

Интерпретация – многоэтапный процесс

Эмманюэль Шерве

*(Пер. с фр.: О. В. Чекунова,
М. Л. Головина, Г. В. Лукашова.
Научный редактор: Чекунова О. В.)*

Эмманюэль Шерве – психиатр, психоаналитик, титулярный член Парижского психоаналитического общества, тренинг-аналитик, научный секретарь Парижского психоаналитического общества.

В данной статье автор комплексно рассматривает процесс интерпретирования, останавливаясь на его различных этапах. Аналитик, слушая речь пациента, способен улавливать множество смыслов, при этом некоторые из них могут быть недоступны и скрыты. Интерпретация связывает между собой различные слои, соединяет разрозненные элементы психической жизни пациента в целостную картину. Однако не все пациенты функционируют на достаточно хорошем уровне психической организации. В этом случае речь пациентов пока еще непригодна для интерпретирования, и попытка дать интерпретацию может вызвать желание ее опровергнуть, поскольку интерпретации воспринимаются как ложные или недостаточно хорошие, также существует риск усилить сопротивление в отношении любых попыток исследования внутренней реальности пациента и укрепить защиты против внедрения. В таком случае интерпретация пребывает какое-то время в латентном состоянии в психике аналитика и ждет своего часа до тех пор, пока пациент не будет способен ее принять.

Ключевые слова: интерпретация, процесс свободных ассоциаций, сопротивление, защиты, клиническое мышление, психическая работа.

Глагол «интерпретировать» в обычном значении этого слова предполагает, что у субъекта присутствует способность, слушая речь другого, улавливать множество смыслов, при этом некоторые из них могут быть недоступны и скрыты. Интерпретация связывает между собой различные слои, соединяет разрозненные элементы в целостную картину. Однако подобная многомерность внутреннего мира предполагает наличие у субъекта сложной психической жизни, наполненной конфликтами, которые он способен переработать, то есть речь идет о достаточно хорошем психическом функционировании, где внутренние конфликты ощущаются выносимыми и разыгрываются между отделенными друг от друга регистрами, которые были описаны Фрейдом как топически организованные психические пространства.

В таком случае возможна психическая жизнь без чрезмерного перевозбуждения: возбуждение проявляется в небольшом количестве, его сила регулируется благодаря тому, что аффект связывается со значимыми объектами, желаниями, смыслом.

Пациент может представить себе, что, когда он отдается процессу свободных ассоциаций, его речь зачастую наделяется двойным смыслом. Он может сказать не то, что изначально собирался сказать, у него могут появляться непроизвольные мысли, и все это вызывает интерес. Это примерное описание невротического функционирования психики.

Однако аналитик далеко не всегда работает с подобными пациентами. Куда чаще мы видим пациента, скованного тревогой, обездвиженного необходимостью переработать слишком большое количество возбуждения; пациента, который убежден, что история его страданий – это лишь описание плохих обстоятельств и внешней реальности, которую он не в силах изменить. Противоречия, явные или скрытые, невыносимы для субъекта, и все, что ему нужно, это получить подтверждение того, что он в безопасности, избавившись от них.

Речь пациента на данном этапе непригодна для интерпретирования, и попытка дать интерпретацию может вызвать желание ее опровергнуть, поскольку интерпретации воспринимаются как ложные или недостаточно хорошие, также существует риск усилить сопротивление в отношении любых попыток исследования внутренней реальности пациента и укрепить защиты против внедрения.

Тем не менее и в этом случае аналитическая работа возможна, поскольку благодаря интервенциям происходит связывание с помощью слов травматических переживаний пациента и укрепление субъективного восприятия себя в картине пережитого травматического опыта.

Даже тогда, когда аналитик работает с пациентом, пока еще не способным принимать интерпретации, его мышление не теряет свои интерпретирующие способности, даже если интерпретации хранятся пока внутри. Аналитик регистрирует то, что речь пациента привносит в аналитическую ситуацию, но не доносит пока материал до сознания пациента, а лишь намечает пути, по которым пациент позже сможет сам прийти к нему. Это подобно прокладыванию маршрута на поверхности, переходу «сквозь видимое», описанному Вирджинией Вульф.

