых пациентов может означать, что аналитик не хочет иметь дело с не желающим сотрудничать, взбешенным или упрямым пациентом. Толика спонтанного самораскрытия аналитика может быть воспринята как нечто человеческое и заботливое одним анализандом и как нарушение границ – другим. Даже настойчивое требование аналитика, чтобы пациент придерживался в чем-то жестких аналитических рамок, может быть воспринято чувствительным пациентом со слабыми межличностными границами как нарушение границ. Как мы говорили в главе 3,

каждая аналитическая пара устанавливает свои собственные аналитические границы.

Это едва уловимое различие полностью отсутствует в вопиющих случаях нарушения несексуальных границ, в которых повторяющийся паттерн возникает вновь и вновь без его тщательного аналитического исследования и является явным использованием уязвимости пациента. Следующий пример показывает, что происходит с некоторыми пациентами, оказавшимися перед лицом этих серьезных нарушений.

Случай доктора К.

Доктору К. было 29 лет, когда она закончила резидентуру по психиатрии²² и начала свой анализ. Хотя она проходила анализ у высокоуважаемого аналитика в городе, в котором она практиковала, ее анализ вскоре превратился в кошмарное нарушение границ. Чтобы передать то, что с ней происходило при этом нарастающем злоупотреблении, ее история приведена от первого лица (естественно с ее согласия и одобрения):

«Когда я начинала анализ, я искала кого-то, кто “поймет” и “узнает” меня. Для меня это означало, что такой человек не будет бояться силы моих чувств и будет достаточно умным, чтобы помочь мне разобраться с некоторыми сложными мыслями. Хотя я казалась общительной внешне, я была замкнутым человеком и чувствовала себя эмоционально изолированной.

С самого начала я была очарована своим аналитиком. Даже в своей нейтральности он был эмоционально теплым. У него был острый ум. Казалось, что он улавливает оттенки того, что я пыталась донести. Он озвучивал свои ассоциации, которые были наполнены богатыми образами, сочувствием к пациентам, а также принятием их необычности и странностей. Он использовал метафоры, основанные на его увлечении живописью и знанием о художниках, с которыми он встречался или о которых он читал. Я чувствовала себя так, словно я наконец-то встретила родственную душу. Он понимал меня. Годы, про-

²² Резидентура (анг. residency) – последипломная больничная подготовка врачей в США, предусматривающая специализацию в течение одного года интерном и 3–5 лет резидентом.

веденные в одиноком заточении, всплыли на поверхность, и я часто плакала на сессиях, ощущая признательность за понимание и косвенно за полученное, наконец, принятие.

Первый год анализа прошел в довольно традиционной манере без общения после сессий в виде личных встреч или телефонных разговоров. Сессия заканчивались вовремя. Мой аналитик не предлагал мне подарков или вещей, которые я могла бы взять с собой. Чувства, возникавшие в моменты, когда я издалека видела аналитика или случайно встречала его вне кабинета, подробно анализировались. Я чувствовала, что меня “держит” как процесс, так и аналитик. Я очень хотела большего, и иногда эти сильные желания были чем-то похожи на боль, но они оставались в области фантазий. Я знала правила лечения. Я знала, где проходили границы. Я говорила о том, чего хочу от него. Со своей стороны он позволил этим желаниям расцвести. Думая об этом сейчас, мне кажется, что он мало интерпретировал направленные на него сильные позитивные желания, которые были воссозданием стремлений прошлого или защитой от дальнейшего развития. Вместо этого он, по-видимому, воспринял как должное мое ощущение, что я нашла в нем нечто уникальное и особенное. Он говорил об этом так, словно это было чем-то не подлежащим интерпретации и являющимся редким “даром” в жизни. Мы оба верили в общение на бессознательном уровне, и были моменты, когда мои ассоциации возникали в ответ на невысказанные им ассоциации (и наоборот).

Таким образом, мы порой понимали друг друга без слов. Он подтвердил, что у нас есть эта связь. Все это давало мне ощущения величия и волшебства – больше, чем я могла себе когда-либо представить возможным в действительности. Это были мои самые особенные отношения, и они постепенно становились сутью моей жизни. Эмоциональная связь, которую я чувствовала на сессиях, была подобна живой воде, необходимой мне каждый день. Он позволил мне чувствовать и говорить об этом с ним. Он позволил мне таким образом “регрессировать”. Всю свою жизнь я сознательно (хотя и гневно время от времени) уничтожала в себе эти чувства, чтобы оправдать ожидание того, что я “взрослая”. Я рано пошла в школу. Я получала пятерки. Я неотступно достигала целей, словно выполняла приказ вырасти и не создавать не свойствен-

ных для человека моего возраста проблем. Меня хвалили за взрослость, а потребность в эмоциональной близости воспринималась как угроза. Таким образом, когда он не стал требовать от меня достижений, когда он позволил мне нуждаться в нем, когда он взрастил мое сильное желание близости с ним, я почувствовала, что жажда, которую я не могла утолить раньше, стала меньше. И, по-видимому, главным было мое ощущение, что именно он смог утолить эту жажду. А не процесс. Или что-то во мне. Мне казалось, что в нем или во мне было нечто странное или необычное, отчего это переживание оказалось для меня столь исключительным. Он не стал подвергать сомнению это ощущение.

Когда он делился своими личными мыслями и размышлениями обо мне, это было для меня как тайные дары. Я знала, что аналитик должен быть похож на пустой экран. Он был отчасти нейтральным, но не пустым. Мне казалось, что я особенная, поскольку знала о нем то, чего не знают другие. Это было так, словно он делал мне подарки, привезенные немного контрабандным путем. Я бдительно и с некоторым чувством вины оберегала дары его самораскрытия. Я никогда и ни с кем не говорила о нем за пределами анализа, никогда не рассказывала другим то, что он говорил мне. Это придавало им еще большую ценность; более того, это дало мне возможность почувствовать себя особенной и втайне преданной ему.

Это была наша маленькая тайная жизнь. Ничто из этого не было озвучено мной и не было им исследовано. Это не было осознанным утаиванием от анализа; это было больше похоже на эго-синтонную структуру нашей аналитической работы. Это было природой наших отношений, основой, на которой они развивались. Я делаю эти точные наблюдения, но лишь теперь, вспоминая о прошлом. Поскольку мне казалось, что я возвращаюсь в прошлое, я понимала, что в тот момент я отдавала себе отчет, что это ощущение было связано со словами, которые он мне говорил, однако я боялась заикнуться о том, какое на меня это оказывает влияние, поскольку думала, что он может лишиться меня этого. И раз уж это давало мне ощущение, что я особенная, я не хотела, чтобы он лишил меня этого. В глубине души я придавала особое значение тому, как много он для меня значил и насколько особенной была его техника. Разве он не был уважаемым членом аналитического

общества? Разве мы не анализировали это? То, как он обращался со мной, его теплота, казавшаяся соблазнительной, его самораскрытие и особенное влияние, которое он оказывал на меня, были просто частью его “особого стиля”. Все это осталось за пределами анализа.

Граница была пересечена на втором году анализа. Качество отношений, а также качество защит от анализа этих отношений осталось прежним. Скорее всего, этот сдвиг заключался в переходе от фантазий к действиям каждым из нас. Это пересечение границы, переход от фантазии к действиям принесло своего рода высвобождение. Появились всевозможные действия, что было похоже на лавину, быстро набирающую силу (хотя в действительности она формировалась на протяжении нескольких лет).

Я первой перешла границу. Узнав о смерти отца, я в смятении позвонила ему домой ночью. Это был короткий разговор. Он поддержал меня, но прямо высказал свое неодобрение моим звонком. Однако через неделю после того, как я вернулась с похорон, он прислал мне домой цветы в соболезнование вместе с написанным от руки письмом на одну страницу. Я была потрясена. Меня переполняли чувства. Мой аналитик прислал мне цветы. И письмо. Написанное от руки. Мне! Он писал о своих соображениях, касающихся смерти и ценности жизни. Он поделился своим внутренним Я. Потрясение. Это то, что я чувствовала. Словно мне было 13, и симпатичный парень старше меня на два года пригласил меня на танец на школьном бале. Почему он выбрал меня? Я и вправду красивая? Я же ничего не делала, и тут появился принц. Что все это значит? Могу ли я доверять своим чувствам? Или это обычное дело и в этом нет ничего особенного?

У меня внутри произошел некоторый раскол. Сказочное место, в котором осуществились мои мечты и принц выбрал меня. Однако на другом уровне мы вели себя так, словно ничего особенного не произошло. Почему я была так потрясена и взволнована? Вне зависимости от того, что из этого было “настоящей” действительностью, я боялась даже шелохнуться, чтобы не спугнуть мечту. Если бы я показала, что это для меня значит, он, вероятно, больше бы никогда не откликнулся. Я должна была вести себя тихо, оставаться совершенно незаметной. Это письмо было для меня сокровищем. Я читала и перечитывала

вала его, и это приносило мне одно лишь чувство безопасности и надежности. Я не позволяла себе романтических фантазий или мыслей. Только сейчас, когда я пишу об этом, я ясно вижу романтические связи, которые так легко возникают вместе с чувствами, которые я переживала тогда. В тот момент, когда умер самый главный для меня человек, появился принц, который заменил его.

Неделю спустя я позвонила своего аналитику еще раз. Это был вечер, когда я тосковала по отцу, мучаясь бессонницей. Он предложил встретиться в ресторане, равноудаленном от нас обоих. Мы нашли забегаловку вдали от людей и шума, и я излила ему свою душу, рассказав об одиночестве и опустошенности после смерти отца. Он протянул руку и коснулся меня. Простой жест. Его рука на моей руке. Однако сейчас, снова возвращаясь в прошлое, я помню, что у меня замерло сердце. Я помню эту забегаловку, полумрак в ресторане, прикосновение его руки. Это был поворотный пункт.

Я не заставляла его. Я позвонила в смятении и в слезах. Он предложил встретиться. Как бы на его месте поступили другие аналитики? Было ли это необходимо тогда? Я не знаю. Я также не знаю, смог бы он проявить сочувствие и “быть рядом” по телефону так, как он поддерживал меня, не отвергая моих чувств. Сейчас легко говорить о том, что он мог бы или должен бы. Но если начистоту, я не знаю. То, в чем я уверена, так это что он мог бы и должен был впоследствии проанализировать мои реакции на это событие, а я бы могла говорить об этом, не боясь и не испытывая отвержения любым способом, разрушающим этот союз.

Мне было бы спокойнее, если бы он помогал мне контейнировать чувства, а не поощрял меня показывать в действии все, что я чувствовала. Он никогда не предлагал мне проанализировать эту встречу. Они никогда не спрашивал меня, как на меня повлияло это. Мы обошлись с этим так, словно это было необходимое вмешательство в “настоящие отношения”. Именно так он назвал новый аспект нашей работы. Вне зависимости от того, сколько “настоящего” было в этих отношениях, они вышли за пределы анализа. Ведь настоящие отношения не нуждаются в анализе. Они сами по себе уже были лечебными. Они уже существуют, и анализировать это означает тупо отрицать их ценность. Это защищало нас

от реальных чувств, которые были между нами. Гринсон отмечал, что реальные отношения всегда существуют между аналитиком и анализандом. Фрейд кормил Человека-Крысу. Начиная с этого момента и до самого конца лечения все действия, чувства и их выражение в словах, прикрытые этими объяснениями, были защищены от исследования, а сама необходимость анализа отрицалась.

Когда мой аналитик не предложил мне проанализировать нашу встречу в ресторане, я почувствовала, что он возлагает на меня большую часть ответственности. Мне пришлось скрыть свою реакцию – то, что для меня это означало. И мне пришлось в одиночку справляться со своими импульсами. Он не собирался обеспечивать надежные границы между фантазиями-импульсами и действиями. Он поощрял действия. Я должна была быть тем, кто скажет “*стоп*”. Я не могла быть собой. Я не могла расширить границы. Мне казалось, что я была подростком, который расширял границы и обнаружил, что у него под ногами нет надежной опоры. Вместо этого ответственность за установление границ легла на мои плечи. Начиная с этого момента я начала получать все, о чем бы ни попросила. На одном уровне я очень злилась, что он не помогает мне с моими импульсами, не может научить меня справляться с ними по-взрослому. Все это поставило меня перед выбором: либо не говорить о своих желаниях, либо отреагировать их. Это меня бесило. На первом этапе отреагирования я не могла облечь это в слова для себя самой, хотя там точно были чувства. На втором этапе отреагирования я прямо говорила ему, что злюсь на него и раздражена тем, что он делает. Тем не менее в его поведении ничего не менялось.

Каждый раз он делал что-то новое: нашел изысканные лакричные конфеты, о которых я часто говорила, и прислал их в специально подобранной коробке в мой офис; несколько дней подряд рисовал для меня картину с фотографии (и сам принес ее мне домой). Это вызывало у меня смешанные чувства. Как всегда потрясение. Если выразить это словами, то он не может этого делать. Этого не может быть. Что все это значит? Он разрушает эти границы, потому что я для него невероятно особенная? Похоже, что повторилась история старшеклассника, чей романтический намек остался без ответа и который по непонятным причинам выбрал меня.

Вскоре появилось и разумное оправдание: он не такой. Он хороший человек. Это его способ лечения. Он просто особенный. Он понимает, что делает. Он заслуженный аналитик. Его многие любят и уважают. Он проводит анализ лучше всех, поскольку его не пугают собственные чувства и он не боится дарить тепло. Главное, что это не напугало и не взволновало его, и поэтому все эти тревоги – моя проблема. Это тревожило меня, что в основном проявлялось в моем страхе, что нас или его поймают. Вдруг кто-то увидит, что он приходит ко мне домой? Его коллеги жили всего в нескольких кварталах от нашего района: вдруг они увидят его машину около моего дома? Вдруг они видели нас вместе в ресторане или в музее? Хотя мы ездили по окрестностям большого города и его пригородов, аналитики и их проходящие анализ коллеги, как правило, перемещаются в смежных областях и тяготеют к схожим интересам, так что я постоянно была на грани того, что меня или нас обнаружат.

В тот момент я чувствовала себя особенной. Озаренной тайной, которой было нельзя ни с кем поделиться. Он любил меня (хотя я и не хотела относиться к этому как к романтической любви, несмотря на то что были все признаки этого). Он любил меня, и это защитило меня от мира. Вне зависимости от мнения или поступков других людей, я была окружена невидимым щитом его любви. Хотя никто кроме меня этого не знал, это знание придавало мне сил в толпе странных людей. Меня защищала эта тайна. Я не хотела ничего слышать о нем от других людей или прямо просила тех, кто о нем сплетничал, прекратить это. Я ничего и никому не рассказывала о своем анализе. Такая изоляция отношений и стремление сохранить их при себе дало мне что-то вроде ощущения неиспорченности и уникальности, похожее на первую подростковую любовь.

Боялась ли я последствий его поведения? Страшило ли меня то, что он говорил о своей психической устойчивости и жизнеспособности анализа? Изредка я непосредственно сталкивалась со своими опасениями относительно его психической устойчивости. Тем не менее, после разыгрывания в течение нескольких лет, до меня дошло некоторое беспокойство о том, какое влияние все это оказывало на терапию. Я поделилась с ним своими опасениями о целесообразности выбранного им

лечения. Ему показалось, что мое беспокойство необоснованно и что я преувеличиваю значимость его действий. Он заверил меня, что регулярно, соблюдая конфиденциальность, обсуждает этот случай с коллегами, которым он доверяет, и что он всегда слышит от них, что делает все правильно. Я помню, что испытала смешанные чувства облегчения и беспокойства, когда услышала это. Мне стало легче, поскольку, с одной стороны, я была уверена, что где-то есть человек, который скажет о его действиях и характере нашей работы, предложит ему прекратить работу со мной, и тогда я смогу найти нового аналитика. Однако в то же время я была обеспокоена значением того, что мы делали, и почему-то никого это не волновало. Если бы тогда была возможность глубокого анализа моих реакций, он бы показал, как часто я прибегала к расщеплению. Мне все это казалось неправильным.

Эта постоянная тайна не возбуждала меня сексуально, хотя он нередко говорил, что для него это не так. Вместо этого она вызывала у меня тревоги “милой еврейской девочки”, которая беспокоится, что что-то идет не так. Однако, когда я сказала ему о своих волнениях, он слегка поддел меня и косвенно принизил меня за скромность. На аналитических сессиях эти ответы приобретали форму интерпретаций жесткости моего Супер-Эго. За пределами сессий он начал писать мне теплые письма, в которых говорил, что под этим принижением скрыта привязанность, и он находит “мою стыдливость трогательной и милой”. То, что он делал, было не прекращающимся навязыванием себя с помощью подарков, его личных размышлений, а также его упорства в том, что я нуждаюсь в нем, даже в моменты, когда я говорила об обратном.

К сожалению, это попало в мое слабое место: в детстве у меня не было ни четкого представления о том, имею ли я право просить кого-то прекратить делать что-то, ни уверенности в правильности своего решения о том, чтобы человек не делал этого. Вместо этого я была вынуждена чувствовать себя глупо из-за того, что была “ханжой”, “чопорной” и “человеком, портящим другим радость”. Теперь, став взрослой женщиной, я в разных вариациях слышала от своего аналитика то же самое. И снова я сомневалась. Я была не уверена в правильности своего понимания (видела ли я из-за ригидности Супер-Эго или вытеснения сексуальных импульсов сексуальный смысл или

недозволенный подтекст в действиях, которые были лишь проявлением доброжелательности и теплой поддержки?). Я также сомневалась в правильности своих суждений (была ли я ничтожеством после всего этого, ненужной маленькой скромницей, которая так и не смогла приспособиться?). Я расщепила свое осознание.

Когда мой аналитик подарил мне красное укороченное шелковое кимоно, изящно упакованное в ароматизированную бумагу, я поняла, о чем думаю. Я знала, что это было откровенное шелковое кимоно. Но его подарил мне мой аналитик. Если это кимоно было сексуальным, то тогда наши отношения были на самом деле незаконными, а он, вероятнее всего, был психически неуравновешенным. Я не стала говорить об этом. Или все же сказала? Мой разум сыграл со мной злую шутку: то, что я восприняла это как сексуальное, было всего лишь проявлением моей первертности? Если так, то это не может быть сексуальным. Он не вел себя так, если бы это было сексуальным. Он сказал, что дарит мне его, как отец дочери, желая немного покровительственным способом упрочить мою женственность и говоря мне таким образом, что быть женщиной – хорошо. Он всегда говорил мне правду. Он никогда не обманывал меня. Он был тщательно проанализирован и абсолютно уверен в своих мотивах. Обвинять его в “соблазнении” и злоупотреблении значило обидеть его. Он забрал подарок. Он делал так каждый раз, когда я отказывалась от многих других его подарков. Он вел себя, как обиженный, что вызывало у меня чувство вины. Затем, несколько дней спустя, он снова и снова начинал предлагать этот подарок, словно все, что я ему говорила, не имело никакого значения.

Несколько раз во время анализа я думала о том, чего я так старательно избегала: а вдруг он болен? Если так, то я открывала свою психику больному человеку. Я доверяла свою душу больному человеку. Это было так, словно посреди операции на мозге понимаешь, что человек, проводящий операцию, – шарлатан, выдававший себя за дипломированного хирурга. Меня пугали мысли о том, что он мог быть нездоров. Эта беспомощность ошеломляла – словно тебя неожиданно сбили с ног. Человек, которого я считала героем, оказался неуравновешенным. Все это, как в психологическом фильме ужасов, одновременно и пугает, и притупляет все чувства. Я отбрасывала любые мыс-

ли о том, что он на самом деле был болен. Я не могла справиться с этим. Эта ноша, которая смахивала на помощь пьяному отцу подняться ночью по лестнице, была для меня слишком тяжела в тот момент. Разоблачить его перед другими людьми и самой увидеть настоящее лицо человека, которого я идеализировала, казалось мне тогда невозможным.

Почему так называемые “коллеги, которым он доверял” не замечали того, что происходит? Почему он (интересно, я всегда думала, что это был именно *он*) не видел ничего предосудительного в том, чтобы встречаться со своей аналитической пациенткой по вечерам? А держать ее за руку? А целовать ее в лоб? Как же эти коллеги, которым он доверял, объясняли это? Неуверенность в себе снова вступила в бой с паранойей. Может быть, дело во мне? Что-то не в порядке с моим восприятием? Или же есть некое зловещее мужское братство, в котором принято отрицать последствия своих поступков, а вместо этого настаивать на “болезни” пациенток, которые не ценят того, что они для них делают? И снова эта паранойя пугала меня так, что я не могла ни о чем думать. А поскольку с детства мое самоощущение и право на личные женские границы не было достаточно устойчивым, я не была уверена в своем понимании и неотъемлемом праве откровенно и по-взрослому высказывать свое мнение.

Где во всем этом были мои желания? Разве я просила этого? Внутри себя я была убеждена, что это не так. Мне был нужен аналитик, а не любовник или отец. Он был отличным аналитиком, пока оставался в этой роли. Я была в ярости, когда он отобрал это у меня. Однако я все еще была не уверена в себе. Я подумала, что другие будут обвинять меня или спросят, какую роль я сыграла во всем этом. Когда же я, наконец, рискнула подать жалобу председателю этического комитета окружного филиала психиатрического общества, она несколько раз спросила меня, почему я раньше не сменила аналитика. Не в пример себе самой, мне было трудно объяснить ей сбивающую с толку смесь ощущений, осколки раздельного мышления и смешанные чувства, которые все вместе привели к тому, что я еще боялась произошедшего в моем анализе.

Даже после того, как я оказала сопротивление своему аналитику, он спросил, означает ли это, что все, о чем мы говорили и что давалось мне, было ненастоящим? Как я могу объяс-

нить то, что хочу порвать с ним? Хочу ли сохранить его самоуважение? То, что я хотела сохранить, так это свою веру в то, что с этим анализом было все в порядке, что пять лет анализа не были пародией на него и что десятки и сотни тысяч долларов не были потрачены зря. Как я могу объяснить свою улыбку на лице и собственные льстивые речи? Как это может уживаться с моим страхом, виной, беспокойством и (осознанной только сейчас) яростью. Понятно лишь одно: я говорила ему об этом, пока была в анализе. Я показывала ему все эти противоречия, но он не потрудился помочь мне разобраться в этом. Казалось, что эта тема вообще никогда не затрагивалась. Мешала ли я ему обратить на это внимание? Или же он сам (а я верю в то, что это было именно так) просто не хотел разбираться с тем, что пугало его в бесконечном отреагировании собственного внутреннего сценария.

Самым жутким из того, что я поняла, было ощущение, что он руководствовался своими потребностями. Несмотря на звучащие из его уст бесконечные признания в любви, а также регулярно заявляемой готовности умереть за меня, это было вызвано его собственными желаниями, довлеющими над ним. Он не замечал меня. Он заставлял меня жить ради него. Насколько я понимаю это сейчас, он использовал меня для мастурбации и при этом был убежден, что я не только хочу этого и мне идет это на пользу, но и что я сама нуждаюсь в этом.

Это был период, когда ближе к концу анализа я стала осознавать свое раздражение в ответ на его настойчивое требование действительно присутствовать в моей жизни. Оглядываясь назад, я понимаю, что это недовольство, раздражение и гнев совпали с моим заявлением, что я, наконец, выхожу замуж. Я избегала замужества всю свою взрослую жизнь. Я долго готовилась к тому, чтобы вверить себя другому человеку. Я гордилась этим достижением. Мой аналитик видел это иначе. Это было так, словно он был любящим, хотя и не слишком эмоциональным отцом, а я его дорогой дочерью. Но теперь я хотела освободиться от него, а он не хотел отпускать, символически всматриваясь в мое окно и наблюдая за тем, что я делаю. Я чувствовала себя Лолитой, как в том романе. Я была поразительно наивной в отношении сексуальной основы наших отношений, спрятавшись вместо этого во внимательных, обожающих и заботливых объятиях. А затем, как и Лолита, я достигла по-

ловой зрелости. Говоря в терминах развития, я хотела идти дальше. Объятия превратились в смиренную рубашку. Согревавшая меня ранее обожающая улыбка теперь лишала меня свободы. Я хотела выбраться оттуда.

Когда я рассказала о сексуальных фантазиях, он использовал в качестве “скрытой” рекламы того, как мужчина должен *относиться* ко мне, как *он* относился бы ко мне, если бы у него была такая возможность. Он хватался за любую возможность, чтобы больно уколоть моего жениха. Мой гнев возрастал, и вскоре я начала его ненавидеть. Однако я никогда не позволяла себе осознать это полностью. Я просто хотела, чтобы он отстал от меня. Он был похож на Гумберта из Лолиты, который продолжал меня преследовать, выставляя себя старым и немощным болваном. Я не знала, как уйти от него, поскольку меня разрывали противоречия. Он не старался помочь мне завершить затянувшийся анализ,.

