

Терапевтические отношения в психодинамической терапии

Therapeutic relationship in the psychodynamic therapy

Ульрих Барке

Ulrich Bahrke, lecture at the 1st International Conference of the Association of Imaginative Psychodynamic Psychotherapy, October 20-21, 2018 in Moscow

Введение

Мы, Карин Нор и я, хотели бы от всего сердца поблагодарить за приглашение на Вашу I-ю международную конференцию Ассоциации Имагинативной Психодинамической Психотерапии в Москве и за перевод нашего учебного пособия (Bahrke, Nohr, 2013).

Мы очень рады, что эта книга теперь доступна для прочтения на русском языке. Извините за смелое сравнение – но для нас это действительно приятное обстоятельство, что книга первоначально будет представлена в переводе на языке, на который когда-то также первыми были переведены тексты Фрейда. Почти 100 лет назад это стало определенным структурным звеном, когда Москва после Вены и Берлина была признана в 1922 году третьим психоаналитическим образовательным институтом.

Мы знаем, как развивалась история дальше, что она очень плохо продолжилась для российского общества и российского психоанализа. Поэтому особенно радостно и важно, что в современной России формируется что-то новое в психоаналитической-психодинамической области. Мы желаем Вам много сил, чтобы справиться со связанными с этим развитием трудностями и испытаниями.

Мы написали данное учебное пособие исходя из позитивной обратной связи, которую мы получили от коллег и благодаря признательности наших пациентов, в работе с которыми мы применяли имажинации. Несомненно, мы основывались на собственном опыте работы с имажинациями.

Еще одним поводом послужило то, что теория нашего учителя Ханскарла Лёйнера больше не соответствовала «духу» времени. Рефлексия собственного опыта, критика и дальнейшее развитие – это и есть сущность

каждой науки. Можно предположить, что ученый Лёйнер не хотел бы останавливаться на достигнутом и всецело отдаваться прежним схемам мышления.

Дальнейшее развитие кататимно-имагинативной психотерапии стало необходимым, что, конечно, затронуло ряд понятий на теоретическом уровне. Особенно это коснулось более широкого на сегодняшний день понимания – что же является предметом имажинации. Именно это мы пытаемся описать при помощи понятия «кинестетический» (Leikert, 2012). Хотелось бы отметить, что это понятие еще в 20-е годы применила российский психоаналитик Сабина Шпильрейн (S. Richebächer, 2005). С другой стороны, развитие кататимно-имагинативной психотерапии коснулось изменений в понимании терапевтических отношений, которые – по сравнению с прежним пониманием – приобрели большую значимость. Об этом я бы хотел поговорить далее.

Лёйнер видел преимущество терапевтического воздействия кататимных образов в их имажинативной силе, запускающей символические процессы. Напротив, мы видим, что терапевтические изменения в большей степени происходят благодаря терапевтическим отношениям, в рамках которых применяется имажинация в определенных терапевтических ситуациях для определенных целей.

В нашем учебном пособии в соответствии с современными исследованиями в области терапии (например, L. Luborsky, 1995) мы не только отстаиваем преимущество терапевтических отношений как мощнейшего фактора, оказывающего терапевтический эффект, но и концепцию intersубъективных отношений (Bahrke, Nohr, Luborsky, 2013, 1995). В свете этой концепции рассматриваются сложные процессы переноса, которые нуждаются в непрерывной рефлексии и понимании.

Иначе говоря: Мы не рассматриваем – как это делал Лёйнер – развивающиеся в терапевтическом процессе имажинации как «относительно автономное и индивидуально приспособленное ... высвобождение

конфликтного материала» (H. Leuner 1985, S. 433), а изучаем как специфический продукт динамики терапевтических отношений то, что пациент разворачивает на своей имажинативной сцене (Leuner, 1985).

Кататимное переживание образов или также «символдрама» вышло из психоанализа. Еще З. Фрейд (Z. Freud, 1911b) отмечал важность имажинативной фантазии, которую он называл «пробным действием», игровым исследованием действительности (Freud, 1911). Это пробное действие, которое выходит за ее границы, но все-таки остается связанным с ней и приводит таким образом к креативным изменениям. Также важно отметить, что Лейнер проходил дидактический анализ у аналитика югианского направления – психоаналитического направления, которое совершенно особым образом применяет и оценивает имажинации.

Такая укорененность Кататимно-имажинативной психотерапии в психоанализе означает, что дальнейшее развитие психоанализа также должно быть отрефлексовано в КИП. Метод КИП не может пребывать в неизменном состоянии, как и сам психоанализ. Особенно это относится к изменившемуся пониманию терапевтических отношений и не только к этому. Я хотел бы напомнить, что в течение последнего столетия неоднократно происходили изменения и сдвиги в понимании науки, концепции человека и теоретической структуры психоанализа.

