

# ИНТЕРВЬЮ С ПСИХОАНАЛИТИКОМ

---

---

## Интервью с Давидом Розенфельдом<sup>1</sup> *Темы в психоанализе. Журнал Испанского психоаналитического общества*

*(Пер. с испанского: А. Р. Ахметовой  
и К. А. Лемешко)<sup>2</sup>*

*Давид Розенфельд – психиатр и психоаналитик, получил образование в Буэнос-Айресе (Аргентина) и в последующем жил и работал в Париже, Лондоне и различных городах США. Он является обучающим аналитиком Психоаналитической ассоциации Буэнос-Айреса (APdeBA), был вице-президентом МПА (IPA) и получил множество международных премий за свои работы.*

*В ходе своей профессиональной карьеры доктор Розенфельд интересовался теоретическими и клиническими исследованиями, а также психоаналитическим лечением психотических нарушений и других тяжелых психических расстройств. В 1992 году он опубликовал книгу «Психотическое. Аспекты личности» («Lo Psicótico. Aspectos de la Personalidad»).*

**ТвП:** Доктор Розенфельд, мы знаем о вашей длительной профессиональной карьере, но хотелось бы узнать о тех людях, которые сопровождали ваш путь. Не могли бы вы привести некоторые биографические подробности?

**Давид Розенфельд:** Я родился в Буэнос-Айресе, в районе иммигрантов, выходцев из Генуи и с юга Италии, которые говорили в основном на итальянском, но также и на старом диалекте немецкого, на котором говорили мои дедушка и бабушка.

Затем я учился в начальной школе, которая находилась в маленькой деревушке в высокогорье Анд. Там я многому научился у индейцев мапуче,

---

<sup>1</sup> Темы в психоанализе. Журнал Испанского психоаналитического общества. 2018. 15 января. URL: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/2018/01/28/entrevista-a-david-rosenfeld/>

<sup>2</sup> Перевод выполнен с разрешения Д. Розенфельда, который также любезно предоставил фото.



Фото 1. Давид Розенфельд с дочерью на мероприятии в его честь

например целебным словам и местным магическим обрядам. Я собственными глазами видел, как коза ухаживает за ребенком. Его мать, индианка мапуче, была недоступна в течение всего дня, и, когда малыш плакал, в дом через дверь входила коза, вставляла вымя в рот ребенку. Когда он успокаивался, коза уходила в лачугу, построенную из камней. Только представьте, что подобная сцена пробуждает в психике такого ребенка, как я, который приехал из города. Я также заинтересовался историей и археологией, собирая наконечники стрел в доисторических пещерах, кости динозавров, а также окаменелых моллюсков. Думаю, что это повлияло на мое последующее изучение археологии человеческой психики.

Я был первым мальчиком в семье иммигрантов, бежавших от голода и преследования в Польше. Семья отца происходила

из Нидерландов и приехала в Польшу, чтобы торговать какао. Родители и их родители были артистами и хорошо знали, как двигаться вперед, несмотря на жизненные невзгоды. В Польшу вторглись русские войска, и моего деда сослали в Сибирь, где он продолжал жить с улыбкой. В возрасте 16 лет отец самостоятельно перебрался в Аргентину. Я родился в окружении родителей, дедушек с бабушками, а также двух дядей, которые были очень любящими, но жили в очень простом доме. Надлом, связанный с сепарацией от бабушек и дедушек, а также дядей, может быть источником моего понимания того, что чувствуют маленькие дети, когда страдают в результате личных маленьких сепараций.

**ТвП:** Вы выучились и начали работать в Буэнос-Айресе. Затем поехали в Париж, а затем в США. Не могли бы вы рассказать о мотивах: с чем связаны эти переезды?