Дикая ярость охватила меня в тот момент, когда я поняла, что считать меня больной, убеждать меня в этом и поддерживать во мне эту веру для оправдания своих поступков было необходимой частью драмы для него. Он объяснял свое поведение как необходимое из-за моей дефицитарности. Он воспользовался вырванным из контекста замечанием, взятым из записей консультационных сессий своего коллеги, у которого я была перед началом анализа, как доказательством того, что для успешности моего анализа нужен особый подход. Ему нравилось считать, что он спас меня от самоубийства. Он считал, что это лечение было направлено на то, чтобы помочь дефицитарному человеку стать сильным. После того, как я подала официальную жалобу и начала говорить об этом вслух, в моем сознании впервые появилось поразительное понимание: для того чтобы защитить и себя и его от альтернативы – признания его неуравновешенности, – я была неуравновешенной и эмоционально неустойчивой. Когда я, наконец, признала то, насколько он был болен, это открытие напугало и огорчило меня, словно я сказала, что “король-то голый”. Я боролась со своей яростью и желанием пристыдить его. Почему он проделал это со мной? Почему он был болен? Когда Ной голый лежал в шатре, двое его сыновей, испытывая грусть и смущение, хотели укрыть его. Видимо, из-за своей тревоги и ярости третий сын насмехался и издевался над ним, видя, что его ноги были глиня-

ными. Я одновременно чувствовала себя, как оба этих брата. Я хотела спрятать своего аналитика от всех и вместе с тем выставить его на всеобщее обозрение.

Я его ненавидела, но сейчас он остался во мне, и мне придется решить, что я буду делать с ним внутри себя. Кем он был для меня? Что было хорошим? Была ли моя любовь к нему настоящей? Есть ли вообще основания для моей благодарности? Это вопросы, на которые мне еще предстоит найти ответы. Я пытаюсь разобраться с ними. Единственное, в чем я уверена, что он дал мне возможность быть услышанной и благодаря этому возможность узнать себя. Сейчас я гораздо меньше боюсь говорить о том, что внутри меня. Однако я стала недоверчивой, уязвимой и с виду грубоватой. Я злюсь. Я измучена переносом, который никогда не анализировался и стал ятрогенным фактором анализа²³. Меня до сих пор трясет, когда я начинаю говорить о произошедшем, и после я испытываю стыд и вину. Я хочу спрятать эти вещи от других и стереть их, словно они характеризуют меня как “поврежденный товар”.

После пяти лет анализа мне придется снова разбираться с этим. Я отдала ему свою жизнь, а он обманул меня. Он использовал меня. Он не был тем, кем казался, и я не понимала этого, а когда я частично стала понимать, у меня не хватило сил кому-то рассказать об этом. Я хочу все забыть. Однако я понимаю, что не должна этого делать. Потому, что это остается. Это медленно отравляет меня. Я хочу, чтобы он знал, что сделал со мной. Но я понимаю, что этого не произойдет, потому что казавшаяся мне столь долгожданной и “волшебной” эмпатия оказалась в итоге не чем иным, как его любованием собственным отражением во мне, проекцией своих потребностей и их удовлетворением. Если бы он по-настоящему “любил” меня, то помог бы мне освободиться от калечащих инфантильных желаний, а не использовал бы их для того, чтобы привязать меня к себе.

Я должна делать то, от чего мне сейчас будет лучше. Я понимаю, что жизнь несправедливая штука, что буду ошибаться

²³ От «ятрогенения» (греч. *iatros* ‘врач’ + *genes* ‘порождаемый, возникающий’) – причинение вреда здоровью пациента в результате тех или иных ошибочных действий врача.

ся и дальше и что это все это было большой ошибкой. Но я решила расти и идти на поправку и стать лучше благодаря этому. Это единственный способ, который я сейчас знаю».

Обсуждение

Хотя эта горькая и обличительная история представлена только с одной стороны, описанные события во многом подтверждаются и аналитиком. Тяжелое испытание, выпавшее на долю доктора К., дает также возможность для глубокого понимания аспектов анализа, связанных с постоянным и всепроникающим нарушением границ. Описанные разыгрывания, несомненно, лежат в сфере нарушений границ, а не их пересечений по нескольким причинам: (1) их количество не становилось меньше, то есть аналитик не ловил себя в эти моменты и не пытался понять их; (2) несмотря на стремление пациентки заставить аналитика анализировать происходящее, он упорно отказывался исследовать эти разыгрывания; (3) разыгрывание, безусловно, не было единичным событием, а возникало регулярно и было всеобъемлющим; (4) несомненно, поведение аналитика причинило вред пациентке и не давало ей возможности предъявлять какие-либо претензии к жизнеспособности анализа. Однако одним из поразительных аспектов этой истории являются отчаянные попытки доктора К. отрицать причиненный ей вред. Она явно прибегала к защитному расщеплению или отрицанию, при котором она одновременно и знала и не знала о наносимом ей ущербе аналитиком, совершавшим серьезные ошибки. Как и пострадавшему от инцеста ребенку, ей нужно было поверить в благожелательность обидчика, и чтобы отгородить себя от осознания вредоносности нарушения границ, она прибегла к диссоциативной защите. Это сравнение с инцестом приводит к еще одному размышлению относительно анализа. Хотя между доктором К. и ее аналитиком не было настоящего сексуального контакта, сходство с динамикой нарушения сексуальных границ поразительно. Инцестуозный смысл разыгрываний явно прослеживается в сравнении доктора К. себя с Лолитой, а также в сексуализации подарков и самораскрытия ее аналитика. Как и жертва инцеста, доктор К. боролась с самообвинениями в соблазнении своего аналитика, которое произошло из-за обуревавших ее амбивалентных желаний быть для него осо-

бенной. История доктора К. дает возможность предположить, что ее терапевт представляет собой классический пример тоскующего по любви аналитика. Нарушения границ начались с его самораскрытия, что дало пациентке ощущение собственной особенности. Затем возникли фантазии о родственных душах, каждая из которых может читать мысли другой. Очевидно, что аналитик перепутал свои собственные потребности с желаниями пациентки, о чем доктор К. в конечном счете догадалась. Его стремление спасти пациентку на самом деле было попыткой спасти себя. Она ощущала это так, словно ее использовали как часть его мастурбационной фантазии.

Еще одно сходство между этим случаем и нарушением сексуальных границ – это потеря «как-будто» в аналитическом пространстве переноса – контрпереноса. Аналитик доктора К. постоянно убеждал ее, что идеализированный перенос нет необходимости анализировать: именно *он*, а не анализ был тем, что ей нужно; именно *он*, а не анализ утолил ее жажду. Для того чтобы воспринимать ее ощущение себя особенной как перенос, нужно было признать, что он не был уникальным и особенным, а был лишь чьей-то заменой (Gabbard, 1994f), и это привело бы к крушению эксклюзивности этих отношений. После смерти ее отца *он* занял его место. Не было похоже, чтобы он стал *как будто* ее отцом в переносе. Наоборот, он сказал ей, что был любящим отцом, который старался помочь своей дочери. В этой парадигме он пытался исцелить ее любовью, несмотря на то что она четко понимала скрытый смысл этой «любви» и истинные мотивы, связанные с удовлетворением им своих нарциссических потребностей. Очевидно, что аналитик доктора К., как и большинство других аналитиков, вовлеченных в грубое нарушение границ, не мог различать себя и пациента.

Характерная особенность этого случая – явное употребление аналитиком идеи во зло реальных отношений. Всякий раз, когда доктор К. поднимала вопрос о том, что происходит, он прибегал к этой идее, при этом всегда подчеркивая, что реальные отношения происходят за пределами анализа и поэтому их не нужно анализировать. Действительно, есть множество взаимных наложений между восприятием реальности и переносом (Greenberg, 1991; Hoffman, 1983), и выдергивание реальных отношений из переноса приводит к серьезным проблемам. Аналитик доктора К. использовал это разделение для отрицания и сведения к миниму-

му желания его пациентки анализировать ненормальные разыгрывания, свидетелем которых она стала. Кроме того, идея «реальных отношений» была использована аналитиком для избегания анализа его собственного контрпереноса. Виктория Хэмилтон (Victoria Hamilton, 1993) провела эмпирическое исследование, которое обнаружило отрицательную корреляцию между использованием аналитиком концепции «реальных отношений» и вероятностью того, что изучение контрпереноса принесет пользу аналитическому процессу.

Замечание о схожести нарушений несексуальных и сексуальных границ, наблюдаемой в большинстве случаев, подтверждает обоснованность концепции «скользкого пути». Несомненно, этот случай является одним из примеров того, как пациенту самому приходится защищать границы, чтобы предотвратить скатывание к более откровенным сексуальным отношениям. Ясно, что нарушение как сексуальных, так и несексуальных границ представляют собой разновидность искажения и разрушения аналитического процесса. Арнольд Ротстайн (Arnold Rothstein, 1994) сравнил притягательность секса и денег в переносе. Он подчеркнул, что пациент, который хочет сделать денежное пожертвование аналитику или организации, к которой принадлежит аналитик, представляет собой ту же основную проблему, что и пациент, предлагающий секс. В действительности состоятельные пациенты могут вызывать в контрпереносе такое же желание заботиться о них, как и соблазняющие пациенты. И те и другие до самого конца лелеют надежду удовлетворения фрустрированных желаний. Аналитик, принимающий от пациента деньги или вступающий с ним в сексуальные отношения, эксплуатирует пациента, действуя в рамках желания в контрпереносе.

Большая часть психоаналитической литературы, посвященной подаркам, сконцентрирована на проблеме их принятия от пациентов. Однако в случае анализа доктора К. подарки делал *аналитик*. Аналитикам рекомендуют не принимать подарки, поскольку они могут представлять собой попытку подкупа аналитика для избегания определенных неприятных вопросов в анализе или покупки его благодарности за разные встречные удовлетворения (Calef & Weinshel, 1983). Доктор К. на себе испытывала большую часть подобного давления, оказавшись перед выбором – вступить в сговор и принимать подарки или обижать своего аналитика. Подарки, по меньшей мере, до конца анализа также помогали ей из-

бегать непосредственного осознания того, что аналитик пренебрегает и ей, и процессом.

Как отмечалось в главе 6, рассмотрение патологии через призму дефицитарности часто наблюдается при нарушении сексуальных границ. То же самое можно сказать и о нарушении несексуальных границ. В анализе доктора К. это даже стало предметом открытого обсуждения между аналитиком и пациенткой. Аналитик явно оправдывал свой отход от установившейся психоаналитической техники тем, что пациентка была дефицитарной и склонной к самоубийству. Он полагал, что его любовь сможет заполнить пустоты, вызванные недостаточной заботой в ее детстве.

Мы не можем говорить с уверенностью о том, насколько патология доктора К. была дефицитарной. Вне зависимости от ее выраженности мы хотели бы обратить внимание, что спуск по «скользкому пути» часто начинается с уверенности аналитика в дефицитарности пациента, а также мнения, что эту нехватку необходимо восполнить собственными героическими усилиями. Получивший широкую огласку случай доктора Маргарет Бин-Бейог²⁴, которая не смогла вылечить Пола Лозано, произвел сенсацию в СМИ из-за использованных ей нетрадиционных методов спасения пациента от самоубийства. Терри Мольтцбергер (Terry Maltzberger, 1993) в своем послании Президенту Американской суицидологической ассоциации выступил в ее защиту и правомерно обвинил СМИ в разрушении ее карьеры без попытки узнать об обстоятельствах дела с ее стороны. Он написал о чрезвычайной вовлеченности, необходимой для предотвращения самоубийства у тя-

²⁴ Маргарет Бин-Бейог (Margaret Bean-Bayog) – американский психиатр, бывший Президент Американского Общества Лечения Зависимостей в 49 лет была лишена лицензии после того, как ее бывший пациент Пол Лозано, страдавший пограничным расстройством и зависимостями, совершил самоубийство в 1991 году. Он принял большую дозу кокаина через год после завершения шестилетней терапии. Родственники Лозано обратились в суд, обвиняя Бин-Бейог в доведении его до самоубийства и сексуальном злоупотреблении. В качестве доказательств они представили 3000-страничный отчет, включавший в том числе и заметки Бин-Бейог о ее собственных фантазиях в контрпереносе, которые, по ее словам, были похищены Лозано из ее кабинета. В работе с Лозано она использовала неоднозначные методы, стимулировавшие его регрессию и сильный материнский перенос, вещественные доказательства которых (например, карточки для заучивания, в которых отражалось ее отношение к нему) были также представлены в суде. Суд признал Бин-Бейог виновной в нарушении практики и постановил выплатить родственникам Лозано компенсацию.

жело регрессивных пациентов. Однако даже он поставил под вопрос то, что она представляла себя пациенту так, как если бы была его матерью.

Хотя Мольтцбергер убедительно показывает, что между Бин-Бейог и ее пациентом не было сексуальных отношений, он описывает ряд тревожных нарушений несексуальных границ и неспособность Бин-Бейог устанавливать границы.

Хотя случаи доктора К. и Лозано во многом отличаются друг от друга, из них можно вынести один и тот же урок – с одной стороны, спутанность при переходе от экспрессивных техник к поддерживающим и полное размывание профессиональных границ – с другой. Несомненно, существуют пациенты, нуждающиеся время от времени в поддержке при прохождении анализа. Есть также пациенты, которые начинают анализ с аналитиком, который переоценивает объем ресурсов Эго и способность таких пациентов эффективно использовать аналитический процесс. Действительно, изучение Робертом Валлерстайном (Robert Wallerstein, 1986) результатов Меннингерского психотерапевтического исследовательского проекта показало, что некоторым пациентам, которым помогла терапия, были полезны поддерживающие интервенции и эти вмешательства произвели такие же стойкие структурные изменения, как и возникшие в результате использования экспрессивных методик. Множество анализов начиналось со слишком больших ожиданий от пациента способности использовать аналитический подход и характеризовались постепенным переходом к более поддерживающим техникам.

Поддерживающие стратегии, тем не менее, подразумевают отход от таких интервенций, как перенос и события вне переноса, в пользу прояснений, конфронтаций, эмпатических утверждений, советов, похвалы и установки границ (Gabbard, 1994с). Они также вынуждают аналитика поддерживать адаптивные защиты и быть дополнительным Эго в случаях, когда возникают сложности в работе отдельных функций Эго. Поддерживающие стратегии не влекут за собой вызванные контрпереносом разыгрывания в виде грубых нарушений границ. Хотя гибкость и необходима в работе с суицидальными и дефицитарными пациентами, отказ от границ и удовлетворение потребности в спасении может, как это ни странно, привести к ухудшению состояния пациента (Eyman & Gabbard, 1991; Gabbard & Wilkinson, 1994; Gabbard & Wilkinson, 1994; Gutheil & Gabbard, 1993). При поддерживающем лечении необхо-

димо с бóльшим вниманием отслеживать границы и разыгрывания в контрпереносе, поскольку они становятся более сложными и неоднозначными в связи с тем, что небольшая часть удовлетворения переноса является частью техники (Rockland, 1992).

Как показал случай доктора К., сначала она воспринимала спасательную операцию аналитика как удовлетворение, но вскоре почувствовала себя несвободной и лишенной собственной независимости и самостоятельности. Благодаря множеству осознаний доктор К. в итоге пришла к печальному выводу, что она играла роль, навязанную ей аналитиком, в целях его защиты. До тех пор, пока она была неустойчивой и нестабильной, он оправдывал свои действия тем, что так он обеспечивает необходимую поддержку ее функционирования. Когда она перестала принимать участие в этом *folie à deux*, им обоим пришлось признать, что он бесконтрольно отреагировал свои собственные потребности. Кто кого лечил? Как и в большинстве случаев тоскующих по любви аналитиков, произошла смена ролей. Этот случай является наглядной иллюстрацией взаимосвязанных разыгрываний фантазий о спасении, о которые описали Роберта Апфель и Беннет Саймон (Roberta Apfel & Bennet Simon, 1985).

Вопрос дефицитарной патологии и ответ аналитика на него поднимает фундаментальный вопрос о роли аналитика и терапевтическом действии психоанализа. Как мы подчеркивали в главе 3, несмотря на то, что Лёвальд (Loewald, 1960) и другие ссылаются на концепцию перевоспитания как элемента аналитического процесса, это понятие часто неверно истолковывается как необходимость стать идеальным родителем, который восполнит нехватку реального родителя в детстве. Такая реакция в контрпереносе чаще всего возникает при работе с пациентами, пережившими грубое пренебрежение и насилие в детстве.

Однако если аналитик не позволит, чтобы его воспринимали как старый объект из прошлого, стремление пациента проработать детский опыт окажется под угрозой. Кейсмент (Casement, 1985) описывает пациентку, которая попросила взять ее за руку. В детстве после ожога она перенесла операцию. Во время операции мать держала ее за руку, но, потеряв сознание, выпустила ее руку. Вначале он согласился взять ее за руку, но затем после исследования в самоанализе своего контрпереноса он отказался от этого обещания. Он понял, что если возьмет ее за руку, то вступит с ней в сговор стать лучшим родителем, который сможет восполнить несос-

тоятельность ее настоящей матери. Он также подчеркнул, что его пациентке для проработки травмы было необходимо воспринять его *как свою мать* в дополнение к восприятию его как нового и отличающегося объекта.

Несомненно, было бы упрощением заключить из этой виньетки, что прикасаться к пациенту или держать его за руку в аналитической работе всегда есть нарушение техники. Разнообразие аналитических ситуаций очень велико для того, чтобы делать общие выводы на основе одной ситуации. Маклафлин (McLaughlin, 1995) описывает ситуацию, когда импульсивная пациентка схватила его за руку и, пока рыдала несколько минут, не отпускала ее. Он пишет, что это разыгрывание было решающим прорывом для пациентки. Для нее это было знаком, что аналитик был там с ней и не относился к ней как к неприкасаемой. Она стала больше доверять и позже смогла сказать ему о том, какой она видит его технику. В этом же исследовании Маклафлин пишет, что он принял случайные объяснения, инициированные пациентом, без ущерба для процесса.

Эта дискуссия незаметно подводит нас к таким глубоким вещам, как искусство психоанализа, в котором строгие правила не слишком полезны. В отдельных случаях многие профессиональные границы можно перейти при наличии достаточных оснований. Большинство аналитиков не встречаются с пациентами вне кабинета, однако Элизабет Ллойд Майер (Elizabeth Lloyd Mayer, 1994b) пишет о трогательном случае лечения умирающей пациентки, во время которого последние сессии прошли дома у пациентки, поскольку она была слишком слаба, чтобы прийти в кабинет аналитика. В контексте лечения этот переход границ кажется абсолютно адекватным.

В отличие от этого неоднократное держание за руки в анализе доктора К. и частые встречи вне рамок анализа сбивали с толку, травмировали и в конечном счете разрушили аналитический процесс и саму доктора К.

Хотя доктор К. была не в тренинг-анализе, нарушения, с которыми она столкнулась в процессе своего лечения, являются крайним выражением проблем, возникающих при прохождении тренинг-анализа. Филлис Гринэйкер (Phyllis Greenacre, 1966) пишет о том, как часто в тренинг-анализе возникают отклонения от правил и потворство аналитиком своим желаниям и насколько трудно для проходящих такой анализ студентов добиться особого покровительства и анализировать это. По ее мнению, такие благо-

склонности чаще всего возникают у зарекомендовавших себя опытных аналитиков. Она связывает этот феномен с нарциссическими слепыми пятнами, которые находятся под защитой изоляции. Эти аналитики могут быть похожи на описанных в главе 6 специалистов, считающих себя достигшими такого положения в своей области, что обычные правила не имеют к ним отношения. В любом случае при таком потакании аналитиком своим желаниям пациент нередко оказывается связанным с ним на неопределенное время, как это обсуждалось в главе 8.

В некоторых кругах можно увидеть скептическое отношение к вредности нарушений несексуальных границ. Откровенное обсуждение доктором К. влияния, которое на нее оказало поведение ее аналитика, является красноречивой иллюстрацией ущерба, наносимого аналитиком, потерявшим понимание аналитической задачи и аналитической роли. Хотя почти не вызывает сомнений то, что часть терапевтического процесса в анализе включает в себя и отношения аналитика с пациентом, выходящий из аналитической роли аналитик дает пациенту ложную надежду, которая со временем будет неизбежно разрушена. Аналитик не может стать родителем или любовником без разрушения сути психоаналитического процесса. Аналитик, который пытается любить своего пациента с целью его исцеления и обнимается с ним, оказывается доступным круглые сутки и торжественно заверяет в любви, путает буквальное с символическим. Анализ связан с *желанием* быть любимым и получать объятия, а также с чувствами, которые усиливаются из-за невозможности удовлетворить эти желания за счет аналитика. Самый большой и полезный подарок, который мы должны предложить пациенту, – это аналитический сеттинг.



Судьба переноса: границы после завершения

Среди психоаналитиков никогда не было консенсуса относительно должных границ для отношений между аналитиком и пациентом после завершения лечения. Разные аналитики рассматривают период после завершения анализа с очень разных точек зрения. Действительно, существует не так много аспектов профессиональных границ, которые были бы столь противоречивы как ограничения после завершения.

Большая часть разногласий возникает вследствие противоречивого мнения о самом анализе и о том, чего в нем реально удалось достичь. Если анализ рассматривается как процесс, который полностью разрешает и устраняет невроз переноса, то отношения после завершения анализа могут восприниматься как свободные от остаточного переноса и, следовательно, быть очень похожими на все остальные отношения.

Если же думать, что какая-то часть невроза переноса остается после завершения анализа, то накладываемые ограничения *во время* анализа должны сохраняться и *после* его завершения. Более современная позиция заключается в том, что концепция невроза переноса потеряла свою ценность и от нее следует отказаться (Brenner, 1982; Cooper, 1987). И в этой связи идет дискуссия о том, есть ли возможность избавления от переноса, а не только интерпретационное разрешение невроза переноса.

Еще один вопрос, возникающий в этой полемике, – это то, что в период после окончания анализа, а в особенности с течением времени, одни границы могут иметь больше смысла, чем другие. Некоторые придерживаются мнения, что если прошло нужное количество времени, то даже сексуальные отношения являются допустимыми. Действительно, в передовой статье, опубликованной в *Американском психиатрическом журнале*, говорится о запрете на сексуальные отношения между терапевтами и пациентами в тече-

ние года после окончания лечения. При этом утверждается, что любое увеличение этого срока может рассматриваться как нарушение конституционного права человека вступать в отношения с тем, с кем он захочет (Appelbaum & Jorgenson, 1991). Аналогично в 1992 году Американская психологическая ассоциация хотя и запретила сексуальную близость между терапевтом и пациентом в течение как минимум двух лет после окончания лечения, отказалась наложить полный запрет на сексуальные отношения после его завершения (American Psychological Association, 1992). Такой выбор возможен при условии, что не было никакого злоупотребления вследствие необычных обстоятельств.

В аналитической работе можно привести веский аргумент в пользу того, что практически в любом случае сексуальные отношения после завершения лечения являются неэтичными и клинически неблагоприятными. Эта точка зрения наиболее убедительно подтверждается исследованиями судьбы переноса после завершения анализа. Однако существуют и другие соображения против сексуализации отношений между бывшим пациентом и его или ее аналитиком. Мы обсудим их после рассмотрения литературы, посвященной превратностям переноса после окончания анализа.

Стойкость переноса

Хотя в психоаналитических публикациях обычно уделяется много внимания интерпретативному разрешению невроза переноса как краеугольному камню аналитического процесса, проведенные в последние три десятилетия исследования одинаково показывают, что перенос сохраняется и после окончания лечения. В ходе последующего исследования испытуемых, прошедших ранее анализ, Арнольд Пффеффер (Arnold Pfeffer, 1963) при их интервьюировании обнаружил два неожиданных, но поразительных явления. Во-первых, пациенты разговаривали с аналитиком, проводившим последующее интервью, так, словно он был их собственным аналитиком. Другими словами, перенос мгновенно восстанавливался. Во-вторых, симптомы, которые изначально привели человека на анализ, снова возникали во время последующих интервью. Казалось, что пациенты возвращались к тому, на чем они завершили свой анализ, и продолжали анализировать потерю

аналитика и анализа, – процесс не был доведен до конца к моменту его завершения.

Современное психоаналитическое мышление дает возможность переосмыслить наблюдения Пфедффера (Pfeffer, 1963). В эпоху, когда вклад аналитика в перенос пациента общепризнан, мы считаем, что существовавший ранее в анализе перенос не тождественен переносу, возникшему на интервью. Поскольку два участника не тождественны друг другу, характер переноса не идентичен. Вернее будет сказать, что происходит восстановление базового *характера переноса*. Иными словами, существует *готовность* заново пережить перенос с другими аналитиками и, несомненно, со своим бывшим аналитиком.

Пфедффер также пришел к выводу, что даже после успешного анализа у пациента остается сложная психическая репрезентация аналитика. Эта репрезентация, вероятно, связана с *разрешенными* аспектами невроза переноса, а также с остатками переноса, которые не были полностью исследованы в анализе. Поскольку этот вывод относится ко всем исследованным пациентам, он не является ни уникальным, ни отражающим особые обстоятельства анализа.

В работе, написанной через 30 лет после выхода в свет первой публикации, Пфедффер (Pfeffer, 1993) отмечал, что наблюдавшиеся им явления (которые, кстати, стали известны как «феномены Пфедффера») можно рассматривать как краткое повторение анализа пациента, которое сопровождается возвратом и восстановлением уже имеющегося невроза переноса. В этом смысле аналитик представлен и как старый объект (остаточное смещение фигур из прошлого), и как новый объект (на основе новой интеграции конфликтов, являющихся неотъемлемой частью невроза переноса). Он также подчеркивал, что обе репрезентации сохраняются навсегда. Натан Шлессингер и Фред Роббинс (Nathan Schlessinger & Fred Robbins, 1974) обращают внимание на то, что у многих бывших пациентов есть устойчивая фантазия о «наличии доброго» аналитика, помогающего справляться с конфликтами после завершения анализа.