Сам Фрейд удивлял многих коллег своими поправками: введение нарциссизма в 1914г., его вторая теория влечений с допущением о влечении к смерти в 1920 году, его третья теоретическая модель, структурная теория 1923 года.

Теория объектных отношений стала доминирующим направлением среди его последователей по сравнению с теорией влечений. Ее основная характеристика, это психология двоих. Уже не сновидение, а перенос считался *via regia* («царской дорогой») психоаналитического пути познания и изменения.

Дальнейшую революцию в психоанализе в 1950-е годы произвел пересмотр концепции контрпереноса, связанный с именами Г. Ракера (H. Racker) и П. Хайманн (P. Heimann). В концепцию контрпереноса была интегрирована субъектность аналитика как инструмента познания, перенос на аналитика распространялся на общую аналитическую ситуацию, проективная идентификация и проигрывание (enactment) стали ведущими понятиями. Также со времен Б. Грюнберже (B. Grunberger) и Х. Кохута (H. Kohut) в концепцию нарциссических расстройств были внесены многократные и противоречивые поправки. Стоит напомнить также о чрезвычайно занимающих нас на сегодняшний день нарушениях раннего детства. Фрейд совершенно не рассматривал эти нарушения. По крайней мере, в своей теории влечений он не принимал во внимание реакцию объекта на потребности влечения субъекта и не включал в нее материнскую неудачу. Казалось, он этого не знал, а возможно не мог вынести. Мы знаем, как его нервировало, когда Ференци проходил у него анализ. Фрейд жаловался Абрахаму на угнетающую плаксивость Ференци, что тому всегда чего-то не хватало, было недостаточно. Похоже для него оставалось чуждым, что это мог быть негативный материнский перенос на аналитика. Затем в 1970-х было время противодействия и раскола, когда психотерапия должна была стать вдруг «гуманистической». Как будто бы Фрейд стал восприниматься, как человеконенавистник. В «гуманистической психологии» в значительной степени отрицались упорство сопротивления и дисфункциональные невротические проявления.

В последующем в психоанализе продолжилось смещение фокуса с психологии Я и психологии Самости к теории объектных отношений и к интересубъективному и реляционному психоанализу, который пришел к нам в 90-е годы из США. Это сопровождалось изменением целей развития. Например, целью развития психологии Я была автономия. Сегодня такое представление вытеснено признанием непрерывного процесса развития и интеграции личности в удовлетворительных межличностных отношениях.

Наше глубинное чувство Самости онтогенетически возникло не только из взаимодействия с первичными объектами. На протяжении всей жизни для его сохранения мы нуждаемся в интерактивной поддержке.

Позже я вернусь к интересубъективному взгляду и сопутствующему расширенному пониманию терапевтических отношений. Сейчас, прежде всего, я хотел бы еще раз взглянуть на возросшую важность отношений в целом. Такое фундаментальное расширение значения отношений можно увидеть не только в области психотерапии, образования, политики, но и в обществе в целом. Так же важно отметить и медицину с ее возросшим вниманием к психосоматическим темам.

Даже в ранее строгой области объективных наук, таких как генетика, влияние отношений теперь стало само собой разумеющимся: будут ли выражены определенные врожденные гены, зависит от отношений между ребенком и его первичным окружающим миром: эпигенетикой называется наука, которая исследует, при каких обстоятельствах отношений в какой мере какой ген будет «включаться или отключаться». Как следствие, эпигенетика опровергает давно существующую в биологии догму – идею о том, что свойства организма неизменно определяются генетическим материалом, унаследованным при рождении.

Это фундаментальное расширение значения отношений на сегодняшний день полностью соответствует точке зрения психоанализа, поскольку для психоанализа отношения не только находятся в центре внимания – психоанализ все рассматривает с точки зрения отношений:

- он рассматривает человека как существо, определенное отношениями, с самого начала,
- он исходит из того, что ключевые признаки развиваются при взаимодействии генотипа и самого раннего опыта отношений,
- что в дальнейшем наш биографический опыт отношений продолжает формировать нас,

- и что всё, что было обработано как конфликт, перетекает в структуру актуальных отношений как интернализованные объектные отношения,
- а также распространяется на отношения между пациентом и терапевтом,
- где они могут одновременно формироваться, наблюдаться, исследоваться, обрабатываться и изменяться – парадигматически для построения других отношений.

Итак, если опыт отношений настолько важен и формирует личность, то речь идет о способе регистрации этого опыта, об изучении и описании его качеств – от отношений между матерью и ребенком до терапевтических отношений.

