

Фрейд Зигмунд

**Методика и техника
психоанализа**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 159.9
ББК 88
3-59

3-59 **Зигмунд Ф.**
Методика и техника психоанализа / Фрейд Зигмунд – М.: Книга по Требова-
нию, 2022. – 137 с.

ISBN 978-5-521-28667-6

ISBN 978-5-521-28667-6

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2022

© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2022

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.



Серия Книжный Ренессанс

www.samizday.ru/reprint

ного не с такой точки зрения: они пытались понять «смысл» и значение того, что говорил и проделывал перед ними пациент, захотели дать себе отчет в явлении. Тогда обнаружилось, что «глупости» больного тесно и интимно связаны с его болезненным состоянием, и что у больного в его болезненных проявлениях, в его припадках отреагируется, инсценируется некоторое психическое содержание, имеющее большое значение в его болезни.

Слушая внимательно то, о чем говорили больные в этом состоянии, спрашивая затем их о том, что они говорили, стараясь облегчить больному вспомнить что-то забытое, ему удавалось разрушить целый ряд пробелов памяти, так называемых амнезий. При этом выяснилось, что те психические переживания, которых уже нет в памяти больного, находят свое выражение в тех или иных проявлениях их, другими словами. Создалась теория об амнезии и об «ущемленном» аффекте, который искал своего выражения в телесной сфере больного, снова и снова реагирующего, находя соответственные иннервации для этого «ущемленного» аффекта.

Более подробное изложение того, чем обязан психоанализ Breuer'у, — который затем отошел от нового учения, — читатель найдет в 3 выпуске настоящей библиотеки в истории психоанализа, изложенной Freud'ом; из этой статьи можно увидеть, какими кремнистыми путями приходилось идти новому учению. прежде чем оно встало на свои собственные ноги. Это было время, о котором Freud говорит, что тогда психоанализ «опирался только на одну пару глаз». Эта пара глаз особенно внимательно и вдумчиво всматривалась в проявления болезни и пыталась отдать себе отчет в явлениях.

Поскольку гипнотерапия представляет из себя ненадежный и сомнительный метод лечения, постольку приходилось искать новых путей, исходящих уже не из непонятного и ближе неопределимого понятия внушения, а исходя из опыта и наблюдений у постели больного.

Теоретические обоснования психоанализа, поскольку они покоятся на опыте, читатель найдет в том же 3-ем выпуске нашей библиотеки. Здесь в этом томике речь будет идти исключительно о практике и методике анализа.

Итак, психоанализ на первых шагах своего развития от- казался от пренебрежительного отношения к «истерикам» и к

«глухостям» больного и наоборот внимательно выслушивал все, что говорил, и всматривался в то, что делал пациент. Короче говоря, он начал с исследований.

На этом новом пути детального изучения психической деятельности отдельного человека, к тому еще и больного, психоанализ сделал новые, чрезвычайно важные наблюдения и пришел к утверждению новых положений.

Если психиатрию можно сравнить с анатомией, с анатомическим познанием человеческого существа, то психоанализ соответствует гистологическому изучению, т.-е. таких взаимоотношений, которые обнаруживаются при пристальном, детальном, исследовании.

Все психоаналитическое исследование покоится на изучении взаимоотношений, связей между отдельными проявлениями психической деятельности человека и рассматривает ее как взаимообусловленную, закономерно построенную.

Поэтому психоанализ постоянно и настойчиво разыскивает и допытывается до смысла тех или иных проявлений, понимая психические проявления у человека как законосообразные, подчиненные законам явления. Нет произвола в психической деятельности, как нет его и в неодушевленном мире — следует только искать и найти эти законы.

Итак, психоаналитическое исследование началось с того, что врач внимательно вслушивался и старался понять смысл того, что перед ним делал больной, чаще всего совершенно не понимавший того, что с ним происходит, и объяснявший свое поведение и речи болезнью.

Вслушавшись, врач замечал, что больной вовсе не говорит вздора, наоборот, в его речах и поведении постоянно проявляются такие переживания, которые для него имеют определенное значение.

Эти первые наблюдения в анализе сыграли громадную роль в технике изучения больных. То, что больные говорили «зря», что «в голову придет», бессмыслицу — осталось и остается основным требованием психоаналитического метода исследования.

