

ПСИХОАНАЛИЗ ФАНТАЗМА

Теория соблазнения. Действие и фантазм в психоаналитической практике

Е. И. Комбс

Комбс Елена Игоревна – психоаналитически ориентированный психотерапевт, системный семейный терапевт, аналитический психолог, член Московской ассоциации аналитической психологии (МААП).

В статье рассмотрены теория соблазнения З. Фрейда, ее возникновение, развитие, причины отказа от нее, а также влияние последствий отказа на общественное мнение и психоаналитическую работу. Подробно исследуются причины перехода от фантазма о соблазнении к реальному сексуальному действию, а также поднимается актуальность темы травмы раннего соблазнения в современном обществе и ее влияния, в частности, на отношения между аналитиками (терапевтами) и пациентками, учителями и их студентками. Представлены факты, подтверждающие, что З. Фрейд не отказался «абсолютно» от своей теории соблазнения, а только в части, касающейся единственной причины происхождения истерии. Приводится систематизация опыта психоаналитиков с описанием особенностей работы с жертвами травмы раннего соблазнения, в том числе с теми из них, кто имел сексуальную связь со своими аналитиками. Описаны причины перехода от фантазма к действию, а также виды действий, возникающие в аналитическом пространстве.

С точки зрения практической значимости работа может быть полезна психоаналитическим психотерапевтам, работающим с пациентами с травмой раннего соблазнения, инцеста или любой другой формы насилия.

Ключевые слова: теория соблазнения, фантазм о соблазнении, инцест, трансгрессивное действие, отыгрывание в терапии, травма, психоаналитические границы, сексуальные отношения в терапии.

Актуальность проблемы исследования связана с высокой частотой обращения в терапию женщин, подвергшихся сексуальному соблазнению и/или насилию в детстве, юности, взрослом возрасте; нынешним всплеском сообщений о сексуальном насилии над детьми со стороны отцов, учителей, руководителей (по статистике ВОЗ, в наше время, каждая пятая девочка и каждый тринадцатый мальчик переживают сексуализированное насилие в детстве); невероятно быстро набирающим обороты движением #metoo, а также тем, что соблазнение часто присуще самой ситуации психоаналитического (терапевтического) лечения, где аналитик (терапевт, психолог) выступает в роли соблазнителя, переходя к трансгрессивному действию.

Задачи исследования:

– выявить причины, по которым З. Фрейд отказался от теории соблазнения: произошел ли этот отказ по политическим или личным соображениям; был ли он связан, как считают некоторые специалисты, с трусостью Фрейда и отсутствием у него мужества встретиться с неудобной теорией, своеобразным побегом в психическую реальность от физической правды и ее отрицанием; действительно ли отказ от реальности травмы раннего соблазнения детей отцами имел место в научной мысли Фрейда, в том смысле, какой в него вкладывают некоторые специалисты и ответственность;

– систематизировать опыт аналитиков, работающих с жертвами раннего соблазнения;

– классифицировать виды действий в анализе;

– сформировать причины перехода от фантазма к трансгрессивному действию.

Философ Джордж Сантаяна говорил, что те, кто не изучает историю, обречены повторять ее. Вот почему необходимо обратиться к теории соблазнения Фрейда, к истокам возникновения психоанализа, чтобы исследовать и проанализировать опыт отцов-основателей психоанализа, сделать соответствующие выводы и не повторять ошибок.

Теория раннего соблазнения представляет собой узловой пункт в интеллектуальной истории человечества. Однако эта теория не возникла полностью ex nihilo (лат., из ничего). Одно из самых ранних упоминаний о соблазнении и его травматических последствиях можно найти еще в VI веке до н. э., в Книге Бытия. Мифы в значительной степени являются остатками фантазий целых народов и отражают конфликты и стремления раннего человечества (Фрейд, 1908). История грехопадения Адама и Евы – один из ключевых библейских мифов – одновременно и один из главных сюжетов в коллективной человеческой психике, и ее можно рассматривать как выражение первичной фантазии о нашем происхождении и опыте раннего развития, где центральным событием является соблазнение.

Следовательно, соблазнение может рассматриваться как самое значимое событие в психическом остатке раннего коллективного человеческого опыта. Учитывая горе и боль, которые испытали Адам и Ева, будучи изгнанными из Рая, этот сюжет также можно рассматривать как аллегория о

происхождении невроза, поэтому вполне возможно, что и Фрейд исследовал библейскую историю соблазнения для объяснения этиологии неврозов. В своем автобиографическом исследовании Фрейд писал: «Сильное влияние на характер моих интересов оказала ранняя, едва я освоил искусство чтения, погруженность в библейские истории» (Фрейд, 1924).

Амбивалентность теории соблазнения

История возникновения психоанализа началась с теории соблазнения З. Фрейда, с его поисков причин истерии, во время которых он формирует различные гипотезы. К 1895 году Фрейд приходит к выводу, что невроз, как инфекционная болезнь, должен иметь конкретную причину (Makari, 1998). Хотя Фрейд допускал наличие провоцирующих и сопутствующих причин и ранее существовавших предрасположенностей, он настаивал на том, что именно одна конкретная причина определяет действительную форму невроза. В 1895 году Фрейд выдвинул гипотезу, что специфической причиной невращения может быть мастурбация взрослых, а тревожного невроза – неразряженное сексуальное возбуждение (Makari, 1998). Однако в 1896 году, в своих письмах к Флиссу, Фрейд начал выдвигать гипотезу о том, что специфической причиной истерии является детское сексуальное соблазнение (Фрейд, 1896).

В том же году Фрейд изложил эту теорию в трех отдельных статьях и представил ее в Венском обществе психиатрии и неврологии. Согласно Фрейду, презентация была встречена «ледяным» приемом; крупнейший сексолог в мире Крафт-Эбинг назвал теорию Фрейда «научной сказкой» (Masson, 1985, p. 184). Крафт-Эбинг, как и многие другие его коллеги того времени, придавал большое значение дегенеративной наследственности как основе нервных болезней. Таким образом, он высмеивал Фрейда за его отказ от теории «плохой наследственности» как основной причины истерии и осудил его за абсурдность недоказанных выводов. Крафт-Эбинг также был глубоко скептически настроен по отношению к более радикальному утверждению Фрейда, заимствованному из теории микробов, что предварительное сексуальное соблазнение абсолютно необходимо для возникновения истерии (Masson, 1985).