Хотя может показаться, что после завершения анализа этот внутренний процесс со временем должен идти на убыль, исследование 97 психотерапевтов, прошедших собственную терапию или анализ, показало, что этого не происходит (Buckley, Karasu, & Charles, 1981). Авторы исследования обнаружили, что размышле-

ния о терапевте или аналитике достигают своего пика в течение 5–10 лет после завершения, а сами эти размышления связаны с постепенной проработкой неразрешенных аспектов переноса.

Как это ни удивительно, но существует возможность усиления переноса после завершения. Рита Нови (Rita Novey, 1991) приводит пример пациента, который через два года после завершения анализа снова обратился к своему аналитику-женщине, испытывая к ней сильные любовные чувства. Комментируя этот случай, автор пишет, что перенос достиг своего пика только через два года после завершения.

Хаскелл Норман, Кей Блэкер, Джером Оремлэнд и Уильям Бэрретт (Haskell Norman, Kay Blacker, Jerome Oremland & William Barrett, 1976) провели исследование пяти бывших анализандов, как и Пфеффер, проведя с ними четыре-пять интервью с недельным интервалом. Так же, как и Пфеффер, они обнаружили, что у всех бывших пациентов за короткий срок восстанавливался тот перенос, который у них был во время анализа, и что они воспринимали интервьюеров так, словно те были их аналитиками. Эти авторы придерживаются точки зрения, что анализ не устраняет невроз переноса. Они также отмечают, что каждый пациент в разной степени обладает контролем над неврозом переноса в рамках бессознательного Эго. Они пришли к выводу, что «невроз переноса сохраняется в виде скрытой структуры, которая при определенных обстоятельствах может восстановиться, повториться и быстро трансформироваться» (р. 496).

Недавно проведенное исследование, основанное на более строгом методологическом подходе, представило дополнительные доказательства мнения, что возникшая в анализе основная парадигма переноса не исчезает в результате аналитической работы (Luborsky, Diguer, & Barber, 1994).

Люборски с соавторами сравнивал основной конфликт отношений в первой и последней четвертях анализа. У всех 13 исследованных аналитических пациентов наблюдалось удивительное постоянство тем переноса в начале и в конце лечения. Авторы делают вывод, что базовый характер переноса не изменяется, несмотря на расширившееся понимание, развитие Эго и большую способность справляться с конфликтом. Они согласны с утверждением Фрейда, высказанным в работе 1912 года «К вопросу о динамике переноса», что перенос является пожизненной схемой.

В этой связи следует уточнить, что приведенные нами результаты исследований *не означают*, что в процессе анализа не происходит никаких изменений. Хотя базовый характер переноса не изменяется, в анализе расширяется его понимание, а он сам становится более управляемым. Как отмечает Джозеф Шachter (Joseph Schachter, 1992), последующие исследования аналитических пациентов показывают, что, хотя перенос и не разрешается, он изменяется настолько, что пациенты могут лучше с ним справляться. Желания в переносе остаются, но представления о том, как окружающие будут относиться к этим желаниям, подвергаются значительным изменениям.

Приведенный выше обзор литературы не является выборочным. Не существует исследований, показавших исчезновение переноса после завершения анализа. Если перенос делает сексуальные отношения между аналитиком и пациентом символически инцестуозными, потенциально вредными и однозначно неэтичными *во время* анализа, то это же относится и к сексуальным отношениям *после* его завершения. Следующее сравнение является ярким доказательством этого положения: инцест между отцом и дочерью недопустим вне зависимости от того, как давно она покинула отчий дом, и от их статуса как взрослых людей, способных вступать в отношения по «взаимному согласию» (Gabbard, 1993; Gabbard & Pope, 1989).

Отношения после завершения как сопротивление

Сохранение переноса является одним из аргументов в пользу позиции «пациент однажды – пациент навсегда», касающейся сексуальных отношений после завершения. Сама возможность таких отношений может стать источником трудноразрешимого переноса. Например, если пациент знал, что будущие отношения с аналитиком станут итогом, который не вызовет этического порицания, он может осознанно или бессознательно обращаться с анализом так, словно главной целью лечения является завоевание любви аналитика. При этом агрессивные аспекты переноса могут игнорироваться, а сексуальные конфликты сводиться к минимуму. Жизненные события, вызывающие стыд и смущение, утаиваются вследствие опасения пациента в том, что их раскрытие может навредить будущим отношениям с аналитиком.

Похожие вопросы могут возникать и в контрпереносе аналитика, если он считает профессионально допустимыми сексуальные отношения с пациентом в будущем. Аналитики, испытывающие сильные любовные чувства к пациентам, могут стимулировать идеализацию, надеясь убедить пациента в том, что они пара, созданная на небесах.

Для защиты «настоящих отношений» от загрязнения гневом или недовольством пациента может использоваться избегание конфронтации с болезненным или неприятным материалом. И самое главное, если аналитик представляет собой магически исцеляющего будущего партнера, способного превратить страдания пациента в нескончаемое блаженство, происходит полное избегание неизбежного процесса горевания.

Отказ от старых влечений к инцестуозному объекту является неотъемлемой частью успешного психоаналитического опыта. Не существует адекватной возможности срезать этот путь и избежать болезненного горевания и проработки, которые сопровождают данный процесс. Анализ приносит пользу в основном благодаря тому, что он подразумевает отношения, которые каждый раз ограничены четкими временными рамками, а их целью является понимание. Как подчеркивал Фрейд (Freud, 1915a), это отношения, не имеющие аналогов в реальной жизни. Чем больше аналитические отношения размываются, превращаясь в другие отношений за пределами анализа (даже если речь идет о возможных отношениях в будущем), тем больше разрушается анализ.

Аналитик должен всегда об этом помнить, поскольку в отношениях с пациентом не будет ничего иного, кроме того, что пациент может свободно говорить о том, что приходит ему на ум. Как мы подчеркивали в главе 3, аналитическая роль и сопутствующие ей аналитические границы создают атмосферу безопасности и холдинга, в которой пациент может свободно обращаться с идеями и чувствами, не опасаясь негативных последствий. Знание, что аналитик никогда не будет использовать полученную от пациента информацию в других обстоятельствах, является важнейшей составляющей аналитического сеттинга, которая высвобождает пациента.

Многие пациенты, в особенности связанные со сферой психического здоровья, приходят на анализ с тайной надеждой подготовить почву для отношений (иногда сексуальных, иногда нет) после его завершения, что делает аналитика «реальным человеком».

Интерпретация этих фантазий создает основу для неизбежного процесса горевания. Любое, даже незначительное вступление в сговор с пациентом через избегание или едва заметное поощрение этого могут оставить важные части его личности непроанализированными. 20-летняя пациентка была переполнена эротическими желаниями к своему аналитику и спросила, не переспит ли он с ней. Он ответил, что находит ее сексуально привлекательной и, может быть, когда-нибудь в будущем такие отношения будут возможны, однако сейчас это абсолютно недопустимо по этическим соображениям. Пациентка ухватила за слова о возможности в будущем и не могла ни о чем другом думать. Все другие вопросы в анализе померкли по сравнению с этим, а сам анализ казался ей чем-то, что нужно перетерпеть, пока они не смогут вступить в романтические, неаналитические отношения. Ответ аналитика был не только неэтичным, но и плохим с точки зрения аналитической техники.

Завершение – это особенно опасный период для разыгрывания сильных сексуальных желаний между аналитиком и анализандом. Печаль аналитической профессии заключается в том, что аналитик становится очень близким для своих пациентов, чтобы затем их потерять. Завершение – это настоящая потеря для обоих участников. Оно отражает конечность отношений и даже невыносимую изменчивость жизни в целом. Ассоциации, связывающие завершение со смертью, часто возникают на финальной стадии анализа. Как аналитик, так и анализанд могут не хотеть горевать в связи с потерей и смертью и вместе обратиться к маниакальным защитами, необходимым для отрицания окончательного и бесповоротного характера завершения.

Аналитик может начать больше самораскрываться, давать больше советов, становиться более неформальным и даже предлагать пациенту перейти в социальные отношения. Все это является способом сообщить что-то вроде: «Нам на самом деле не стоит останавливаться на печали, связанной с потерей этих отношений, поскольку мы начнем новые отношения, которые будут лучше. Это не конец, а только начало».

Как и Фрейд (Freud, 1915a), который указывал, что аналитические отношения не имеют аналогов в реальной жизни, Мартин Бергманн (Martin Bergmann, 1988) подчеркнул, что опыт завершения анализа является уникальным, поскольку не имеет параллелей в каких-либо других областях человеческих отношений. Где еще,

завершая необычайно интенсивные, долгие и глубокие отношения, человек понимает, что у них не будет никакого продолжения? Джек Новик (Jack Novick, в печати) утверждает, что завершение было абсолютно непостижимо для первых аналитиков, а их современники унаследовали игнорирование и отрицание чувств, связанных с завершением. Ряд авторов (Dewald, 1966; Limentani, 1982; Novick, 1982; Viorst, 1982) отметили тот факт, что завершение является потерей как для аналитика, так и для пациента. Как пациент может прибегать к защитной фантазии об отношениях после завершения анализа, чтобы уберечь себя от горевания, так и аналитик может избегать работы с потерей и таким образом укреплять у пациента отрицание (Novick, в печати).

Виктор Кэлеф и Эдвард Вайншел (Victor Calef & Edward Weinshel, 1983) обратили внимание на то, что многие пациенты завершают анализ с ощущением «незавершенного дела». Когда эти пациенты приступают ко второму анализу, становится ясно, что это чувство нередко связано с желанием вступить в сексуальные отношения с аналитиком как с эдипальным родителем. Если аналитик ведет себя неопределенно или провоцирует завершающего анализ пациента, то поведение аналитика может бессознательно поощрять пациента сосредоточиться на вступлении в отношения в будущем, а не на невозможности когда-либо получить желанные отношения.

Возвращение пациента

В проведенном Джорджем Хартлобом, Гари Мартином и Марком Райном (George Hartlaub, Gary Martin & Mark Rhine, 1986) исследовании 71 пациента, которые прошли успешный анализ, две трети из них обращались к своим аналитикам в течение трех лет после завершения. Отсюда следует, что существует практическая, основанная на здравом смысле причина воздерживаться от сексуальных отношений с бывшими пациентами: большинству из них, вероятнее всего, снова понадобится помощь аналитика. В выборке, изученной Хартлобом с соавторами, пациенты никогда не возвращались, если их анализ был неправильным или неэффективным. Они были успешны в профессиональной и личной жизни, но нуждались в одной или двух консультациях, чтобы закрепить достигнутые в анализе результаты. Некоторым было нужно продол-

жить работу над деидеализацией аналитика, а другим требовалась помощь в восстановление способности к самоанализу. Остальные считали для себя важным сообщить о значительных достижениях в их развитии и тем самым продолжить процесс реструктуризации репрезентаций внутренней самости и объектов – процесс, который можно назвать «приданием нового вида старым интроектам».

Когда появляется возможность тщательно проанализировать эти возвращения, то можно заметить, что их общей чертой будет вина, которую переживает анализанд в связи тем, что завершение может причинить вред аналитику. Завершение анализа и отказ от инфантильных объектов в трансферентных отношениях с аналитиком может бессознательно восприниматься как своего рода убийство собственного родителя (Loewald, 1980; Winer, 1994). Этот же смысл может приобрести и счастливая жизнь после анализа, и тогда возвращение пациента может отчасти быть планом по успокоению аналитика, которого превзошли, бросили или оставили одного (Schafer, 1992). Этим возвращениям может предшествовать внезапное обострение старых симптомов, главной причиной которого, тем не менее, могут быть страхи, связанные с жадностью, конкуренцией и грандиозностью. Шейфер (Schafer, 1992) считает, что эти характерные возвращения представляют собой один из вариантов вины выжившего по отношению к аналитику. Боясь, что из-за зависти аналитик будет им мстить, они возвращаются для продолжения анализа, чтобы умиротворить разъяренного в их фантазии аналитика.

Аргументы против полного запрета

Хотя аналитики и согласны, что сексуальные отношения с пациентами, проходящими в настоящее время лечение, однозначно неэтичны, единого мнения в отношении полного этического запрета сексуальных отношений с бывшими пациентами нет. Руководители многих профессиональных организаций состоят в браке со своими бывшими пациентами, и осуждение этих отношений нередко вызывает беспокойство, поскольку оно может оказать разрушительное воздействие на высокоуважаемых преподавателей, супервизоров и тренинг-аналитиков. Как говорилось в главе 6, такие браки часто используют в качестве доказательства того, что не во всех случаях есть однозначный вред.

Даже если эти союзы можно было бы всесторонне изучить, а вредоносность некоторых из них оказалась бы под сомнением, это не снимает необходимости существования этических стандартов: этические стандарты не требуют доказательств того, что определенное поведение всегда причиняет вред (Gabbard, 1994e). Например, многие аналитики могут представить себе случаи нарушения конфиденциальности, но поскольку это были единичные случаи и они не стали известны пациенту, явный вред причинен не был. Тем не менее все согласятся с тем, что нарушение конфиденциальности неэтично. Этические кодексы, как правило, основаны на *возможности* причинения вреда. Кроме того, эти стандарты созданы для применения в большинстве случаев и не принимают в расчет всевозможные исключения. По аналогии, большинство людей в состоянии опьянения не могут безопасно водить машину, и поэтому существует закон, запрещающий езду в таком состоянии. Некоторые алкоголики могут утверждать, что они регулярно садятся за руль после того, как выпьют в баре 1/5 галлона²⁵ крепких напитков, и ни разу не попадали в аварию. Поскольку большинство людей не может безопасно водить машину, выпив такое количество алкоголя, этот закон остается в силе.

Еще один довод в пользу более снисходительного отношения к сексуальным отношениям после завершения анализа заключается в том, что запрет таких союзов, по сути, проворчит конституции (Appelbaum & Jorgenson, 1991). Иными словами, раз каждый человек имеет право на свободу собраний и право на счастье, он также имеет право вступать в любовные отношения с кем угодно, без ущемления этого права профессиональными организациями. В этой аргументации определение профессионально допустимого поведения в соответствии с этическими правилами перепутано с более общими конституционными правами гражданина. Приходя в эту сферу деятельности, профессионалы автоматически берут на себя дополнительные права и обязанности (Gabbard, 1994e). Например, аналитик не может воспользоваться своим правом на свободу слова в отношении сведений о пациенте, которые составляют профессиональную тайну и не подлежат разглашению в суде, поскольку существуют законодательные запреты нарушения конфиденциальности, а также этические кодексы, запрещающие подобные поступки. Кроме того, если было бы достаточно одного лишь

²⁵ Приблизительно 0,75 л.

закона, руководствуясь которым профессионалы могли определять свое поведение, то профессиональные этические кодексы были бы не нужны. И наконец, если отнестись серьезно к этому конституционному доводу, то его можно расширить до того, что профессиональные организации не имеют конституционного права препятствовать сексуальным отношениям с пациентом, *проходящим лечение в настоящее время*.

В заключение еще один изредка используемый довод – плоть слаба, давление влечений мощно и, как сказал бы Вуди Аллен: «Вы не можете избежать того, в кого вы влюбляетесь». Другими словами, если из-за человеческой природы нельзя полностью исключить сексуальных отношений между аналитиком и пациентом, то почему мы должны ждать, что аналитик воздержится от сексуальных отношений после завершения? Ответить на это можно двояко. Во-первых, не существует этических кодексов, созданных с идеей предотвратить любое неэтичное поведение. Во-вторых, аналитики не могут влиять на выбор людей, в кого они влюбляются, но они, безусловно, могут управлять выбором людей, с которыми они оказываются в постели. Если они не могут удержаться от любовной связи с бывшими пациентами, значит, что-то не в порядке. Учитывая, что есть множество других партнеров, всепоглощающее и страстное увлечение бывшим пациентом (бессознательно представляющим запретный, инцестуозный объект) должно вызвать беспокойство если не у самого аналитика, то хотя бы у коллег, занятых в сфере его деятельности.

Несмотря на приведенные выше убедительные аргументы против сексуальных отношений с бывшими пациентами, официальный психоанализ неохотно шел на принятие этических кодексов, которые ставили бы отношения с бывшими пациентами вне закона. В дополнении к свойственному любому человеку сопротивлению при отказе от инцестуозных объектов, существуют и другие причины этого нежелания. Финансовые соображения, как правило, оказывают большое влияние при принятии этих решений (Gabbard, 1994e). Этические комитеты уже не в состоянии досконально расследовать многие случаи вследствие расходов, которые будут понесены при этих разбирательствах, в особенности если привлекается адвокат. Расширение компетенции этических комитетов до расследования отношений, возникающих после завершения лечения, сделает это еще более накладным.

И в заключение – многие из нас видят себя в коллегах, нарушивших сексуальные границы. Мы все боремся с сильными чувствами к нашим пациентам и, по крайней мере, на каком-то уровне склонны относиться к коллегам, обвиненным в неправомерном сексуальном поведении, следующим образом: «Слава Богу, ведь на этом месте мог бы оказаться и я». Поэтому сопротивление в принятии этического кодекса, который запретил бы отношения после завершения анализа, может быть связано с желанием быть снисходительными к самим себе в делах сердечных.

Другие виды отношений после завершения

В главе 7 подробно обсуждался потенциальный ущерб, наносимый при нарушении несексуальных границ аналитическому процессу и пациенту. Однако гораздо меньше было написано о несексуальных границах в отношениях *после завершения анализа*. В принципе, приведенные ранее аргументы в пользу полного запрета сексуальных отношений после завершения можно отнести и к другим двойным отношениям. Однако на практике несексуальная сфера неясна и четкого единого мнения не существует.

Так или иначе, все аналитики должны разбираться с отношениями после завершения анализа. При отсутствии ясных руководящих принципов аналитики разрабатывают свои собственные правила, нередко основанные на том, как их собственные тренинг-аналитики обращались с ними в период после завершения анализа.

Некоторые аналитики полагают, что, поскольку перенос остается и пациент может вернуться для дальнейшего лечения, они поддерживают такие же аналитические границы, как и во время лечения. Другие считают, что, раз профессиональные отношения завершены, их отношения с бывшими пациентами могут не только стать ближе, но и перейти в дружеские. Третьи занимают промежуточную позицию, в которой они сохраняют достаточную профессиональную дистанцию, чтобы избежать трудностей в случае возвращения пациента для дальнейшего лечения, но становятся менее формальными и больше самораскрываются (в узких масштабах), когда сталкиваются со своими бывшими пациентами на светских или профессиональных мероприятиях.

Проблема всех отношений, возникающих после завершения, заключается в том, где провести черту. Должны ли аналитики иметь деловые отношения с бывшими пациентами? Могут ли они ходить друг к другу в гости, вместе играть в гольф или теннис? В некоторых сферах стойкость переноса может вызвать бóльшую озабоченность, чем в других. Например, может ли аналитик принять крупное материальное пожертвование для своего проекта, института или общества от бывшего пациента, который так хочет выразить свою благодарность? Можно утверждать, что имеющийся у пациента перенос мешает ему как трезво мыслить, так и совершать обдуманнные поступки при выборе получателя его пожертвования.

Ротстайн (Rothstein, 1994) занимает ясную позицию в этой ситуации. Помня о том, что и перенос, и контрперенос не заканчиваются, он утверждает, что «бывших анализандов» не бывает. Поскольку внутренние конфликты будут всегда, то, по мнению Ротстайна, к желанию пациента сделать пожертвование аналитику после завершения следует относиться как к соблазнению на последующем этапе продолжающегося анализа, а не просто как к выражению благодарности. Принятие аналитиком этого пожертвования также рассматривается в качестве разыгрывания в контрпереносе, при котором этому поступку находится рациональное объяснение, включающее идею, что эти деньги пойдут на благородные цели.

После завершения анализа возникает много других видов нарушений границ. Например, следует ли принимать пациентов, приходящих по рекомендации бывшего пациента, который также является коллегой? Можно ли рекомендовать пациентам своего бывшего анализанда? Принимать ли аналитику приглашения на светские мероприятия от бывшего пациента?

Шачтер (Schachter, 1990, 1992) проводил систематические исследования взаимодействий между аналитиками и пациентами после завершения анализа. Он рассматривал анализ как часть непрерывного процесса развития, цель которого является содействие в способности анализанда к психологическому росту. Шачтер делает основной акцент на важности консультаций, запланированных после завершения и проводимых в кабинете аналитика, а не на социальных отношениях. Однако он также предположил, что бывают случаи, когда отношения аналитика и бывшего пациента могут перерасти в настоящую дружбу как следствие естественного

развития хорошего терапевтического альянса, имевшего место во время аналитического процесса. Он считает, что в некоторых случаях такие отношения могут быть психологически здоровыми и не обязательно имеют серьезные невротические основания.

Из-за уникального положения тренинг-анализа все эти вопросы становятся еще более неопределенными. Как мы говорили в главе 7, двойные отношения являются неотъемлемой частью тренинг-анализа, что следует учитывать при обсуждении периода после его завершения. Бывший анализанд станет коллегой тренинг-аналитика и будет вместе со своим бывшим аналитиком принимать участие в деятельности разного рода – например, состоять в комитетах, участвовать в научных конференциях и преподавать. Как отмечает Рикардо Бернарди и Марта Ньето (Ricardo Bernardi & Marta Nieto, 1992), «парадокс заключается в том, что, хотя никто не примет пациента, с которым это предприятие разделялось, здесь это именно то, что необходимо» (р. 142).

Понимая возможные проблемы с границами, многие институты заявляют, что кандидаты не могут супервизироваться или проходить систематическое обучение у своего тренинг-аналитика. Однако некоторые аналитики, супервизированные своими тренинг-аналитиками, говорили после завершения, что это был позитивный опыт. Они в особенности обращали внимание на важность продолжения деидеализации аналитика. Они утверждали, что встреча с аналитиком в условиях супервизии помогла им в дальнейшем укреплении аналитического опыта и отгоревании потери. Словом, это облегчает работу после завершения.

Скептики говорят, что стойкость переноса делает супервизию после завершения крайне сомнительной. Способность кандидата давать критическую оценку наблюдениям супервизора о случае или технике кандидата может быть существенно ослаблена. Несогласие с мнением супервизора о пациенте или наилучшем к нему подходе может подавляться кандидатом или, в качестве альтернативы, могут ожить остатки негативного переноса, что приведет к едва заметной или явной борьбе за власть в процессе супервизии.

Проблемы, возникающие при использовании одного и того же анализа и для обучения, и для лечения уже обсуждались основательно. Еще в 1964 году Дэвид Кэйрис (David Kairys) пришел к выводу, что некоторые аналитики «уверовали, что проблемы анализа в обучающих программах, в сущности, неразрешимы и не стоят дальнейшего обсуждения» (р. 485). Тем не менее следует учи-

тивать сложность тренинг-анализа в особенности в период после его завершения, поскольку в противном случае можно легко оказаться в ловушке двойных стандартов, когда мы выступаем в защиту одних границ после завершения для необучающего анализа и других для анализа кандидатов. Тренинг-анализ, по меньшей мере, должен давать хороший аналитический опыт. Если в период после завершения и, следовательно, на самой завершающей фазе анализа тренинг-аналитик ведет себя иначе, этот анализ может повлиять на то, как кандидат будет обходиться с завершением в анализе своих пациентов.

Тем не менее многие аналитики утверждали, что процесс завершения в тренинг-анализе безусловно отличается от окончания в других анализах. Эдит Вайгерт (Edith Weigert, 1955) считала, что в тренинг-анализе нет однозначной сепарации, как в других анализах, поскольку кандидату приходится жить и работать в том же профессиональном окружении, что и его тренинг-аналитик.

Как точно заметила Джоан Флеминг (Joan Fleming, 1969), преимущество тренинг-анализа по сравнению с личным анализом состоит в возможности продолжения отношений между кандидатом и тренинг-аналитиком на иной основе, чем в других аналитических ситуаций: «Усердно протрудившись в роли пациента, студент-аналитик должен также усердно трудиться, перейдя на другой уровень, став коллегой и другом» (р. 79). Она утверждала, что те, кто занимают противоположную позицию, недооценивают анализ. Она упрекнула их в отрицании принципа реальности и, чтобы объяснить свою позицию, использовала метафору детско-родительских отношений. По ее мнению, они рассматривают бывших анализандов исходя из принципа «ребенок однажды – ребенок навсегда» и отказываются принять то, что их аналитический «ребенок» уже вырос, и, таким образом, увековечивают патриархальную культуру в этой сфере деятельности.

На наш взгляд, Флеминг слишком упрощает идею завершения тренинг-анализа. Использование детско-родительской парадигмы в качестве руководящего принципа отсылает нас непосредственно к трансферентным желаниям пациента. После анализа наконец-то появляется возможность ухватиться за столь неуловимые и долгожданные отношения, которые были недоступны во время анализа. Мнение, что завершение является относительно плавным переходом от парадигмы «аналитик – анализанд» к дружеской или наставнической поощряет откладывание и в итоге избегание рабо-

ты горя, необходимой для окончания анализа. Период усвоения и горевания нужен для проработки кандидатом завершения, и, если аналитик сразу же вступает в дружеские отношения с завершившим анализ пациентом, он не дает ему необходимого времени и пространства (Torras de Bea, 1992; Treurniet, 1988).