Впрочем, аналитик использует не только этот способ мышления. Когда Андре Грин говорит о клиническом мышлении, он имеет в виду сосуществование множества взаимосвязанных психических регистров: психодиагностика и психиатрический опыт, эмпатия и идентификация с речью пациента, интерпретирующее мышление, ассоциации с элементами культуры... Способность свободно использовать все эти регистры представляет собой ассоциативность аналитика – свободные ассоциации, отличающиеся от ассоциаций пациента, поскольку в данном случае сохраняется сдерживающая функция Сверх-Я и фокус внимания направлен на то, чтобы обеспечить условия для появления у пациента способностей к психической работе.

Но в первую очередь аналитик интерпретирует то, что происходит внутри него, для самого себя. Он принимает все, что ему адресовано: поведение, отношение, эмоции, изменения в терапевтической ситуации, слова... Аналитик исследует все то, что с ним происходит, прорабатывает свои ощущения, связанные с материалом пациента. Его задача – принять, вынести, справиться, обратить внимание на словесные формулировки и образы, которые посещают его, сохранить для дальнейшей переработки в памяти тот опыт, который пока не поддается вербализации. Аналитик открыт для принятия всего, что идет со стороны пациента, этот материал может принимать у него внутри различные формы, разворачиваться, связываться, но все это не приводит к мгновенному пониманию, словесному оформлению и тем более к интерпретации, которую он может дать пациенту, но постепенно, по мере совместного проживания опыта вместе с пациентом, образы начинают упорядочиваться, появляется смысл, опыт настоящего соединяется с тем, что аналитик уже узнал о пациенте раньше, появляются предварительные гипотезы – наброски будущего понимания. И только потом, после прохождения через множество этапов, те слова, что аналитик мог раньше сказать, достигают сознания пациента – иногда в виде инсайта, иногда после длительных внутренних споров.

Для того чтобы лучше понять эти сложные процессы, мы должны принять во внимание два основных регистра психического функционирования, или две топики, которые Фрейд выделил в процессе своих исследований: речь идет о водоразделе до и после 1920 года. Первая топика организована вокруг желания, а вторая – вокруг травмы.

Первый регистр – невротический способ психического функционирования – предполагает, что любое событие и любой опыт являются объектом двойной записи в памяти из-за вытеснения, которое с момента появления детского невроза изолировало и сделало недоступными для воспоминаний следы отвергнутых запретных переживаний и желаний.

Все, что с человеком происходит, проявляется одновременно в двух местах – в сознании и вытесненном бессознательном – двумя разными способами, один из которых скрыт, но при этом активен. Таким образом, психическая жизнь организована вокруг расщепления, относительно подвижного и проницаемого расщепления. С одной стороны, психический опыт вписывается на уровне предсознательного и сознания, он связывается словами, может быть выражен и разделен с другими, согласуется с той

частью внутреннего мира, которая допускает, по крайней мере внешне и с помощью компромиссов, ограничение желаний, запрет инцеста, восприятие кастрации, принятие ограничений и разницы полов. Эта часть является цивилизованной, она находится в гармонии с группой и обществом. Слово «предсознательное» соответствует тому, что в данный момент пока не осознано, но может легко, без сопротивления, стать таковым в зависимости от динамики и изменения фокуса внимания, в отличие от того, что было вытеснено и отвергнуто.

С другой стороны, существует бессознательная запись, находящаяся в конфликте с первой, она связана с мнестическими следами запретов, сформировавшихся в эдипов период, отвергнутый психический опыт организует аутоэротизм и анимистическое инфантильное мышление: это дикарь, который живет внутри нас, который находится в поисках только своего удовольствия. Для этой части все возможно, желаниям нет предела. Она проявляется в симптомах, ошибочных действиях и снах. Таким образом «побеги» вытесненного стремятся выйти из глубины на поверхность – к сознанию. Хотелось бы отметить прелесть французского слова «rejeton», с помощью которого мы описываем возвращение вытесненного, его можно перевести как «потомство» и «побег растения», двойное значение этого слова одновременно включает в себя образ ребенка – «отпрыска» своих родителей, и образ растения, которое прорастает из своих корней. Вытесненное тоже «совершает побег». Есть ли подобный эквивалент в русском языке?