Сначала Врегер и Freud применяли при своем изучении «гипноидное», полусонное состояние у испытуемых, затем Freud совершенно отказался от внушения, которое, по существу, даже мешает изучению, и обратился к тому, что называется «freie Einfälle», свободно возникающими образами, совершенно непра-

вильно «свободными ассоциациями» или попросту к тому, что лезет, приходит в голову.

Такое простое требование, которое предъявляет своему пациенту психоаналитик, однако, натывается нередко на целый ряд помех, в той или иной степени мешающих, препятствующих возникновению образов.

Но прежде всего скажем несколько слов о том, как производится это исследование.

После того, как больной подвергся осмотру и выяснилось, что его страдание носит чисто функциональный, психический характер, после того, как исключена возможность наличия грубо анатомических изменений у больного в связи с его болезнью — пациенту объясняется, что в его психических проявлениях должны наблюдаться такие же закономерные отношения, как это выяснено для физической природы. Так как о причине своего заболевания, поскольку мы думаем о каузальном моменте, а не о поводе к заболеванию — он ничего сказать не может, и так как его кажущееся ему правильным соображение, что он страдает от таких-то причин, не делает его здоровым, то пациенту предлагается, после того как он убедился в психическом происхождении своего заболевания, отлаться тем мыслям, образам, ощущениям, которые приходят ему в голову и безо всякой критики, не производя никакого отбора между тем, что приходит в голову, говорить все.

Заключив такой договор с пациентом, ждешь, что он засыпет тебя целым рядом слов, образов, но очень нередко натываешься на то, что больной, к своему огорчению, совершенно не в состоянии, при всем своем желании, что-нибудь дать. Бывают случаи, когда такое состояние длится очень долго, и только благодаря настойчивым требованиям и выдержке врача, в конце концов, получаешь то, что у других больных происходит с необычайной легкостью и яркостью.

Если в голову ничего не приходит, то хорошо предложить больному сказать первую цифру, какая ему придет в голову, и обыкновенно с цифрами, как с более отвлеченным материалом, дело идет лучше.

Один пациент, лабораторный работник, страдающий и до сих пор ночным недержанием мочи, у которого маленький ребенок, проделывающий то же самое каждую ночь, дает цифру 2. Из дальнейших мыслей, приходящих ему в голову, он убежда-

ется, что цифра 2 объединяет его с его ребенком в одинаковой невозможности для них сохранить сухой постель. Однако он сомневается, не есть ли это моя, а не его выдумка (хотя я ничего не знал о том, что у него есть ребенок и такого возраста), тогда он предлагает сказать другое число и приводит цифру 5. Из дальнейших ассоциаций выясняется, что это лучшая отметка, какую он получал в гимназии, вспоминается, как обманом он получил ее, затем следующие ассоциации приводят его к мысли, что если перевернуть вверх ногами 5, то по начертанию окажется все та же цифра 2. Но, еще не убежденный в правильности полученных рядов мыслей и их объяснений, он предлагает остановиться на любимой им цифре 7 и тут замечает, что 7 как раз соответствует сумме цифр 5 и 2, а 5 есть не что иное, как перевернутая цифра 2. Кроме того 5 приводит к мыслям о пяти пальцах руки и затем к мысли об онанизме. Таким образом «случайно» пришедшая в голову цифра 2 оказалась тесно связанной со всеми теми особенно важными и волнующими вопросами у больного, с которыми он пришел лечиться. Эти мысли, имеющие особое значение для больного, сопровождающиеся сильным чувственным тоном, далеко небезразличные для него, называются, как это предложил Jung, «комплексами». У больного есть комплекс ночного недержания мочи, мысль о том, что в этой своей особенности он подобен своему ребенку, смутные мысли о детском онанизме и много еще других мыслей-идей, которые называются *ueberwertige Ideen* — т.-е. идеи, имеющие для субъекта большую ценность или значение, чем другие.

Таким образом свободные содержания сознания привели больного, согласно пословице «что у кого болит, тот про то и говорит» к вскрытию неприятных, волнующих мыслей. Если такие мысли и без того волнуют и беспокоят больного, то в этом нет ничего удивительного, и совершенно непонятно для чего нужно еще раз вызывать в сознании больного, что и без того хорошо ему известно.