Именно такое обобщающее утверждение привело к тому, что известный мюнхенский врач Леопольд Левенфельд (1847–1923) отверг более раннюю работу Фрейда 1895 года о конкретных причинах невращения и тревожного невроза. Левенфельд не оспаривал идею о том, что половые акты могут способствовать возникновению этих заболеваний, но он отверг утверждение Фрейда об одной конкретной этиологии.

Тем не менее, как только Фрейд начал рассматривать раннее (педофильное) соблазнение как этиологию истерии, он немедленно был вовлечен в полемику более крупного медицинского диспута в области сексологии. Поскольку в работах Крафт-Эбинга, Шренк-Нотцинга, Тарновского, Бине и других было много споров и дискуссий относительно частоты, причин и результатов сексуального соблазнения в детстве, Фрейд не только знал об этих сексологических теориях, но и, кажется, частично полагался на них.

Например, Фрейд сначала следовал сексологическому консенсусу Крафт-Эбинга относительно лиц, совершавших наиболее часто сексуальное насилие над детьми, **которыми считались в основном няни, дети старшего возраста и незнакомцы**. Поэтому в 1896 году Фрейд был весьма доволен, когда его пациент подтвердил предположения «Крафта», вернувшись в свою деревню и назвав свою няню своей сексуальной соблазнительницей (Masson, 1985, p. 219). Но сексологические теории соблазнения также поставили перед Фрейдом серьезную теоретическую проблему: многие сексологи, ориентированные на «ближайшее окружение», вслед за Альбертом фон Шренк-Нотцингом постулировали, что такое сексуальное соблазнение детей порождает не истерию, а, в их терминологии, извращение, чаще всего гомосексуальность (Makari, 1998). Из его писем к Флиссу мы знаем, что Фрейд также полагал, что эта теория перверсии, возникающей таким образом из-за ближайшего окружения, верна, и поэтому он оказался в затруднительном положении (Masson, 1985, p. 163).

Как тогда соблазнение могло быть конкретной причиной истерии, если оно одновременно приводит к сексуальной перверсии? Чтобы разрешить этот тупик, Фрейд предложил синтез, выдвинув гипотезу о том, что сексуальное соблазнение ведет к истерии у женщин и к извращениям у мужчин (Masson, 1985, p. 212).

На протяжении 1896 года Фрейд постепенно расширял свои гипотезы, которые постепенно складывались в общую теорию соблазнения как причины происхождения перверсии и всех психоневрозов.

Однако наиболее заметный и беспрецедентный сдвиг в этих изысканиях произошел 6 декабря 1896 года (Masson, 1985, p. 212). Через шесть недель после смерти отца Фрейд в частном порядке выдвинул новую гипотезу, прямо противоречащую сексологической: он утверждал, что виновниками сексуального насилия являются уже не няни, незнакомцы и дети, а скорее отец. Такое заявление дискредитировало сложившийся патриархальный уклад и вызвало бурную реакцию в медицинских и общественных кругах того времени. Кроме того, эта смелая теория подрывала теорию о плохой наследственности признанного в профессиональном сообществе Крафт-Эбинга, чей клинический опыт намного превосходил его собственный. Однако Фрейд, казалось, не проявлял беспокойства по этому поводу и немедленно ухватился за эту возможность (по мнению некоторых авторов, выводы Крафт-Эбинга компрометировали еврейское происхождение Фрейда), сражаясь с «отцом» за «место под солнцем». Тем не менее, подтверждая свою теорию соблазнения, Фрейд взволнованно осознал, что если соблазнение вызвано извращенным отцом, то потомство той же семьи, подвергшееся сексуальному насилию, казалось бы, должно нести в себе дегенеративную заразу. Таким образом, теория соблазнения не противоречила заявлениям Крафта-Эбинга, а дополняла ее конкретными причинами.

На протяжении 1897 года Фрейд и его студенты проинтервьюировали сотни амбулаторных пациентов, чтобы проверить гипотезы Фрейда о конкретных причинах тревожных неврозов и неврастении, и, когда

исследование было в самом разгаре, Фрейд пожаловался на интеллектуальный паралич и занялся запланированной поездкой в Италию.

Вернувшись из поездки, Фрейд написал Флиссу знаменитое письмо от 21 сентября 1897 года, в котором он сообщает, что более не верит в свою «теорию невротозов» и называет основной причиной происхождения невроза психическую фантазию, а не внешнюю реальность, указав четыре причины потери веры в теорию соблазнения: во-первых, это неуспешность его метода лечения; во-вторых, маловероятность отцовского соблазнения при «осознании неожиданной частоты истерии»; в-третьих, неразличимость истины и вымысла в бессознательном; и, в-четвертых, тот факт, что даже при психозе воспоминания о соблазнении не возникали (*Letter from Freud...*, 1897).

И после этого отступления Фрейду оставалось опять гадать, действительно ли наследственная предрасположенность снова остается основной причиной в объяснении этиологии невротозов (*Masson*, 1985).

Однако такое заявление было воспринято как решающий поворотный момент в истории психоанализа, когда наконец-то ошибка была устранена и найдена, а 21 сентября 1897 года (128 лет назад) ознаменовало начало великого перехода: 1) от теории сексуальной травмы к открытию Фрейдом теории либидо, эдипова комплекса и инфантильной сексуальности, 2) к присвоению Фрейдом флиссианского «ид»; 3) к отрицанию частоты и последствий сексуальной травмы и началу примирения Фрейда со своим медицинским сообществом (*Masson*, 1985).