Эта двойная запись действует в том числе у аналитика и создает его собственные «побеги» бессознательного, по отношению к которым он предельно внимателен, вытесненное аналитика стремится на поверхность в форме случайных мыслей, то есть мыслей, которые приходят в голову произвольно. Все это является частью так называемого «свободно плавающего» внимания аналитика, которое в силу своего характера является одновременно свободным и подвижным для того, чтобы позволить «побегам» «прорасти», и внимательным для того, чтобы их заметить и уловить их суть. На самом деле лучший перевод фрейдистского термина – это «равномерно распределенное внимание», то есть аналитик проявляет одинаковое внимание и интерес ко всему, что приходит к нему извне – ко всему, что говорит и делает пациент, вне зависимости от того, придает ли он сам этому значение или нет, и ко всему, что приходит изнутри – ко всему, что происходит внутри него, аналитика.

Возвращение вытесненного, или «побеги» из бессознательного аналитика, интересно тем, что оно берет начало в бессознательном фантазме, который появился в результате его бессознательной идентификации с пациентом и, в частности, в результате его идентификации с бессознательными элементами пациента, которые проявили себя без возможности быть узванными, идентифицированными. Лакан мог сказать, что то, чего не хватает в речи пациента, в виде инверсии проявляется в том, что приходит в голову аналитику. Таким образом, фантазм аналитика открывает доступ к тому, что пришло в движение в бессознательном пациента. Эти «побеги» из бессознательного могут быть сформулированы безлично,

например, используя язык инфантильного, который знаком каждому из нас, но они также могут нести в себе отпечаток личной истории аналитика; тогда он должен сначала дать этому возвращению вытесненного возможность выделиться, проявиться, чтобы затем переформулировать этот материал достаточно безлично или, что еще лучше, используя лексику пациента. Это означает, что «нейтральность» никоим образом не является исходными данными анализа: аналитик принимает психическую реальность пациента за счет того, что приводит в действие свои собственные желания. Вместо того чтобы говорить о нейтральности, мы можем представить эти процессы как работу по обезличиванию и освобождению от своей привычной лексики, которую должен проделать аналитик для того, чтобы предоставить пациенту пространство, где он сможет использовать свои собственные слова.

Однако в начале терапии, прежде чем пациент сможет описать словами то, что с ним происходит, необходимо дать ему возможность начать процесс и запустить бессознательную динамику, полную желаний, которые до этого времени не принимались и держались под контролем.

Действительно, многое из того, что происходит в терапевтической работе, не проговаривается напрямую. Когда Фрейд показалось, что он обнаружил значение симптомов Доры на основании ее рассказов о снах и личной истории, он попытался поделиться с пациенткой своей гипотезой, но его понимание не смогло помешать ей сбежать. Это разочарование позволило Фрейду понять, что важнее всего был процесс инвестирования – чувства, которые молодая пациентка испытывала к терапевту, повторяя в отношениях с ним все то, что происходило в прошлом между ней и окружающими ее взрослыми. Речь в данном случае идет о переносе, который, по словам Фрейда, приводит к тому, что лечение «протекает медленнее и становится менее ясным» (Фрейд, 1905). Важно не заблокировать этот глубинный процесс преждевременным пониманием, которое к тому же неполное и иллюзорное.

Затем Фрейд подчеркивает важную роль репрезентаций ожидания у аналитика, которые становятся благоприятной почвой для динамики будущей длительной работы. Репрезентации ожидания позволяют аналитику выносить яростный напор влечений при актуализации переноса и постепенно создавать целую вселенную репрезентаций, образов, ощущений через соприкосновение с психической реальностью пациента, которая будет развиваться на протяжении всего этого совместного аналитического путешествия. Появление «промежуточной области» предсознательного даст пациенту вторичный доступ к бессознательной конфигурации, которая ранее пришла в движение и начала выходить на поверхность.