Эта точка зрения в психотерапии уже давно поддерживается исследованиями, согласно которым качество терапевтических отношений является наиболее важным фактором терапевтических изменений. Еще в 1996 году Л. Люборски заявил:

«Если рассматривать количество исследований, в которых результат терапии существенно связан с качеством терапевтического альянса, то можно утверждать, что терапевтический альянс представляет собой самый значимый коэффициент эффективности в лечении.» (Очень похожий результат получен также в исследовании обучаемости, где качество отношений учитель-ученик рассматривается как самый мощный коэффициент эффективности успеваемости).

Поскольку качество терапевтических отношений имеет решающее значение, я хотел бы поговорить сейчас о том, чем же характеризуется хорошие отношения в психодинамической терапии – и что мы, терапевты, можем сделать для этого на практике.

Исходное положение понимания

Каждая форма психотерапии, которая вышла из психоанализа, исходит из надстройки понимания – и базовая позиция психодинамически ориентированного терапевта выражается этой надстройкой понимания. Она должна включать в себя готовность воспринимать, открытость, уважение, нейтральность и абстиненцию.

«Надстройка понимания» подразумевает, что терапевт занимает позицию, в которой он не осуществляет непосредственного устранения определенного расстройства. В первую очередь терапевт озабочен построением отношений, которые позволяют пациенту развивать эмпатию и самопониание. Исходя из этого анализанду должна быть предоставлена возможность научиться более адекватно воспринимать других – тех важных для него других – и себя самого со своим «расстройством», из-за которого он прибегнул к терапии. В итоге у него должна появиться способность к созданию более адекватных отношений.

Почему же это так? Согласно психоаналитическому пониманию, болезни и расстройства, с которыми пациенты обращаются к нам в нашей психотерапевтической практике, базируются на частично бессознательных эмоциональных конфликтах, в основе которых в значительной степени лежит проблемный опыт отношений: дефицит психического развития, травмирующие переживания и ранние патогенные паттерны взаимоотношений.

Надстройка понимания направлена на то, чтобы перевести эти симптомы, так сказать, на реляционный язык – язык отношений. Посредством изменения отношения к себе и к другим пациент может осуществить психологическую интеграцию, симптомы постепенно растворяются.

Психоанализ в более узком смысле усугубляет эту точку зрения, постулируя, что анализанд должен пережить свои конфликты и травмы в отношениях в сопереживающе-понимающих отношениях с аналитиком – т.е. в переносе, чтобы смочь существенно их преодолеть.

Понимание сначала заключается в готовности к восприятию и открытости терапевта при выслушивании истории и горестного опыта пациента – как в период его ранних объектных отношений, так и в более позднем возрасте.

Отягчающий опыт заключается в ранних потерях, хаотичном воспитании, что обычно выражено в постоянной смене референтных лиц, в нанесении телесных повреждений, халатном обращении или сексуальном насилии в детстве.

Часто не менее значимыми являются также повреждения, которые возникают, казалось бы, при незначительных разочарованиях и оскорблениях, например, если родители эмоционально скрытны или черствые, или стыдящиеся, или из-за недостаточно в целом оказанной заботы.

Наши пациенты преимущественно страдают совсем не по повод этих воспоминаний, а в первую очередь от возникающих последствий, от способа собственного психического функционирования, от собственных разрушительных психических механизмов защиты или внутренних объектных отношений. Это выражается, например, в сновидениях, где из преследуют, потому что поврежденный внутренний мир серьезно и болезненно влияет на способность мыслить и субъективный опыт наших пациентов.

33-летний пациент в первой беседе сообщил, что он осуществил свою профессиональную мечту. Наконец-то он руководил собственным достаточно успешным предприятием в художественной сфере. И все-таки он был «смертельно несчастен», не мог радоваться, мог быть застигнут врасплох приступом слез. Он стал нелюдимым.

Пациент вырос у бабушки, потому что, когда ему шел третий год – отец убил мать. Наверное, это звучало страшно, но для него это не было так ужасно, поскольку он же был маленьким и не знал ничего другого: «Моя бабушка была моей матерью.»

Я сказал: «Да, тогда для Вас это было так. Но до этого момента все было по-другому. В то время Вы должно были сильно скучали по Вашей матери.» Пациент заплакал... Он соприкоснулся с глубокой, застарелой болью.

Чтобы эмоциональный контакт с пациентом мог возникнуть на фоне такого поврежденного внутреннего мира, важна наша чувствительность как терапевтов к влиянию этой депривации, травм и унижений на функционирование пациента. Например, это могут быть его реакции стыда в форме отстраненности или в форме агрессивно-провокационных выпадов против нас.