**Давид Розенфельд:** В Буэнос-Айресе я выучился на психиатра и затем работал в психиатрической больнице. Там я научился всему тому, чего никогда не следует делать. Там я открыл для себя все ужасы неговорения



Фото 2. Симона Бовуар и Жан-Поль Сартр

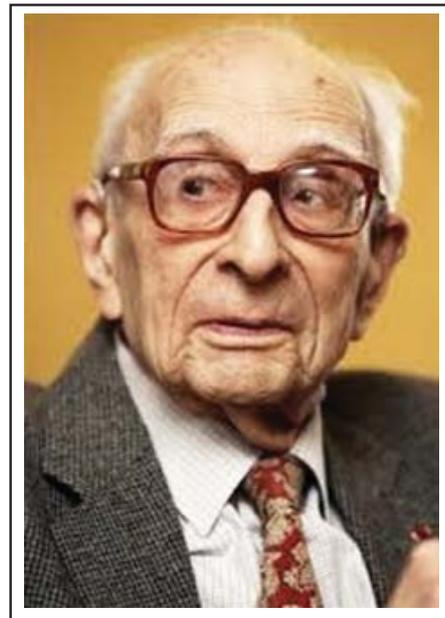


Фото 3. Клод Леви-Стросс

с пациентом, а также столь жуткие методы лечения, как инсулиновая и электросудорожная терапия.

Но я также научился не пугаться тяжелых психиатрических симптомов. И сугубо психиатрические исследования позже компенсировались семинарами по динамической психиатрии и психологии, проводимыми учителем [Энрике] Пичон-Ривьере, который заставлял нас включать в терапию семью. В то же время я начал личное психоаналитическое лечение на зарплату врача.

Поездка на учебу в Париж изменила мою жизнь. Мне посчастливилось найти великих мастеров психоанализа во Франции, которые приняли меня с распростертыми объятиями. Даниэль Лагаш, Серж Лебовиси, Рене Дяткин, Жан Лапланш и Жан-Бертран Понталис поддержали мое стремление изучать философию, которое началось еще в Буэнос-Айресе. И в итоге практически сбылась моя мечта – посещать занятия Жан-Поля Сартра, на которых присутствовала также Симона Бовуар. Затем я ходил на занятия к Клоду Леви-Строссу, оспаривавшему теории Сартра. Думаю, что это была золотая эра в Париже. Кроме того, Париж стал особой историей для меня, так как моя бабушка всегда рассказывала о сестре, которая там живет.

Затем я проводил психоаналитические семинары в Буэнос-Айресе, но каждый год ездил в Лондон, где в итоге мне посчастливилось супервизироваться и участвовать в семинарах великих клиницистов, работавших с тяжелыми пациентами, в том числе страдавшими психотическими расстройствами. Вся группа, связанная с Мелани Кляйн, горячо встретила меня и мою супругу. В течение 15 лет я проводил один месяц в Лондоне, в течение которого супервизировался.

В Лондоне я учился с Эстер Бик, создательницей метода наблюдения за младенцем и матерью. Это был новый курс, который очень сильно изменил



Фото 4. Эстер Бик

мою жизнь и психоаналитическое мышление. Затем я отправился учиться в Соединенные Штаты, где я некоторое время жил в Нью-Йорке и познакомился с рядом великих клиницистов, но они излагали свой клинический и теоретический материал на различных языках. Я находился в одном окружении с Отто Кернбергом, Гарольдом Сирлзом и Брайсом Бойером – мастерами клинической теории и лечения шизофренических психозов и пограничных расстройств. Я также имел удовольствие разговаривать каждую неделю с Маргарет Малер. Все они научили меня думать, что психотический эпизод может быть временным.

**ТвП:** Как, по вашему мнению, развитие вашей профессиональной жизни в разных странах повлияло на ваш опыт и психоаналитическое мышление?

**Давид Розенфельд:** Я обнаружил, что в Буэнос-Айресе, как и в Париже, Лондоне и Соединенных Штатах, есть превосходные клиницисты-психоаналитики, но они определяют один и тот же клинический факт разными словами или на другом теоретическом языке. Еще совсем молодым я обнаружил, что они спорят на съездах из-за различных слов, но говорят об одном и том же. Это помогло мне не стать фанатиком и обнаружить, что обозначение клинических фактов словами иногда бывает непостижимым.