Я использовала пассивные формы для того, чтобы обозначить процесс появления смысла у пациента и у аналитика. На самом деле психическая работа по наделению субъективного опыта смыслом при невротическом способе функционирования становится возможной благодаря установлению особого режима регрессии, при котором оба участника процесса способны отказаться от контроля и занять пассивную позицию – позволить

мыслям свободно приходить в голову – в фантазиях или в сновидениях. Этот процесс называется «ассоциативным мышлением».

Изучая сновидения, Фрейд назвал этот тип регрессии формальной, поскольку вербальные формы имеют тенденцию спонтанно превращаться в образы.

Эта трансформация происходит удивительным образом – части соединяются друг с другом, как в ребусе, подобный процесс обусловлен тем, что в основе лежит бессознательное желание, которое не имеет ничего общего с вербальной логикой, в словах воспринимаются только остатки слуховых следов, услышанных в детстве, в то время как смысл, который придавали им взрослые, ускользает. Услышанные слова и образы затем используются для выражения мыслей в логике, которая сильно отличается от привычного сознательного мышления: таким образом, мы можем интерпретировать подобную непривычную логику в первоначальном смысле этого термина, то есть найти для нее эквивалент в языке сознательного мышления. Эта психическая деятельность, тесно связанная с инфантильной памятью и преимущественно пассивная, предполагает наличие ощущения внутренней безопасности, которую стремится обеспечить аналитический кадр, если это позволяет уровень тревоги пациента.

Это позволяет ввести второй способ психического функционирования, который Фрейд выделил и описал после 1920 года для того, чтобы привлечь во внимание те случаи, когда в процессе терапии травмирующая реальность повторяется «в реальном масштабе», а сила притяжения и фиксация на реальности создают препятствия для установления формальной регрессии. В этом случае во внутреннем мире доминируют такие тенденции, как невозможность ожидания, необходимость мгновенно получить желаемое, фиксация на реальном, которые создают препятствия для возможности придавать словам двойной смысл. Организация психических процессов вокруг вытеснения, благодаря которому сохраняются сокровища забытого, но остающегося активным необыкновенно важного опыта из прошлого, не появляется сама по себе. Ситуация, вызывающая чрезмерную тревогу, может привести к тому, что субъект будет вынужден мгновенно организовать защиты против возбуждения, которое невозможно переработать и присвоить себе. В случае отсутствия родительской реакции, способной обеспечить ребенку безопасное пространство для переживаний, часть следов его психического опыта не сможет стать организованной, связанной со словами и обладающими смыслом сценариями, и будет проявляться прежде всего в тенденции повторять ситуации из прошлого, которые не смогли найти свое место в психике, или избавляться от возбуждения с помощью системы разрядки или выбрасывания за пределы психики этого опыта. В большинстве случаев психическое функционирование является неоднородным, ему в той или иной степени присущи характеристики обоих регистров. Тем не менее дифференциация способов психического функционирования необходима, поскольку от терапевта требуется различный подход к тому или иному регистру.

Когда доминирует повторение и отреагирование, то, с одной стороны, кадр становится местом для повторения, с другой – повторения будут происходить и в жизни пациента. В этом случае терапевтическая работа будет представлена в попытках выразить этот опыт словами, записать его, сохранить для того, чтобы у пациента появилась возможность установить вытеснение, забывание и благодаря этому обогатить свою бессознательную жизнь. Интервенции аналитика будут в основном направлены на то, чтобы подчеркнуть ценность сказанного, стимулировать вписывание этого опыта, связывание его со словами и зачастую на борьбу с отрицанием пациентом ценности своих мыслей. Эта работа является противоположностью работе с выходящим на поверхность вытеснением, к которой стремились ранее, в этом случае необходимо сначала создать вытеснение... Впрочем, целью лечения никогда не являлось опустошение бессознательного от его содержимого в пользу сознания, цель состоит в том, чтобы обогатить сознание следами вытесненного опыта из прошлого, условием жизнеспособности воображаемой жизни и создать условия для перехода между различными способами психического функционирования, способствовать возвращению вытесненных мнестических следов благодаря последовательным эффектам последствия, соединяющим отголоски опыта прошлого с настоящим.