С одной стороны, мы косвенно сообщаем о своей готовности к восприятию, признавая влияние определенных переживаний на пациента – независимо от того, видит ли он сам эту связь. И мы передаем понимание этого влияния напрямую: вербально и невербально. Функцией такой невербальной коммуникации и наших комментариев или интерпретаций является желание показать пациенту, что мы можем постичь внутренний и внешний мир, в котором он живет.

26-летний инженер уже как 5 месяцев переехал в другой город и начал трудиться на своем первом рабочем месте. Он не чувствовал себя дома ни здесь, ни там, откуда он приехал и где учился. Также он не знал, хочет ли он сохранить это место работы или искать новое. Он чувствовал себя «бездомным».

В связи с этим я его спросил: «С кем из Ваших близких людей Вы чувствовали себя дома?». Вслед за этим открылась актуальная тема: профессионально сверхактивный, недостижимый отец и нуждающаяся мать до сих пор доводили ситуацию до того, что это не было ни по-партнерски, ни по-дружески. Пациент не чувствовал себя с ними как дома.

Если пациент ощущает, что терапевт может понять его внутренний мир, это часто способствует дальнейшему доверию и раскрытию им своей истории и своих страданий. Это, в свою очередь, поддерживается терапевтом,

поскольку он каждый сеанс главным образом сконцентрирован на том, чтобы найти эмоциональный контакт с пациентом или на том, каким образом пациент старается избежать именно этого эмоционального контакта.

40-летняя учительница, которая жила со своей матерью, жаловалась на постоянную опеку с ее стороны. Мать совсем не слушала ее, не вникала, постоянно давала советы и хотела накануне прочитать ей в очередной раз нотацию, когда та должна была погасить свет, чтобы выспаться и быть в школе в форме. Поскольку мы уже неоднократно говорили о том, что ее коллег раздражал ее «наставнический характер», я обратил ее внимание на эту параллель. После этого пациентка замолчала. Когда я снова спросил ее об этом, она сказала: «Я совсем не хочу Вас слушать. Я думаю о том, какое домашнее задание сегодня задам своему 9-му классу.»

Моя интерпретация, предположительно, не была неверной, но пациентка восприняла ее как критику в свой адрес. Она также и во мне вызвала желание «наставлять» ее. Позже пациентка смогла понять, как из-за своей бессознательной, но отвергаемой идентификации с матерью она сама инициировала ответный отказ в сочувствии во всех важных близких отношениях.

Степень эмоционального контакта, как мы видим из примера, лишь частично определяется способностями терапевта. На выраженность эмоционального контакта значительно влияют способности пациента. Он иногда действительно активно ограничивает этот контакт через недоверие, стыдливость или пассивность. Все то, что исходит из разнообразного опыта отношений, теперь вступает в терапевтические отношения и мешает им в виде защитных реакций, профилактики от разочарований и заболеваний. Однако, это можно выявить и обсудить. Большим открытием Фрейда было то, что такие коммуникативные нарушения между пациентом и терапевтом можно наблюдать не только как нарушения, именно эти аномалии возможно сделать предметом общего исследования.

Как хорошо известно, он назвал этот процесс отношения пациента к аналитику переносом, который с 1905 года находится в центре психоаналитической рефлексии. Перенос превратился (Freud, 1905) из «самого крупного препятствия» в «мощнейшее средство» лечения, «если удастся каждый раз его угадывать и переводить больному» (Freud, 1905).

Иногда это бывают лишь нюансы, как пациент относится к нам, например, незначительным образом упрекая или раздражаясь, или напротив, призывая к чему-то, или неосознанно что-то инсценируя:

22-летняя пациентка пришла на первую согласованную встречу на 10 минут позже. Она сообщила, что ей так сложно принимать решения – должна ли она съехаться со своим другом? Все в ее семье были парикмахерами, она, к слову, тоже, но должна ли она это оставить так? «Должна ли я делать что-то другое?» Она казалась мне обеспокоенной и рассеянной.

Я слушал ее ..., но вскоре решился не начинать обсуждение сказанного, а сначала разобраться с нашими отношениями, например, с ее опозданием. Я сказал ей, что наверняка у нее были веские причины, однако возможно это в этом также выражалась отмеченная ей общая амбивалентность и неуверенность в ориентации, на которую она жаловалась. Возможно, она чувствовала себя неуверенной не только в своей профессии и в вопросе совместного проживания с другом, но и в том, должна ли она была приходить сюда? Действительно ли терапия была ей необходима? И что мы могли бы поговорить о всех за и против с ее точки зрения. Пациентка почувствовала себя понятой и расслабилась. Беседа продолжилась в более спокойной размышляющей манере.