Но в спешке, в погоне за пониманием более широкого смысла важные детали были отброшены в сторону. Фрейд не заново изобрел все свои сопутствующие теоретические выводы в рамках своих дискурсивных сообществ. Он придерживался тех же позиций относительно дегенерации, важности детства и все еще считал, что внешняя сексуальная травма является причиной невротозов. Но Фрейд отказался от одного важного допущения, лежавшего в основе его теории соблазнения, – от представления о конкретных причинах. Это становится очевидным при внимательном рассмотрении первого пересмотра теории соблазнения, сделанного Фрейдом в октябре 1897 года, когда он попытался перестроить теорию возникновения истерии. Решающее изменение, которое он внес, заключалось в том, что теперь он представлял себе «большие, общие обрамляющие мотивы» со «вставками», которые могут «варьироваться в зависимости от индивидуального опыта» (*Masson*, 1985).

Иными словами, Фрейд перешел от конкретной причины к общей категории причин. Эти причины все еще были сексуальными и травматическими, но теперь Фрейд в основном ссылался на ранние детские «сексуальные переживания» различного рода.

В 1917 году Фрейд пытался подчеркнуть главенствующую роль фантазий пациентов на фоне «низкой оценки реальности» на пути к формированию симптомов. Он повторил это разъяснение в 1923 году, говоря о том, что оценил чрезвычайно большую роль, которую играет в психической жизни невротиков деятельность фантазии, которая явно имела больший вес в невротозе, чем внешняя реальность (Фрейд, 1923).

Такое заявление, благодаря его авторитету, очевидно, **убедило многих психоаналитиков в том, что сообщения о соблазнении были основаны только на фантазиях.** Однако Фрейд лишь объяснял, что в сознании невротического пациента **фантазия преобладает над внешней реальностью.**

Таким образом, мы можем видеть, что Фрейд не отказался от теории соблазнения «тотально», а только от той части ее, которая считала соблазнение единственной причиной истерии.

Однако буквальная интерпретация такого заявления привела к далеко идущим последствиям, которые до сих пор аукаются как в нашей повседневности, так и психоаналитической работе, порождая массу слухов, домыслов, ложных выводов, укрепив миф о женщинах-соблазнительницах, желающих соблазнить и быть соблазненными не только в своих фантазиях, но и в реальности. Это продемонстрировало абсолютное непонимание разницы между психическим и реальным и стало использоваться преступниками как распространенный способ защиты своей невиновности – мол, женщина сама хочет, чтобы ее соблазнили, – что, в свою очередь, привело к дальнейшим злоупотреблениям, в том числе со стороны «отцовских» фигур. С другой стороны, слухи об «абсолютном» отказе от теории соблазнения и открытие фантазма о соблазнении привели к тому, что общественность и некоторые специалисты автоматически стали ставить под сомнение реальность сексуального насилия. Столкнувшись с недоверием, такие пациентки или уходят, или, если страдают моральным мазохизмом, остаются на долгие годы в терапии, не вникая в свои детские травмы и не говоря о них, а недоверие со стороны аналитика становится благодатной почвой для уступки инцестуозным ухаживаниям и переходу к действию.

Особенности работы с пациентами с травмой раннего соблазнения

В следующей части статьи я хотела бы рассмотреть особенности психоаналитической работы с пациентами, подвергшимися травме раннего соблазнения, причины перехода от фантазма о соблазнении к действию, виды действий, а также выделить некоторые особенности функционирования личности аналитиков, склонных переходить к трансгрессивному действию.

Интересен тот факт, что процесс формирования и развития психоанализа, в котором теория соблазнения сыграла фундаментальную роль, указав на сексуальное соблазнение как на важнейший фактор возникновения истерии, сопровождался реальными, а не фантазийными сексуальными отношениями между отцами-основателями психоанализа и их пациентками. Истории Сабины Шпильрейн и Карла Юнга, Эльмы Палос и Шандора Ференци, как и многие другие любовные истории в истории психоанализа, подтверждают случаи существования «запретной любви», несмотря на провозглашенное Фрейдом табу на реальную связь между аналитиком и пациентом.

В процессе становления психоаналитической техники было замечено, что некоторые пациентки обладают способностью к соблазнению своих аналитиков, а возникновение ответной страсти у специалистов объяснялось исключительно психическими процессами самих пациенток, влияющих на аналитиков через «перенос» и «контрперенос». В статье «О любви в переносе» З. Фрейд дает прямые рекомендации аналитикам – избегать реализации своих желаний и потребностей, направленных на пациента. Он предупреждает, что попытка пойти навстречу нежным чувствам пациентки не совсем безопасна, т. к. невозможно настолько хорошо владеть собой, чтобы иной раз не пойти дальше, чем допустимо (Фрейд, 1915). Таким образом, Фрейд считал, что ответная реакция аналитика, возникающая на материал пациента, мешает работе, в связи с чем он рекомендует специалистам подавлять возникающие эмоциональные переживания и стремиться к нейтральности в работе.

Несмотря на то что правило запрета на сексуальную близость с пациентом разделяется сегодня всеми аналитиками и определяет границу, символически выражающую запрет на инцест, в обществе и среди некоторых специалистов сформировалось представление, что хороший аналитик должен быть подобен хирургу во время операции или зеркалу и что он не должен что-либо испытывать по отношению к своим пациентам, а любая рябь на этой гладкой эмоциональной поверхности является нарушением и должна быть устранена. Рекомендация Фрейда соблюдать нейтральность и отстраненность породила «молчаливого аналитика». Однако под воздействием холодного и нейтрального молчания клиент чувствует себя отверженным, что, по мнению французского психоаналитика Ж. Биграса (Биграс, 1990), повторяет опыт взаимодействия с холодной матерью, с молчаливого согласия которой происходил инцест с отцом.

Однако в процессе развития психоанализа и его техник, а также благодаря работам таких аналитиков, как Д. Винникот, П. Хайман, и других, появилось представление о том, что явление контрпереноса помогает, а не мешает аналитику в его работе, способствует лучшему пониманию эмоциональных переживаний пациента, что вызвало массу негодования у приверженцев «классической техники».