Основная проблема тренинг-анализа заключается в том, что после его завершения между пациентом и аналитиком *на самом деле* продолжают некоторые отношения. Конечно, характер этих отношений будет различаться в разных парах. Однако то, что они станут коллегами, делает тренинг-анализ непохожим на другие виды анализа. Новик (Novick, в печати) подчеркнул, что неотъемлемый риск процесса обучения аналитиков состоит в том, что опыт завершения, полученный кандидатом в условиях тренинг-анализа, может быть использован в качестве концептуальной модели завершений *всех остальных* анализов. Это становится в особенности проблематичным, если и тренинг-аналитик и кандидат вступили в сговор, отрицая масштаб потери и зная, что их коллегиальные отношения продолжатся. Всем кандидатам необходимо отдавать себе отчет, что между их собственным опытом завершения и тем, как заканчивают анализ их пациенты, существуют принципиальные различия.

Оремлэнд, Блэкер и Норман (Oremland, Blacker & Norman, 1975) исследовали «недосказанность» предположительно успешных анализов, проведя ряд последующих интервью с несколькими пациентами в период после завершения. В одном случае они обнаружили расхождение во мнениях между аналитиком и пациентом о том, как прошло завершение. Тренинг-аналитик считал, что окончание прошло надлежащим образом и благополучно. Пациент же считал, что его тренинг-аналитик не хотел завершать анализ. Он не сказал об этом аналитику и, как показало исследование, остался с этим непроанализированным представлением об аналитике после завершения.

Требуемая от аналитика абстиненция имеет негативные последствия, и некоторые аналитики хотят быть узванными в качестве «настоящего человека», используя это как подход к завершению. Однако, как отмечали Оремлэнд с соавторами (Oremland et al., 1975), когда аналитик становится «настоящим» или похожим на родителя, он подвергает себя множеству связанных с этим опасностей. Анализанд может воспринять такое послание аналитика как указание оставаться лояльным аналитику, как ребенок родите-

лю. Что же будет с независимостью пациента? Как насчет свободного выбора анализанда не дружить с аналитиком, поскольку он хочет сохранить его как потенциального аналитика в будущем в случае возникновения проблем?

Повсюду можно найти доказательства гнета лояльности, вызванного отношением к анализанду как своего рода повзрослевшему ребенку аналитика. Один из худших сценариев, когда бывшие анализанды буквально заботятся о своих бывших тренинг-аналитиках. Эта забота может принимать разные формы от рекомендаций потенциальным пациентам своего бывшего аналитика, который может уже быть слишком слабым или сильно страдать от старческого слабоумия, чтобы продолжать практику, до визитов к нему домой, заботе о его физических потребностях и посещения с ним врачей. По обычному сценарию кандидат чувствует себя обязанным стать кем-то вроде последователя своего тренинг-аналитика и яростно защищать теоретические или технические заветы своего аналитика и при этом резко осуждать оппонентов. Такое «сопровождение» со стороны бывшего пациента – широко распространенная проблема на протяжении всей истории психоанализа. Отчеты «Дискуссий о противоречиях»²⁶ Британского общества 1940-х годов предоставляют достаточно доказательств этой потребности в лояльности со стороны бывших анализандов.

Гринэйкер (Greenacre, 1966) говорил о желании тренинг-аналитика сохранить преданность кандидата после завершения как об одной из трех главных областей контрпереноса в тренинг-анализе (две другие – фанатичность в отношении академической успеваемости анализанда и активное участие в вопросах, связанных с его тренингом). Она писал, что рационализация, которая включает в себя «спасение» для будущего психоанализа подающего надежды молодого коллегу, может быть использована для оправдания нарциссических потребностей тренинг-аналитика контролировать кандидата.

²⁶ Имеется в виду ряд долгих научных обсуждений, имевших место с 1942 по 1944 год в Британском психоаналитическом обществе между представителями Венской школы и сторонниками Мелани Кляйн. Эти «Дискуссии о противоречиях» привели к появлению после 1945 года в Общества трех обучающих направлений – кляйнианского (М. Кляйн, Дж. Ривьер, П. Хайманн и др.), фрейдистского (А. Фрейд и др.) и независимой группы (Д. Винникотт и др., а позднее и М. Балинт).

Рамон Ганзарейн (Ramon Ganzarain, 1991) отмечал, что общая трудность, возникающая между кандидатом и бывшим тренинг-аналитиком – это попытки продолжить аналитическую деятельность в неаналитических условиях. Кандидаты могут «свободно ассоциировать» в присутствии своего бывшего тренинг-аналитика в светских ситуациях. Аналитики также могут поощрять эти действия, продолжая интерпретировать бессознательные значения сказанного бывшими пациентами. Ганзарейн обращает внимание, что такое отношение может говорить о желании аналитика сохранить влияние и власть над пациентом.

Расширение свободы мысли должно быть общей целью анализа вне зависимости от того, личный это анализ или обучающий. Аналитик, который настаивает на том, что его анализанды должны думать об анализе или других вопросах, будучи аналитиком, лишает пациентов возможности расширить свою независимость и свободу думать своими собственными мыслями. Процесс идентификации, присущий любому тренинг-анализу, может ввести в сильное заблуждение, если тренинг-аналитик ставит свои собственные нарциссические потребности выше потребностей пациента. Гринэйкер (Greenacre, 1966) отмечал, что эта динамика может принимать форму едва заметных поблажек со стороны тренинг-аналитика, который потворствует, а не фрустрирует трансферентные желания пациента. Когда аналитик еще и известный, анализанд часто полагает, что такие поблажки должны быть уместными, хотя и не общепринятыми, как об этом писала в своем отчете доктор К. в главе 7. Гринэйкер пишет: «Сила этого нежелательного влияния возрастает в тех сферах, в которых аналитик зарекомендовал себя как квалифицированный специалист и несмотря на это дает поблажки. Общее влияние этих факторов практически нельзя изменить» (1966, р. 562).

Ограничения, накладываемые лояльностью из-за поблажек тренинг-аналитика, не только создают атмосферу ученичества, но и образуют связывающий два поколения порочный круг, который трудно разорвать. Молодые аналитики повторяют поведение своих тренинг-аналитиков, даже если у них нет полного понимания или согласия с этим. Гринэйкер (Greenacre, 1966) утверждает, что в анализе кандидатов недостаточно внимания уделяется едва заметным нарциссическим влияниям, а также ответному самоанализу тренинг-аналитика. К сожалению, почти 30 лет спустя эти проблемы все так же лишены достаточного внимания.

Конечно, контакты после завершения между анализандом и тренинг-аналитиком неизбежны. Некоторые из этих контактов могут способствовать дальнейшему психологическому росту кандидата. Другие являются более проблематичными и представляют угрозу независимости кандидата. Очевидно, что и кандидат, и тренинг-аналитик могут играть роль в определении частоты и характера этих контактов после завершения. И то, как они справятся с этим, можно отчасти контролировать. Оптимальные границы после завершения анализа весьма спорны, и их невозможно установить каким-либо указом. Только систематическое и профессиональное обсуждение, которое основывается на данных, собранных из разных источников, поможет прийти к некоторому консенсусу.

Между тем не стоит преувеличивать решающее значение роли аналитика в исследовании фантазий пациента об отношениях после завершения анализа. Многие пациенты оказывают активное сопротивление исследованию этих фантазий из-за опасений, что анализ сделает невозможным их осуществление. Чтобы помочь им столкнуться с этим разочарованием, аналитики прежде всего должны примириться с собственным желанием держаться за своих пациентов и защищаться от неизбежных для психоанализа потерь.



Границы в психоаналитической супервизии

В последнее время психоаналитическая супервизия оказалась в центре внимания многих теоретических исследований. 6-я Конференция Международной психоаналитической ассоциации (МПА) для тренинг-аналитиков, проходившая в июле 1993 года в Амстердаме, была посвящена этой теме. Поскольку одной конференции оказалось недостаточно для изучения столь сложных вопросов, оргкомитет 7-й Конференции МПА для тренинг-аналитиков, которая проводилась в июле 1995 года в Сан-Франциско, снова выбрал тему психоаналитической супервизии.

Уже давно признано, что личный анализ кандидата и супервизия проводимых им анализов составляют «разрешающий» процесс обучения. Эти два аспекта обучения противоположны дидактическим, теоретическим семинарам, которые хотя и ценны сами по себе, но относятся к другому виду обучения, не столь зависимо-му от межличностного взаимодействия. В последние десятилетия большинство психоаналитических институтов постепенно отказались от наблюдения за личным анализом кандидатов. Большая часть институтов уже не требует «сообщать» тренинг-комитету о динамике анализа кандидата. Таким образом, бремя оценки клинической способности кандидата теперь почти полностью лежит на супервизии контрольных случаев.

Супервизия – это процесс, при котором в основном происходит объединение теории и практики во время обучения. От супервизоров требуется, чтобы они исследовали и проверяли не только динамику пациента/анализанда, процессуальные и методологические аспекты анализа, освоенные при обучении, но и теоретическую базу этих динамических и технических процедур.

На конференции по супервизии, которая проводилась для тренинг-аналитиков в 1993 году, было заявлено участие канди-

датов. Группа кандидатов подготовила меморандум (Casullo & Resnizky, 1993), окончательную версию которого распространили среди участников конференции. Этот прекрасно написанный двумя кандидатами текст великолепно раскрывает сложности и потенциал супервизии с точки зрения кандидатов. Они писали:

Задача состоит в том, чтобы сделать встречу возможной и позволить событиям происходить, а не ставить на них штамп. Ожидается, что супервизор и супервизанд смогут вместе преодолеть общий путь преобразований. Их цель – встреча, определяемая как момент, в котором аналитик-супервизор может подходящим образом удовлетворить потребности кандидата, помогая его становлению и создавая благоприятные ситуации для развития новой психологической структуры в каждом из них, поскольку невозможно остаться прежним, если ты что-то созидал однажды (р. 3).

Далее в своем тексте они сделали следующее наблюдение:

Если мы считаем, что сессия неповторима, то на супервизии происходит воссоздание нового эмоционального опыта при работе с материалом. Возникает новая драма. Кандидат под контролем супервизора сможет справляться со своими сомнениями, и, если супервизор будет способен совладать со своими сомнениями настолько, насколько позволит его видение теории и способность их передать, он будет в состоянии создать супервизионное пространство и [сопровождать] кандидата в будущем в моменты сомнений в своих убеждениях и потере надежных ориентиров (р. 6).

Фрейд, первый психоаналитический наставник, супервизировал своих «кандидатов» параллельно с их анализом, что нередко происходило во время вечерних прогулок по венским улицам. Рудольф Экштайн (Rudolph Ekstein, 1960) приводит слова Зигфрида Бернфельда (Siegfried Bernfeld, 1962), который вспоминал, как Фрейд, отклонив его замечания о начале своего первого анализа пациента без супервизии, сказал: «Чушь! Просто начните, а потом, если возникнут проблемы, мы подумаем, что с этим делать»

(р. 501). На этом этапе развития психоаналитической теории и методологии для Фрейда не существовало границ между анализом и супервизией.

Экштайн (Ekstein, 1960) использует термин *неисторический* для описания раннего периода психоаналитического обучения, во время которого аналитическая и супервизионная роль часто совмещалась одним человеком, «старшим» аналитиком. Микаэл Балинт (Michael Balint, 1954) называет этот же период *доисторическим*. Не существует письменных протоколов, описывающих методы обучения того периода.

По мере развития обучающих центров и вместе с созданием в начале 1920-х годов Берлинского института появился ряд преподавателей. Со временем появилась возможность и желание разделить роли тренинг- или личного аналитика и супервизора кандидата. На протяжении нескольких лет Венгерская группа была не согласна с этим разделением, предложенным Берлинским институтом. Вильма Ковач (Vilma Kovacs, 1936) утверждала, что анализ контрпереноса кандидата лучше всего проводить тренинг- или личным аналитиком, по крайней мере, при первом контрольном случае.

Публикация этой точки зрения аналитиков Венгерской школы привела к острой полемике, продолжавшейся несколько лет. В оппозиции к этой точке зрения была Венская школа, которую главным образом представлял Эдвард Бибринг (Edward Bibring, 1937). Он и его венские коллеги подчеркивали, что основное назначение супервизора заключается в обучении, а предметом супервизии должно быть понимание кандидатом динамики пациента и усвоение правильного технического подхода при работе с ним. Со временем позиция Венской школы возобладала в большинстве психоаналитических центров, а эти две функции – тренинг-аналитика и супервизора – с тех пор стали отдельными.

Флеминг (Fleming, 1969), который много писал в Северной Америке о психоаналитической супервизии, стал кем-то вроде пропагандиста обновленной версии позиции Венгерской школы, говоря, что тренинг-аналитик должен принимать активное участие в оценке анализандов, а супервизоры должны свободно интерпретировать контрперенос кандидата, по крайней мере, в случаях, когда такая интервенция кажется необходимой.

Интерактивные процессы в супервизии

Хотя нам все еще не хватает общего языка для обсуждения сложных вопросов, связанных с взаимодействием и интерактивными процессами анализа (Richards, 1991), в настоящее время никто не оспаривает тот факт, что за последние несколько десятилетий интерактивная и интересубъективная точки зрения приобрели широкое распространение в психоаналитической теории. Интерактивные процессы, которые Хелен Джидимен и Фред Волкенфелд (Helen Gediman & Fred Wolkenfeld, 1980) назвали разнонаправленными отражениями²⁷, постоянно возникают во время супервизии. Супервизор и супервизанд постоянно переключаются между внутриспсихической перспективой пациента на кушетке и различными взаимодействиями, происходящими во время супервизии, включая взаимодействия между кандидатами и супервизором; между кандидатами, их аналитиком и супервизором; и между кандидатами, их супервизором и другими супервизорами. В каждый момент супервизии задействуется множество триад, которые создают сложность, спутанность и пересечения границ между разными людьми и институциональными группами, составляющими эту систему.

Поскольку анализ является интерактивным процессом, границы в супервизии выглядят в основном как межличностные, внешние границы. Вследствие самого характера супервизионного процесса в него вовлечены особые виды межличностных границ: обучающие границы (то есть развивающие и поддерживающие профессиональные стандарты), границы, основанные на доверительных отношениях, и, наконец, различные виды межличностных границ, описанные в главах 1 и 3 и представляющие лишь одно изме-

²⁷ Разнонаправленные отражения (англ. multidirectional reverberations) – так называемые «параллельные процессы», при которых супервизанд демонстрирует на супервизии различные психические феномены, наблюдающиеся у его пациента и возникающие при взаимодействии с ним. По мнению авторов, это происходит вследствие идентификации супервизанда с пациентом. Схожие процессы описывал, например, Джейкоб Арлоу (Jacob Arlow, 1963), говоря о «переходящей идентификации» (идентификация супервизанда со своим пациентом во время супервизии), и Патрик Кейсмент (Patrick Casement, 1985), называя это «пробной идентификацией» (идентификация супервизора с тем, что происходит с супервизандом при работе с пациентом). Все эти процессы помогают «через действия передать то, что нельзя сообщить словами» (Gediman & Wolkenfeld, 1980).

рение границ, которые имеются в супервизии. Далее мы не будем в отдельности касаться таких крайних форм нарушения границ, как сексуальные отношения между супервизором и супервизандом, которые неэтичны из-за асимметрии власти в доверительных отношениях. Как это было описано в литературе (Gabbard, 1989), подобные нарушения схожи с нарушениями границ в других формах доверительных отношений. Вместо этого мы сосредоточимся на границах, которые характерны именно для процесса психоаналитической супервизии.

Вопросы границ

Лечить или учить

Основной вопрос этого разногласия состоит в разнице между следованием обучающим целям супервизии и возникающим иногда желанием исследовать психическую реальность супервизанда, чтобы лучше понять и донести до кандидата динамику отдельных моментов взаимодействий в анализе его пациента. Это разногласие между исключительно обучением и совмещением в процессе супервизии лечения с обучением широко обсуждается в литературе и обычно представляется как дихотомия «лечить *или* учить». Коротко говоря, с таких позиций утверждается, что нельзя совмещать эти функции. Задача супервизора заключается только в обучении. Когда же у кандидата возникают признаки реакции контрпереноса, супервизор должен рекомендовать кандидату обсудить это на анализе. В противном случае работа с контрпереносом кандидата станет пересечением границ супервизии, которые являются исключительно обучающими (как и границы между учителем и учеником). При этом утверждается, что нарушение обучающих границ неизбежно приводит к «дикому» анализу; супервизор не может и не должен вступать в конфликты кандидата или его бессознательные фантазии.

Стараясь избежать такого дихотомического мышления, Леон Гринберг (Leon Grinberg, 1970) выделил два аспекта контрпереноса кандидата: (1) случаи, в которых наблюдается явный контрперенос и в которых супервизор рекомендует кандидату обсудить это со своим аналитиком; (2) случаи, в которых имеет место проективная идентификация. По мнению Гринберга, во втором случае су-

первизор должен вмешаться и напрямую работать с возникшим у кандидата затруднением. Гринберг проводит четкое различие между собственно контрпереносом, ответственность за который всегда лежит на аналитике кандидата, и проективной идентификацией, ответственность за которую несет супервизор.

Гринберг (Grinberg, 1970) считал, что собственно контрперенос развивается, когда материал, который пациент принес на сессии, активизирует собственные конфликты кандидата. Хотя «аффективный отклик [кандидата] может возникать в результате того, что пациент спроецировал в него» (р. 379), речь тем не менее идет о проективной идентификации. Кандидат бессознательно идентифицируется с «данном аспектом внутреннего объекта или с определенными частями Я пациента» (р. 379), которые были спроецированы в него. Эта идентификация объясняет, почему кандидат испытывает чувства, принадлежащие пациенту, или вступает в разыгрывания, которые были спровоцированы репрезентациями внутренней самости и объекта пациента.

Говоря об этой коммуникации, Гринберг (Grinberg, 1970) имеет в виду, что реакции в контрпереносе имеют «более глубокое» происхождение и требуют тщательного исследования на кушетке, в то время как присутствие проективной идентификации легко обнаруживается непосредственно на супервизии. Кроме того, Гринберг считал, что эти процессы проекций и идентификаций могут также возникать и между кандидатом и супервизором. Не только кандидаты повторно разыгрывают на супервизии свое бессознательное взаимодействие с пациентом, но вследствие особого характера супервизионной ситуации они также могут вызывать похожие переживания и у супервизора. Естественно, Гринберг имел в виду явление параллелизма между анализом и супервизией – явление, получившее широкое освещение в последние годы (Arlow, 1963; Doehrman, 1976; Gediman & Wolkenfeld, 1980; Sachs & Shapiro, 1976).

На наш взгляд, механизм параллельного процесса несущественно отличается от разыгрывания, вне зависимости от того, происходит ли это на сессии или за ее пределами. Во всех этих случаях пациенты, кандидаты или супервизоры разыгрывают (или «переживают») то, вспоминанию о чем они противятся. Мы считаем, что вне зависимости от того, называется ли это проективной идентификацией или параллельным повторным разыгрыванием в супервизии, бессознательная идентификация кандидата с пациен-

том представляет собой один из аспектов контрпереноса на пациента, который повторно разыгрывается на супервизии.

Проекции – это не одностороннее явление. Как пациент проецирует в аналитика, так и аналитик проецирует в пациента. Аналогично и супервизор в аналитической супервизии может временно проецировать репрезентации самости и объекта, а также связанные с ними переживания как на супервизанда, так и на пациента. Таким образом, еще одно измерение параллельного процесса связано с тем, что супервизор может проецировать на супервизанда примерно так же, как аналитик проецирует на пациента. Например, супервизор, «берущий на себя больше» и говорящий супервизанду, что и как делать, может относиться к нему как к пассивному, беспомощному и зависимому, точно так же, как и супервизанд, считающий пациента неспособным к самостоятельному принятию решений и нуждающимся во внешней помощи аналитика для того, чтобы стать более успешным и дееспособным.

Контейнирующая функция является еще одним проявлением параллелизма в супервизии и анализе. Благодаря признанию этих переживаний, формулированию их знания и связыванию их с различными репрезентациями самости и объекта аналитик помогает пациенту в измененном виде и заново интроецировать спроецированное содержание (Carp, 1989; Gabbard, 1991b; Ogden, 1982). В чем-то схожий процесс наблюдается у кандидата, имеющего много сложностей с проекциями пациента. У супервизора могут возникнуть определенные переживания, похожие на чувства, мучающие супервизанда. Супервизор сдерживает эти переживания и пробует помочь супервизанду использовать их продуктивно в процессе (Gabbard & Wilkinson, 1994). Супервизор прежде всего стремится перевести эти чувства в слова, что полезно для понимания процесса супервизандом. В этом смысле может быть иногда полезным самораскрытие супервизором своих фантазий и чувств, которые вызваны пациентом, проходящим анализ у кандидата.

Параллельные процессы связаны с двумя сложными пересечениями границ: (1) пересечение аналитических границ между кандидатом и пациентом и (2) пересечения обучающих границ между кандидатом и супервизором. Как говорилось в предыдущих публикациях (Gabbard & Wilkinson, 1994; Lester & Robertson, 1995), мы считаем, что ограниченный подход к контрпереносу кандидата на супервизии (то есть работа исключительно с теми случаями, в которых контрперенос повторно разыгрывается на супер-

визии как параллельный феномен) себя не оправдывает. В подавляющем большинстве случаев супервизор осознает перенос кандидата *в отсутствие доказательств параллельного процесса*. Таким образом, мы считаем, что нельзя сказать, что обучающие границы процесса супервизии однозначно и определенно отличаются от аналитических или межличностных границ, как это подразумевается в дихотомии «учить или лечить».

По мнению Фрэнсиса Бодри (Francis Baudry, 1993), супервизор не решает конкретные проблемы с которыми студент сталкивается при работе с пациентом. Нам кажется такое утверждение слишком общим для того, чтобы иметь значение для супервизора. Мы считаем, что супервизор, несомненно, работает с этими проблемами, предлагая кандидату их исследовать. Используя свой отклик на материал, *а также* реакцию кандидата на это, он обращает внимание на слепые пятна кандидата, чрезмерную реакцию и разыгрывания в контрпереносе. На наш взгляд то, чего не дают супервизоры, — это *генетических интерпретаций кандидата*.

Конечно, эта модель супервизии зависит от того количества доверия и принятия, чтобы супервизанд мог спокойно и часто раскрываться. Это доверие может быть нарушено из-за оценки, присутствующей отношениям в супервизии. Достигнутый в институте успех кандидата будет находиться под большим влиянием мнения его супервизора. Это означает, что супервизия всегда будет подвержена влиянию проекций Супер-Эго супервизанда на супервизора (Doehrman, 1976). Как известно, кандидаты не упоминают важный материал и даже изменяют описание события, имевшего место в анализе, из-за страха, что их супервизор может принять те или иные ответные меры или наказать их, выразив неодобрение или негативную оценку (Chrzanowski, 1984). Стыд в особенности является мощным аффектом, связанным с ситуацией в супервизии, при которой происходит подавление способности супервизандов к полному самораскрытию интервенций, сделанных ими при работе с пациентами, а также своих чувств, относящихся к процессу (Wallace & Alonso, 1994).

Феномен разнородных триад

Как говорилось ранее, в психоаналитической супервизии задействованы разные триады. Профессиональные, обучающие, межличностные и аналитические границы связаны с этим процессом,

что нередко приводит к прорыву границ. В триаде «кандидат, тренинг-аналитик и супервизор» чаще всего происходят как явные, так и не столь заметные отыгрышания. Наиболее частым отыгрышем, возникающим у кандидатов в этом контексте, является расщепление своего переноса между аналитиком и супервизором. Эдипальные противоборства, доэдипальные конфликты и другие виды патологии могут разыгрываться в этой триаде. Аналитические границы между кандидатами и их аналитиком, а также образовательно-профессиональные и межличностные границы между кандидатами и супервизорами смешиваются и пересекаются в разных направлениях, что часто влечет за собой серьезные последствия для обучения кандидатов.

Одно из часто описываемых пересечений границ в этой триаде может возникать, когда тренинг-аналитик и супервизор принадлежат к конкурирующим между собой теоретическим группам. И супервизор, и тренинг-аналитик в разной степени могут переходить аналитические, обучающие и межличностные границы с целью завоевать признание кандидата. Такие нарушения неизбежно создают препятствия как для личного анализа кандидата, так и для его супервизии.

Обучающие и межличностные границы также довольно легко пересекаются в триадах, включающих кандидата, а также двух и более супервизоров, которые борются между собой за признание кандидата и его взгляды. Наконец, межличностный уровень может включать кандидата, супервизора и институт, в особенности если конкурирующие идеологии и теоретические положения приводят к неуверенности и тревоге у кандидата.

Как мы уже говорили в начале этой главы, предметом нашего обсуждения будут особенности границ в психоаналитической супервизии, а не более общие вопросы, относящиеся к сексуальному злоупотреблению в доверительных отношениях. Тем не менее условия сеттинга в супервизии имеют много общего с психоанализом. И те и другие включают личные отношения, в которых много чувств обсуждается в интимных подробностях. Перенос и контрперенос работают, и разница в их силе бросается в глаза. В последние годы в психоаналитические институты начали поступать жалобы на нарушение супервизорами сексуальных границ. При закрытых дверях некоторые кандидаты признавались, что супервизоры делали неуместные замечания сексуального характера или даже физически сближались с ними, однако это не получило оглас-

ки, поскольку кандидаты боялись, что их дальнейшее продвижение в обучении может пострадать, если они сообщат об этом тренинго-комитету института.