В рамках базового положения надстройки понимания наши конкретные интервенции могут быть самыми разнообразными: более прочувствованными, восприимчивыми или более проясняющими, интерпретирующими. То, что действительно противоречит основному положению надстройки понимания, так это манипулятивно-суггестивное обращение с проблемами пациента и любая форма моральной оценки.

Это совершенно особая возможность терапевтических психодинамических отношений – они иначе, чем все другие отношения, расширяют уважение до такой степени, что можно обходиться без морали. Кроме физического нападения на терапевта и его практику, пациент может выражать все то, что в его повседневной жизни считалось бы недопустимым и аморальным – здесь не нужно бояться осуждений. Это важно с терапевтической точки зрения, поскольку ни один аспект психологического целого не исключается. Здесь возможно всестороннее понимание и самоисследование на пути к аутентичности.

Иногда это может тяжело даваться. Например, один пациент сообщил, что он публично ругал и «разносил» мигрантов, которые неправильно сортировали мусор или не соблюдали правила дорожного движения. Только спустя некоторое время он смог увидеть, как он переворачивал свой собственный опыт и защищался от собственного страха быть униженным.

Основная установка терапевта, ориентированная на понимание, определяется не только восприимчивостью, открытостью и уважением, но также нейтральностью и абстиненцией.

Абстиненция подразумевает контролируемый отказ терапевта от того, чтобы подчинить терапевтические отношения собственным потребностям и действовать в соответствии со своими собственными желаниями в терапевтическом процессе по бессознательным или даже сознательным причинам.

- Например, необходимость успеха терапевта по нарциссическим причинам,
- удерживание пациента в зависимости – для защиты собственных страхов расставания,
- злоупотребление терапией как заменой отношений и т. д.

Исходя из этого нейтральность подразумевает отказ желания разместить в пациенте собственные ценности и убеждения. Необходимо

контролировать себя в том, чтобы не обсуждать в терапии свои личные философские, мировоззренческие и религиозные убеждений.

Описанное ранее базовое положение терапии, однако, не означает, что хорошие терапевтические отношения, с психодинамической точки зрения, представляют собой только эмпатическое выслушивание или даже подтверждение точки зрения пациента. Проще говоря, психоанализ не исходит из того, что эмпатия уже сама по себе достаточно помогает – как, например, полив засохшего растения, которое с небольшим количеством воды снова само начинает расти. Напротив, психоанализ утверждает, что интернализованные конфликты, которые охватывают специфические области (такие как близость-дистанция, автономия-зависимость, контроль-подчинение, самооценка, забота и т.д.), т.е. центральные паттерны конфликта отношений, должны вводиться в диалог и обрабатываться.

Для этого в распоряжении терапевта имеется 3 подхода:

1. Он берет на себя триангуляторную функцию по отношению к актуальной жизненной ситуации и внешним обстоятельствам пациента. Это внешние личные и профессиональные отношения и связанные с ними импульсы, и аффекты, которые перемещаются в центр терапевтической работы. Они воспринимаются, структурируются и модифицируются терапевтом.
2. Психотерапевт, работающий с психодинамически, рассматривает материал пациента как выражение интернализованных объектных отношений. Он их выявляет и обрабатывает: чувство соперничества по отношению к новым коллегам он связывает с отношениями с сестрой, заторможенность импульсов по отношению к новому председателю – с аспектами отношений с отцом, неспособность расстаться с возлюбленным – с отношениями с матерью.
3. Терапевт направляет свое внимание не только на выраженное содержание, но и на то, как пациент его сообщает и как он формирует с ним отношения. Он проверяет материал пациента, чтобы увидеть, содержит ли

он компоненты непосредственно переноса, и сосредотачивается на взаимодействии с ним.

Такое внимание терапевта на «здесь и сейчас» в отношениях и отслеживание переноса являются, как уже было сказано, непосредственной характерной особенностью психодинамической терапии.

Третий подход к пониманию в форме переноса изначально неоспорим в психоанализе и психодинамической КИР-терапии. Начиная с Фрейда, ему следует уделять внимание, как характеристике любой психодинамической терапии. Это означает, что реальный объект психоанализа – вопреки распространенному мнению – не пациент, а скорее отношения между аналитиком и анализандом.

Однако, это отношения понимались и понимаются очень по-разному, поэтому мне кажется важным разграничить устаревшие концепции переноса от представленной нами интерсубъективной парадигмы. Кардинальным отличием здесь является осмысление роли и влияния терапевта на перенос.