Однако даже сегодня, когда контрперенос признан важным инструментом в работе психоаналитика, неоднозначное отношение к этому явлению до сих пор присутствует у специалистов, особенно когда речь идет об эротической реакции аналитика на эротический перенос пациента, что приводит к отказу специалиста признавать свои чувства по отношению к пациенту и может привести к трансгрессивному переходу к действию в дальнейшем.

Накопленный коллективный психоаналитический опыт работы с травмой раннего соблазнения (инцеста, злоупотребления, физического насилия) подтверждает, что отыгрывание соблазнения особенно явно проявляется в работе «терапевта» и «клиента», и существует достаточно доказательств того, что такая форма сексуальной эксплуатации практикуется в подавляющем случае мужчинами-терапевтами (Виртц, 2014). Это демонстрирует, с одной стороны, травмированный внутренний мир объектных

отношений пациентки, подчеркивая, что ситуация инцеста – это внутренняя проблема семьи как системы, когда инцестуозный климат возникает в том числе из-за отсутствия границ между поколениями, а во-вторых, говорит о нарушенном психическом функционировании самого аналитика.

Практика показывает, что прекращение инцестуозных отношений, независимо по какой причине, вызывает у жертвы травматический шок и дезорганизацию, что проявляется как посттравматический стрессовый синдром и деструктивное поведение, которое демонстрирует фиксацию жертвы на агрессоре (насильнике) – отце и приводит вследствие идентификации с ним к собственному агрессивному поведению или, наоборот, к мазохистичности и намеренно провокационному поведению, когда жертва специально подвергает себя опасности в попытке проиграть ситуацию отсутствия отцовской защиты или в надежде обрести ее, несмотря ни на что. Такая садомазохистическая фиксация служит для отрицания глубоко депривированной позиции матери, а утрата отца-агрессора, который нередко являлся единственным источником в том числе нежности и заботы, сталкивает с ужасом перед холодной материнской фигурой.

Такие пациентки в попытке исцелить свою травму остро нуждаются в «отце-защитнике» в образе аналитика, и, когда аналитик под действием непроработанного контрпереноса или из-за особенностей своего личного функционирования переходит к трансгрессивному действию, он совершает преступление, подобное инцесту.

При работе с такими пациентками рекомендуется следовать технике «двойного разоблачения», которую предложил Ж. Биграс, включающей в себя (Биграс, 1990) в первую очередь признание реальности травмы, когда аналитик является свидетелем того, что произошло преступление, и называет случившееся своими словами: «То, что с вами случилось, – инцестуозное злоупотребление, и это преступление». Это способствует формированию терапевтического альянса, разрушению идентификации пациента с агрессором, а также вскрывает расщепление на всех уровнях психических инстанций. Во-вторых, психоаналитик должен открыто признать специфику такой работы, где вероятна попытка повторения (воспроизведения) травматического переживания, особенно в работе с аналитиком-мужчиной, основной трудностью которого будет справиться с реакцией на соблазнение, а затем, если этот период будет успешно пройден, проявится глубокая оральная депривация пациентки, что потребует от аналитика огромной работы в личном анализе (самоанализе) и супервизии для того, чтобы найти способ быть добрым, но не слишком покровительствующим, присутствующим, но не вторгающимся, доступным, но не безучастным. Для аналитика-мужчины при этом очень важно находиться в роли «новой» защищающей отцовской фигуры, которой можно доверять и который признает поступок другого мужчины – преступлением. Отвергая роль садистичного отца-партнера, аналитик становится в определенном смысле тем, что Лакан называет «представителем закона» (*Laplanche and Pontalis, 1973, p. 440*).

В случае работы с аналитиком-женщиной опасность эротического соблазнения невелика, однако и здесь есть свои особенности. В связи с

идентификацией аналитика с пациенткой существует риск слишком сильного желания помочь, отомстить, разоблачить насильника или, наоборот, формирования чрезмерной дистанции, когда аналитик-женщина становится той самой «холодной матерью», из-за которой в том числе соблазнение стало возможным.

Основная задача аналитика, соблюдая границы и правила, воссоздать потерянное «символическое», помогая восстановить разрушенный внутренний мир пациента. Только тогда возможна проработка примитивных архаических страхов, связанных с материнской депривацией, через традиционную технику «нейтральности аналитика». Нейтральность, однако, может восприниматься как холодность и равнодушие, заставляя заново переживать ощущение пустоты, составляющее ядро мазохизма, пустоты, которую они уже испытали в своих ранних отношениях в связи с недоступностью матери в первые месяцы их жизни, что привело к нарциссической ране из-за недостатка любви, заботы и внимания. Отсутствие матери порождает внутренний вакуум, где нет желаний, а лишь выхолощенные или повторяющиеся сновидения, сопровождающиеся ощущением бессмысленности, потерянности и застывшего времени.

Переход от фантазма о соблазнении к действию в анализе возможен по следующим причинам: 1) глубокая ранняя материнская депривация и отсутствие сформированного символического (переходного) пространства у одной или обеих сторон аналитического процесса; 2) невозможность символизации травматического опыта, вследствие чего происходит его отыгрывание в реальности: либо травма наступила слишком рано, в довербальный период, когда переходное пространство еще не было сформировано, а тяжелый опыт не смог быть переработан; либо переходное пространство было сформировано, но разрушено ужасным опытом, вследствие чего ребенок отщепляет тяжелые воспоминания, теряя не только способность символизировать их, но также память и желания, а то, что было исключено из символического, проявляется в реальности, в виде галлюцинации или компульсивного повторения травмы, из-за чего происходит отказ или стирание границ между «как будто» и реальностью; 3) особенности психического функционирования аналитика (терапевта); 4) нарушение психоаналитических рамок.