Но дело происходит совсем не так. Больной, действительно, так или иначе может формулировать, что его беспокоит, что его гнетет, однако, рассказывая нам об этом, он отмечает, устраняет целый ряд мыслей, образов, переживаний, которые, по его мнению, не имеют никакого отношения к его состоянию, т.-е., другими словами, больной в обычное время относится избирательно к тому, что ему приходит в голову и выбирает

и сообщает только то, что прошло, выдержало критику его сознания и допущено им как более или менее возможная причина его болезни. Однако это знание не делает больного не только способным знать свою болезнь, не только не помогает ему бороться с нею, но, совсем наоборот, повергает его в отчаяние и укрепляет его слабость.

В хорошие, свободные от страхов промежутки времени больной смеется и удивляется, как может он поддаваться таким нелепым и странным опасениям и ужасам, о которых он теперь так легко и так разумно рассуждает, но стоит им появиться и он снова впадает в унижительно жалкое положение. Мысли, здоровые взгляды больного оказываются не способными предохранить его, предупредить его страхи, помочь ему правильно к ним подойти.

Больше того, если бы врач-психоаналитик объяснил больному все зависимости, которые он открывает в душе своего пациента, если бы больной узнал со слов врача о том, почему он, больной, боится, то страх, как оказывается, еще вовсе не исчезает. В начале психоаналитической терапии казалось, что у больного нет соответствующих знаний об его болезни; если ему дать такие знания, то он должен выздороветь.

Однако практика учит нас, что просвещение больного, будет ли оно происходить от необоснованных разъяснений врача или от знакомства с специальной литературой, еще не приводит больного к излечению. Для излечения необходимо, чтобы больной *сам* активно участвовал в раскрытии того, что от него скрыто и *сам* убедился в том, что это именно так. Указания и советы врача имеют не суггестивный характер, а прежде всего направляют внимание больного на ту область, на те ассоциации, которые продуцируются у самого пациента. Поскольку те процессы душевной жизни человека, которые привели его к болезни, подверглись вытеснению и заменились иными, постольку в анализе, оперирующим с такими содержаниями психики, которые сознанием больного не приводятся в связь с его болезнью, основной задачей является установка связей — оживление того, что благодаря выпадению, понимается и чувствуется больным как чуждое ему, неподвластное ему, такое, с чем он не в силах справиться.

Больной откровенно, без утайки, честно, без всякой критики (это основное правило психоанализа) сообщает все, что

приходит ему в голову, отдается своим мыслям, воспоминаниям, образам, ощущениям и чувствам, и с помощью врача, от времени до времени обращающего внимание больного на то или иное явление, мало-по-малу сам начинает устанавливать связи и понимать то, что с ним происходит.

Участие врача выражается в том, что он, никогда не настаивая, может предположить, исходя из своего опыта, то или иное взаимоотношение, но последним доказательством правильности такого предположения будет не предположение врача, от которого врач легко может отказаться, а то, что вызовет оно у больного, с какою цепью, последовательностью мыслей и образов оно свяжется в работе больного.

Если врач ошибся, если его предположение неверно, то больной, как в этом легко убедиться, не пойдет за врачом, если же указание правильно, у больного прорывается целый ряд воспоминаний и переживаний, которые не связывались у него раньше ни с чем и которые, как нередко бывает, и в настоящее время, когда они у него пробуждаются, не имеют как будто бы никакого отношения к его болезни, «случайны», бессмысленны. Тем, что обратишь внимание больного на ту или иную особенность в его «свободных содержаниях», еще не достигнешь ничего; если только указание неправильно и не соответствует тому значению, какое у данного больного имеет это содержание. Тогда больной идет своим путем, и все искусство психоаналитика заключается в том, чтобы понять смысл того, что говорит больной, и помочь этот «смысл» его свободных содержаний связать ему самому с его болезненными проявлениями и ввести в свое сознание, как разумное. Итак, вполне понятно, что успех лечения зависит не только от знания и опытности психоаналитика, но еще и от особых качеств больного, и потому никогда нельзя наперед сказать, как далеко может зайти успешность лечения. Поэтому правильнее не давать с самого начала никаких определенных обещаний и приступить к пробному лечению для лучшего ознакомления с тем, что можно ждать от больного.