То, насколько супервизоры уважают или пренебрегают профессиональными границами, имеет далеко идущие последствия для развития кандидата. Процесс интернализации, происходящий в супервизии и начинающийся с поверхностного подражания или «разыгрывания из себя супервизора» со своим пациентом (Doehrmann, 1976), становится в итоге частью прочной аналитической идентичности. Если супервизор демонстрирует соблазняющий или провоцирующий межличностный стиль во время супервизии, это качество может быть незаметно перенято кандидатом и в итоге разыграно им в своей аналитической работе с пациентами. Как отмечали Кеннет Поп, Ханна Левенсон и Лесли Сковер (Kenneth Pope, Hanna Levenson & Leslie Schover, 1979) в своем исследовании аспирантов психологических факультетов, те, кто был в сексуальных отношениях со своими супервизорами или преподавателями, впоследствии чаще нарушали сексуальные границы со своими пациентами.

Джейкоб Арлоу (Jacob Arlow, 1963), ссылаясь на «Разноцветный отчет»²⁸, сделанный в 1955 году Советом по профессиональным стандартам Американской психоаналитической ассоциации (АПА) пишет, что в нем супервизия определяется как «психоанализ психоанализа» (р. 583), что точно передает огромную сложность этого процесса. Однако, несмотря на всю ее сложность, супервизии не обучают ни в институтах, ни в других местах, а от каждого выбранного институтом тренинг-аналитика ожидается, что он будет и супервизором. Похожая ситуация наблюдается в учебных отделах психиатрических кафедр, где в разных формах происходит обучение динамической терапии. Часто бывает так, что супервизорами становятся профессионалы, которые осведомлены о сопутствующих сложностях хуже, чем их коллеги из психоаналитических институтов. По мере того как на кафедрах психологии и психиатрии число преподавателей, получивших аналитическое образование, стремительно сокращается, обучение и су-

²⁸ «Разноцветный отчет» (англ. Rainbow Report) – исследование результатов психотерапии, которая проводилась членами АПА. Отчет распространялся среди членов АПА в виде копий, каждая глава напечатана на бумаге своего цвета.

первизия динамической психотерапии становится все более проблематичными.

Мы считаем, что супервизору для оптимальной работы недостаточно одного лишь теоретического понимания психоаналитического процесса и метода. На наш взгляд, понимание интерактивных процессов, возникающих во время супервизии, их отражение, а также возможность прорыва границ является основой работы грамотного супервизора.



Институциональная реакция

Реакция психоаналитических институтов и обществ США и Канады на нарушения границ их членами заставила себя долго ждать. Есть ирония в том, что психоаналитические организации так мало обращали внимания на этот аспект, который нанес огромный ущерб отношению общества к психоанализу, пациентам, проходящим лечение, а также студентам и молодым специалистам, которые разочаровались в «глиняных ногах» своих преподавателей и супервизоров.

Подобное отрицание и избегание может быть связано с укоренившимся убеждением, что психоаналитики не сталкиваются с подобными проблемами. Разве целью аналитического обучения не является помощь молодым специалистам в овладении и понимании их собственных потребностей и желаний так, чтобы они не мешали процессам их пациентов? Нарушение границ коллегами заставляет нас усомниться в эффективности проводимой нами аналитической работы. Даже Фрейд был достаточно сдержан в оценке терапевтического результата анализа. Он в особенности сомневался в том, что анализ, проводимый в начале взрослого возраста, поможет предотвратить проблемы, которые возникнут на последующих этапах взросления (Freud, 1937).

На протяжении многих лет, когда происходили нарушения, провинившегося аналитика отводили в сторону и, не привлекая всеобщего внимания, говорили, что ему следует пройти дополнительный анализ. Потребности пациентов часто игнорировались, и все делалось для того, чтобы избежать огласки и не выносить сор из избы. Аналитик, вновь оказавшийся на кушетке, как правило, не получал повторную оценку, а его последующая практика зачастую даже не супервизировалась. Аналитикам с давних времен трудно согласиться с тем, что какое-то их поведение «неправильное» или «плохое». Вместо этого они требуют войти в их положение и не-

редко стремятся к самооправданию, и тогда возвращение на анализ становится решением.

По многим причинам коллеги с неохотой конфликтуют между собой. Могут разрушиться длительные дружеские отношения. Аналитик, который хочет пресечь это нарушение, может опасаться судебного преследования за дискредитацию. Кроме того, многим аналитикам, высказавшим озабоченность поведением коллеги, было предложено обратить внимание на свои собственные мотивы и, по сути, не соваться не в свое дело.

В последние годы психоаналитические институты против своей воли были втянуты в разбирательство случаев нарушения границ преимущественно из-за того, что в других сферах психического здоровья (психиатрии, психологии и социальной работе) было приложено много усилий как для понимания и предотвращения злоупотреблений, так и для наложения взысканий на специалистов, нарушивших профессиональные границы со своими пациентами. Подобно тому как женское движение много сделало для того, чтобы донести до общественности понимание разрушительного влияния инцеста, многие женщины-кандидаты, обучающиеся в психоаналитических институтах, внесли значительный вклад в большее осознание сексуальной эксплуатации пациентов.

И канадскими, и американскими психоаналитическими организациями утверждаются этические принципы, предусмотренные для работы этических комитетов на уровне местных институтов и обществ. Тем не менее во многих институтах и обществах до сих пор нет постоянных этических комитетов, и ответственность за разбирательство нарушений границ они предпочитают передавать лицензионным советам штата и области или этическим комитетам других профессиональных организаций. Хотя озабоченность судебными издержками, безусловно, оправдана, по мнению Марвина Марголиса (Marvin Margolis, в печати), такое снятие с себя ответственности является в некотором смысле повторением сокрытия тайны и отрицания факта инцеста, характерного для семей многих пациентов, которые были вовлечены в сексуальные отношения со своим аналитиком.

Несмотря на нежелание многих институтов связываться с трудностями, вызванными нарушением границ, некоторые институты активно участвуют в разработке руководящих принципов решения подобных проблем и накапливают добытый тяжелым трудом опыт, вырабатывая методику работы как с пациентом, так и с

аналитиком. В этой главе мы рассмотрим институциональную реакцию с четырех основных позиций: обращение с жалобами, работа с пострадавшими, оценка и реабилитация и предотвращение. Мы предлагаем модель, которая, на наш взгляд, является оптимальной и таким образом представляет собой образец, а не стандартные процедуры, применяемые в институтах и обществах по всей Северной Америке.

Обращение с жалобами

Во многих случаях неправомерного сексуального поведения официальная жалоба подается лишь спустя годы слухов и косвенных намеков об аналитике, а подтверждающие его вину сведения могут поступить из конфиденциальных источников. Коллеги, которые узнают о нарушении от пациента на кушетке, оказываются перед этической дилеммой. Имеет ли конфиденциальность полученной от пациента информации столь решающее для психоанализа значение, что она должна соблюдаться даже за счет знания, что пациенту или пациентам был причинен значительный вред?

Многие штаты уже создали и приняли законы, в которых указаны руководящие принципы, помогающие при подобных этических дилеммах. Например, в некоторых штатах законодательные нормы обязывают специалистов сообщать обо всех случаях сексуального злоупотребления пациентами, даже если информация об этом была получена из конфиденциальных источников. Другие штаты гораздо осторожнее относятся к определению обязанности информирования, ставя конфиденциальность между врачом и пациентом выше требований о предоставлении сведений о нарушении.

Несомненно, аналитики должны быть в курсе принятых в их штате законодательных норм, касающихся обязательного информирования, однако этические соображения часто требуют от аналитика принятия трудного решения, которое не всегда определяется законами штата. Например, как быть в случае нарушений не-сексуальных границ, при которых причинение вреда может быть весьма спорным? Что делать с обвинениями в неправомерном сексуальном поведении, имевшем место в далеком прошлом? И как поступить в случае конфликта между кодексом профессиональной этики и законом штата? Есть несколько случаев, когда аналитики

предпочли оказаться за решеткой, но не нарушать конфиденциальности пациента.

В таких случаях нередко наиболее полезным становится консультация грамотного коллеги, который поможет с выбором. При наличии вызывающих беспокойство юридических вопросов стоит обратиться к адвокату. В некоторых вопиющих случаях можно нарушить конфиденциальность и сообщить о поведении коллеги в лицензионный совет или этический комитет, невзирая на опасность быть обвиненным в нарушении конфиденциальности пациента или в дискредитации обвиняемого коллеги.

Хотя некоторые и утверждают, что для снятия с аналитика ответственности всегда лучше, когда пациент сам подает официальную жалобу, выбравшие этот путь пациенты часто находят это крайне неприятным. Некоторые сравнивают слушание дела в этическом комитете с судом за изнасилование, на котором предстает вся их сексуальная жизнь. Для других разглашение содержания судебного слушания повредило их семейной или личной жизни. Кроме того, у многих пациентов, вовлеченных в сексуальные отношения со своим аналитиком, остается сильная влюбленность или, по крайней мере, крайне противоречивые чувства, и они противятся любым действиям, которые могут оказаться пагубными для аналитика.

Сталкиваясь с пациентом, который не желает подавать жалобу, у аналитика, узнавшего о нарушении границ, как минимум должен быть назначенный институтом или обществом человек, к которому он может обратиться. В идеальной ситуации в обществе или институте должен быть омбудсмен (уполномоченный по рассмотрению жалоб), который грамотно и с соблюдением конфиденциальности изучает слухи, косвенные намеки, опасения, вопросы и жалобы, поступающие как от коллег-аналитиков, так и от пациентов. В некоторых случаях этот человек может быть председателем местного этического комитета. В качестве альтернативы два или три человека, сформировавшие ядро комитета, могут проводить встречи с пациентами или специалистами, у которых возникли проблемы. В результате группа коллег может прийти к единому мнению относительно оптимального метода действий в этом случае. Преимущество омбудсмена в качестве члена этического комитета заключается в том, что он с большей вероятностью будет обладать необходимым опытом и знаниями в этом вопросе. Недостатком же этого может быть ситуация, когда, будучи омбудсмена-

ми, члены комитета, получившие конфиденциальную информацию, будут вынуждены взять самоотвод, в случае если рассмотрение жалобы дойдет до этического комитета.

Во многих институтах или обществах нет постоянных этических комитетов, и они предпочитают разбираться с жалобами либо с помощью специально создаваемых временных комиссий, либо через тренинг-комитет. Хотя преимуществом такого подхода является привлечение большей группы коллег, которые обладают более широкими аналитическими познаниями в этом вопросе, недостатки все же перевешивают его достоинства. Во-первых, если нет конкретного человека, небольшой группы преподавателей или членов общества, назначенных специально для развития этического комитета и методов его работы, при рассмотрении случаев этического характера часто наблюдается нехватка опыта. И тогда при каждом поступлении жалобы может казаться, что изобретается велосипед. В зависимости от мнения, следует ли подозреваемому аналитику вынести порицание или необходимо оказать помощь, так как он находится в состоянии депрессии, тренинг-комитет с большой вероятностью может расколоться на разные группировки. Нередко эти группировки имеют давнюю историю, и тогда расследование заявлений о должностных нарушениях становится поводом, который еще больше увеличивает существующий раскол.

Кроме того, при отсутствии этического комитета, имеющего алгоритм действий, возрастает опасность быть обвиненными в несоблюдении надлежащей правовой процедуры. Могут существовать как признаки (или реальность) сурового обращения с непопулярным аналитиком, так и снисхождение к более популярному. Наличие постоянного комитета с четким алгоритмом действий значительно облегчает справедливое и последовательное рассмотрение всех жалоб.

Вне зависимости от того, есть ли постоянный комитет или переменная группа, необходимо обращаться за внешней помощью при рассмотрении жалоб. Довольно часто эти комитеты оказываются парализованными вследствие разных переносов на обвиняемого аналитика. Он может занимать руководящие посты в аналитическом обществе и быть аналитиком или супервизором членов этического комитета. Это делает членов комитета в значительной степени неспособными к непредвзятому и объективному изучению ситуации. Аналогично тлеющая неприязнь и обиды между членами института или общества могут помешать справедливому и бес-

пристрастному рассмотрению жалобы. Поскольку члены местного общества могут не предпринимать никаких действий из-за сформированного ранее отношения к обвиняемому аналитику, свежий взгляд внешнего консультанта поможет им предпринять необходимые действия. Эксперты по этике разных институтов и обществ могут быть идеальными консультантами, в особенности если не находятся в каких-либо значимых отношениях с аналитиком, на которого была подана жалоба. Кроме того, для местных групп могут быть полезны и национальные этические комитеты американских или канадских головных организаций.

После поступления жалобы или при появлении слухов этическому комитету необходимо определить, как лучше известить обвиняемого коллегу. Некоторые комитеты отправляют письмо вместе с копией жалобы и просьбой дать письменный ответ. Если принято решение лично известить аналитика, то более чем один член этического комитета должен лично встретиться с аналитиком и сообщить ему содержание жалобы. Эта ответственность не должна лежать только на одном из членов комитета, поскольку перебранка, возникшая в разговоре с глазу на глаз между членом комитета и обвиняемым коллегой, может превратиться в спор без свидетелей. Разделить эту тяжелую работу с кем-то будет большой поддержкой для большинства членов этического комитета.

Вне зависимости от того, признает ли подозреваемый коллега обвинения в нарушении границ, обычно необходимо провести в какой-то форме устное разбирательство с целью сбора информации об этической стороне дела. Как пациент, так и аналитик могут представить свое видение ситуации (обычно по отдельности) одной и той же небольшой группе общества или членам института. Обычно в таких ситуациях наблюдается сильное давление со стороны преподавателей, кандидатов или других коллег, которые желают узнать подробности. Тем не менее не вызывает сомнений, что право на личную жизнь и сохранение конфиденциальности как пациента, так и аналитика имеет преимущественное значение.

Параллельные расследования или следственные действия могут проводиться одновременно, что еще больше усложняет дело. В 14 штатах сексуальные отношения между терапевтом и пациентом являются противозаконными, и подозреваемому аналитику могут быть также предъявлены обвинения в совершении уголовного преступления. Хотя большая часть страховок от злоупотребления служебным положением не включает случаи не-

правомерного сексуального поведения, иск может быть подан за должностное злоупотребление переносом. Этические комитеты психиатрических или психологических ассоциаций также могут принимать участие в расследовании. Наконец, лицензионные советы штата или округа тоже могут проводить свою собственную проверку. Поскольку взаимодействие между этими различными организациями недостаточно определено, этическим комитетам бывает сложно понять, кто и за что отвечает. Этические комитеты должны знать, что у комитетов местных медицинских обществ и т.п. есть возможность отправлять аналитика-нарушителя к ним на терапию на условиях конфиденциальности и без дисциплинарных намерений.

Вследствие всех этих параллельных расследований этические комитеты психоаналитических организаций могут отложить свою собственную проверку до тех пор, пока другие органы не соберут доказательства и не вынесут решение. В Канаде университет, обучающий хирургов и врачей-терапевтов, имеет большой опыт работы с такими вопросами, и этические комитеты часто опираются на решения университета. В США расследования, проведенные лицензионным советом штата, могут быть полезны для этических комитетов.

Поскольку может потребоваться юридическая помощь, изучение практики сопряжено с огромными расходами, которые этические комитеты могут понести при тщательном расследовании. В США о факте серьезного нарушения границ, завершившемся вынесением этическим комитетом обвинительного решения, необходимо сообщить в Национальный банк данных практикующих специалистов²⁹. Поскольку аналитики знают об этом требовании, они нередко опротестовывают жалобы всеми возможными юридическими способами.

²⁹ Национальный банк данных практикующих специалистов (англ. National Practitioner Data Bank) – система, призванная помочь в оценке профессиональной репутации специалистов и поставщиков услуг в сфере здравоохранения США. Начиная с 1987 года в этой базе данных аккумулируются сведения обо всех страховых выплатах, сделанных за врачей при урегулировании судебных споров, негативные экспертные оценки в связи с лицензиями и разрешениями на клиническую деятельность и т.п. Ограниченный доступ к конфиденциальным данным, хранящимся в базе, имеют больницы, лицензионные советы штатов, некоторые профессиональные общества, а также другие медицинские организации и врачи при определенных обстоятельствах.

Работа с пострадавшими

Как мы говорили в главе 5, пациентов еще с давних времен довольно часто обвиняют в неблагоприятных поступках аналитика. Даже сегодня к пациентам, сообщаящим о нарушениях, нередко относятся как к «душевнобольным» или «манипуляторам» и считают их скандалистами. Даже если они имеют смелость сообщить подробности нарушений границ их аналитиком, отношение к ним варьируется от пренебрежения и умаления до защитного равнодушия со стороны подозреваемого аналитика. Этические комитеты обязаны создать атмосферу, при которой жалоба пациента будет внимательно изучена. Вследствие того, что большая часть пострадавших – женщины, институту или обществу хорошо иметь женщину в составе этического комитета или в качестве омбудсмена. Представляется полезным и поддерживающим выразить благодарность и восхищение пациенту, который решился сообщить об этом (Margolis, в печати).

В прошлом основной заботой институтов и обществ был аналитик. В нынешней обстановке необходимо исследовать потребности пациента так же всесторонне, как это делалось раньше в отношении аналитика. К примеру, направление пациента к другому специалисту на анализ или психотерапию по сниженной стоимости может быть предложено самим обществом или институтом, поскольку финансовые ресурсы пациента были истощены предыдущим лечением, которое, по существу, было неэтичным. При поиске нужного специалиста могут возникнуть трудности, поскольку бывает сложно найти терапевта или аналитика, готового принять такого пациента. Получившие широкую известность случаи, когда осужденный терапевт выдвигал обвинения против следующего терапевта в провоцировании пациента, вынуждают некоторых терапевтов держаться от таких пациентов подальше.

Еще одна форма посредничества – процесс медиации (Gabbard, 1994g; Margolis, в печати; Schoener et al., 1989). В этом процессе аналитик (чаще всего из другого института), имеющий профессиональный опыт и знания о последствиях нарушений сексуальных границ, соглашается встретиться с подозреваемым аналитиком и выдвинувшим обвинения пациентом. Медиация дает пациенту возможность рассказать о том, насколько он был использован и обманут. Аналитик, сохраняя молчание, должен выслушивать пациента столько времени, сколько тому потребуется, чтобы высказаться до конца. В большинстве случаев анали-

тик оправдывает нарушения границ верой в то, что отклонения от установившейся практики пошли на пользу пациенту. В медиации возникает ситуация, при которой аналитик, отрицающий, что причинил вред, сталкивается лицом к лицу с пациентом, который настаивает на нанесении ему ущерба.

Процесс медиации также дает аналитику возможность принести извинения пациенту. Люди, пострадавшие от сексуальных злоупотреблений своих аналитиков, часто не получают никаких подтверждений со стороны аналитика, института или общества, что с ними произошло нечто крайне неправильное. Суть юридических советов, получаемых институтами, нередко состоит в непризнании причинения любого ущерба, чтобы не увеличивать риск ответственности. Большинству пострадавших важно получить извинения как от института, так и от аналитика (Wohlberg, в печати).

Во многих случаях процесс медиации приносит значительное облегчение. Скрытые чувства наконец-то высказываются пациентом, а аналитик получает возможность выразить свое сожаление и раскаяние. Марголис (Margolis, в печати) подчеркивает, что искреннее извинение также подразумевает и желание предложить возмещение, а не только согласиться с признанием вины. Возмещение пациенту денег, потраченных на процесс анализа, который причинил вред и нанес травму, может ускорить его восстановление.

Оценка и реабилитация

После того как этический комитет (или другая организация) провел расследование жалобы, для всех участников этого процесса на первый план выходит вопрос, может ли обвиненный аналитик продолжать свою практику. Решение о целесообразности реабилитации аналитика в значительной степени зависит от независимой внешней оценки (Gabbard, 1994g; Schoener et al., 1989). Если она сделана независимым специалистом, необходимо донести до всех, что оценка эффективности реабилитации должна быть четко отделена от других дисциплинарных мер. Когда привлекается орган штата, наказание или дисциплинарное взыскание находятся в компетенции этического комитета или же лицензионного совета. Оценка реабилитации проводится в клинических условиях специалистами, которые хорошо разбираются в нарушениях границ, а также обучены принятию обоснованных решений относительно

целесообразности. Если обвинения были доказаны, а аналитик категорически отрицает все нарушения границ, оценка реабилитации превращается в пародию и становится бесполезной тратой времени, сил и денег. Попытки оценить шансы на реабилитацию человека, который настаивает, что его не за что реабилитировать, выглядят абсурдно.

Всестороннее психиатрическое обследование – идеальный метод оценки, который может как включать в себя психологическое тестирование, так и проводиться без него. Окончательным результатом этой оценки является решение об эффективности плана по реабилитации, а также индивидуальный план, разработанный с учетом особенностей конкретного аналитика (Gabbard, 1994g; Schoener et al., 1989). Психодинамическая классификация, описанная в главе 6, может быть полезной при принятии этого решения. Большинство аналитиков, которые относятся к категории лиц, страдающих хищнической психопатией и парафилиями, невосприимчивы к какой-либо реабилитации. Грубые дефекты Супер-Эго, неспособность к раскаянию, недостаточная мотивация и садистическая направленность терапевтической ситуации делают аналитика непригодным для клинической практики. Таким людям следует порекомендовать сменить профессию.

Многие аналитики, относящиеся к категории тоскующих по любви и мазохистических капитулянтов, отлично подходят для реабилитации. Последние из них часто преисполнены сожалением, понимают, что вели себя крайне саморазрушительно, и мотивированы на то, чтобы предотвратить подобные нарушения в будущем (Gabbard, 1994d). Некоторые тоскующие по любви аналитики сначала могут довольно сильно сопротивляться самой идее реабилитации, так как могут быть еще сильно увлечены своим пациентом. Поскольку они убедили себя, что их сексуальные отношения с пациентом никак не связаны с переносом или контрпереносом, для них может быть неожиданной мысль, что они нуждаются в помощи. Происходящее для них, наоборот, является «настоящей любовью», и им трудно понять, зачем лечить такое проверенное временем радостное состояние. Процесс реабилитации будет иметь смысл, а у аналитика появится высокая мотивация к сотрудничеству после того, как с его глаз упадет пелена и он снова сможет трезво мыслить.

Психотические расстройства редко связаны со случаями нарушения границ. Если биполярное расстройство хорошо поддает-

ся лечению с помощью препаратов и психотерапии, аналитик сможет вернуться к работе, однако лица, страдающие трудноизлечимыми формами психозов, должны сменить сферу деятельности.

Основной практический метод оценки аналитиков, которые были обвинены в неправомерном сексуальном поведении, заключается в том, что информация о нарушении границ должна быть получена как минимум из двух источников. Если специалист, проводящий оценку, полагается исключительно на самоотчет аналитика, искаженная версия событий может повлиять на мнение эксперта и приведет к ошибочному заключению. Расшифровка стенограмм всех слушаний этического комитета или расследований лицензионного совета должна быть доступна для оценивающего эксперта. Кроме того, приложенная письменная жалоба пациента – это важная информация, которая поможет при оценке.

Аналитик (или другой специалист в области психического здоровья), проводящий оценку, должен приложить усилия и определить стрессоры, которые могли внести свой вклад в нарушение границ. Он также должен определить основные психодинамические темы, связанные с нарушением, и решить, в какой мере они являются ситуационными или же устойчивыми. Сексуальное прошлое также имеет большое значение для ситуации. Аналитики, в прошлом которых уже были серьезные нарушения границ, а также хищническая сексуальная активность, выходящая за пределы аналитического сеттинга, как правило, представляют опасность для будущей практики. С другой стороны, аналитики, пережившие тяжелые потери до нарушения границ и не имевшие в прошлом других нарушений, представляют минимальный риск для будущих пациентов. Устойчивые паттерны связанности с объектом могут пролить свет на произошедшее в анализе с точки зрения повторения экстернализации паттернов отношений с внутренним объектом. Сохранность брака и других важных личных отношений также должна учитываться при оценке. В некоторых случаях укрепление этой системы поддержки может стать важной составляющей успеха плана по реабилитации.

После проведения оценки необходимо сообщить ее результаты оценивавшемуся аналитику, а также этическому комитету или другой организации, начавшей эту процедуру (Gabbard, 1994g; Schoener et al., 1989). Этический комитет может приступить к осуществлению плана по реабилитации, если все участники согласны с ним и если это не противоречит иным условиям лицензионных

советов или других организаций. Хотя каждый план по реабилитации составляется с учетом индивидуальных потребностей аналитиков, есть несколько ключевых компонентов, которые обычно включаются в него в том или ином виде. С разной детальностью они будут рассмотрены ниже.

На этой стадии должно быть ясно, что эта модель оценки и реабилитации предполагает, что аналитик заинтересован и идет на сотрудничество. У этических комитетов Американской психоаналитической ассоциации есть ограниченный набор санкций, который включает порицание, временную приостановку членства сроком на 3 года, исключение из официального реестра с возможностью подачи новой заявки на включение в него через некоторое время, а также лишение постоянного членства. Они не правомочны ограничивать практику, супервизировать, лечить и т.п. Этими правами обладают только лицензионные комитеты. Этические комитеты могут лишь рекомендовать это тому аналитику, который хочет реабилитироваться (и который хочет остаться членом общества или института).