**ТвП:** У вас долгая клиническая и профессиональная карьера. Читая ваши публикации, я могу сделать вывод о влиянии кляйнианской теории объектных отношений, а также о развитии ваших собственных представлений, основанных на собственном клиническом опыте. Что бы вы могли сказать относительно интеграции теории и клинического опыта?

**Давид Розенфельд:** Я стараюсь использовать лучшее из каждой теории, потому что не существует теории, которая могла бы объяснить всех пациентов. Я научился не быть фанатиком, но быть с пациентом, а не с книгой. Тот, кто лечит пациента и интерпретирует с помощью книги, не может быть аналитиком в эмоциональном контакте с пациентом. Но, отвечая на вопрос, могу сказать, что смесь стран, теорий и учителей была



Фото 5.  
*Отто Кернберг*



Фото 6.  
*Гарольд Сирлз*



Фото 7.  
*Брайс Бойер*



Фото 8.  
*Маргарет Малер*

отличным коктейльным шейкером в моей голове. И мне потребовалось много лет, чтобы очень медленно привести все в порядок.

Что я добавил от себя лично, так это мое любопытство и здравый смысл, которым не учат ни по книгам, ни на психоаналитических семинарах. Любознательность и здравый смысл исходят из моего детства и моей семьи, а также из способности контейнировать пациента с тяжелыми расстройствами, что во многом связано с тем, как обо мне заботились и контейнировали меня в раннем детстве.

Я пытался создать модели, которые бы объясняли поведение пациентов, которых я лечил. Эпистемологическая модель создается, чтобы попытаться объяснить тип пациента, и на эпистемологическом уровне ее можно трансформировать в теорию. Я всегда начинаю с клинического опыта, чтобы создать модель и теорию. Эта модель придумана и создана мной лично.

**ТвП:** Развитие психоаналитических исследований показывает, что определенные группы пациентов с шизофренией и другими патологиями с психотическим переносом и психотическими механизмами (пограничное расстройство личности, нарциссические расстройства, перверсии, зависимости, импульсивные расстройства, антисоциальные расстройства) могут получить пользу от психоаналитической психотерапии. Кроме того, за последние десятилетия накопились данные о том, что сочетание психосоциальных вмешательств с биологическими методами лечения имеет решающее значение для улучшения прогноза и течения шизофрении. Каково, по вашему мнению, место психоаналитической психотерапии в лечении психотических расстройств?

**Давид Розенфельд:** Все психотические эпизоды в принципе я считаю временными. Я стараюсь не приукрашивать пациента и диагноз,

не называя его хроническим шизофреником с первого интервью. Я думаю, что бывают психотические эпизоды в период полового созревания, юности, взрослой жизни, и во всех моих книгах можно найти многочисленные и подробные сеансы с пациентами, излеченными от психотических эпизодов, возникших в юности. Всем больным следует начинать психоаналитическую психотерапию одновременно с приемом лекарств, которые помогают пациенту слушать врача. Подобные размышления о психотических эпизодах на моей кафедре психиатрии в Университете Буэнос-Айреса вызвали бурную реакцию против моего учения со стороны психиатров, укоренившихся в средневековье, особенно когда я учил, что развитие ребенка от 0 до 5 лет является возможностью для профилактики психозов.

**ТвП:** А каковы, на ваш взгляд, психопатологические критерии и другие факторы, такие как время начала патологического процесса, психосоциальные факторы и семейные критерии и т. д., чтобы определить анализельность больного с психотическим расстройством?