Главным инструментом в формировании рабочего альянса с пациентами, подвергшимся инцесту или соблазнению, является соблюдение границ и правил, где аналитик является их хранителем. По каким причинам происходит так, что аналитик не справляется с этой задачей и примеряет на себя роль преступника-отца, переходя от фантазма о соблазнении к действию, злоупотребляя своим положением? Существует довольно много доказательств, подтверждающих, что переход к сексуальному действию практикуется в подавляющем большинстве случаев мужчинами-терапевтами (аналитиками), психологами различных направлений, представителями «отцовских фигур» других смежных направлений (учителями, врачами и проч.). Тема «инцеста в переносе» довольно табуирована в нашем обществе, ее принято отрицать или игнорировать. Такое положение вещей можно объяснить тем, что людям сложно усомниться в

некомпетентности или опасности тех, кто по долгу службы призван помогать (лечить, учить). То же самое можно сказать и о самих людях помогающих профессий, которым порой трудно признать свои ограничения и слабости, что способствует низкой самокритичности и переходу к трансгрессивному (сексуальному) действию, особенно когда речь идет о пациентах (или подопечных) – жертвах сексуального насилия в детстве (в подавляющем большинстве женщинах), склонных снова и снова попадать в ситуации злоупотребления в связи с нарушенной базовой системой внутренней безопасности.

В терапии, в контакте с аналитиком-мужчиной, пациентки сталкиваются с «нежным, понимающим и заботливым» человеком, и это вызывает массу эмоциональных переживаний и телесных желаний. Такие пациентки очень часто испытывают «голод» по нежности и страх и панику перед сексуальностью. При этом они берут на себя ответственность за чувства и действия аналитика, объясняя его «неоднозначные» реакции своим намеренным соблазняющим поведением или своими фантазиями о соблазнении. Имея ранний опыт нарушения собственных границ, уже взрослая женщина будет мириться с неуважением по отношению к себе, даже если ситуация невыносима. Раннее нарушение границ формирует неспособность защитить себя и отсутствие внутреннего разрешения на «нет» сначала отцу, а затем аналитику. Столкнувшись с неуместным поведением по отношению к себе со стороны аналитика, такая женщина пытается объяснить все своим поведением и сохранить отношения любой ценой, беря на себя вину и ответственность за происходящее. Жертвы насилия молчат о происходящем, так как убеждены, что являются «соучастницами» происходящего, – а это вызывает невыносимые чувства стыда и вины и в связи с этим особую чувствительность к угрозам, давлению и уговорам.

Такие пациентки не знают и не понимают, чего на самом деле они ищут, голод по чему испытывают. На самом деле они ищут в аналитике заботливую и нежную мать, благодаря любви которой может быть заново восстановлена их разрушенная структура, однако нередко получают взамен страстного отца, удовлетворяющего собственные потребности. Потребность в целостности и исцелении заставляет женщину видеть в терапевте или аналитике бога, который ни в коем случае не должен быть похож на отца – соблазнителя, и те аналитики, которые захвачены ролью «мудрых старцев», подвергаются особому риску впадения в инфляцию и переживания себя особенными, что порождает вседозволенность и способствует нарушению правил и границ.

Рассматривая последствия близости между клиенткой и терапевтом, можно найти поразительное сходство с ПТСР. При описании клинической картины «синдрома секса между терапевтом и клиенткой» прослеживаются следующие повторяющиеся аспекты: 1) амбивалентность; 2) вина; 3) изоляция; 4) пустота; 5) когнитивные расстройства внимания и способности концентрироваться, флешбэки, ночные кошмары, подавленность мыслями и образами; 6) расстройство идентичности и установления границ; 7) неспособность доверять; 8) неуверенность в

своей сексуальности; 9) эмоциональная лабильность, тяжелая депрессия; 10) подавленный гнев; 11) повышенный риск самоубийства.

Эти симптомы могут проявляться со значительной задержкой, что мешает немедленному осознанию пациентками злоупотреблений со стороны специалистов.

Нередки случаи, когда аналитики-мужчины, поддавшись своей страсти, оставляют свои семьи, обещая жениться или даже женятся (есть мнение, что брак является достойным завершением сексуального нарушения границ в терапии, если это не эксплуатация, а серьезные, «зрелые» любовные отношения, аналитик и пациент должны пожениться (Виртц, 2014)), а затем «одумываются» и бросают их, обвиняя в случившемся соблазнении и провокативных действиях. Такое злоупотребление приводит бывшую или настоящую пациентку к депрессии, суицидальным мыслям, ретравматизации и долгой неспособности вернуться к нормальной жизни.

Некоторые «специалисты» оправдывают свою связь с пациентками, студентками, подчиненными коллегами, ссылаясь на опыт «самих отцов психоанализа», словно он «является негласным разрешением делать то же самое», возможно, они даже бессознательно пытаются быть такими же «великими и знаменитыми». Однако такая тенденция не способствует анализу исторических ошибок и формированию профессиональных выводов, а лишь прикрывает преступные действия и ведет к грубому нарушению профессиональной этики.

Обходные пути в попытках легализовать свои трансгрессивные действия находятся и в истории становления психоанализа, так, например, в переписке Фрейда и Юнга, в контексте его связи с Сабиной Шпильрейн, Юнг пишет о том, что не брал денег с пациентки, подчеркивая, что именно гонорар устанавливает границы, которые должен соблюдать врач. «Терапевт, утративший свои границы, напоминает, что в соответствии с существующими социальными условиями самой надежной границей между людьми являются деньги. То, что могла бы соединить любовь, чувства, все могут разделить деньги» (Виртц, 2014). Однако в этом месте появляется другая крайность, сформировавшаяся на основе убеждений, что деньги очерчивают границы. Получается, что если аналитик перестает брать деньги, это легализует связь с пациенткой и открывает дорогу к сексуальным действиям, в связи с чем нередко можно встретиться с позицией, что стоит лишь завершить терапию и больше «нет преград» для реальных отношений. Такой вариант, как правило, не осуждается и даже рекомендуется в случае возникновения сексуальной связи в терапии. Но не стоит забывать, что пациентки, имевшие сексуальную связь с отцами психоанализа (Эльма Палос, Сабина Шпильрейн), так и не оправилась от травм и унижений, возникших в результате такой «любви», что лишь подтверждает травматичность такого опыта и снова отсылает нас к теории соблазнения.