Фрейд осознавал, что психоаналитик представляет для анализанта новый объект, который является не только нейтрально наблюдающим интерпретатором, но и может принудительно оказывать собственное влияние на перенос. Однако, зачастую это не принималось во внимание, поскольку Фрейд стремился дать психоанализу научные обоснования, который должен был соответствовать научной парадигме своего времени. Эта научная парадигма заключалась в «объективном наблюдении». Исходя из этого Фрейд концептуализировал перенос как кажущийся независимым от участия наблюдателя – мы это знаем благодаря его известной хирургической и зеркальной метафоре: Аналитик должен быть «объективным», его контрперенос следует не только контролировать, но также минимизировать или нейтрализовать.

В течение долгого времени перенос кодировался как интрапсихическая концепция в рамках психоанализа, понимаемого как психология одного человека: пациент переносит, аналитик интерпретирует. Вследствие этого,

например, подготовка аналитиков сформировалась следующим образом: Кандидаты, находящиеся в одной подготовительной группе, получали от обучающего аналитика высказывания пациента. Далее каждый в группе искал «правильную интерпретацию», которая в конце концов все же раскрывалась обучающим аналитиком. Опытный психоаналитик позже мог почувствовать превосходство над своим пациентом, потому что он обладал несуществующим знанием и силой интерпретации. Таким образом он был определен в этих отношениях как наблюдающий интерпретатор, который обнаруживает, описывает, проясняет и помогает исправить искажения реальности у пациента внутри невроза переноса. Вследствие этой концепции Фрейд (Freud 1912 b) дифференцированно изучал не динамику отношений между двумя участвующими, а скорее понимаемый таким образом перенос. Фрейд концептуально классифицировал его (Freud, 1912). Он различал следующие формы переноса:

- позитивный и негативный перенос,
- пристойный и непристойный перенос,
- способный к осознанию и бессознательный перенос.

Данная классификация использовались в качестве шаблона для различных концепций альянса. Особенно хорошо известна концепция «рабочего альянса» Р. Р. Гринсона (Greenson, 1965). У этой концепции было преимущество, поскольку она признавала неоспоримое влияние психоаналитика на аналитические отношения, но все же не ставя под сомнение процесс переноса, исходящий исключительно от пациента. Влияние аналитика было признано, но в то же время ограничено частью отношений – «пристойным переносом», откуда вытекала концепция позитивных терапевтических отношений как основы лечения.

Таким образом, существовал большой разрыв между переносом, который нужно интерпретировать, с одной стороны, и отношениями, не требующими интерпретации, с другой. В рамках этих не подвергающихся сомнению отношений аналитик и пациент должны были вместе смотреть и

интерпретировать связанные с переносом искажения реальности, которые аналитик должен был как можно меньше нарушать, когда они развивались. Психоанализ продолжал оставаться своего рода наукой наблюдения, и аналитическая ситуация была близка к ситуации наблюдения, даже в какой-то степени – к психологической экспериментальной ситуации.

Лейнер начал развитие метода кататимного переживания образов именно с этих позиций. Как известно, он иллюстрировал свою идею терапевтических отношений при помощи метафоры «ныряльщика» (Leuner, 1985). Отношения между терапевтом и пациентом во время кататимной имажинации были представлены подобно отношениям во время экспедиции: Ныряльщик-пациент проводит исследования на дне моря собственного бессознательного, в то время как терапевт, держит с ним постоянный контакт. Терапевт находится на судне, он отвечает за подачу кислорода – особенно в опасных ситуациях – и может давать полезные для исследования советы.

Можно сказать, что с одной стороны, есть терапевт, который защищает границы и всячески поддерживает пациента, с другой – пациент, который имеет дело со своими внутренними состояниями и конфликтами. Психика пациента выдает проекции замысла своего «Я» и образов объектов. Терапевт поддерживает эту самоконфронтацию со стороны пациента. Пластические узоры – часто завуалированные символически, но всегда ярко выраженные – могут быть поняты, изменены, подвергнуты сомнению и исправлены совместно в ходе дальнейшего терапевтического процесса. Примерно так описана Лейнером концепция невроза проекции. Фрейд использовал похожую метафору. Он говорил, что пациент как археолог с помощью аналитика обнаруживает и исследует пласты древнего города.

Концепция переноса в рамках этой интрапсихической парадигмы приводит КИП-терапию к тому факту, что перенос «считывается» во всех высказываниях пациента внутри и вне имажинации, поскольку он приводит терапевтический процесс к застою в смысле сопротивления переносу. Далее он интерпретируется и обрабатывается. КИП-терапевт «наблюдает» за тем,

что пациент «делает» с ним как с терапевтом, как он «обращается» с ним и как «интегрирует» и «представляет» его в имажинации. «Я всегда также подразумеваюсь» – это типичные очки КИП-терапевта, прошедшего обучения по более ранним аналитическим положениям.

Такая точка зрения ни в коем случае не является «неверной», но она все-таки не достаточна! Она скрывает участие терапевта во всем, что происходит внутри и вне имажинации.