**Давид Розенфельд:** Во-первых, следует думать, что каждый пациент поддается анализу и излечению, а не быть попугаем, который повторяет книги, написанные людьми, которые никогда не имели реального опыта психоаналитического психотерапевта с пациентами с психотическими эпизодами. Мы должны думать, что каждый пациент может измениться в процессе лечения, нет ничего ригидного, все нестабильно и изменчиво.

Каждый психотический эпизод может быть временным, и необходимо сочетать индивидуальную психотерапию и семейную терапию, а также направлять пациента в психосоциальное учреждение, если необходима госпитализация. Именно так я описываю лечение психотических пациентов, наркотической зависимости и детских психозов во всех своих книгах. Я всегда руководствовался такой позицией своих учителей, что с психотиками перенос возможен, возможно работать, улучшать и лечить аутичного ребенка, что мне удалось продемонстрировать в моей книге «Создание Я и языка» («*The Creation of the Self and Language*»). – ТвП). В фильме, который записан на DVD-диск и включен в эту книгу, показан ребенок, которого шесть больниц признали безнадежным, у которого я смог воссоздать структуру языка, его психику и продемонстрировать, что теперь он обычный ребенок, посещающий начальную школу. Если бы я не снимал на видео сеанс лечения за сеансом, публика никогда бы не поверила, что детский аутизм можно вылечить. Я всегда помню фразу Фрейда, когда он говорит, что даже в состоянии хронического галлюциноза, как это называлось до введения термина «шизофрения», «в каком-то уголке психики скрывается здоровый человек».

**ТвП:** Что вы можете сказать нам о рамке, необходимой для того, чтобы психоаналитическое лечение стало возможным?

**Давид Розенфельд:** Рамки не существует, рамка создается годами, это то, что делается в начале лечения с пациентом, это договор. И контракт не имеет ничего общего с эмоциональным переживанием в психике пациента, когда он чувствует, что у него есть установленные день и час, чтобы быть со своим терапевтом. Проходит много месяцев, пока пациент не почувствует в своем внутреннем мире, что у него есть этот день и время для него. Что касается рамки, которую я использую, то это 50 минут, выдерживаемых в одно и то же время и в один и тот же день, даже со стационарными пациентами, как, например, в случае с пациентом-наркоманом, о котором я писал в книге «*Душа, разум и психоаналитик*» («*The Soul, the Mind and the Psychoanalyst*». – **ТвП**), изданной «Карнак Букс» (Karnac Books). Пациент с тяжелым расстройством редко соглашается лечь на кушетку.

Рамка – это диалектическое творение между пациентом и терапевтом. Как учил нас философ Жан-Поль Сартр со словом «свобода». «Свобода» – это слово, которое создается диалектически с течением времени.

**ТвП:** Не могли бы вы рассказать нашим читателям о вашем вкладе в концепцию психотического переноса?

**Давид Розенфельд:** Мы называем перенос психотическим, когда трансферентные переживания, возникающие у пациентов во время сеансов, интенсивны и примитивны. Это всегда интенсивная регрессия и, прежде всего, абсолютная убежденность в психотической концепции интенсивного или агрессивного отношения к психоаналитику. Вот почему некоторые также называют это бредовым переносом. Концепция психотического переноса – это модель, которую мы используем, чтобы обнаружить в отношениях с аналитиком интенсивное, примитивное, недифференцированное переживание, состоящее из частичных объектов. Мои учителя и супервизоры в Лондоне учили меня, что в любом анализе в какой-то момент возникает момент бредового или психотического переноса. Я также опирался на Фрейда, который говорит, что даже в самых тяжелых случаях, которые видят психиатры, не исключен перенос, иногда он настолько силен, что некоторое время не используется. При психотических депрессиях, легкой паранойе и шизофрении мы получили неожиданные результаты анализа. Важно вернуться назад, изучить и перечитать одну из последних работ Фрейда «*Конечный и бесконечный анализ*», чтобы ответить на ваш вопрос. Вы можете прочитать ее в монографиях Международной психоаналитической ассоциации («*IPA's Monograph Series*». – **Прим. пер.**). Монография № 1: «*Анализ конечный и бесконечный*». Она содержит корректные правки редактора перевода с немецкого языка и комментарии пяти психоаналитиков. Этот том был подарен всем психоаналитическим ассоциациям.