К сожалению, к настоящему времени сформировалась традиция снисходительного отношения к сексуальной связи между специалистом и пациенткой, которая не только не наказывается, а, напротив, приветствуется, и существуют факты, подтверждающие ситуации, когда отдельные

аналитики требовали узаконить сексуальные отношения с клиентками, считая половой акт «терапевтическим инструментом», польза которого описывается в книге М. Шепарда «Лечение любовью: сексуальная близость между клиентами и терапевтами». При этом стоит обратить внимание, что такой терапевтический инструмент, как «лечение любовью», практиковался не со всеми клиентками, а только с самыми привлекательными и молодыми.

Даже в наших учебных учреждениях распространяются такие виды терапии, в рамках которых проживание сексуальности считается целельным. Особенно такая практика распространена в духовных учениях и различных направлениях телесно-ориентированной терапии, где мужчины-терапевты считают своим долгом раскрыть сексуальные чакры своих клиенток (учениц), соединив их сексуальность с сердечностью. При этом такой «специалист» вовсе не открывает своей клиентке «исцеляющий доступ к сексуальности», а снова заточает ее в тюрьму, фиксируя на себе и совершая профессиональное преступление. Сторонники секса между терапевтом и клиенткой используют те же рационализации, что и представители лобби за инцест. Некоторые именитые аналитики (например, Маккартни) считают, что «от 10 до 30% клиенток нуждаются в физическом контакте в терапии, 10% сочли необходимым действовать вплоть до взаимного раздевания, манипуляций с гениталиями или полового акта» (McCartney, 1966, p. 236). Вызывает недоумение тот факт, что при обнаружении сексуального злоупотребления в словах психоаналитиков всплывают такие рационализации, которые повторяют защитную речь насильников-отцов, когда преступники утверждают, что всему виной соблазнительное и провоцирующее поведение дочери (падчерицы), что запретное действие происходило с ее согласия или по ее инициативе. Существует и обратная смена ролей, когда вместо того, чтобы стать защищающим «отцом» для своей пациентки, аналитик сам попадает в позицию ребенка и требует любви и заботы вследствие своих собственных дефицитов. Потребность и желание пациента быть нужным открывают дверь к таким искажениям. Отцы, совершившие инцест, и сексуально эксплуатирующие терапевты имеют много общего: их объединяют нарциссический дефицит, опыт покинутости в собственном детстве, фрустрированная потребность в зависимости, нехватка мужской идентичности, слабое Эго, дефекты эмпатии, слабый контроль импульсов, низкая толерантность к фрустрации, социальная некомпетентность, паранойяльная установка на ревность, нехватка самокритичности, вины и раскаяния, мощные защиты – отрицание, рационализация, обвинение. Аналитики часто повторяют со своими клиентками то, что случилось в детстве с ними, обнаруживая сильную ненависть к матери, которая бессознательно проживается при сексуальном контакте с пациенткой, как запоздалый акт мести, в котором терапевт наконец побеждает мать.

Согласно исследованиям случаев злоупотребления в терапии, например в исследовании, проведенном Гартреллом и Герман (см. в: Виртц, 2014), сообщается, что 65% терапевтов считают любовь главным мотивом произошедшего, а 92% полагают, что пациентка действительно любила его.

Однако и в показаниях женщин, переставших молчать, сообщается, что их отец нашептывал им, что все это делается из любви и поэтому это нечто совершенно особенное, что он делит только с ней, потому что он любит только ее. При угрозе реального наказания и призыве взять ответственность за свои действия терапевты обычно призывают к любви, состраданию и сочувствию, напоминая о глубоком взаимном опыте и родстве душ, однако отнюдь не любовь, а ее отсутствие приводит к такому ранящему и разрушительному способу обращения с собственной властью.

В связи с участвовавшими случаями сексуальных связей между аналитиками и клиентами американские сексологи Мастерс и Джонсон в 1976 году потребовали, чтобы терапевты, которые злоупотребили своей властью в аналитической ситуации и сексуально эксплуатировали клиентов, обвинялись в изнасиловании (см. в: Виртц, 2014).

В Америке вызывает жаркую дискуссию вопрос, обязан ли терапевт, который информирован о сексуальных злоупотреблениях со стороны коллеги, довести это до сведения профессиональной ассоциации. Опрос 1423 психиатров показал, что 65% их пациентов ранее столкнулись с насилием в терапии. И хотя эти психиатры описали последствия таких фактов в сфере сексуальности в 87% случаев как разрушительные, только 8% заявили об этом нарушении своих коллег. В России ситуация в этом смысле совершенно архаичная, к сожалению, у нас нет официальных данных по этому вопросу.

Тревожит тот факт, выявленный в результате исследований, что те пациентки, которые подверглись насилию и соблазнению в детстве, обращаются чаще всего именно к аналитикам- или психологам-мужчинам, которые наиболее всего склонны к переходу к действию, однако на самом деле такой выбор скорее говорит не о желании навязчиво проиграть травмирующий опыт, а о попытке найти «подлинного отца». Все это лишь подтверждает необходимость для специалистов строго соблюдать границы и правила и отслеживать любой переход к действию в психоаналитическом пространстве.

Помня о том, что анализ – это лечение словом без каких-либо действий, кроме очевидных присутствий и отсутствий каждой из сторон.

Границы аналитической ситуации в их техническом аспекте устанавливаются рамками, как-то: отсутствие физических контактов (за исключением рукопожатия в некоторых странах в начале и в конце встречи); фиксированные соответствующие позиции на диване или в кресле; стабильная, регулярная продолжительность сеансов, а также интервалов между ними; абсолютная конфиденциальность; начало и окончание сеанса в назначенное время; оплата согласованных гонораров; приоритет свободы слова для пациента, в то время как аналитик свободно слушает, поддерживая связь с пациентом; возможность интерпретировать, когда придет время, или наблюдать, как пациент сам обнаруживает то, что ранее понимал или не понимал; отказ от морального или этического суждения, кроме усилий понять пациента; рекомендация пациенту говорить во время сеанса все, что приходит ему на ум, но ничего не делать; и аналогично

для аналитика – отказ от неуместных удовольствий: советов, вмешательства в реальную жизнь, идеализации или соблазнения.