Во время такого пробного периода, около 2 недель удается выяснить, насколько больной способен участвовать в лечении, насколько велики его «перенесение» и «сопротивления», с другой стороны, к концу этого периода вполне раскрывается и для психоаналитика общая линия поведе-

ния больного. Конечно, психоаналитическое лечение развивается совсем не так гладко и беспрепятственно, как этого хотелось; к великому удивлению врача, неискушенного еще в анализах, больной оказывает определенное сопротивление лечению, больной самыми разнообразными, иногда неожиданными проявлениями мешает и затягивает лечение, иной раз охотно и как будто бы с громадным интересом относясь к новой области знаний, превращает самое лечение в один из видов развлечений и участвует в лечении как-то со стороны, или наоборот, всеми силами «показывает» себя, заваливает врача материалом, с которым тот не в силах справиться, или в ходе лечения, вдруг, неожиданно начинают проявляться соматические расстройства, общая усталость, недомогание, сонливость, какие-нибудь боли, например, в голове, в пояснице и т. п.

Врач должен быть готовым к тому, чтобы шаг за шагом, упорно преследуя свою цель, отметить, устранять все эти препятствия, анализируя и их, поскольку они являются не соматическими, а чисто психическими проявлениями. Как много приходится иметь дела психотерапевту с такими случаями, когда безуспешно были мобилизованы в борьбе с функциональным заболеванием целый ряд мер как лекарственного аппарата, так и иногда и мероприятия хирургические. Операции при истерических аппендицитах и при истерических невритах, приводящие больных на операционный стол и к удалению червеобразного отростка и к иссечению, например, Гассерова узла, как оказывается, не делают больного более здоровым, так как болезнь после этих операций не только не излечивается, но еще и усиливается и делается нестерпимой. Такие случаи диагностических ошибок, когда отчаявшись во всех других средствах обращаются к решительным мерам—явление слишком частое среди пациентов на психотерапевтических приемах.

Вполне естественно, что и больной и врач, воспитавшийся на громадной переоценке соматических явлений, только уже потом, после операции, приходит к заключению, что и психическая деятельность больного должна подвергаться учету, ее следует принимать во внимание. Особенно в темной области ушных заболеваний врачи забывают, что существуют случаи, когда «плохо слышащим» оказывается тот, кто не хочет

«слышать», кто не может слышать не потому, что у него есть какие-либо телесные, анатомические недочеты, а прежде всего психические. Момент психической глухоты, психического ослабления слуха плохо еще учитывается специалистами. Когда-либо в другом месте я поделюсь теми случаями неизлечимой глухоты, которые к общему удовольствию уступили психоаналитическому лечению.

Такое положение врача психотерапевта, когда ему приходится исправлять чужие ошибки, может, в свою очередь, стать при недостаточном знакомстве его с общей медициной источником многих, не всегда, понятно, тяжелых и не-исправимых ошибок. Психотерапии можно подвергать больных только в том случае, если исключена возможность каких-либо тяжелых анатомических заболеваний, иногда требующих скорых и решительных мероприятий и вмешательства.

При одностороннем подходе к заболеваниям, как это наблюдается у всех специалистов, можно легко проглядеть то, что выходит за пределы интересов и знаний врача. Поэтому психотерапия, как определенная область медицины, должна, наконец, найти место среди тех основных дисциплин, которые необходимы каждому врачу, к какой бы специальности он себя ни готовил. У всякого живого больного неизменно встречается и психическая деятельность, имеющая, вероятно, не последнее значение в его болезни.

К такому выводу врачи приходят, к сожалению, не в то время, когда они приобретают медицинские познания, а уже потом, из горького опыта своей деятельности, к огорчению и собственному и их больных.

Но вернемся к психоаналитическому лечению. Если гипнотическая терапия обращается, главным образом, к эмоциональной стороне больного, оставляя в стороне другие стороны его, если «рациональная» психотерапия оперирует путем убеждения с интеллектом больного, отрицая значение чувства, если гипнотерапия усыпляет и успокаивает, а «рациональная» психотерапия убеждает и распекает, доказывая, что больной мало смыслит в своей болезни, то психоанализ прежде всего дает себе отчет в том, что он имеет дело с целым человеком, у которого есть инстинкты, чувства и интеллект. Инстинкты или влечения ведут его по определенному пути, стремления «я»

по другому, а чувства и интеллект играют значительную роль в этой борьбе.