Постепенно, благодаря реинвестированию событий из прошлого в реальность с помощью воспоминаний и забывания, некоторые ранее не интегрированные в психику перцептивные следы появляются снова, на этот раз в виде образов, пришедших изнутри, связанных с рассказами о недавних эпизодах, и становятся воспоминаниями. Именно в этих аспектах терапевтическая работа отличается от простого рассказа: она создает условия для появления эффекта последствия, благодаря которому травматические события из прошлого возвращаются, это приводит к изменению экономики психической реальности и вместе с тем к созданию в памяти репрезентаций.

В этом случае интерпретация будет уже не «ростком» бессознательного аналитика, а в какой-то степени плодом дедуктивной психической работы, конструкцией (*Freud, 1937d*), которая представляет собой гипотезу о том, что могло произойти в истории пациента, и которая будет поддерживать интерес пациента к исследованию своего прошлого, питать его собственные гипотезы. Создание конструкции о прошлом происходит всегда по модели, состоящей из двух или более этапов: сначала субъект проживает травматический опыт, затем отделяет его, забывает или помещает в резерв, в латентность, и уже потом перерабатывает этот опыт, когда он возвращается в новой ситуации.

Эти два способа психического функционирования, конечно же, присутствуют на всех этапах терапевтического путешествия. Их существенное различие заключается в колебаниях между пассивностью и активностью. Наличие следов травматического опыта приводит к его повторению в реальности, тенденциям к отреагированию. В первую очередь необходимо попытаться удержать пациента от перехода к действию, пробудить его интерес к тому, что таким способом проявляется в реальности,

к его переживаниям, вернуть его в состояние мечтательности. Согласно Фрейду, аналитик «укрепляется ради постоянной борьбы с пациентом для того, чтобы сохранить в психической области все импульсы, которые последний хотел бы направить на двигательную активность» (Freud, 1914g). Это напряжение, направленное в сторону формальной регрессии и репрезентации, может проявляться в виде вербальных интервенций, но для того, чтобы это стало возможным, необходимо наличие у аналитика определенной внутренней установки, позволяющей для начала восстановить у него формальную регрессию в тот момент, когда драматичный рассказ пациента может подтолкнуть его к активным действиям, например восстанавливающим и поддерживающим.

Это не значит, что нужно хранить молчание, речь идет о том, что необходимо дать себе достаточно времени для того, чтобы материал, который появился, открыл доступ к тому, что еще не может быть сказано. Для того чтобы этого достичь, нужно следовать по длинному, извилистому пути – от формы, конфигурации до репрезентаций в образах, и важно позволить себе стать захваченным этими образами, отдаться им, отпустить контроль. Для пациента опыт, который он получает во время терапевтической работы, когда он возвращается прошлое, восстанавливает и заново присваивает себе свою собственную историю, становится опытом удовольствия, расширяющим кругозор, пациент начинает постепенно понимать, насколько богата его речь, и убеждается в существовании ее бессознательной части. Однако тенденции к отреагированию приводят к тому, что достижение подобного опыта каждый раз проявляется в виде кризиса, переломного момента, ценой напряжения, которое аналитик должен уметь выдерживать.

Для иллюстрации подобного процесса я выбрала короткий пример из практики, в котором большая часть работы разворачивалась на невротическом уровне психического функционирования, но также был затронут травматический аспект, который проявлялся в форме попыток отреагирования, представляющих риск для пациентки, однако свои намерения она не доводила до конца. Пациентка нашла некий баланс, своеобразный компромисс, благодаря которому самодеструктивные влечения были ограничены, отреагирования ослаблены, а в терапии было достаточно времени для их переработки. Я намеренно буду шаг за шагом в деталях описывать то, что происходило в голове аналитика, подробно воссоздавая происшедшее на сеансах. На самом деле, хотя часть этих мыслей и является результатом осознанной работы аналитика, другая часть зачастую возникает в его голове лишь ненадолго и остается предсознательной; аналитик может осознать эти мысли при помощи усилий своего внимания, но в момент появления они скрыты.

Появление таких следующих друг за другом ассоциаций аналитика может происходить как при классическом психоанализе, так и при терапии лицом к лицу или даже во время терапевтических консультаций.