Экспертная группа этического комитета Канадского психоаналитического общества обладает более широкими полномочиями и может принять любые обоснованные меры, среди которых объявление выговора, рекомендация супервизии или другие санкции, а также информирование об этих мерах. Кроме того, если член комитета хочет выйти из его состава после того, как на него поступила жалоба, его заявление не будет принято. Однако даже с такими расширенными полномочиями исключение из общества является единственной возможностью оказать влияние на аналитика, который отказывается содействовать в реабилитации. Апелляционное производство доступно как в канадской, так и в американской системе.

Ограничение практики

Для чего нужна реабилитация – основной вопрос любого плана по реабилитации. То, что рассматриваемый аналитик связал свою профессиональную жизнь с практикой психоанализа, не означает, что он автоматически должен вернуться к практике. С учетом хронической нарциссической уязвимости, патологии Супер-Эго, слабости Эго, а также укрепившихся паттернов отношений с внутренним объектом может быть принято решение, суть которо-

го заключается в том, что аналитик мог бы найти себя в других сферах профессиональной деятельности. Например, короткую структурированную психотерапию можно рассматривать как менее рискованную. Если аналитик является психиатром, то можно думать об общей психиатрической практике. Также приемлема и административная работа в сфере психического здоровья. Нередко дальнейшая судьба аналитика определяется основными характеристиками групп пациентов. Так, некоторых аналитиков можно считать грамотными специалистами до тех пор, пока они работают с пациентами одного пола. Другие же успешны при работе с пациентами пожилого и старческого возраста.

В плане по реабилитации должен быть соблюден баланс между потребностями реабилитируемого аналитика и защитой общества от возможных злоупотреблений. У аналитика могут быть веские причины получить разрешение на возобновление более или менее полноценной аналитической практики, и местные коллеги могут уступить ему из-за давно существующей между ними симпатии. Ценность внешнего эксперта состоит в том, что он с большей ясностью может заметить уязвимость аналитика и придать большее значение общественной безопасности, поскольку у него нет опыта близких отношений с теми, кто заставил бы его закрыть глаза на ограничения этого аналитика. В то же время местные коллеги могут обладать ценной информацией о давно существующих паттернах поведения аналитика и его характере, что может быть полезным для оценки эксперта. В идеальной ситуации между этическим комитетом и внешним консультантом устанавливаются тесные рабочие отношения. Если было принято решение, что аналитику необходимо прекратить аналитическую работу и перейти на альтернативную форму практики или административную деятельность, план по реабилитации должен находиться под контролем лицензионного совета или этического комитета психиатрического или психологического общества.

Супервизия

Супервизия входит в любой жизнеспособный план по реабилитации. Аналитик, возобновляющий свою психотерапевтическую или аналитическую практику, чаще всего хочет обратиться к своему супервизору. В целом для этического комитета будет целесообразнее сохранить контроль над этим решением. Если оставить ана-

литику возможность выбора, он может выбрать своих давних друзей или преподавателей, которые могут быть вдвойне благожелательны и преуменьшать выраженность проблем аналитика, связанных с нарушением границ. Не вызывает сомнений, что супервизор может быть выбран именно по этим причинам. В процессе работы супервизор или супервизоры, отобранные этическим комитетом, должны в обязательном порядке уделять внимание контрпереносу в общем и вопросам границ в частности. Хотя план по реабилитации подразумевает, что аналитик будет сотрудничать и сообщать об этих трудностях, супервизоры должны быть внимательны к замалчиванию этих важных аспектов.

Назначение координатора по реабилитации

Координатор по реабилитации – ключевая фигура всего плана. Этот человек нередко является членом этического комитета. Он также может быть членом другого института или общества. В любом случае координатор по реабилитации должен, по меньшей мере, быть высококвалифицированным специалистом по работе с нарушениями границ и этическим процессам. Он должен быть в курсе всего, что происходит в профессиональной деятельности аналитика и получать регулярные отчеты от клинических и всех административных супервизоров (если аналитик связан с институтом). Координатор по реабилитации обеспечивает официальное посредничество с этическим комитетом и регулярно сообщает ему (приблизительно каждые 6 месяцев) о продвижении процесса реабилитации. Координатор может выполнять также и другие функции, например, при необходимости назначить аналитику психотропные препараты. Многие аналитики, обвиненные в неправомерном сексуальном поведении, пребывают в тяжелой депрессии и даже оказываются склонными к суициду, поскольку несоответствие между идеальным и реальным становится для них очевидным. Как отмечал Эдвард Бибринг (Edward Bibring, 1953), депрессия может возникнуть в результате понимания того, что сильные желания, на долгое время овладевавшие человеком, не будут удовлетворены, а также из осознания реалий собственных ограничений. Некоторые координаторы по реабилитации, возможно, захотят передать функции фармакотерапевта кому-то другому.

Роль психотерапевта или психоаналитика однозначно не входит в сферу компетенции координатора по реабилитации. Такое

сознательное отделение координатора от роли психотерапевта позволяет тому специалисту, который проводит психотерапию или психоанализ, сохранять конфиденциальность.

Личная терапия или анализ

Скрупулезная оценка оптимального психотерапевтического подхода для аналитика является одной из составляющих определения реабилитации. Во многих случаях может быть показан дополнительный анализ. Иногда предпочтительнее более структурированный процесс интенсивной психотерапии. При наличии серьезных проблем в семье аналитика или потребности в системе поддержки рекомендовано сочетание индивидуальной и семейной терапии. Как отмечалось ранее, при обсуждении супервизии нельзя отдавать выбор терапевта или терапевтов исключительно в руки аналитика, проходящего реабилитацию. Этический комитет может решить, что в одних случаях для аналитика будет лучше вернуться на дополнительный анализ к своему бывшему тренинг-аналитику, в других же лучшим вариантом будет новый аналитик. Чтобы дать аналитику некоторый выбор в этом вопросе, этический комитет может предоставить несколько имен и разрешить ему принять окончательное решение.

В любом случае главная задача психотерапевта³⁰ состоит в том, чтобы дать пациенту возможность понять себя (Gabbard, 1994a, 1994b; Strean, 1993). Передав обязанность отчитываться координатору по реабилитации, психотерапевт может поддерживать доверительные отношения, а аналитик-пациент может быть уверен в том, что все сексуальные фантазии или чувства, о которых он расскажет во время лечения, останутся между ним и его терапевтом. Если у терапевта есть какие-либо отчетные обязательства перед этическим комитетом или лицензионным советом, к лечению подрывается доверие, поскольку проходящий это лечение аналитик воспринимает терапевта больше как двойного агента этического комитета, чем как человека, находящегося на стороне понимания и осознания пациента. Иногда психотерапевты общаются в ограниченных рамках с координатором по реабилитации, однако эта договоренность должна быть обсуждена со всеми заинтересо-

³⁰ Здесь мы используем термин *психотерапевт*, чтобы избежать путаницы с термином *аналитик*, который относится к человеку, проходящему реабилитацию. (Примеч. авт.)

ванными лицами, чтобы быть уверенными, что это не поставит лечение под угрозу.

В условиях лечения перенос и контрперенос создают множество сложных моментов, даже если соблюдается конфиденциальность и психотерапевт не обязан отчитываться. В этих условиях психотерапевтам может казаться, что в дополнение к тому, чтобы помочь пациентам лучше понять себя, они должны охранять порядок в этой сфере деятельности. Такое положение вещей в контрпереносе усилится переносом аналитика-пациента, который, несмотря на заверения в полной конфиденциальности, может с недоверием относиться к намерениям психотерапевта. Подозрительность помешает пациенту полностью открыться терапевту, который в ответ будет проявлять еще большую бдительность в отношении того, что скрывает пациент. Это может выразиться в пренебрежительном отношении к пациенту или желании его «поймать» до того, как произойдет новое нарушение границ (Gabbard, 1995с), а также в виде поучений о неэтичном характере его поведения.

Осознанное или бессознательное ощущение морального превосходства является частью парадигмы такого контрпереноса и сильно отдаляет психотерапевта от аналитика-пациента. Занимая карательную позицию в отношении пациента, терапевт пытается взять под контроль свои импульсы. Он может не признавать сексуальные соблазны, видя их только в пациенте и играя роль полицейского или тюремного надзирателя, который должен помешать пациенту когда-либо реализовать эти импульсы.

Еще одна тенденция в контрпереносе – сговор психотерапевтов с едва заметным разрушением границ, начатым аналитиком-пациентом. Аналитик становится более непринужденным и неформальным и относится к психотерапевту как к коллеге, а не как к терапевту. Терапевт вступает в сговор с трансферентным желанием пациента стать равным терапевту и отрицает очевидную агрессию этого стремления, направленного на возведение себя до уровня друга или коллеги. Терапевт может отреагировать на эту угрозу профессиональным границам, став слишком жестким. То есть начинает вести себя с большей отдаленностью и с меньшей эмпатией, по сравнению с их обычным отношением к пациентам. Во многих случаях такое разрушение границ проявляется в особом виде эротизации как переноса, так и контрпереноса. Очевидно, есть нечто чрезвычайно соблазнительное в лечении аналитика, который совершил что-то невообразимое.

Частично очарование этих ситуаций связано с бессознательной привлекательностью зависти коллеге, оказавшемуся на запретной территории, которая символически приравнивается к запрету на инцест. Стрин (Strean, 1993) отмечает, что однажды он столкнулся с завистью к своему пациенту, у которого «была свобода выразить импульсы своего Оно без промедления и без их исследования» (р. 57). Одна из реакций на эту зависть – праведное возмущение, которое, как говорится, есть зависть с нимбом.

Некоторые аналитики, обвиненные в неправомерном сексуальном поведении, были глубоко травмированы тем, что происходило в процессе рассмотрения их дела этическим комитетом. К тому моменту, когда они обращаются за психотерапией или анализом, они страдают от сильного чувства стыда и могут приходить на терапию как в исповедальню, где гарантировано отпущение грехов. Кроме того стыда, который они испытывают из-за своего саморазрушительного и неэтичного поведения, они также чувствуют, что равные им коллеги из этического комитета плохо обошлись с ними, предали и несправедливо осудили. Может казаться, что они оспаривают в кабинете своего терапевта предъявленные обвинения и надеются, что он рассмотрит их дело и спасет их репутацию, рассказав осуждающим его коллегам о «другой стороне дела».

Мужчинам-аналитикам, вступившим в сексуальные отношения со своими пациентками, часто кажется, что никто не смог принять во внимание положительные мотивы, побудившие их перейти границы. Он может считать, что спасал жизнь пациентки, а его коллеги сконцентрировались только на том, какой он причинил ей вред. Развивающийся таким образом перенос может побудить его искать психотерапевта, который подтвердит и поддержит присущую ему добродетель, а также отпустит грех совершенного им злоупотребления.

Еще одно проявление чувств обвиненного аналитика – это ощущение того, что он был использован пациентом. Конечно, с этической точки зрения никогда нельзя обвинять пациента в том, что его аналитик нарушил сексуальные границы. Тем не менее аналитику может казаться, что им манипулировал пациент, который выдвинул требования и, получив то, что ему были нужно, все перевернул и донес на аналитика. Оспаривая обвинения в кабинете своего психотерапевта, мужчина-аналитик также может выказать себя пострадавшим от использования пациентом и от того, как с ним обошелся этический комитет.

В результате этих требований в контрпереносе может возникнуть сильное напряжение. Если аналитик – женщина, а ее пациент – мужчина с асоциальными наклонностями, то возрастает вероятность относиться к женщине-аналитику как к жертве опытного мошенника, а не как к профессионалу, которая отыгрывает свое чувство личной инициативы (*sense of agency*) и нарушает этический кодекс (Averill et al., 1989; Gabbard, 1994d; Gutheil & Gabbard, 1992). Терапевты могут сопереживать аналитикам, которых они лечат, и начать относиться к дисциплинарной системе как к сборищу бесчувственных людоедов. Возникающее в контрпереносе желание спасти пациента нередко является результатом бессознательного сговора с пациентом, который отрицает влияние собственной агрессии и садизма на нарушение этики (Gabbard, 1995c). Многие тоскующие по любви аналитики не видят вреда, который они причинили пациентам, вступив с ними в сексуальные отношения. В процессе лечения этим аналитикам нужно помочь повторно интегрировать эту агрессию, а не облекать ее во внешнюю форму дисциплинарных организаций, которые имеют с ними дело. Можно допустить ошибку, оставаясь как слишком сопереживающим, так и чрезмерно наказывающим.

Психотерапевтам, которые лечат аналитиков, обвиненных в неправомерном сексуальном поведении, приходится постоянно бороться с желанием успокоить пациента. У терапевтов может быть непреодолимое желание сказать пациенту, что он, по сути, честный человек с добрыми намерениями. Также ими могут овладевать сильные порывы дотронуться до аналитика и таким образом открыто продемонстрировать свое принятие пациента.

Навязчивая вуайеристская склонность – это еще один аспект контрпереноса, связанный с ощущением психотерапевтом своего морального превосходства и чувства, что они должны охранять эту сферу деятельности. У коллег, реализовавших фантазии, которые все мы скрываем, есть какое-то болезненное очарование. Эта борьба может проявляться как чрезмерный интерес к деталям сексуальных отношений даже в те моменты, когда аналитик-пациент работает над другими темами. Желание терапевта узнать больше о том, почему аналитик пересек границы, может помешать созданию прочного терапевтического альянса и глубокому исследованию проблем пациента.

Возобновление несупервизируемой практики

Продолжительность реабилитационной программы не может быть задана произвольно. Отчеты координатора по реабилитации этическому комитету дают возможность проводить регулярную оценку (приблизительно каждые 6 месяцев) продвижения в программе. На эти встречи могут быть вызваны супервизоры, если их письменные отчеты вызывают вопросы. По мере продвижения программы нередко бывает полезно постепенно снижать частоту встреч аналитика с координатором по реабилитации. Аналогичным образом может быть сокращена и супервизия, но не прекращена резко. Многие высокомотивированные аналитики хотят продолжить супервизию после того, как реабилитационная программа официально завершена. Условия личной терапии должны быть согласованы между аналитиком и психотерапевтом. Продолжительность обычной реабилитационной программы варьируется от 3 до 6 лет. До того, как будет одобрено возобновление несупервизируемой практики, необходимо провести тщательную повторную оценку аналитика. Иногда для этого привлекается внешний эксперт, который проводил первоначальную оценку.

Предотвращение

Хотя предотвращение нарушений сексуальных и несексуальных границ является целью, к которой стремятся институты и общества, необходимо признать, что она нереалистична. По мнению Апфеля и Саймона (Apfel & Simon, 1985), вследствие самого характера уединенности и близости аналитического процесса абсолютное предотвращение нарушений сексуальных границ, скорее всего, нереализуемо. Обучение, безусловно, является краеугольным камнем предотвращения, однако кандидат, страдающий серьезным нарциссическим или асоциальным личностным расстройством, будет относительно глух к воспитательному воздействию и, вероятно, использует аналитическую ситуацию для удовлетворения разнообразных садистических желаний. Для того чтобы не допускать таких людей в профессию, аналитические институты должны проводить более тщательный отбор кандидатов, но, как показывает история, нет безотказной формы оценки кандидатов.

Обучение начинается в аудиториях, но все говорит о том, что лишь в некоторых институтах есть курсы по этике. Как пока-

зало исследование 28 институтов и 40 обществ Американской психоаналитической ассоциации, только в половине из них были этические комитеты и лишь в 6 этика была включена в учебные программы (Engle, 1995). Члены некоторых институтов твердо убеждены, что изучение таких тем, как эротический перенос и контрперенос, границы и их нарушения должны быть частью курсов или техники, а не выделяться в отдельные курсы, посвященные этике. Преимущество изучения этих вопросов в отдельном курсе по этике заключается в том, что в этом случае можно более подробно обсудить разные трудности, связанные с границами. Это также позволяет представить типичные случаи и провести их открытое обсуждение.

Вне зависимости от того, происходит ли обучение этике на отдельном курсе или в рамках изучения техники, следует уделить особое внимание психоаналитическим стратегиям работы с эротическим и эротизированным переносом в контексте свойственной всем нам подверженности нарушению границ. Аналогично необходимо изучать контрперенос, и в особенности его эротическую форму, как часть аналитического процесса, который возникает из различных разыгрываний, неизбежно случающихся в процессе анализа. Другими словами, необходимо дать разрешение говорить об этих аспектах контрпереноса без страха осуждения.

С учетом нынешнего интереса к интерсубъективности, конструктивизму и переопределению таких понятий, как *абстиненция* и *нейтральность*, преподаватели институтов должны быть осторожны и не содействовать невольному воспитанию у кандидатов отношения по типу «все дозволено». Хотя отсутствие спонтанности часто наблюдается у начинающих аналитиков, джазовые музыканты, перед тем как начать импровизировать, должны исполнять гаммы. Старшие преподаватели, которые придерживаются радикальных взглядов по отношению к традициям, могут быть неправильно поняты своими студентами.

Супервизоры также должны быть открыты для исследования контрпереноса хотя бы в рамках здесь-и-сейчас, как об этом говорилось в главе 9. Если на супервизии не обсуждаются эротические и спасительные фантазии, супервизорам следует открыто и прямо спрашивать об отсутствии этого материала на анализе. Кроме того, как мы отмечали в главе 9, супервизор должен создавать такую атмосферу профессиональных границ, чтобы, находясь на супервизии, супервизанд мог перенимать ясный и безопасный опыт.

Как считает Теодор Джейкобс (Theodore Jacobs, 1994a), попытка предотвратить все нарушения границ требует пересмотра того, как проводится тренинг-анализ. Он полагает, что мы все с большой готовностью исследуем психодинамические аспекты и первопричины асоциального поведения или неэтичных наклонностей вместо того, чтобы показать кандидатам последствия их поведения и его влияния на других. Он отмечает, что мы можем заблуждаться, оставаясь слишком соперничающими и неосуждающими, и, таким образом, вступить в бессознательный сговор с обманом кандидата. Джейкобс также пишет, что тренинг-аналитики должны быть особенно внимательны ко всем проблемам, которые возникают у кандидатов при самоанализе и саморефлексии их работы. Эти трудности являются сигналом, предупреждающим о склонности к реагированию, а не анализу и рефлексии о происходящем внутри психики.

Психоанализ проходит в условиях уединенности. К сожалению, подобная изолированность, которая сама по себе делает процесс жизнеспособным, также серьезно ограничивает возможности аналитика получать обратную связь от коллег. Это означает, что условия уединенности вносят свой вклад в опасность втягивания в *folie à deux*, при котором спасение пациента кажется аналитику единственным жизнеспособным вариантом. Не стоит слишком недооценивать потребность в регулярных консультациях. Аналитики должны быть внимательны, если у них появляется ощущение, что они совершенно одни в кабинете и им следует самостоятельно разбираться во всем, что происходит. Отслеживая ранние признаки нарушения несексуальных границ, которые означают отход от обычной практики в виде разыгрывания в контрпереносе, аналитики могут понять, что им необходима консультация коллег в формате один на один или постоянной супервизионной группы. Преимущество последней заключается в том, что коллеги уже настолько хорошо знают друг друга, что могут сразу же заметить типичные проблемы, возникающие в контрпереносе.

Уолдингер (Waldinger, 1994) пишет, что, хотя консультация может быть очень полезной, для нее не существует руководящих принципов. Несмотря на то, что его советы предназначены для психотерапевтов, они в значительной степени применимы и к психоаналитикам. Он советует тем, кто обращается за консультацией, рассказать в том числе и о рамках, в которых проходит лечение, не ожидая, что консультант будет точно знать структуру рамки кон-

кретного случая. Аналитик сможет помочь консультанту лучше понять ситуацию, если он подробно опишет отклонения от обычной техники или границ, а также свое понимание причин происходящего. Уолдингер (Waldinger, 1994) также рекомендует обращаться к консультанту, который обладает необходимым опытом в вопросах границ. Наконец, если в процессе возникают опасения о возможных нарушениях границ, консультант может отдельно встретиться с пациентом. Если сексуальное злоупотребление в итоге произошло, консультанту следует помнить, что в результате он может также понести ту или иную ответственность за то, что не предпринял превентивных мер или не сообщил об этом.

В разных уголках страны, где аналитики отдаляются и отчуждаются от своих институтов, сообществ и даже от самой сферы деятельности, изоляция может проявляться еще в одной форме (Jacobs, 1994a). У многих аналитиков, завершивших свое обучение, но имеющих небольшую или ограниченную аналитическую практику, общение с коллегами-аналитиками ограничено, что может привести к формированию характерного стиля работы, возникающего при отсутствии обратной связи и критики коллег. Эта же группа аналитиков может все больше и больше огорчаться и обижаться, если в процессе своего карьерного роста они не получают квалификацию тренинг-аналитика. Такое сочетание обиды на институт, разочарования в психоанализе, ощущения личной несостоятельности и отчаяния могут стать благодатной почвой для возникновения нарушений границ.

Профилактика может также касаться и общественности. Поскольку анализ развивался весьма замкнутым и ограниченным путем, информирование общественности о характере аналитических границ и аналитической рамки может оказаться полезными превентивными мерами. Комитеты и омбудсмены могут быть доступны и для любого пациента, у которого возникают вопросы и сомнения в отношении своего аналитика. Телефонные номера этих комитетов и специалистов могут быть доступны широкой общественности, если информация о них размещена в приемных, публикуется в СМИ или доносится другими способами. Эти меры помогут создать систему раннего предупреждения, с помощью которой назначенные в каждом обществе аналитики будут реагировать на начальные признаки перехода границ или их нарушений. Это активное посредничество также поможет аналитикам обратить внимание на некоторых коллег, нуждающихся в регулярной супервизии.

Аналогично аналитическим институтам и обществам необходимо придерживаться политики «открытых дверей» в отношении публичного обсуждения жалоб или выражения озабоченности по поводу слухов. Небольшая группа аналитиков или избранный комитет в состоянии незамедлительно поговорить с аналитиком, сохранив конфиденциальность и избежав широкой огласки, продолжая при этом дальнейшее изучение слухов.

Заключительную превентивную меру нельзя узаконить так же легко, как некоторые другие. Она связана с тем, как аналитики строят свою жизнь. С самого начала обучения их ориентируют на метод, следуя которому они тщательным образом откладывают в сторону свои потребности для того, чтобы настроиться на потребности своих пациентов. У этого трудного и требующего большого напряжения метода есть определенные издержки. Аналитическая практика может незаметно стать мазохистическим упражнением в самопожертвовании и пренебрежении собой.

Многие аналитики начинают работать в 6 или 7 утра и остаются в своем кабинете до самого вечера. У них может оставаться мало времени для общения с семьей или удовлетворения собственных потребностей в любви и поддержке. Их общение с другими людьми ограничивается преимущественно встречами с пациентами в уединении своего кабинета. Поскольку они все больше отдаляются от своих близких, которые должны быть для них поддерживающей системой, их потребность в общении с другими людьми постепенно перенаправляется на пациентов. Многие аналитики гораздо больше думают о своих пациентах, чем о своем браке. Хотя это должно быть очевидным, многие аналитики не хотят понимать, что эмоциональное удовлетворение в их личной жизни связано с их профессиональной эффективностью.

Поддерживающий супруг или партнер не просто дарит аналитику любовь (и сексуальное удовлетворение), необходимую для того, чтобы встретить еще один день изнурительной аналитической работы. Он также помогает аналитику развить смирение, которое необходимо в работе со страстями, разгорающимися в аналитическом горниле контрпереноса. Когда аналитик начинает считать, что только он необходим и незаменим для пациента, который отчаянно в нем нуждается, любящий супруг может напомнить ему, что он не столь необыкновенный, как ему хотелось бы думать. На самом деле в нем гораздо больше человеческого, чем всего остального.



Литература

- Abend, S. M. (1989). Countertransference and technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 48, 374–395.
- Abend, S. M. (1990). The psychoanalytic process: Motives and obstacles in the search for clarification. *Psychoanalytic Quarterly*, 59, 532–549.
- Akhtar, S., & Thompson, Jr., J. A. (1982). Overview: Narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 139, 12–20.
- Alexander, F. (1950). Analysis of the therapeutic factors in psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Quarterly*, 19, 482–500.
- Almond, R. (1995). The analytic role. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, 469–494.
- Airman, L. L. (1977). Some vicissitudes of love. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 25, 35–52.
- American Psychological Association (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597–1611.
- Anzieu, D. (1989). *The skin ego* (C. Turner, Trans.). New Haven and London: Yale University Press.
- Apfel, R. J., & Simon, B. (1985). Patient-therapist sexual contact: I. Psychodynamic perspectives on the causes and results. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 57–62.
- Appelbaum, P. S., & Jorgenson, L. (1991). Psychotherapist-patient sexual contact after termination of treatment: An analysis and a proposal. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1466–1473.
- Appignanesi, L., & Forrester, J. (1992). *Freud's women*. New York: Basic Books.
- Arlow, J. A. (1963). The supervisory situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 576–594.
- Arvanitakis, K., Jodoin, R. M., Lester, E. P., Lussier, A., & Robertson, B. M. (1993). Early sexual abuse and nightmares in the analysis of adults. *Psychoanalytic Quarterly*, 62, 572–587.