Хочу повториться еще раз: Интерсубъективность «всегда была», но она была затемнена теоретическими очками прежней естественно-научной парадигмы, которую психоанализ признавал. Концепция Фрейда была обусловлена временем. Он не мог воспользоваться другой научной парадигмой.

Следует упомянуть, что уже на ранней стадии зарождались противоположные тенденции, которым я здесь не имею возможности посвятить время (Bahrke, 2010). Эти тенденции были направлены на объединение произвольно разделенных концепций переноса и отношений, что в дальнейшем привело к созданию интерсубъективной парадигмы. Тем не менее, в США в 90-е годы говорили о «интерсубъективном повороте» и о новой парадигме отношений, поэтому стал использоваться термин «психоанализ отношений» (relationale Psychoanalyse). В этой концепции делался фокус на встрече в аналитической ситуации и на том, что пациент и аналитик совместно создают тип и содержание психоаналитического диалога: реальность совместно конструируется, и аналитический процесс является совместной конструкцией. Всегда следует учитывать вклад терапевта в перенос, его индивидуальность, его технику лечения, которая управляется имплицитными частными теориями, его латентное представление о человеке и, конечно, влияние его собственных осознанных или бессознательных действующих конфликтов, его жизненную ситуацию.

Анализ отношений подразумевает здесь анализ взаимодействия между двумя участниками. Аналитик и анализант понимаются как наблюдатели,

которые взаимно наблюдают друг за другом. В процессе наблюдения они постоянно меняются в течение взаимного описания (Gill, 1996). Эпистемологически это взаимодействие можно описать как взаимный и самореферентный (соотносимый с самим собой) процесс между двумя участниками, которых также называют «аналитической парой».

В рамках этой интерсубъективной парадигмы в КИП также все высказывания пациента внутри и вне имажинации следует воспринимать в динамике переноса-контрпереноса. Такая динамика отношений является определяющей относительно того, что представляет в имажинации пациент. КИП-терапевту необходимо при этом в процессе имажинации непрерывно рефлексировать свое собственное влияние на наблюдаемую им систему отношений.

Для описания такой сложной динамики Карин Нор (Nohr, 2006, с.8) предложила наглядный пример:

«Как только я слышу первые слова имажинации, у меня возникает следующая метафора: я сразу же погружаюсь в реку, один берег которой сформирован мной, другой – пациентом, а вода и ее течение соединяют наши эмоциональные и душевные субстанции. Вода представляет собой смесь из постоянного возвратно-поступательного проективного катексиса репрезентаций другого... На берегу есть места, с которых я могу наблюдать общую картину, и, пожалуй, я могу держать голову над водой или держать курс на остров; то же может делать и пациент... Другие острова мы формируем или добираемся до них вместе, когда удастся при помощи эмпатии и понимания преодолеть препятствие в виде защиты желаний» (Nohr, 2006, с.8).

Динамика переноса-контрпереноса полностью входит в процесс имажинации: каждое высказывание терапевта, все, что он говорит или не говорит, даже само его присутствие является частью процесса имажинации. Терапевт задается вопросами: Как со мной обращается пациент, какую реакцию это вызывает, и как я на это реагирую. Все это также является

частью кататимного мира образов. «Кататим» – в этом случае не независимое от терапевта исходящее из души пациента образное чувство. Эти эмоциональные образы являются выражением желаний отношений и их защит, которые приведены в движение динамикой переноса-контрпереноса. Желания и страхи из интериоризованного опыта отношений ходят в контакт с тем, что терапевтические отношения сейчас конкретно приводят в действие. Аналогичным образом мы следует понимать сообщение о сновидении в психоанализе: Когда, как и какое сновидение сообщается – это также является функцией переноса.

Не так давно ко мне в практику в Цюрихе пришел коллега с желанием получить опыт в кататимно-имагинативной психотерапии. Он был родом из Берлина и уже 9 месяцев работал в клинике в Швейцарии. Дела у него шли нормально, и он чувствовал себя здесь как дома.

В первичной имажинации коллега представил большой открытый луг, вдаль – красивый вечерний закат. Затем он заметил, что луг был болотистым и немного поднимался в гору, и что он не мог присесть или отдохнуть на этом болотистом лугу. Коллега размышлял, что предстоит пройти долгий путь, прежде чем его ноги высохнут.

Коллега был удивлен, как его нынешние усилия – получить твердую почву под ногами в качестве мигранта в Швейцарии, которые он не передал в разговоре со мной, были творчески реализованы в имажинации следующим образом: Ему все еще предстоит напряженная работа, прежде чем он сможет сделать передышку и насладиться новой стабильной жизнью.