Клиническая виньетка

Речь идет о пациентке, которой достаточно долгое лечение позволило приблизиться к воспоминаниям детства, связанным со значимым событием: в возрасте четырех лет она была помещена под присмотр няни на время болезни и госпитализации ее матери, которая плохо себя чувствовала и периодически выпадала из реальности. Позже мать умерла от опухоли головного мозга. Пациентка провела все свое детство в доме этой няни, которая присматривала также и за другими детьми. Она прибегает к идеализации и описывает атмосферу чужого дома как довольно радостную. Пациентка очень редко видела своего отца.

На протяжении нескольких сеансов пациентка рассказывала, что решила продать квартиру, в которой живет, не имея представления о том, где она будет жить дальше. Удивительное отношение для человека, обычно проявляющего здравомыслие. Она стала настойчиво говорить на эту тему после того, как перед ней наконец открылась возможность комфортной жизни. Она растила детей одна, теперь ее дети начали жить отдельно, и наконец она могла бы позволить себе работать намного меньше. И в этот момент она столкнулась с неспособностью представить себе свою будущую жизнь. Вместо разговора о возможной новой жизни на сеансах она усердно рассказывала о желании продать свою квартиру.

Во время сеанса накануне небольшого перерыва из-за отпуска пациентка снова заговорила о плане продажи квартиры в довольно провокативной манере. Меня беспокоило ее сильное желание перейти к действиям, и она смогла уловить это в моем молчании. Она описала мне встречи, переговоры о цене и т. д. В процессе рассуждений, которые вызывали у меня раздражение, причину которого я мысленно искала, пациентка как-то по-другому упомянула незначительный эпизод, который, однако, заставил меня сместить фокус внимания. Пациентка ехала на своем автомобиле, мечтательно рассматривала мелькающие перед ее взором дома, представляла свою жизнь в них. В последний момент она успела затормозить перед девушкой, переходившей дорогу. Пациентка понимала, что трагедия не случилась только потому, что девушка была очень внимательна и сама успела остановиться. Она была крайне недовольна собой, потому что чуть не сбила пешехода. Любопытно то, что в этом небольшом эпизоде я уловила очень точный образ встречи при пересечении улицы, которая ощущалась мной как значительное, особым образом инвестируемое пациенткой событие, при этом причины такого отношения оставались пока для меня непонятными. Я оставила этот эпизод у меня на будущее.

Я подумала о не имеющих особого успеха высказанных ранее интервенциях, в которых я пыталась связать ее желание продать квартиру с эпизодами из прошлого. На протяжении всего сеанса меня не покидало чувство, что интервенция необходима, но я боялась, что через нее могут просочиться моя агрессия или предписание действовать так, как я считаю нужным. Меня беспокоило отсутствие у пациентки репрезентаций последствий этой компульсивной, неожиданной сделки, и, более того, я тоже затруднялась представить, о чем идет речь и в чем смысл моих

сложностей в создании репрезентаций. Принимая во внимание эти затруднения, в подходящий момент я сказала пациентке: «Как вы представляете себе свои действия после продажи квартиры?» У нее не было никаких идей, возможно, только мысль пожить у друзей неделю-другую. В моем воображении появился образ прыжка в пустоту, тем более что я знала, что пациентка живет на девятом этаже. Сочетание беззаботности и некой дерзости, из-за которой она предполагала, что все благополучно разрешится само собой, когда она останется без крыши над головой, навело меня на мысли: «от судьбы не уйдешь», «у провидения свои планы». И в тот момент, когда я была готова сделать интервенцию с упоминанием провидения, я осознала, что провидение является синонимом женского, принимающего материнского аспекта в истории, разыгрываемой пациенткой, моя фантазия о падении с девятого этажа обрела завершенность, и я сказала: «Вы думаете, что провидение примет вас в свои объятия?»