Таковы «внешние» рамки сеансов, иногда ощущаемые пациентом как принуждение. Эти предписания назначены не для того, чтобы доставить нарциссическое удовольствие аналитику, и тем более не для получения им инстинктивного наслаждения. Аналитик должен довольствоваться удовлетворением от успеха, достигнутого благодаря лучшему пониманию пациента.

Но если у пациента есть обязанности, то они есть и у аналитика. Некоторые из этих «обязанностей» симметричны: присутствовать в точно назначенное время, не брать плату в случае отсутствия, ограничиваться словесным выражением, избегать любого перехода к действию, что бы то ни было. Если происходит отыгрывание, аналитик должен интерпретировать его для себя и согласиться обсудить его с пациентом; в случае более серьезного перехода к действию, в частности в случае перехода к половому акту, аналитик должен прервать работу.

У аналитика есть несколько способов выйти за пределы рамок: вмешавшись в жизнь пациента советом, например, или, наоборот, проявив крайнюю жесткость в соблюдении правил, возможно, воздерживаясь от пожелания доброго дня, регулярно думая о других вещах, вместо того чтобы слушать в пределах плавающего внимания; предаваясь чрезмерному «плавающему теоретизированию» или засыпая во время сеанса (нарциссический уход) и, что еще хуже, отыгрывая, вплоть до сексуального акта. Другие требования для поддержания рамки включают в себя фундаментальное правило для пациента говорить все, что приходит ему на ум, доброжелательный нейтралитет со стороны аналитика, «фрустрацию просьб о любви».

Аналитик, который из-за чрезмерно доброго сердца дает своему пациенту все, чего тот ожидает, совершает ошибку. Следует отказаться от всего, что подрывает рамки: отказаться от угощений, ответов на личные вопросы, попыток вести разговор на другие темы, в том числе обсуждения своей личной жизни, от привязки к манифестному содержанию, принятию подарков. Пациент должен сохранить достаточное количество нереализованных желаний, однако быть хорошо понятым, иметь личное пространство на время сеанса, получать интерпретации, открывающие поле и возобновляющие ассоциации, – это гораздо более приятные удовольствия, чем знание того, где аналитик проводит свои каникулы, сколько он потратил и каково его семейное положение.

Однако не каждое похожее на недозволенное действие в анализе можно рассматривать как нарушение (далее предлагаю рассмотреть формы действий, возможных в аналитической ситуации).

1) Пропущенное действие, бессознательный факт, интерпретируемый как симптом или сон, результат вытеснения, не угрожающий остальной части лечения, если только его повторение не создает препятствия (например, пациент или аналитик постоянно «забывают» сеансы).

Согласно Лапланшу и Понталису (Лапланш, Понталис, 1996), придерживающимся концепции Фрейда, пропущенное действие определяется

следующим образом: психологическое образование, в котором желание во-ображается как реализованное, поскольку произведения бессознательно-го (сновидение, симптом, фантазия) являются свершенными желаниями, выраженными в более или менее замаскированной форме. Пропущенный акт является достаточно положительным психическим образованием, так как раскрывает бессознательное желание, подобно сновидению и фантазии.

2) Разыгрывание, или Малое действие, вдохновленное еще не осознанной фантазией и подлежащее самоанализу или анализу, не вытесненное, а скорее предсознательное, подавленное, благоприятное для терапевтической работы.

Этот вид действия или разыгрывания варьируется от молчаливого отстранения до легких двигательных действий. «Действие» здесь не имеет отрицательного значения, за исключением случаев, когда кто-то обязывает или принуждает. Идя от пациента и достигнув аналитика, малое действие подталкивает последнего, в частности, к большей интерпретационной деятельности.

3) Переход к действию с выходом за пределы ситуации анализа, состоящий из бессознательных или сознательно принятых элементов, связанный с моторикой и принуждением к повторению, выявляющий важные сопротивления.

Здесь речь идет об аналитическом процессе, когда аналитик и пациент иногда совершают действия, мотивированные переносом и контрпереносом, что отдаляет первого от достаточно нейтральной установки и заставляет второго не соблюдать правила. Под действием с выходом за пределы понимается действие, не проработанное психологически, совершаемое наспех и сопровождающееся чувством трансгрессии и волнения. Переход к действию или искушение предаться ему сопровождаются своего рода экзальтацией, связанной с самим нарушением, как, например, когда во внешней жизни проезжают на красный свет. Если речь идет об интерпретации, мелкие акты такого действия могут проявляться в тоне голоса (нетерпеливом, слишком ласковым, соблазнительном). Все эти небольшие проступки априори не будут иметь слишком большого значения для удовлетворительного развертывания аналитического процесса, если только они не станут привычными для установления «личного» и если не приведут к другим, более серьезным проступкам, учитывая решающую игру аффектов, вложенных в аналитическую ситуацию.

Опасные нарушения часто сопровождаются впечатлением триумфа и всемогущества, которое может возникнуть после пережитого удовольствия, восхищения собой перед лицом презрения к правилам и возникающего в результате чувства победы над Супер-Эго. Определенные проступки, такие как продление продолжительности сеанса, снижение оплаты и др., могут постепенно ухудшить аналитический процесс: пациент становится ненасытным (потому что прожорливый младенец, разбуженный дома, всегда хочет большего), удовлетворение причиняет ему вред. Аналитик позволяет себе отказаться от своей роли хранителя рамки и

стремится доставить удовольствие и избежать негативного переноса посредством чрезмерного удовлетворения.

4) Трансгрессивный переход к действию в аналитической ситуации как сознательное действие, заклятый враг рамок и целей лечения.