**ТвП:** В своих работах вы подтверждаете важность понимания и контрпереноса для придания значения и

интерпретации психотических симптомов. Можете ли вы рассказать нам больше об этом?

**Давид Розенфельд:** Контрперенос – это будущее исследований пациентов с тяжелыми расстройствами и пациентов с психотическими эпизодами. Пациент заставляет нас испытывать очень сильные эмоции, которые восходят к тому времени в жизни пациента, когда не было слов, чтобы выразить эти эмоции. Эмоции, которые психоаналитик переживает во время сеанса, называются контрпереносом, но то, что вы чувствуете, нужно записать и принести на супервизию, никогда не выливайте это на пациента. Мы должны сдерживать контрпереносы и сильные эмоции, которые заставляют нас испытывать наши пациенты. Иногда мы получаем контрперенос через механизмы, о которых очень мало знаем, такие как семантическая структура языка, синтаксис, использование императивных глаголов, стилистика языка, музыка, голос или плач, запахи или неприятные запахи, с которыми к нам приходит пациент. И тишина тоже. Отсутствия коммуникации не существует. Поэтому важно довести все это до супервизии или до личного анализа терапевта. Важно отметить, что нам посчастливилось получить в Буэнос-Айресе первую в мире книгу, посвященную контрпереносу. Она была написана Генрихом Ракером и оказала большое влияние на всю аргентинскую школу в области контрпереноса.

**ТвП:** И какие, на ваш взгляд, условия внутреннего и внешнего кадра необходимы для контейнирования явлений переноса и контрпереноса, которые могут быть такими трудными?

**Давид Розенфельд:** Психоаналитик должен уметь контейнировать явления переноса и контрпереноса. Прочность рамок лечения помогает пациенту ощутить силу и твердость терапевта. Как говорит поэт, «путник, нет проторенных дорог, дорогу осилит идущий».

**ТвП:** Учитывая, что эти пациенты нуждаются в мультидисциплинарной программе лечения и институционализации во многих моментах процесса, каковы, по вашему мнению, необходимые условия для междисциплинарной интеграции и институциональной динамики, которые делают возможными психоаналитическое понимание и терапию?

**Давид Розенфельд:** В случае госпитализации в психиатрический стационар необходимы согласование с лечащим врачом, отвечающим за медикаментозную терапию семейным психотерапевтом, а также психоаналитическая работа в психиатрическом отделении. Персонал и администрация отделения дают мне знать, что происходит с пациентом, когда меня нет с ним. Достижение понимания психической динамики – задача психоаналитика с помощью команды. Важно относиться к семье как к группе, в которой возникло психическое заболевание пациента.