Пациентка выслушала меня, помолчала, а затем продолжила ассоциировать: один из домов, которые она рассматривала в тот момент, когда девушка пересекала улицу, в точности напоминал дом ее мечты, небольшой дом правильной формы, симметричный, с крыльцом, в окружении небольшого сада. Мне в голову пришла мысль о детском рисунке, и это лишь укрепило мое ощущение о том, что перед нами разворачивалась сцена из детства. Затем она объяснила мне, что хочет расстаться со своей квартирой только потому, что она расположена в многоквартирном доме и ей больше невыносимо жить в коллективе. Она развивала тему коллектива, общего, и слова «совместный» и «коллективный» повторялись снова и снова. Это слово навело меня на мысль о том моменте, когда она была передана няне и жила в группе с другими детьми. В моей голове сложилась конструкция. Я сказала: «Вы избавляетесь от квартиры в попытке вернуться в прошлое, до того момента, как вас забрали из дома родителей и передали на воспитание к няне и вы оказались в группе, в коллективе? Но как выйти из этого коллектива, если вы уже не можете вернуться к своим родителям?»

На сеансах после недолгого отпуска аффекты страдания и ощущение беспомощности раскрылись в полную силу и позволили пациентке связать ее историю с моей реконструкцией. Теперь у нее появился доступ к проживанию травмирующего чувства, связанного с потерей родителей и семейной атмосферы, которое она ранее стремилась повторить, потеряв свою квартиру.

Фрейд уточняет (*Freud, 1937d*), что именно ассоциации пациента после конструкции, данной аналитиком, подтверждают ее истинность или дополняют ее. Позже пациентка вспомнила о сильных чувствах, связанных с соперничеством между ней и законными детьми ее няни; соперничество подпитывало острое чувство отсутствия дома. Она сама вернулась к вопросу о провидении: «Провидение действительно сыграло свою роль, поскольку я должна была отправиться в DASS (социальную службу. – *Прим. пер.*) на время госпитализации моей матери. В тот день, когда этот вопрос должен был решиться, мой отец, переходя улицу, чтобы купить хлеба, наткнулся на мою няню. Эта женщина была нашей соседкой,

он знал ее». Когда он рассказал ей о проблеме опеки над дочерью, соседка просто предложила ему свои услуги. Таким образом, судьба пациентки решилась посреди улицы, по которой шел отец, благодаря случайной встрече.

Во время сеанса именно через образ столкновения при пересечении улицы, связанный с формальной регрессией, в моем сознании промелькнула сцена встречи отца и няни, уже рассказанная ранее и забытая, благодаря недавнему столкновению пациентки с девушкой, которая переходила дорогу перед домами, где могла бы жить пациентка. Воспоминания, которые я удерживала в латентном состоянии, вошли в резонанс с рассказанной сценой, приобрели форму «ощущения смысла» и пробудили слово «провидение», которое она произнесла во время первого рассказа. Память аналитика заново соединяет сцены в соответствии с тем, насколько они важны для пациента, и удерживает их во внутреннем плане, в латентном состоянии, при этом эти сцены готовы вновь проявиться именно в тот момент, когда пациент вернется к фрагменту бессознательного, беспокоящему его. Память аналитика откликается на ассоциации пациента, она незаметно возвращает этот элемент бессознательного через нечто другое, напоминающее его.

Ранее в терапии бездумное намерение пациентки избавиться от своей квартиры побудило меня вмешаться, но еще не дало доступа к бессознательному аспекту происходящего, поэтому моя интервенция свелась к вопросу, который лишь минимально выражал мое беспокойство. Продолжение исследования ее беззаботного отношения, невключенности в ситуацию и «пустоты» ее репрезентаций привело меня к слову «провидение», а также к фантазии о падении пациентки с девятого этажа. Благодаря этому образу я смогла осознать ее бессознательное желание быть принятой мной и сумела уловить в переносе то, чему до этого сопротивлялась. В образе падения пациентки с девятого этажа отражалась моя агрессия по отношению к тому материалу, который я воспринимала как провокацию, но, несомненно, в нем также проявлялись ее садистические бессознательные импульсы, которые она через свои действия направляла на себя, кроме того, этот фантазм также включал в себя воздействие на меня активизировавшейся травмированной части пациентки, которая пока не могла быть выражена иначе. Проявившиеся затем различные дополнительные значения и женская составляющая смысла слова «провидение» помогли мне вернуться к материнской конфигурации: сцена падения дополняется тем, что я ловлю ее в свои объятия, и это позволило мне сформулировать интерпретацию. Повторение в материале фантазма, инвестированного и принятого мной, позволило развиваться процессу ассоциирования у пациентки и дало ей доступ к бессознательному, к воспоминаниям прошлого. Она сумела приблизиться к исследуемому нами воспоминанию о «невыносимом» коллективе, а я смогла сформулировать конструкцию.