- Averill, S. C., Beale, D., Benfer, B., Collins, D. T., Kennedy, L., Myers, J., Pope, D., Rosen, I., & Zoble, E. (1989). Preventing staff-patient sexual relationships. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 384–393.
- Bacal, H. A., & Newman, K. M. (1990). *Theories of object relations: Bridges to self psychology*. New York: Columbia University Press.
- Baker, R. (1993). The patient's discovery of the psychoanalyst as a new object. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 1223–1233.
- Balint, M. (1954). Analytic training and training analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 35, 157–162.
- Barron, J. W., & Hoffer, A. (1994). Historical events reinforcing Freud's emphasis on "holding down the transference". *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 536–540.
- Baudry, F. D. (1993). The personal dimension and management of the supervisory situation with a special note on the parallel process. *Psychoanalytic Quarterly*, 62, 588–614.
- Beebe, B., Lachman, F., & Jaffe, J. (1991, April). Mother-infant interaction structures and presymbolic self- and object-representations. Paper presented at the meeting of the Ontario Psychoanalytic Society, Toronto.
- Belicki, K. (1986). Recalling dreams: An examination of daily variations and individual differences. In J. Gackenbach (Ed.), *Sleep and dreams: A source book* (Vol. 296, pp. 187–206). New York: Garland.
- Benowitz, M. S. (1995). Comparing the experiences of women clients sexually exploited by female versus male psychotherapists. In J. Gonsiorek (Ed.), *Breach of trust* (pp. 213–224). Thousand Oaks: Sage.
- Bergmann, M. S. (1988). On the fate of the intrapsychic image of the psychoanalyst after termination of the analysis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 43, 137–153.
- Bernardi, R., & Nieto, M. (1992). What makes the training analysis "good enough"? *International Review of Psycho-Analysis*, 19, 137–146.
- Bernfeld, S. (1962). On psychoanalytic training. *Psychoanalytic Quarterly*, 31, 453–482.
- Bibring, E. (1937). Symposium on the theory of the therapeutic results of psycho-analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 18, 170–189.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (Ed.), *Affective disorders: Psychoanalytic contributions to their study* (pp. 13–48). New York: International Universities Press.

- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 484–486.
- Black, D. M. (1993). What sort of a thing is a religion? A view from object-relations theory. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 613–625.
- Blatt, S. J., & Ritzler, B. A. (1974). Thought disorder and boundary disturbances in psychosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 370–381.
- Bleier, R. (1991). Gender ideology and the brain: Sex difference research. In M. T. Notman & C. C. Nadelson (Eds.), *Women and men: New perspectives on gender differences* (pp. 63–73). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bios, P. (1980). The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of adolescents. *International Journal of Psycho-Analysis*, 61, 1 45–151.
- Blum, H. P. (1973). The concept of erotized transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 21, 61–76.
- Blum, H. P. (1994). The confusion of tongues and psychic trauma. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 871–882.
- Boesky, D. (1990). The psychoanalytic process and its components. *Psychoanalytic Quarterly*, 59, 550–584.
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. New York: Columbia University Press.
- Borys, D. S., & Pope, K. S. (1989). Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 283–293.
- Bouvet, M. (1958). Technical variation and the concept of distance. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 211–221.
- Brabant, E., & Falzeder, E. (Eds.), (in press). *The correspondence of Sigmund Freud and Sandor Ferenczi* (Vol. 2, 1914–1919; P. T. Hoffer, Trans.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brabant, E., Falzeder, E., & Giampieri-Deutsch, P. (Eds.). (1994). *The conespodence of Sigmund Freud and Sdndor Ferenczi* (Vol. 1, 1908–1914; P. T. Hoffer, Trans.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brenner, C. (1982). *The mind in conflict*. New York: International Universities Press.
- Brenner, C. (1994). Personal communication.

- Breuer, J., & Freud, S. (1893–1895/1955). Studies on hysteria. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. vii–xxxii, 1–311). London: Hogarth Press.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66–77.
- Buckley, P., Karasu, T. B., & Charles, E. (1981). Psychotherapists view their personal therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 299–305.
- Burbiel, I., Finke, G., & Sanderman, G. (1994). Measuring narcissism and boundaries of borderline patients. *Dynamic Psychiatry*, 144/145, 8–23.
- Calef, V., & Weinshel, E. M. (1983). A note on consummation and termination. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 643–650.
- Carotenuto, A. (1982). *A secret symmetry: Sabina Spielrein between Jung and Freud* (A. Pomerans, J. Shepley, & K. Winston, Trans.). New York: Pantheon Books.
- Carpy, D. V. (1989). Tolerating the countertransference: A mutative process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 287–294.
- Casement, P. J. (1985). *On learning from the patient*. London: Tavistock.
- Casement, P. J. (1990). The meeting of needs in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 10, 325–346.
- Casement, P. J. (1994). Psychoanalysis as process. Paper presented at the meeting of the Quebec English Psychoanalytic Society, Montreal.
- Casullo, A. B., & Resnizky, S. (1993, July). Psychoanalytic supervision: A clinical approach or shared clinical reflections. Paper presented at the Sixth IPA Conference of Training Analysts, Amsterdam, Holland.
- Celenza, A. (1991). The misuse of countertransference love in sexual intimacies between therapists and patients. *Psychoanalytic Psychology*, 8, 501–509.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1973). Essai sur l'Idéal du Moi: Contribution à l'étude de la "maladie d'idéalité". *Revue Française de Psychanalyse*, 37, 709–927.
- Chessick, R. D. (1992). Review of the book *Sexual exploitation in professional relationships* by G. O. Gabbard. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 20, 161–163.
- Chrzanowski, G. (1984). Can psychoanalysis be taught? In L. Caligor, P. M. Bromberg, & J. D. Meltzer (Eds.), *Clinical perspectives of the supervision of psychoanalysis and psychotherapy* (pp. 45–58). New York: Plenum Press.

- Chused, J. F. (1991). The evocative power of enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 615–639.
- Coen, S. (1992). *The misuse of persons: Analyzing pathological dependency*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Cohen, D. B. (1974). Toward a theory of dream recall. *Psychological Bulletin*, 81, 138–154.
- Cohn, J. R., Campbell, S. B., & Ross, S. (1992). Infant response in the still-face paradigm at 6 months predicts avoidant and secure attachment at 12 months. *Development and Pathology*, 3, 367–376.
- Compton, A. (1990). Psychoanalytic process. *Psychoanalytic Quarterly*, 59, 585–598.
- Cooper, A. M. (1987). Changes in psychoanalytic ideas: Transference interpretation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, 77–98.
- Cooper, A. M. (1992). Psychic change: Development of the theory of psychoanalytic techniques. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 245–250.
- Cooper, A. M. (1993). Psychotherapeutic approaches to masochism. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2, 51–63.
- Cooper, J. (1993). *Speak of me as I am: The life and work of Masud Kahn*. London: Karnac Books.
- Craik, D. M. A. (1859). *Life for a life*. New York: Harper.
- Davies, J. M., & Frawley, M. G. (1992). Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 5–36.
- Dewald, P. A. (1966). Forced termination of psychoanalysis: Transference, countertransference, and reality responses in five patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 30, 98–110.
- Doehrman, M. J. G. (1976). Parallel processes in supervision and psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 40, 3–104.
- Dupont, J. (Ed.). (1988). *The clinical diary of Sandor Ferenczi*. (M. Balint & N. Z. Jackson, Trans.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dupont, J. (1994). Freud's analysis of Ferenczi as revealed by their correspondence. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 301–320.
- Eagle, M. N. (1987). *Recent developments in psychoanalysis: A critical evaluation*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Eagle, M. N. (1993). Enactments, transference, and symptomatic cure: A case history. *Psychoanalytic Dialogues*, 3, 93–110.
- Edmunds, L. (1988, April). His master's choice. *Johns Hopkins Magazine*, 40–49.
- Eissler, K. R. (1983). *Victor Tausk's suicide*. New York: International Universities Press.
- Ekstein, R. (1960). A historical survey on the teaching of psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 8, 500–516.
- Emde, R. N. (1988). Development terminable and interminable: I. Innate and motivational factors from infancy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 69, 23–42.
- Engle, R. (1995). Personal communication.
- Epstein, R. S. (1994). *Keeping boundaries: Maintaining safety and integrity in the psychotherapeutic process*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Epstein, R. S., Simon, R. I., & Kay, G. G. (1992). Assessing boundary violations in psychotherapy: Survey results with the Exploitation Index. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56, 150–166.
- Eyman, J. R., & Gabbard, G. O. (1991). Will therapist-patient sex prevent suicide? *Psychiatric Annals*, 21, 669–674.
- Fairbairn, W. R. D. (1963). Synopsis of an object-relations theory of the personality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 44, 224–225.
- Farber, S., & Green, M. (1993). *Hollywood on the couch: A candid look at the overheated love affair between psychiatrists and moviemakers*. New York: William Morrow.
- Faulkner, H. J., & Pruitt, V. D. (Eds.). (1988). *The selected correspondence of Karl A. Menninger, 1919–1945*. New Haven: Yale University Press.
- Federn, P. (1952). The ego as a subject and object in narcissism. In E. Weiss (Ed.), *Ego psychology and the psychoses* (pp. 283–322). New York: Basic Books.
- Feldman-Summers, S., & Jones, G. (1984). Psychological impacts of sexual contact between therapists and other health care professionals and their clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1054–1061.
- Finell, J. S. (1985). Narcissistic problems in analysts. *International Journal of Psycho-Analysis*, 66, 433–445.

- Fleming, J. (1969/1987). The training analyst as an educator. In S. S. Weiss (Ed.), *The teaching and learning of psychoanalysis: Selected papers of Joan Fleming* (pp. 62–80). New York: Guilford Press.
- Freinhar, J. P. (1986). Oedipus or Odysseus: Developmental lines of narcissism. *Psychiatric Annals*, 16, 477–485.
- Freud, S. (1896/1984). Letter of December 12, 1896. In J. M. Masson (Ed.), *The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess 1887–1904* (pp. 207–215). Cambridge, MA: Belknap Press.
- Freud, S. (1905/1953). Fragment of an analysis of a case of hysteria. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 1–122). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1905/1953). Three essays on the theory of sexuality. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 123–245). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1912/1958). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 97–108). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1913a/1953). The claims of psycho-analysis to scientific interest. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 13, pp. 163–190). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1913b/1958). On beginning the treatment (further recommendations on the technique of psycho-analysis I). In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 121–144). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1914a/1963). On narcissism: An introduction. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 67–102). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1914b/1963). On the history of the psycho-analytic movement. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 1–66). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1915a/1963). Instincts and their vicissitudes. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 109–140). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1915b/1958). Observations on transference-love (further recommendations on the technique of psycho-analysis III). In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete*

- psychological works of Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 157–173). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1925/1959). An autobiographical study. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 1–74). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1930/1960). Civilization and its discontents. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 57–145). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1931/1960). Letter 258 to Stefan Zweig. In E. Freud (Ed.), *Letters to Sigmund Freud* (pp. 402–403; T. Stern & J. Stern, Trans.). New York: Basic Books.
- Freud, S. (1937/1964). Analysis terminable and interminable. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 209–253). London: Hogarth Press.
- Frick, D. E. (1994). Nonsexual boundary violations in psychiatric treatment. In J. M. Oldham & M. B. Riba (Eds.), *Review of Psychiatry: Vol. 13* (pp. 415–432). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Friedman, L. (1991). A reading of Freud's papers on technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 60, 564–595.
- Friedman, L. (1994). Ferrum, Ignis and Medicina: Return to the crucible. Plenary Address, Annual meeting of the American Psychoanalytic Association, Philadelphia, PA.
- Fromm-Reichmann, F. (1989). Reminiscences of Europe. In A. Silver (Ed.), *Psychoanalysis and psychosis* (pp. 409–418). Madison, CT: International Universities Press.
- Gabbard, G. O. (1989). Sexual exploitation in professional relationships. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O. (1991a). Psychodynamics of sexual boundary violations. *Psychiatric Annals*, 21, 651–655.
- Gabbard, G. O. (1991b). Technical approaches to transference hate in the analysis of borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 625–637.
- Gabbard, G. O. (1992). Commentary on “Dissociative processes and transference-countertransference paradigms” by Jody Messier Davies & Mary Gail Frawley. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 37–47.
- Gabbard, G. O. (1993). Once a patient, always a patient: Therapist-patient sex after termination. *The American Psychoanalyst*, 26, 6–7.

- Gabbard, G. O. (1994a). Commentary on papers by Tansey, Hirsch, and Davies. *Psychoanalytic Dialogues*, 4, 203–213.
- Gabbard, G. O. (1994b). On love and lust in erotic transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 385–403.
- Gabbard, G. O. (1994c). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O. (1994d). Psychotherapists who transgress sexual boundaries with patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 124–135.
- Gabbard, G. O. (1994e). Reconsidering the American Psychological Association's policy on sex with former patients: Is it justifiable? *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 329–355.
- Gabbard, G. O. (1994f). Sexual excitement and countertransference love in the analyst. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 1083–1106.
- Gabbard, G. O. (1994g). Sexual misconduct. In J. M. Oldham & M. Riba (Eds.), *Annual review of psychiatry* (pp. 433–456). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O. (1995a). Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 475–485.
- Gabbard, G. O. (1995b). The early history of boundary violations in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43.
- Gabbard, G. O. (1995c). Transference and countertransference in the psychotherapy of therapists charged with sexual misconduct. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 4, 10–17.
- Gabbard, G. O. (1995d). When the patient is a therapist: Special challenges in the psychoanalytic treatment of mental health professionals. *Psychoanalytic Review*, 82, 709–725.
- Gabbard, G. O., & Pope, K. S. (1989). Individual psychotherapy for victims of therapist-patient sexual intimacy. In G. O. Gabbard (Ed.), *Sexual exploitation in professional relationships* (pp. 89–100). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
- Ganzarain, R. (1991). Extra-analytic contacts: Fantasy and reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 72, 131–140.
- Gediman, H. K., & Wolkenfeld, F. (1980). The parallelism in psychoanalysis and supervision: Reconsideration of triadic systems. *Psychoanalytic Quarterly*, 49, 234–255.

- Gedo, J. E. (1993). *Beyond interpretation: Toward a revised theory for psychoanalysis* (Rev. ed.). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Gill, M. M. (1991). Indirect suggestion: A response to Oremland's Interpretation and interaction. In J. D. Oremland (Ed.), *Interpretation and interaction: Psychoanalysis or psychotherapy?* (pp. 137–163). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Goldberg, A. (1994). Lovesickness. In J. M. Oldham & S. Bone (Eds.), *Paranoia: New psychoanalytic perspectives* (pp. 115–132). Madison, CT: International Universities Press.
- Gonsiorek, J. C. (1989). Sexual exploitation by psychotherapists: Some observations on male victims and sexual orientation issues. In G. R. Schoener, J. H. Milgrom, J. C. Gonsiorek, E. T. Luepker, & R. M. Conroe (Eds.), *Psychotherapists' sexual involvement with clients: Intervention and prevention* (pp. 113–119). Minneapolis, MN: Walk-In Counseling Center.
- Green, A. (1986). *On private madness*. Madison, CT: International Universities Press.
- Greenacre, P. (1966). Problems of training analysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 35, 540–567.
- Greenberg, J. R. (1986a). The problem of analytic neutrality. *Contemporary Psychoanalysis*, 22, 76–86. Greenberg, J. R. (1986b). Theoretical models and the analyst's neutrality. *Contemporary Psychoanalysis*, 22, 87–106.
- Greenberg, J. R. (1991). Countertransference and reality. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 52–73.
- Greenberg, J. R. (1995). Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 1–22.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Grinberg, L. (1970). The problems of supervision in psychoanalytic education. *International journal of Psychoanalysis*, 51, 371–383.
- Grosskurth, P. (1986). *Melanie Klein: Her world and her work*. New York: Knopf.
- Grossman, W. I. (1992). Hierarchies, boundaries, and representation in the Freudian model of mental organization, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 27–62.

- Grotstein, J. S. (1994). "The old order changeth"—A reassessment of the basic rule of psychoanalytic technique: Commentary on John Linden's "Gratification and provision in psychoanalysis". *Psychoanalytic Dialogues*, 4, 595–607.
- Grubrich-Simitis, I. (1986). Six letters of Sigmund Freud and Sandor Ferenczi on the interrelationship of psychoanalytic theory and technique. *International Review of Psycho-Analysis*, 12, 259–277.
- Gunderson, J., & Ronningstam, E. (1991). Is narcissistic personality disorder a valid diagnosis? In J. Oldham (Ed.), *Personality disorders: New perspectives on diagnosis* (pp. 107–119). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gutheil, T. G., & Gabbard, G. O. (1992). Obstacles to the dynamic understanding of therapist-patient sexual relations. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 515–525.
- Gutheil, T. G., & Gabbard, G. O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions. *American Journal of Psychiatry*, 150, 188–196.
- Hale, N. G. (Ed.). (1971). *James Jackson Putnam and psychoanalysis: Letters between Putnam and Sigmund Freud, Ernest Jones, William James, Sandor Ferenczi, and Morton Prince, 1877–1917*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hamilton, V. (1993). Truth and reality in psychoanalytic discourse. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 63–79.
- Hartlaub, G. H., Martin, G. C., & Rhine, M. W. (1986). Recontact with the analyst following termination: A survey of seventy-one cases. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 885–910.
- Hartmann, E. (1991). *Boundaries in the mind: A new psychology of personality*. New York: Basic Books.
- Haynal, A. (1994). Introduction to The correspondence of Sigmund Freud and Sandor Ferenczi (Vol. 1, 1908–1914; P. T. Hotter, Trans.). In E. Brabant, E. Falzeder, & P. Giampieri-Deutsch (Eds.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hotter, A. (in press). Introduction to The correspondence of Sigmund Freud and Sandor Ferenczi (Vol. 2, 1914–1919; P. T. Hotter, Trans.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hoffman, I. Z. (1983). The patient as interpreter of the analyst's experience. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 389–422.
- Hoffman, I. Z. (1991a). Discussion: Toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 74–105.

- Hoffman, I. Z. (1991b). Reply to Benjamin. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 535–544.
- Hoffman, I. Z. (1992). Some practical implications of a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 287–304.
- Hoffman, I. Z. (1994). Dialectical thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process. *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 187–218.
- Horowitz, M. J., Duff, D. F., & Stratton, L. O. (1964). Body buffer zone. *Archives of General Psychiatry*, 11, 651–656.
- Jacobs, T. J. (1986). On countertransference enactments. *Journal of the American Psycho-analytic Association*, 34, 289–307.
- Jacobs, T. J. (1990). The corrective emotional experience: Its place in current technique. *Psychoanalytic Inquiry*, 10, 433–454.
- Jacobs, T. J. (1993a). The inner experiences of the analyst: Their contribution to the analytic process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 7–14.
- Jacobs, T. J. (1993b). Insight and experience: Commentary on Morris Eagle's "Enactments, transference, and symptomatic curing". *Psychoanalytic Dialogues*, 3, 123–127.
- Jacobs, T. J. (1994a, December). Discussion of boundary violations. Presented to the Panel on Enactments of Boundary Violations at the meeting of the American Psychoanalytic Association, New York, NY.
- Jacobs, T. J. (1994b, April). Impasse and progress in analysis: On working through and its vicissitudes in patient and analyst. Paper presented to the Quebec English Psychoanalytic Society, Montreal.
- Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. New York: International Universities Press.
- Jagger, A. M. (1983). *Feminist politics and human nature*. Lanham, MD: Rowman & Allanheld.
- Jones, E. (1955). *The life and work of Sigmund Freud: Vol. 2. The years of maturity, 1901–1919*. New York: Basic Books.
- Jones, E. (1957). *The life and work of Sigmund Freud: Vol. 3. The last phase, 1919–1939*. New York: Basic Books.
- Joseph, B., Feldman, J., & Spillius, E. B. (Eds.). (1989). *Psychic equilibrium and psychic change: Selected papers of Betty Joseph*. London: Tavistock/Routledge.
- Kairys, D. (1964). The training analysis: A critical review of the literature and a controversial proposal. *Psychoanalytic Quarterly*, 33, 485–512.

- Keller, E. F. (1985). *Reflections on gender and science*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Keller, E. F. (1986). Making gender visible in the pursuit of nature's secrets. In I. de Lauretis (Ed.), *Feminist studies/critical studies* (pp. 67–77). Bloomington: Indiana University Press.
- Kernberg, O. F. (1977). Boundaries and structure in love relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 25, 81–114.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1993). The psychotherapeutic treatment of borderline patients. In J. Paris (Ed.), *Borderline personality disorder* (pp. 261–284). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kerr, J. (1993). *A most dangerous method: The story of Jung, Freud, and Sabina Spielrein*. New York: Knopf.
- Kerr, J. (1994). *Personal communication*.
- Kluft, R. P. (1989). Treating the patient who has been sexually exploited by a previous therapist. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 483–500.
- Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development: Essays in moral development*. San Francisco: Harper & Row.
- Kohut, H. (1984). How does analysis cure? A. Goldberg (Ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Kovacs, V. (1936). Training- and control-analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 17, 346–354.
- Kris, A. O. (1982). *Free association: Method and process*. New Haven: Yale University Press.
- Kubie, L. S. (1950). *Practical and theoretical aspects of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Lamb, D. H., Strand, K. K., Woodburn, J. R., Buchko, K. J., Lewis, J. T., & Kang J. R. (1994). Sexual and business relationships between therapists and former clients. *Psychotherapy*, 31, 270–278.
- Landis, B. (1970). Ego boundaries. *Psychological Issues Monograph*, 6(4), 1–177.
- Langs, R. (1977). *The therapeutic interaction: A synthesis*. New York: Jason Aronson.
- Lester, E. P. (1985). The female analyst and the erotized transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 66, 283–293.
- Lester, E. P. (1990). Gender and identity issues in the analytic process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 71, 435–444.

- Lester, E. P. (1993). Boundaries and gender: Their interplay in the analytic situation. *Psychoanalytic Inquiry*, 13, 153–172.
- Lester, E. P., Jodoin, R.-M., & Robertson, B. M. (1989). Countertransference dreams reconsidered: A survey. *International Review of Psycho-Analysis*, 16, 305–314.
- Lester, E. P., & Robertson, B. M. (1995). Multiple interactive processes in psychoanalytic supervision. *Psychoanalytic Inquiry*, 15, 211–225.
- Levin, R., Galin, J., & Zywiak, B. (1991). Nightmares, boundaries, and creativity. *Dreaming*, 1, 63–74.
- LeVine, R. A. (1991). Gender differences: Interpreting anthropological data. In M. T. Notman & C. C. Notman (Eds.), *Women and men: New perspectives on gender differences* (pp. 1–8). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Limentani, A. (1982). On the “unexpected” termination of psychoanalytic therapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 2, 419–440.
- Lindon, J. A. (1994). Gratification and provision in psychoanalysis: Should we get rid of “the rule of abstinence”? *Psychoanalytic Dialogues*, 4, 549–582.
- Little, M. I. (1990). Psychotic anxieties and containment: A personal record of an analysis with Winnicott. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Loewald, H. W. (1960). On the therapeutic action of psycho-analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 16–33.
- Loewald, H. W. (1980). *Papers on psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Luborsky, L., Diguer, L., & Barber, J. P. (1994, May). Changes in a transference measure in psychoanalysis. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association. Philadelphia, PA.
- Mahler, M. S., Pine, E., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- Mahony, P. J. (1987). *Psychoanalysis and discourse*. London: The New Library of Psychoanalysis.
- Mahony, P. J. (1993). Freud’s cases: Are they valuable today? *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 1027–1035.
- Maltsberger, J. T. (1993, April 15). A career plundered. Presidential address of the American Association of Suicidology, San Francisco, CA.

- Margolis, M. (1994, November 19–20). Therapist-patient sexual involvement: Clinical experiences and institutional responses. Paper presented at the conference, *New Psychoanalytic Perspectives on the Treatment of Sexual*
- Trauma, sponsored by the Boston Psychoanalytic Society and Institute, Boston, MA.
- Margolis, M. (in press). Therapist-patient sexual involvement: Clinical experiences and institutional responses. *Psychoanalytic Inquiry*.
- Mayer, E. L. (1994a, December). A case of “severe boundary violations” between analyst and patient. Presented to the Panel on Enactments of Boundary Violations at the meeting of the American Psychoanalytic Association, New York, NY.
- Mayer, E. L. (1994b). Some implications for psychoanalytic technique drawn from analysis of a dying patient. *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 1–19.
- McCarthy, B. (1994). Nightmares and sleepwalking following child sexual abuse: Report of an adult in analysis. Paper presented at the Ontario Psychiatric Association, Toronto.
- McGuire, W. (Ed.). (1974). *The Freud/Jung letters: The correspondence between Sigmund Freud and C. G. Jung*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- McLaughlin, J. T. (1991). Clinical and theoretical aspects of enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 595–614.
- McLaughlin, J. T. (1995). Touching limits in the analytic dyad. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 433–465.
- Meerloo, J. A. M. (1952). Free association, silence, and the multiple function of speech. *Psychiatric Quarterly*, 26, 21–32.
- Meloy, J. R. (1988). *The psychopathic mind: Origins, dynamics, and treatment*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Meltzer, D. (1975). Adhesive identification. *Contemporary Psychoanalysis*, 11, 289–310.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1992). Early imitation within a functional framework: The importance of person identity, movement, and development. *Infant Behavior and Development*, 15, 479–505.
- Meng, H., & Freud, E. L. (Eds.). (1963). *Psychoanalysis and faith: The letters of Sigmund Freud and Oscar Pfister*. New York: Basic Books.
- Meyers, H. C. (1991). Perversion in fantasy and furtive enactments. In E. I. Fogel & W. A. Myers (Eds.), *Perversions and near-perversions in clinical practice: New psychoanalytic perspectives* (pp. 93–108). New Haven, CT: Yale University Press.

- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Norman, H. F., Blacker, K. H., Oremland, J. D., & Barrett, W. G. (1976). The fate of the transference neurosis after termination of a satisfactory analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 471–498.
- Notman, M. T., & Nadelson, C. (1991). A review of gender differences in brain and behavior. In M. T. Notman & C. C. Notman (Eds.), *Women and men: New perspectives on gender differences* (pp. 23–35). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Novey, R. (1991). The abstinence of the psychoanalyst. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 344–362.
- Novick, J. (1982) Termination: Themes and issues. *Psychoanalytic Inquiry*, 2, 329–365.
- Novick, J. (in press). Termination conceivable and inconceivable. *Psychoanalytic Psychology*, 12.
- Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 357–373.
- Ogden, T. H. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. New York: Jason Aronson.
- Ogden, T. H. (1986). *The matrix of the mind: Object relations and the psychoanalytic dialogue*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Ogden, T. H. (1989). *The primitive edge of experience*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Ogden, T. H. (1994). *Subjects of analysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Oremland, J. D., Blacker, K. H., & Norman, H. F. (1975). Incompleteness in “successful” psychoanalyses: A follow-up study. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23, 819–844.
- Panel (1992). Enactments in psychoanalysis (Morton Johan, reporter). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 827–841.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1993). Parental bonding in borderline personality disorder. In J. Paris (Ed.), *Borderline personality disorder: Etiology and treatment* (pp. 141–159). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Parker, S. (1976). The precultural basis of the incest taboo: Toward a biosocial theory. *American Anthropologist*, 78, 285–305.
- Paskauskas, R. A. (Ed.). (1993). *The complete correspondence of Sigmund Freud and Ernest Jones, 1908–1939*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press.

- Pfeffer, A. Z. (1963). The meaning of the analyst after analysis: A contribution to the theory of therapeutic results. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 229–244.
- Pfeffer, A. Z. (1993). After the analysis: Analyst as both old and new object. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 323–337.
- Phillips, A. (1994). *On flirtation*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pine, F. (1990). *Drive, ego, object, and self*. New York: Basic Books.
- Polster, S. (1983). Ego boundary as process: A systematic contextual approach. *Psychiatry*, 46, 247–258.
- Pope, K. S., & Bouhoutsos, J. (1986). *Sexual intimacy between therapists and patients*. New York: Praeger.
- Pope, K. S., Levenson, H., & Schover, L. R. (1979). Sexual intimacy in psychological training: Results and implications of a national survey. *American Psychologist*, 34, 682–689.
- Pope, K. S., & Vetter, V. A. (1991). Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists. *Psychotherapy*, 28, 429–438.
- Pulver, S. E. (1992). Psychic change: Insight or relationship? *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 199–208.
- Quinn, S. (1987). *A mind of her own: The life of Karen Homey*. New York: Summit Books.
- Rangell, L. (in press). Review of *The complete correspondence of Sigmund Freud and Ernest Jones, 1908–1939*. R. A. Paskauskas (Ed.). *Journal of the American Psychoanalytic Association*.
- Rapaport, D., & Gill, M. M. (1959). The points of view and assumptions of metapsychology. In M. M. Goldberg (Ed.), *The collected papers of David Rapaport* (pp. 795–811). New York: Basic Books.
- Reich, W. (1949). *Character-analysis* (T. P. Wolfe, Trans.). New York: Orgone Institute Press.
- Reiser, M. F. (1990). *Memory in mind and brain: What dream imagery reveals*. New York: Basic Books.
- Renik, O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 62, 553–571.
- Richards, A. (1991, fall). Discussion presented to the panel, *Toward a Definition of the Term and Concept of Interaction*, at the meeting of the American Psychoanalytic Association, New York, NY.
- Roazen, P. (1975). *Freud and his followers*. New York: Knopf.

- Rockland, L. H. (1992). *Supportive psychotherapy for borderline patients: A psychodynamic approach*. New York: Guilford Press.
- Rothstein, A. (1994, December). The seduction of money. Paper presented at the meeting of the American Psychoanalytic Association, New York, NY.
- Roughton, R. E. (1993). Useful aspects of acting out: Repetition, enactment, and actualization, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 443–472.
- Royce, J. (1901). *The world and the individual*. New York: Macmillan.
- Sabbadini, A. (1989). Boundaries of timelessness: Some thoughts about the temporary dimension of the psychoanalytic space. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 305–313.
- Sachs, D. M., & Shapiro, S. H. (1976). On parallel processes in therapy and teaching. *Psychoanalytic Quarterly*, 45, 394–1115.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3, 43–47.
- Sartre, J. P. (1956). *Being and nothingness: An essay on phenomenological ontology*. London: Methuen.
- Schachter, J. (1990). Post-termination patient-analyst contact: I. Analysts' attitudes and experience; II. Impact on patients. *International Journal of Psycho-Analysis*, 71, 475–486.
- Schachter, J. (1992). Concepts of termination and post-termination patient-analyst contact. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 137–154.
- Schafer, R. (1983). *The analytic attitude*. New York: Basic Books.
- Schafer, R. (1992). *Retelling a life: Narration and dialogue in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Schafer, R. (1993). Five readings of Freud's "Observations on transference-love". In E. S. Person, A. Hagelin, & P. Fonagy (Eds.), *On Freud's observations on transference love* (pp. 75–95). New Haven, CT: Yale University Press.
- Schlessinger, N., & Robbins, F. (1974). Assessment and follow-up in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, 542–567.
- Schoener, G. R., Milgrom, J. H., Gonsiorek, J. C., Luepker, E. T., & Conroe, R. M. (1989). *Psychotherapists' sexual involvement with clients: Intervention and prevention*. Minneapolis, MN: Walk-In Counseling Center.
- Searles, H. F. (1979). *Countertransference and related subjects: Selected papers*. Madison, CT: International Universities Press.

- Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38, 391–397.
- Segal, H. (1994). Phantasy and reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 395–401.
- Simon, R. I. (1992). Treatment boundary violations: Clinical, ethical, and legal considerations. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 20, 269–288.
- Spillius, E. B. (1992). Clinical experiences of projective identification. In R. Anderson (Ed.), *Clinical lectures on Klein and Bion* (pp. 59–73). London and New York: Tavistock/Routledge.
- Spruiell, V. (1983). The rules and frames of the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Quarterly*, 52, 1–33.
- Stepansky, P. E. (Ed.). (1988). *The memoirs of Margaret S. Mahler*. New York: Free Press.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 117–126.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the child: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stoller, R. J. (1985). *Observing the erotic imagination*. New Haven: Yale University Press.
- Stone, L. (1984). *Transference and its context: Selected papers on psychoanalysis*, New York: Jason Aronson.
- Stone, M. H. (1989). Borderline personality disorder. In R. Michels, A. M. Cooper, S. B. Guze, L. L. Judd, G. L. Klerman, & A. J. Solnit (Eds.), *Psychiatry* (Vol. 1, pp. 1–18). New York: Basic Books.
- Stone, M. H. (1993). Etiology of borderline personality disorder: Psychobiological factors contributing to an underlying irritability. In J. Paris (Ed.), *Borderline personality disorder* (pp. 87–101). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Strasburger, L. H., Jorgenson, L., & Sutherland, P. (1992). The prevention of psychotherapist sexual misconduct: Avoiding the slippery slope. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 544–555.
- Strean, H. S. (1993). *Therapists who have sex with their patients: Treatment and recovery*. New York: Brunner/Mazel.
- Sullivan, H. S. (1954). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
- Tausk, V. (1918/1933). On the origin of the “influencing machine” in schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 2, 519–556.

- Torras de Bea, E. (1992). Towards a "good enough" training analysis. *International Review of Psycho-Analysis*, 19, 159–167.
- Treurniet, N. (1988). Some vulnerabilities inherent to the training situation. Paper presented at the Third EPF Conference of Training Analysts, Amsterdam, Holland.
- Tustin, F. (1980). Autistic objects. *International Review of Psycho-Analysis*, 7, 27–39.
- Tustin, F. (1981). Autistic states in children. London: Routledge & Kegan Paul.
- Tustin, F. (1984). Autistic shapes. *International Review of Psycho-Analysis*, 11, 279–290.
- Twemlow, S. W., & Gabbard, G. O. (Eds.). (1989). The lovesick therapist. In *Sexual exploitation in professional relationships* (pp. 71–87). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Van der Waals, H. G. (1965). Problems of narcissism. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 29, 293–311.
- Viederman, M. (1991). The real person of the analyst and his role in the process of psychoanalytic cure. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 451–489.
- Viorst, J. (1982). Experiences in loss at end of analysis: The analyst's response to termination. *Psychoanalytic Inquiry*, 2, 399–418.
- Waldinger, R. J. (1994). Boundary crossings and boundary violations: Thoughts on navigating a slippery slope. *Harvard Review of Psychiatry*, 2, 225–227.
- Wallace, E., & Alonso, A. (1994). Privacy versus disclosure in psychotherapy supervision. In S. E. Greben & R. Ruskin (Eds.), *Clinical perspectives on psychotherapy supervision* (pp. 211–230). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wallerstein, R. S. (1986). Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. New York: Guilford Press.
- Warner, S. L. (1994). Freud's analysis of Horace Frink, M.D.: A previously unexplained therapeutic disaster. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 22, 137–152.
- Weigert, E. (1955). Special problems in connection with termination of training analyses. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 3, 630–640.
- Weinshel, E. M. (1990). Further observations on the psychoanalytic process. *Psychoanalytic Quarterly*, 59, 629–649.

- Weiss, E. (1952). Introduction to Ego psychology and the psychosis, by P. Federn (pp. 1–21). New York: Basic Books.
- Weiss, J., Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research. New York: Guilford Press.
- Wilden, A. (1972). System and structure: Essays in communication and exchange. London: Tavistock.
- Williams, M. H. (1992). Exploitation and inference: Mapping the damage from therapist-patient sexual involvement. *American Psychologist*, 47, 412–421.
- Winer, R. (1994). Close encounters: A relational view of the therapeutic process. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 89–97.
- Winnicott, D. W. (1960/1965). The theory of the parent-infant relationship. In *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development* (pp. 37–55). New York: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1963/1965). Morals and education. In *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development* (pp. 93–105). New York: International Universities Press.
- Witelson, S. F. (1985). The brain connection: The corpus callosum is larger in left-handers. *Science*, 229, 665–668.
- Wohlberg, J. (in press). What do victims want? *Psychoanalytic Inquiry*.
- Wurmser, L. (1987). Flight from conscience: Experiences with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers: Part Two. Dynamic and therapeutic conclusions from the experiences with psychoanalysis of drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4, 169–179.
- Yariv, G. (1989). Blurred edges: Some difficulties and paradoxes about forming boundaries. *British Journal of Psychotherapy*, 6, 103–111.
- Young-Bruehl, E. (1988). *Anna Freud: A biography*. New York: Summit Books.
- Zweibel, R. (1985). The dynamics of the countertransference dream. *International Review of Psycho-Analysis*, 12, 87–99.



Именной указатель

А

Абенд, Сандер 44
Айсслер, Курт 110
Айхгорн, Август 115, 121–122
Алмонд, Ричард 71
Анзье, Дидье 34
Апфель, Роберта 184, 235
Арванитакис, Константинос 94
Арлоу, Джейкоб 215

Б

Баис, Питер 82
Балинт, Микаэл 208
Барбер, Жак 190
Бейкер, Рональд 78
Белицки, Кэтрин 54–55
Беновиц, Минди 128, 145
Бергман, Мартин 193
Бернарди, Рикардо 200
Бернфельд, Зигфрид 207
Биб, Беатрис 40, 42
Бибринг, Эдвард 208, 230
Бижур, Анжелика 112
Бик, Эстер 69
Бин-Бейог, Лозано дело 182
Бин-Бейог, Маргарет 182–183
Блат, Сидни 31
Блэк, Дэвид 81
Блэкер, Кей 190, 202
Блюм, Хэрольд 105
Бодри, Фрэнсис 213

Боллас, Кристофер 146
Бозски, Дейл 44–45, 159, 162
Брабант, Эва 104, 113
Брейер, Йозеф 45
Бреннер, Чарлз 46, 122
Буве, Морис 62
Бэкол, Говард 74
Бэрретт, Уильям 190

В

Вайншел, Эдвард 44, 194
Вайрст, Джудит 141
Вайсс, Джозеф 161
Вайсс, Эдоардо 25
Валлерстайн, Роберт 183
Винер, Роберт 119, 141, 155
Винникотт, Дональд 28, 50, 71–72, 80, 114
Волкенфелд, Фред 209

Г

Габбард, Глен 63, 71, 77–80, 97, 100–102, 107, 112, 119–122, 124, 128, 130, 132–133, 140, 145–146, 148, 151, 153, 157–158, 159, 161, 180, 183, 191, 196–197, 210, 212, 224, 226, 227–228, 231–232, 234
Газейл, Томас 63, 71, 101, 157–158, 183, 234
Гандерсон, Джон 86
Ганзарейн, Рамон 204
Гиампири-Дойч, Патриция 104
Гилл, Мертон 35
Голдберг, Арнольд 129, 146
Гонзиорек, Джон 120, 145
Грин, Андре 138
Грин, Марк 115
Гринберг, Джей 28, 75–76, 78
Гринберг, Леон 210–211
Гринсон, Ральф 171
Гринэйкер, Филлис 185, 203–204
Гроссман, Вильям 22–23
Гротстайн, Джеймс 71
Грубрих-Зимитис, Узе 107
Гэлин, Джоди 39

Д

Джаффе, Джозеф 41

Джейкобс, Теодор 52, 97, 158, 160, 162, 237

Джекобсон, Эдит 19, 22, 28, 30, 42, 70

Джидимен, Хелен 209

Джиллигэн, Кэрол 89

Джозеф, Бетти 160

Джонс, Эрнест 98, 108, 109, 110, 112–113

Диге, Луи 190

Дюпон, Жудит 104

Ж

Жодуа Роз-Мари 83, 94

З

Зайвиак, Билл 39

Зильбург, Григорий 115–116

И

Игл, Моррис 80, 161

К

Канн, Лу 98, 108–110

Каротенуто, Альдо 101

Кейсмент, Патрик 45, 71–72, 74, 80, 184

Келлер, Эвелин Фокс 88

Кернберг, Отто 30, 35, 85, 119, 140

Керр, Джон 101–102, 112

Кляйн, Мелани 24, 28, 69, 114, 159–160

Ковач, Вильма 208

Кольберг, Лоренс 89

Комптон, Алан 44

Кон, Джеффри 41

Кохут, Хайнц 47, 74

Коэн, Дэвид 54–55, 57

Коэн, Стэнли 141, 162

Крайк, Дайна Мария 18

Крис, Антон 47

Купер, Арнольд 78, 148, 150

Купер, Джуди 115

Кьюби, Лоренс 46

Кэйрис, Дэвид 200

Кэлеф, Виктор 194
Кэмпбелл, Сьюзен 42
Кэсалло, Б. 207

Л

Лёвальд, Ханс 73, 79, 184
Левенсон, Ханна 215
Левин, Курт 34
Левин, Роберт 89
Левин, Росс 39, 93
Лестер, Эва 83, 87, 94, 130, 133, 212
Лозано, Пол 182–183
Лэнгз, Роберт 64, 65
Лэндиз, Бернارد 31–33, 42, 87
Лэчмен, Фрэнк 41
Люборски, Лестер 190
Люсье, Андре 94
Люэпкер, Эллен 120

М

Магуайер, Уильям 97, 99, 110–111
Майер, Элизабет Ллойд 67, 185
Маккарти, Барри 95
Маклафлин, Джеймс 159, 185
Малер, Маргарет 29–30, 115, 121–122
Марголис, Марвин 120, 218, 227
Мартин, Гари 194
Махони, Патрик 46, 51, 113
Мейер, Хелен 153
Мелтцофф, Эндрю 68
Мельтцер, Дональд 69
Менненгер, Карл 116
Милгром, Джанет Хофсти 120
Митчелл, Стивен 28, 72, 75, 77, 79
Мольтцбергер, Терри 182–183
Мур, Кит 68

Н

Нейдлсон, Кэрол 88, 90
Нови, Рита 190
Новик, Джек 194, 202

Норманн, Хаскелл 190, 202
Нотмен, Малка 88, 90
Ньетто, Марта 200
Ньюмен, Кеннет 74

О

Огден, Томас 68–70, 80, 160
Олтман, Леон 156
Оремлэнд, Джером 190, 202

П

Пайн, Фред 30
Палос, Эльма 98, 103
Паркер, Сеймур 86
Паскаукас, Эндрю 108–109
Польстер, Сара 26–27, 35
Поп, Кеннет 215
Пруитт, Вирджиния 117
Пфеффер, Арнольд 188–190
Пфистер, Оскар 97–98, 111–112
Пэрис, Джоэл 86

Р

Райн, Марк 194
Райх, Вильгельм 27
Рапапорт, Дэвид 35
Рафтон, Ральф 160
Рейзер, Мортон 92
Резнитски, С. 207
Ренджелл, Лео 114
Реник, Оуэн 160, 162
Роббинс, Фред 189
Робертсон, Брайан 94
Розен, Пол 111
Ройс, Джосайя 24
Роннингстем, Эльза 86
Росс, Шелли 42
Ротстайн, Арнольд 181, 199

С

Саймон, Беннет 184, 235
Салливан Гарри Стэк 71

Сандлер, Джозеф 160
Сартр, Жан-Поль 34
Сигал, Ханна 131
Сирлз, Хэрольд 138
Сковер, Лесли 215
Спиллиус, Элизабет Ботт 159
Спруэлл, Вэнн 65, 79
Степански, Пол 115
Стерн, Д. 30
Столлер, Роберт 84
Стоун, Лео 75, 85
Стрин, Герберт 152, 233
Сэмпсон, Хэрольд 161

Т

Тастин, Франсис 49, 69, 86
Тауск, Виктор 24, 110

У

Уайтлсон, Сандра 90
Уилден, Энтони 34-35
Уильямс, Мартин 123
Уолдингер, Роберт 63, 158, 237, 238

Ф

Фальцедер, Эрнст 104, 113
Фарбер, Стивен 115
Федерн Пауль 19, 22–25, 27, 31, 34, 36, 42-43, 61, 91
Ференци, Шандор 66, 98, 103–107, 109–110, 113, 118, 139, 141, 144
Филипс, Адам 110
Флеминг, Джоан 201, 208
Фолкнер, Говард 117
Фрейд, Зигмунд 18–19, 22–24, 28, 44–46, 53, 66, 78, 97–101,
103–114, 119, 121, 131, 139, 141, 155, 171, 190, 192–193, 207, 217
Фрейнхар, Джек 47
Фридман, Лоренс 99
Фринк, Хорэс 112
Фромм-Райхманн, Фрида 115, 122
Фэйрберн, У.Р.Д. 28

Х

Хайнал, Андре 98

Хартлоб, Джордж 194

Хартманн, Эрнест 19, 22, 25, 28, 35–39, 43, 49, 56–57, 62, 91–92,
120, 153

Хоровитц, Марди 28

Хоффман, Ирвин 77, 158, 162

Ц

Цвейг-Франк, Г. 86

Ч

Челенца, Андреа 139

Чессик, Ричард 147

Чусд, Джудит 97, 159–161

Ш

Шачтер, Джозеф 191, 199

Шейфер, Рой 76, 100, 195

Шлессингер, Натан 189

Шоенер, Гарри 120, 123

Шпильерейн, Сабина 98, 100–103, 110–112, 119, 150

Штерба, Рихард 71

Э

Эйман, Джеймс 140

Экштайн, Рудольф 207

Эпстайн, Ричард 63, 67–68

Ю

Юнг, Карл 97–99, 100–103, 105, 110–112, 114, 119

Я

Ярив, Гейл 49, 57, 86



Другие книги Глена О. Габбарда

Лечение психиатрических расстройств, 3-е издание, том I и II

Психодинамическая психиатрия в клинической практике, 3-е издание

Психотерапия личностных расстройств (в соавторстве с Джоном Дж. Гандерсоном)

Контрперенос и психиатрическое лечение

Психиатрия и кинематография, 2-е издание (в соавторстве с Крин Габбард)

Пограничное личностное расстройство: адаптация психотерапии к пациенту (в соавторстве с Леонардом Хоровитцем, Джоном Дж. Алленом и др.)

Руководство по лечению психиатрических расстройств, 2-е издание (в соавторстве с Сарой Д. Аткинсон)

Краткий обзор лечения психиатрических расстройств, 2-е издание (в соавторстве с Сарой Д. Аткинсон)

Контрперенос в работе с пограничными расстройствами (в соавторстве с Сэлли М. Уилкинсон)

Сексуальная эксплуатация в профессиональных отношениях

Медицинские браки (в соавторстве с Роем У. Меннингером)



Содержание

Предисловие к русскому изданию	5
Предисловие переводчика	8
Предисловие	14
Введение	18
Глава 1. Общее представление о границах в психоанализе	22
Федерн и границы Я	24
Границы и теория объектных отношений	28
Психологические исследования и системные концепции	31
Хартманн: границы в мышлении	36
Результаты наблюдений за младенцами	40
Резюме	42
Глава 2. Границы и психоаналитический процесс	44
Границы и свободные ассоциации	45
Случай г-жи А.	48
Случай г-жи В.	51
Границы и воспоминание сновидений	53
Влияние анализа на границы	56
Случай г-жи С.	57
Случай г-жи D.	59
Глава 3. Аналитическая рамка, аналитические границы и аналитический объект	63
Аналитическая рамка	64
Аналитические границы	66
Аналитический объект	78

Глава 4. Границы и гендер	82
Гендер и межличностные границы	82
Случай г-жи Е.	83
Случай доктора F.	84
Гендер и внутренние границы	91
Глава 5. Ранняя история нарушений границ в психоанализе	97
Фрейд, Юнг и Шпильерейн	100
Фрейд, Ференци и Палос	103
Фрейд, Джонс и Канн	108
Этические взгляды Фрейда	110
Ретроспективная оценка	113
Глава 6. Нарушение сексуальных границ	118
Типология аналитиков	124
Психотические расстройства	124
Хищническая психопатия и парафилии	125
Случай доктора G.	127
Тоска по любви	128
Случай доктора H.	134
Случай доктора I.	142
Мазохистическая капитуляция	147
Случай доктора J.	149
Нарциссизм как общее основание	152
Глава 7. Нарушение несексуальных границ	157
Разыгрывание в контрпереносе	158
Случай г-жи В.	163
Случай доктора K.	166
Обсуждение	179
Глава 8. Судьба переноса: границы после завершения	187
Стойкость переноса	188
Отношения после завершения как сопротивление	191
Возвращение пациента	194
Аргументы против полного запрета	195
Другие виды отношений после завершения	198

Глава 9. Границы в психоаналитической супервизии	206
Интерактивные процессы в супервизии	209
Вопросы границ	210
Лечить или учить	210
Феномен разнородных триад	213
Глава 10. Институциональная реакция	217
Обращение с жалобами	219
Работа с пострадавшими	227
Оценка и реабилитация	225
Ограничение практики	228
Супервизия	229
Назначение координатора по реабилитации	230
Личная терапия или анализ	231
Возобновление несупервизируемой практики	235
Предотвращение	235
Литература	240
Именной указатель	261

Габбард Глен О.
Лестер Эва П.
ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ГРАНИЦЫ
И ИХ НАРУШЕНИЯ

Перевод на русский язык *К. Немировский*

Научный редактор *К. Немировский*

Выпускающий редактор *Н. Карпинская*

Редактор *Г. Альперина*

Корректор *Г. Альперина*

Компьютерная верстка *А. Масаев*

Изд. лиц. № 061747

Гигиенический сертификат

№ 77.99.6.953.П.169.1.99. от 19.01.1999 г.

Подписано в печать 20.12.2013 г.

Формат 60х88/16. Гарнитура Петербург. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 17. Уч.-изд. л. 14,1. Тираж 2000 экз.

Заказ № 4765

М.: Независимая фирма «Класс», 2014. – 272 с.

103062, г. Москва, ул. Покровка, д. 31, под. 6.

E-mail: igisp@igisp.ru

Internet: <http://www.igisp.ru>

Отпечатано в ППП «Типография НАУКА»

121099, г. Москва, Шубинский пер., д. 6.

Глен О. Габбард — американский тренинг-аналитик, профессор психиатрии. Автор почти трех десятков книг по психиатрии и психотерапии, личностным расстройствам и работе с пограничными пациентами, а также более трехсот статей и глав в книгах, написанных совместно с другими авторами.

Эва П. Лестер — канадский тренинг-аналитик, профессор психиатрии. Ее работы посвящены женской психологии, психоанализу беременности, эротическому переносу, контрпереносу, тренинг-анализу, влиянию пола аналитика и пациента на процесс анализа, психоанализу литературы, шизофрении у детей и другим проблемам.

Книга, к которой профессионал может возвращаться снова и снова в течение многих лет.

Этель С. Персон,
Колумбийский университет

Важный труд для клиницистов с любым опытом работы.

Стивен Митчелл,
журнал «*Psychoanalytic Dialogues*»

Психоанализ в его самом ясном раскрытии.

Аксель Хоффер,
Психоаналитический институт Новой Англии,
Гарвардская школа медицины



КЛАСС
независимая фирма

103062, Москва, ул. Покровка, д. 31, под. № 6
Тел.: (495) 917-82-91, 917-80-20, 917-80-28
<http://www.igisp.ru> • <http://www.psybooks.ru>