Фото 9. Генрих Ракер

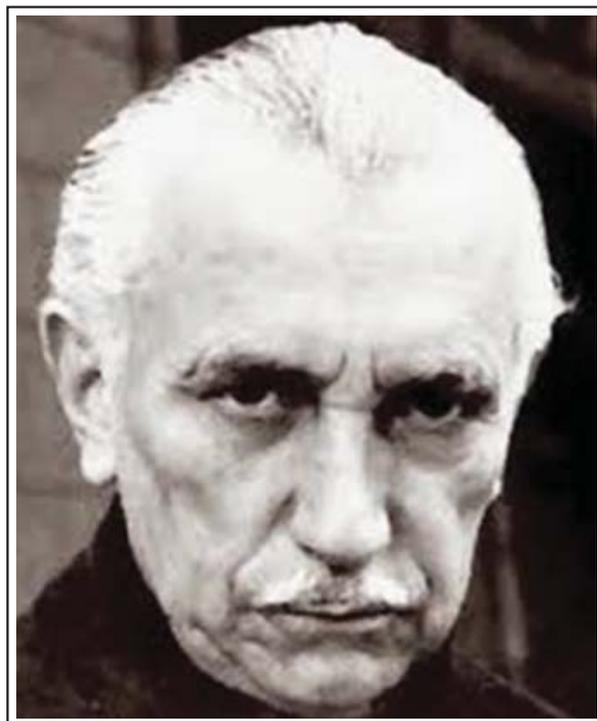


Фото 10. Энрике Пичон-Ривьере

**ТвП:** Не могли бы вы рассказать нам, как и когда можно установить терапевтический альянс со здоровым или невротическим аспектом психотического пациента?

**Давид Розенфельд:** Терапевтический альянс достигается годами, и необходимо, чтобы психотерапевт был способен долгие годы выдерживать ужасы и ненависть, что позволит пациенту получать что-то от психоаналитика. Спокойствие психоаналитика важно, так же как и теплый тон голоса, использование слов, лингвистика и особенно отсутствие интерпретирующей машины. Повторяю, нужно быть не машиной, которая интерпретирует, а скорее аналитиком, который вопрошает, а вопрошание включает в себя понимание психики пациента.

**ТвП:** Следуя этой технике, как вы понимаете использование интерпретации – содержание, стиль, момент – в работе с психотическим пациентом? Кроме того, что вы можете сказать нам о понимании и управлении негативными терапевтическими реакциями при работе с ними?

**Давид Розенфельд:** У каждого пациента в какой-то момент возникает негативная реакция насилия по отношению к терапевту, и терапевт должен быть к этому готов. Я не думаю, что негативная терапевтическая реакция объясняется теорией зависти. Иногда это плохие интерпретации психоаналитика. А иногда насилие – это способ показать на сеансе, как пациент подвергался жестокому обращению в детстве.

Техническое решение этой проблемы состоит в том, чтобы записать то, что вы чувствуете, и принести на супервизию или в личный анализ. Этим ответом я хочу сказать, что нельзя ответить на этот вопрос в какой-либо общей форме.

**ТвП:** Не могли бы вы объяснить свою теорию «защитной аутистической инкапсуляции» и клинические ситуации, из которых она вытекает? Чем этот вид аутистической инкапсуляции отличается от других типов аутизма?

**Давид Розенфельд:** В инкапсуляции сохраняются примитивные аффекты и идентификации, которые позже обнаруживаются хорошо сохранившимися во взрослом возрасте. Для объяснения я предлагаю модель диалектического взаимодействия двух систем: одна стремится инкапсулировать (то есть не диссоциирует, а сохраняет) и защитить себя. А с другой стороны, она (несмотря ни на что) утрачивает ценные идентификации из-за ужаса. От одного полюса к другому эти два механизма развивают внутреннюю драму.

В инкапсуляции сохраняются примитивные идентификации, аффективные связи и язык младенчества, который позже, во взрослом возрасте, обнаруживается хорошо сохранившимся. Например, владение итальянским языком у одного пациента и немецким – у другого пациента, бежавших от нацистских преследований. Во время сеанса они начинают говорить по-итальянски и по-немецки за один сеанс, сами того не осознавая. (*Эти два примера кратко рассмотрены ниже.* – ТвП).

Инкапсуляция внезапно раскрывается и не вызывает путаницы. С другой стороны, возвращение диссоциированных и спроецированных аспектов клинически всегда вызывает психическую спутанность. Для пациентов, чьи родственники были убиты или исчезли во время военной диктатуры в Аргентине, эта теория аутистической инкапсуляции помогает нам понять восстановление детских песен первых двух лет жизни, которые хорошо сохранились в капсуле – в инкапсуляции. И поэтому иногда казавшийся исчезнувшим язык детства оказывается хорошо сохранившимся.