В большинстве случаев в переходе к действию замечены те аналитики, которые нарушают границы и рамки терапии, недостаточно хорошо осведомлены об особенностях работы с пациентками, подвергшимся травме раннего соблазнения или инцесту в детстве, отказывающиеся принимать реальность травмы соблазнения и отрицающие разницу между фантазией и реальностью. Таким образом, в зоне риска находятся специалисты с незрелым функционированием личности, нарциссическим дефицитом, характерными чертами первертного нарциссизма: ощущением собственной божественности и всемогущества, отказом от соблюдения закона – здесь провал отцовской функции и как следствие попытка стать идеальным отцом для своей клиентки, проявляя чрезмерную заботу и смешивая ее с сексуальностью или, наоборот, бессознательно пытаясь отомстить собственному отцу, нарушив запрет на инцест; имеющие опыт депривации в собственном детстве, фрустрированную потребность в зависимости, слабое Эго, дефекты эмпатии, слабый контроль импульсов, низкую толерантность к фрустрации, социальную некомпетентность и проч.

Для того чтобы не допустить распространения трансгрессивных действий в отношении пациентов аналитиками или другими лицами помогающих профессий, необходимы дополнительные правовые и образовательные меры, которые смогут обеспечить защиту клиенток от сексуальной эксплуатации.

Вместе с тем следует создать более открытую и безопасную атмосферу, где сексуально эксплуатирующие терапевты имели бы возможность обратиться за помощью и проработать собственную уязвимость, поэтому речь идет не о том, чтобы кого-то осудить, а о том, чтобы открыть дискуссию по проблеме, которая заслуживает нашего особенного внимания, чтобы ее можно было решить и прийти на помощь ее жертвам.

Тема соблазнения и злоупотребления в терапии в России на данный момент игнорируется или отрицается, что является гарантией продолжения недопустимых действий, а также подрывает доверие к нашей профессиональной сфере, которая сегодня так широко востребована и необходима.

Молчание заключает в тюрьму, слово освобождает, поэтому нам пора говорить об этом открыто.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Биграс Ж.* Психоанализ как повторение инцеста: некоторые технические соображения / Под ред. Х. Левина, при участии К. Холланд Биггс, в: Levine H. B. (Ed.) (1990) *Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse*. The Analytic Press. Hillsdale, NJ. / Пер. В. Курманаевской [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. 2004. № 3. URL:

- <https://psyjournal.ru/articles/psihoanaliz-kak-povtorenie-incesta-nekotorye-tehnicheskie-soobrazheniya?ysclid=mjkg3c49iw444938296> (дата обращения 23.12.2025)
2. *Вирту У.* Убийство души. Инцест и терапия. Терапевтические тупики (2014) [Электронный ресурс] // URL: <https://litlife.club/books/254001/read?ysclid=mjkgsvbw70328808853> (дата обращения 23.12.2025)
 3. *Лаплани Ж., Ж. - Б. Понталис.* Словарь по психоанализу. М.: Высшая школа, 1996. С. 623.
 4. *Фрейд З.* Автобиография из первых уст (1924) [Электронный ресурс] // URL: <https://freudproject.ru/?p=7812> (дата обращения 23.12.2025)
 5. *Фрейд З.* О любви в переносе (1915) [Электронный ресурс] // URL: <https://freudproject.ru/?p=14085>
 6. *Фрейд З.* Художник и фантазирование (1908) [Электронный ресурс] // URL: <https://freudproject.ru/?p=778> (дата обращения 23.12.2025)
 7. *Фрейд З.* Я и Оно (1923) [Электронный ресурс] // URL: <https://freudproject.ru/?p=1115> (дата обращения 23.12.2025)
 8. *Фрейд З.* Письмо Вильгельму Флиессу (№ 52, 6 декабря 1896) [Электронный ресурс] // URL: <https://freudproject.ru/?p=8618>
 9. *Laplanche J. & Pontalis J.-B.* (1973) *The Language of Psychoanalysis*, trans. D. Nicholson-Smith. London: Hogarth Press. P. 440.
 10. Letter from Freud to Fliess. (1897) September 21 [Электронный ресурс] // URL: <https://pep-web.org/browse/document/zbk.042.0264a> (дата обращения 23.12.2025)
 11. *Makari G. J.* (1998) Towards defining the Freudian unconscious: Seduction, sexology and the negative of perversion (1896–1905). *Hist. Psychiatry*. P. 459–486.
 12. *McCartney J.* (1966) Over Transference. *Journal of Research*.
 13. *Masson J. M.* (1985) *The Assault on Truth: Freud's Suppression of the Seduction Theory*. New York: Farrar, Straus and Giroux. Ed. & Trans. P. 163–295.

The Seduction Theory. Action and fantasy in psychoanalytic practice

E. I. Combs

Combs Elena I., psychoanalytically oriented psychotherapist, systemic family therapist, analytical psychologist, member of the Moscow Association of Analytical Psychology (МААР).

The article deals with the theory of seduction by Z. Freud, its origin, development, reasons for rejecting it, as well as the impact of the consequences of rejection on public opinion and psychoanalytic work. The reasons for the transition from the fantasy of seduction to real sexual action are examined in detail, and the relevance of the topic of the trauma of early seduction in modern society and its impact, in particular, on the relationship between analysts (therapists) and patients, teachers and their students, is raised; facts are presented confirming that Z. Freud did not "absolutely" abandon his theory of seduction, but only in the part concerning the sole cause of the origin of hysteria; contains a systematization of the experience of psychoanalysts with a description of the features of working with victims of the trauma of early seduction, including those who had a sexual relationship with their analysts; the reasons for the transition from fantasy to action, as well as the types of actions that occur in the analytical space.

From the point of view of practical significance, the work may be useful for psychoanalytic psychotherapists working with patients with the seduction trauma, incest, or any other form of violence.

Keywords: seduction theory, incest, transgressive action in therapy, trauma, fantasy, sexual relations with therapists, teachers, acting out.