Мы, терапевты, практикующие КИП, знакомы с такими переживаниями, поскольку защищенные части символизируются в процессе имажинации в кинестетическом состоянии аналогичным образом, как события во сне. В то же время очевидно, что коллега в переносен на меня, как мигранта также из Германии, спонтанно показывает в своей первичной имажинации что-то из своего душевного состояния, что, как он мог предположить, его терапевт также знает и чему он может сочувствовать.

Возможно, он посмотрел мой сайт или, по крайней мере, заметил, что я говорю не на обычном диалекте, а на верхненемецком. Он мог сознательно или бессознательно предположить, что я в состоянии сопереживать его опыту.

Сложно сказать, какая имажинация могла бы возникнуть в других терапевтических отношениях. Возможно, в терапии с коллегой из Швейцарии он мог бы представить сочный альпийский луг с коровами, символизирующими психотерапевта, которые давали бы молоко. Возможно, это привело бы затем к актуализации ранних частей переноса? Это было бы возможно ... Однако, это не обязательно понимать как отказ от защиты. Скорее, другая интересубъективная реальность была бы конституирована с этим другим терапевтом.

Я хотел бы еще раз прояснить: Мы преодолеваем интрапсихическую парадигму, тем, что больше не фокусируемся однонаправленно на деятельности пациента. Находясь в интересубъективной парадигме, мы также размышляем о нашем влиянии, о нашем участии в материале пациента.

Что делает эту концепцию привлекательной, так это акцент на «переходном» пространстве, в котором может происходить взаимное творческое со-конструирование значений. Однако интересубъективный подход также имеет кое-что очень сложное. Он не только подчеркивает взаимное влияние на приобретение знаний, но также исключает возможность объективного знания психологической реальности пациента. Больше не существует точки привязки, нет традиционной концепция истины, согласно которой истина есть соответствие между утверждением и фактом. Истина конструируется вместе, возникает во встрече в форме правдоподобия. Мы также знаем это из нашей повседневной жизни – не имеет значения, с кем мы говорим об одном и том же – если мы открыты для других, возникает что-то уникальное.

Заключение

Надеюсь, что я смог показать, что в терапевтических отношениях с психодинамической точки зрения мы имеем дело со сложным взаимодействием.

В рамках динамики переноса-контрпереноса мы перемещаемся в область, где нет действительно фиксированной, независимой от процесса точки ориентации, исходя из которой было бы возможно объективное описание терапевтического процесса (Deserno, 1994). По сути дела, именно это и является особым, иногда тяжело выдерживаемым, но креативно-занимательным элементом терапевтических отношений с психодинамической точки зрения, как часть того, что ничего нельзя зафиксировать как окончательно-завершающееся. Это, в свою очередь, коррелирует с признанием и оценкой бессознательного – но это новая тема.

Список литературы:

1. Bahrke U. und Nohr K.: *KIP. Lehrbuch der Arbeit mit Imaginationen in psychodynamischen Psychotherapien*. Springer 2013, 2. Aufl. 2018. – 234 s. // Барке У. Нор К., Кататимно-имагинативная психотерапия: Учебное пособие по работе с имагинациями в психодинамической психотерапии. Пер. с нем. – М.: Когито-Центр, 2018. – 397 с.
2. Bahrke U: Übertragungskonzeptionen in der Katathym Imaginativen Psychotherapie. *Imagination* 32, Nr.3 (2010). S. 5-17.
3. Deserno H: Die Analyse und das Arbeitsbündnis. Frankfurt: Fischer 1994. – 176 s.
4. Gill M: Die Übertragungsanalyse. Frankfurt: Fischer 1996. – 254 s.
5. Greenson RR: The working alliance und the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly* 34 (1965). S. 155-181.
6. Leikert S: Schönheit und Konflikt. Gießen: Psychosozial-Verlag 2012. – 20 s.

7. Leuner H: Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, 1985. – 589 s.
8. Luborsky L: Einführung in die analytische Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1995. – 134 s.
9. Nohr K. «Meine Seele hort im Sehen» – Zum szenischen Charakter des Therapeutischen Umgangs mit katathymen imaginationen // Imagination. 28/4. 2006. Pp. 5-29.
10. Richebächer S: Sabina Spielrein. «Eine fast grausame Liebe zur Wissenschaft». Zürich: Dörlemann 2005. – 400 s.
11. Freud S (1905), Bruchstücke einer Hysterie-Analyse. GW 5. S. 161-286.
12. Freud S (1911b), Über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. GW 8. S. 230-238.
13. Freud S (1912 b), Zur Dynamik der Übertragung. Frankfurt: Fischer, 1989, GW 8. S. 363-374.