Аутичная инкапсуляция – это теория или модель, объясняющая, как можно сохранить наиболее ценные связи младенчества в капсуле, закрытой мощными аутистическими механизмами. И это не диссоциация, это инкапсуляция. В клинической практике эта модель отличается тем, что переживания инкапсулируются и сохраняются, и появляется внезапно во время сеанса, например, когда пациент нечаянно начинает говорить на языке своего детства, который, как ему казалось, он утратил.

Примером может служить пациентка, которая бежала от нацизма в Германии и говорит, что не помнит большую часть языка своего детства, немецкого. Внезапно во время разговора в анализе она вспоминает и поет детские колыбельные на своем родном языке.

Другой пример – история, которую я рассказал в главе своей книги «*Душа, разум и психоаналитик*» («*The Soul, the Mind and the Psychoanalysis*»). – ТвП), в которой я показываю, как открывается аутичная

капсула. Это молодой пациент, родители которого «исчезли» во время репрессий военной диктатуры в Аргентине, когда ему было полтора года. Во время аналитического сеанса внезапно вновь появились колыбельные из его детства. Мы пели их вместе, он и я. Так восстановились музыка и эмоциональные связи, утраченные в полтора года. Другим примером является пациент, который восстановил свое детское имя, которое было не Марио, а Моше. Повторюсь, при инкапсуляции не происходит того, что происходит при диссоциации или расщеплении, которые, как известно, вызывают путаницу при возвращении ранее диссоциированных аспектов Я. В этом клиническая разница.

Аутичная инкапсуляция предназначена для сохранения связей в части психики и может быть открыта, если есть аналитик, который может эмоционально контейнировать. Развитие этой теории, появившейся при лечении пациентов, подвергшихся пыткам и бежавших из нацистской Европы или из концентрационных лагерей, показано в публикациях на каталонском языке в Каталонском журнале психоанализа (*Revista Catalana de Psicoanàlisi*. – **ТвП**) Испанского психоаналитического общества. Статья называется «11 сентября, военная диктатура».

**ТвП:** На основании клинических исследований психотических пациентов, наркоманов и психосоматических пациентов вы разработали теоретическую концепцию «примитивной схемы тела». Не могли бы вы описать нам эту теорию вместе с ее выражением в клинической работе и ее использованием в терапевтическом лечении этих пациентов?

**Давид Розенфельд:** Это психотическая схема тела. Как всегда, меня научили мои пациенты. Я просто дал этому явлению название, чтобы создать эпистемологическую модель, которая может быть полезна для пациента или для многих других. Это представление о том, что в моменты ментального разоружения они передают переживание разоружения, разжижения и исчезновения ментального Я, что выражается через схему тела. Повторяю, они выражают отсутствие ментальной плотности, транслируя воображаемое фантазийное тело, которое не является твердым, жидким или прозрачным. Что я делаю технически, так это думаю об этих фантазиях о схеме тела как о передаваемых сообщениях о психическом состоянии пациента.

Вы были так любезны, что прокомментировали мою новую книгу «Психотическое» на испанском языке в 14-м выпуске вашего журнала. Там я описываю фантазии о схеме тела пациента, который считал, что у него нет крови, у другого кровь закончилась, а третий считал, что он всего лишь мешок с кровью, без костей, ничего твердого, без внутренней силы, без твердого Я. Эти телесные фантазии передавали психическое состояние пациента.

**ТвП:** С тех пор как вы начали заниматься психосоматическими расстройствами и зависимостью от психоактивных веществ, каковы ваш опыт и критерии для наблюдения за этими пациентами в психоаналитической психотерапии?

**Дэвид Розенфельд:** Во всех случаях психосоматических расстройств и химической или компьютерной зависимости полезно начинать психоаналитическую терапию.

Я думаю, что все случаи поддаются изменениям, и я демонстрирую это на примере пациента-наркомана, начавшего лечение в 34 года. Или другой случай молодого человека, зависимого от компьютерных игр, который всю жизнь провел в психиатрической больнице средневекового типа.