Потребность дать интервенцию, которую я ощущала, была связана с отсутствием у пациентки тревоги, меня это беспокоило и казалось странным. Сцена с переходящей дорогу девушкой навела меня на мысль о

типичном родительском предупреждении «Будь осторожна, переходя дорогу!», которое, как я могу предположить, присутствовало в детских воспоминаниях пациентки, поскольку дом ее родителей выходил окнами на опасный участок дороги, бульвар с четырьмя полосами интенсивного движения. Как если бы мы говорили о ее матери, которая могла бы «быть очень внимательной» до того, как случилась катастрофа, разлука. На заднем плане сцены встречи отца и няни, о которой ей рассказали, вырисовывалась более ранняя будничная сцена, описывающая без слов ее ощущение недостаточного присутствия и внимания со стороны матери накануне разлуки. Позже материнская фигура проявилась во сне в образе призрака.

Таким образом, я полагаю, что немедленному желанию интерпретировать перенос пациента следует предпочесть долгий и осторожный путь постепенного развития ассоциативных связей у аналитика. Допустим, я бы сразу сказала пациентке о том, что за ее желанием избавиться от единственного жилья стоит надежда, что я приму ее так же, как это сделала в свое время ее няня... Возможно, она бы сделала вид, что «увидела связь», но это не привело бы ни к появлению воспоминаний, ни к изменениям в материале.

В данном случае интерпретация, без сомнения, точная, но не озвученная мной, включающая в себя последовательность ассоциативных связей, оказалась более значимой с динамической точки зрения и позволила выстроить фундамент для развития процесса переноса в отношении фигуры аналитика именно потому, что осталась скрытой от пациентки. Мой кабинет действительно расположен в небольшом доме по соседству с многоэтажкой. Интерпретация переноса пациента в отношении аналитика оправдана лишь в тех случаях, когда перенос создает препятствия для способности пациента к формальной регрессии и, соответственно, для дальнейшего развития процесса свободных ассоциаций, благодаря которому в бессознательном активизируется важнейший опыт из прошлого, который был недостаточно инвестирован.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Freud S.* Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten (Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse, II). In: Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse, Jahrgang 2, Heft 6, November, Leipzig und Wien, Hugo Heller & Cie., 1914. P. 485–491.
2. *Freud S.* Konstruktionen in der Analyse. In: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, Band 23, Heft 4, Wien, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1937d. P. 459–469.

Interpretation – a multi-step process

Emmanuelle Chervet

*(Translation from French Chekunkova O. V.,
Golovina M. L., Lukashova G. V.,
scientific editor – Chekunkova O. V.)*

Emmanuelle Chervet, psychiatrist, psychoanalyst, Titular member of the Paris Psychoanalytic Society (SPP), Training Analyst of SPP, Scientific Secretary of SPP.

In this article, the author comprehensively considers the process of interpretation, dwelling on its various stages. The analyst, listening to the speech of the patient, is able to capture many meanings, while some of them may be inaccessible and hidden. Interpretation links the various layers together, connects the disparate elements of the patient's mental life into a coherent picture. However, not all patients function at a sufficiently good level of mental organization. In this case, the patients' speech is not yet interpretable, and an attempt to interpret it may lead to a desire to refute it, since the interpretations are perceived as false or not good enough, there is also a risk of increasing resistance to any attempts to explore the patient's internal reality and strengthening defenses against the intrusion. In such a case, the interpretation remains in latent state for some time in the analyst's mind and waits in the wings until the patient will be able to accept it.

Keywords: interpretation, free association process, resistance, defenses, clinical thinking, mental work.