Лечение может начаться, больной может лечиться только в том случае, если он связан «чувством» с врачом, если он способен на «перенесение». Это «перенесение» — мощный фактор лечения. Он имеется во всех случаях всякого лечения и играет то большую, то меньшую роль. В психоанализе «перенесение» — сила, которая учитывается и которой сознательно пользуются во благо больному.

«Перенесение», как говорят в гипнотерапии «раппорт» позволяет начать лечение, позволяет больному слушать и «верить» психотерапевту. Этой верой, этой симпатией, авторитативным влиянием врач пользуется для того, чтобы перестроить по новому психотическое состояние больного. Громадное значение момента «перенесения» выяснено только в связи с психоаналитическим лечением, при чем обнаружилось, что лица, неспособные на «перенесение», в то же время недоступны лечению. Это относится к тем «нарцисстическим» неврозам, к которым мы причисляли ранее слабоумие и паранойю.

Механизм лечения, таким образом, схематически сводится к тому, что больной, совершив «перенесение», о котором он точно не знает, и которое происходит помимо его сознательных желаний, в то же время, оказывается, обнаруживает иное построение своего невроза, в центре которого теперь стоит врач. Если врач дает себе отчет в том, что произошло в болезни больного, и умеет использовать его способности к «перенесению», то лечение начинается, и больной удивляет теми быстрыми успехами в своем осознании болезни, которые обыкновенно наблюдаются в это время.

Все интересы больного, все разговоры, очень многие сновидения вертятся вокруг личности врача, которая стоит теперь в центре переживаний больного. Больной легко усваивает трудные и вызывающие у других сопротивление новые способы понимания своей болезни и радуется этим врачам. Однако, это длится недолго. Рано или поздно наступает противоположное отношение, и тогда все разыгрывается в психике больного уже по другому. То, что и в первом и во втором состоянии центр тяжести лежит вовсе не в процессах познания больного, а, наоборот, в его эмотивном состоянии, в этом не может быть никаких сомнений. Эмотивное состояние позволяет больному

или принимать на веру то, что говорит врач, или, наоборот отрицать то, что было принято на веру. Ни в том, ни в другом случае нельзя ждать толку от этого процесса. Он, однако, всегда, как правило, сопровождает начало лечения. Аффективные отношения к врачу нередко переходят всякие границы, но это так же часто встречается в психотерапии, как и при всякой другой врачебной деятельности. Различие в отношении к этому явлению у психотерапевта сводится к тому, что он сознательно пользуется этим «перенесением», не оставаясь к нему пассивным или смотря на него, как на некоторое осложнение, притом досадное, во время лечения. Тот, кто не понимает этого процесса, не в силах использовать его, тот, кто примитивно понимает его, как либидинозную привязанность, как недостаток сексуального удовлетворения, приходит к так называемому «дикому» психоанализу, о котором в этой книжке говорит Freud. Но и «перенесение» со стороны врача не исключается, особенно тогда, если врач не знает об этом моменте в лечении больных. «Перенесение» со стороны врача, неосознанное им, к которому он не в силах подойти, как к творческому моменту в лечении, приведет его в затруднительное положение и не позволит ему использовать его в терапевтических целях.

Лечение при психоанализе имеет много общего с процессами сознательного воспитания, когда больной не только верит и убеждается, опираясь на авторитет врача-воспитателя, но и обращается к самостоятельному мышлению, разрешению вопросов, которых он один, чувствуя свою слабость, не мог решить. Чувство «несостоятельности», как его называет Freud, является тем тягостным чувством, которое уводит больного от действительности и ведет его к так называемой интроверзии. От реальности увели больного неразрешимые для него, обычно, в прежнее время, коллизии, из которых он не надеялся выйти. Теперь положение дел изменилось: больному приходится решать и находить выход из конфликта уже не одному, а с помощью врача, возраст больного уже другой, и то, что казалось его детскому сознанию неодолимым, теперь, в другом возрасте и при других условиях может быть приведено к благополучному исходу.

Для такого благополучного исхода из детского, вновь возникшего конфликта, сопровождающегося теми же детскими чув-