Важно еще раз подчеркнуть, что психотическая часть личности иногда выражается в виде психосоматических расстройств или зависимостей. В случаях психоза и фрагментации проблема восприятия находится не в сознании пациента, а вытесняется и проецируется в другие пространства, в сознание других, или в объекты, или в само тело, как в случае психосоматического пациента. Точно так же «психосоматический» – это слово, которое используется для описания отсутствия слова или языка для выражения переживаний и конфликтов.

**ТвП:** Что касается интересубъективных отношений с психотическими пациентами и другими людьми с тяжелыми психическими расстройствами, что вы можете сказать нам об управлении и контейнировании эмоций пациента и терапевта? Как перейти от близкого эмпатического подхода к более отдаленной перспективе?

**Дэвид Розенфельд:** На этот вопрос сложно ответить в целом, как концептуально, так и общим ответом. Это зависит от пациента, на каком этапе лечения он находится, и от эмоционального состояния терапевта. Опять же, я настаиваю на том, чтобы сначала научиться спокойно слушать, отмечая контрперенос и принимая во внимание эмоции, переживаемые психоаналитиком, как молчаливые сообщения, которые заставляют нас чувствовать эмоции и страхи пациента. Всегда старайтесь спрашивать, а не быть машиной, которая интерпретирует, и слушайте, слушайте, как человек.

**ТвП:** При лечении психотических пациентов или других тяжелых патологий вам удалось сочетать строгость с открытостью и гибкостью. Как вы думаете, может ли это быть одним из путей, ведущих к прогрессу в психоанализе?

**Дэвид Розенфельд:** При лечении пациентов с тяжелыми расстройствами нужно быть открытым, чтобы слушать, а не просто повторять то, что написано в книгах, не цитировать книги пациенту. Часто мы разговариваем с пациентом, и только когда я понимаю, я делаю интерпретацию с тонкостью, любовью и мягкостью – не настаивая. Важнее всего то, что происходит в сознании психоаналитика: психоанализ – это размышления о переносе, внутреннем мире пациента и его детском мире, а также о том, что пациент заставляет нас чувствовать как терапевтов. Психоанализ находится не на кушетке или в мебели, психоанализ находится в психике терапевта.

**ТвП:** И, наконец, доктор Розенфельд, исходя из вашего обширного психоаналитического опыта, каким вы видите будущее психоанализа?

**Дэвид Розенфельд:** Я думаю, что психоанализ продвинулся вперед благодаря тем, кого поощряли исследовать клинические случаи, которые не рассматривались в прошлом или которые никогда не существовали раньше. Когда вы лечите наркомана семь дней в неделю и госпитализируете, вы открываете для себя глубины, которых раньше не знали. Во времена Фрейда никто не увлекался компьютерами и видеоиграми. Или возьмем новые теории об аутизме, потому что я лично наблюдал аутичных детей одиннадцать лет без перерыва, что позволило мне создать новые модели и новые теории об этих детях.

В странах, которые я посетил, я видел растущий энтузиазм в изучении психоанализа и молодых людей, готовящихся к психоаналитической карьере. Большой неожиданностью для меня стало увлечение психоанализом студентов в Турции, Украине, Армении и некоторых странах Латинской Америки. Очень приятно видеть так много студентов, заинтересованных в изучении психоанализа и начале карьеры психоаналитиков.

Психоанализ – это наука о передаче от человека к человеку, о контакте, который складывается между пациентом – терапевтом, супервизором – терапевтом и учителем – учеником. И это не только вычитывается из книг или из интернета. Это должен быть диалог вопросов и ответов. А чтобы быть психоаналитиком, нужно иметь основы, которые приходят из детства, а именно любознательность и здравый смысл.

**ТвП:** Спасибо за это интервью, доктор Розенфельд.



Фото 11. Дэвид Розенфельд слушает танго с друзьями. Буэнос-Айрес, 2017 г.