

ПОНЯТОЕ СТРАДАНИЕ: АНТИНОМИИ ГЕРМЕНЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ (КИРКЕГОР И ФРЕЙД)¹

Татьяна Щитцова²

Abstract

By the examples of Kierkegaard's and Freud's doctrines the article justifies the assertion that despite the traditional opposing of existential psychotherapy and classical (libidinal) psychoanalysis these both traditions are just two different variations in the frameworks of a unifying policy concept – *hermeneutical psychoanalysis*. In this connection the author reconstructs a number of general conceptual moments that unite Kierkegaard's and Freud's approaches and shows that the basis of their psychotherapeutic novelties is the critical demarcation of the classical concept of a subject as the subject of consciousness or the subject of *representation*. It is the question on the subject (a new image of the subject) that finally turns out to be crucial in detecting typical antinomy of hermeneutical approach in psychotherapy: as the author states the corresponding antinomies should be considered as essential features of the therapeutic activity pointing at the fact that it deals *not* with the subject of representation.

Keywords: subject, psychical suffering, sense, neurosis, hermeneutical psychoanalysis.

Введение

Существует устойчивое (и, конечно же, небезосновательное) представление о том, что психоанализ и экзистенциальный анализ определяются и развиваются в силу различия и, зачастую, демонстративного отворачивания друг от друга, так что успех каждого из этих направлений оказывается прямо связан с игнорированием противоположного подхода. Нельзя не обратить внимания на то, что это подчёркнутое «нежелание знаться друг с другом» характерно,

¹ Данный текст является немного переработанной версией доклада, прочитанного по приглашению организаторов в рамках международной конференции «Философия и психотерапия», которая проходила 19–20 марта 2011 в Санкт-Петербурге (Российская Федерация). Доклад впервые опубликован в журнале Восточноевропейской ассоциации экзистенциальной терапии *Existentialia: психология и психотерапия* (спецвыпуск *Философия*. 2011. С. 100–118).

² Татьяна Щитцова – доктор философских наук, профессор Департамента социальных и политических наук Европейского гуманитарного университета (г. Вильнюс, Литва).

ставив как закономерные проявления какого-то заболевания (души или мозга). Единственно релевантный подход к ним – это попытка понять их, дать им истолкование, исходя из того контекста фактической индивидуальной жизни, которому они принадлежат и откуда они, образно выражаясь, «говорят», «сообщая» терапевту о некоем душевном страдании индивида. *Герменевтический подход в психотерапии* – революционная новация, принципиальным образом связывающая Киркегора и Фрейда. Различия в вариациях обусловлены тем, что они выходят на названное выше герменевтическое открытие из разных перспектив: Киркегор – из перспективы «субъективного мыслителя», Фрейд – из перспективы врача.

Возможно, следует специально оговориться, что призыв уйти от привычного противопоставления экзистенциального и классического психоаналитического подходов не означает отрицания определённых различий между ними, равно как и того факта, что некоторые из этих различий дают основание для полярного разведения позиций Киркегора и Фрейда. Скорее речь идёт о том, чтобы пересмотреть сам статус и функцию этих различий. Говоря точнее, попытка взглянуть на подходы Киркегора и Фрейда из общей концептуальной перспективы предполагает, что означенная полярность сама должна быть опрошена на предмет того, какую роль она играет в осуществлении названного выше открытия и, соответственно, в переосмыслении современного концепта субъекта.

Ввиду намеченных выше программных задач, данная статья носит в известном смысле пропедевтический характер и посвящена базовой реконструкции общих концептуальных моментов, связывающих Киркегора и Фрейда. Вынесенная в название статьи антиномичность герменевтического подхода мыслится при этом как его неотъемлемая черта, затрагивающая саму практику терапевтических отношений.

I. Общие моменты

Можно выделить как минимум пять общих моментов, которые объединяют Киркегора и Фрейда в плане исходных установок, терапевтических задач и принципов, это: 1) общий оппонент (или общая «точка размежевания»); 2) представление о всеобщем характере душевного страдания; 3) цель терапии; 4) базовая терапевтическая ситуация; 5) сцепление психического и социального. Проясним кратко содержание каждого из них.

1) Оппонент

Как уже отмечалось во введении, оба автора ориентируются на *немедицинское* понятие душевного страдания, разрабатывая собственную терапевтическую альтернативу медицинскому подходу. Помимо каузального обоснования, соответствующего естественнонаучной парадигме медицинского знания, названный подход имеет

нормативный характер, т. е. исходит из некоторого представления о нормальности (адекватности/смысловой связности и т. д.), отступление от которой – в переживаниях, поведении – рассматривается как признак болезни, которая диагностируется по совокупности соответствующих «аномалий», или психических дефектов. Целью лечения в таком случае является возвращение к норме, понимаемое как восстановление адаптированности психики пациента к условиям повседневной жизни. Пациент (подверженный душевной болезни человек) выступает соответственно как *объект для применения определённого медицинского метода* (например, гипноза, с которого, как известно, и начинал Фрейд, отказавшись затем в пользу иных методов, более релевантных новому пониманию психической жизни). Точкой расхождения, точнее даже – точкой несогласия для обоих авторов становится как раз это объективирующее отношение к душевной жизни человека: душевное страдание – таков контртезис – не может быть объективированным «обрабатываемым» (от немецкого *Behandlung*) предметом, к которому нужно применить комплекс соответствующих лечебных мер – так, словно обхождение с психическим недугом может быть уподоблено выведению чернильного пятна.

На этот счёт у Киркегора есть совершенно примечательный анекдот о докторе. Человек, страдающий от страха вины и определяющий своё состояние как «устрашённая совесть», зовёт доктора. Тот прописывает своему пациенту: лёгкую диету, здоровый образ жизни, проветривание комнаты и т. п. – Человек возражает: это едва ли поможет в его случае – всё-таки устрашённая совесть... На что доктор отвечает: бросьте эту чушь! Подобные вещи больше не существуют. После чего он начинает горячо убеждать своего взволнованного пациента, что выставил бы вон любого из своих домохозяев, если бы тот заявил, что у него «устрашённая совесть», потому что в противном случае весь его дом очень скоро превратился бы в сумасшедший дом. Реакция пациента: но, доктор, сэр, разве же это не страх перед тем, что, как Вы сказали, не существует, – устрашённой совестью? Я склонен думать, что это именно она мстит за себя, когда кто-то хочет положить ей конец. Ваш страх – это действительно как месть!³

2) Всеобщий характер душевного страдания

Отказ от традиционного медицинского подхода прямо связан у обоих мыслителей с глубоко гуманистическим тезисом о том, что душевное страдание имеет *всеобщий*, или структурный, характер. Если, по утверждению Фрейда, все люди в той или иной степени невротичны, то, согласно Киркегору, жизнь каждого человека может быть истолкована с точки зрения симптоматики отчаяния – этой «неизлечимой болезни», которая характеризует сам способ человеческого бытия. В *Болезни к смерти* Киркегор описывает целую

³ Цит. по: Nordentoft K. *Kierkegaard's Psychology*. Pittsburgh, 1978. P. 353.

палитру симптомов (проявлений) отчаяния, среди которых: повышенная хлопотливость и деловитость, заикливание на объективной истине, любопытство, ложная беззаботность, ложное довольство жизнью, одержимость общительностью и предприимчивостью и др.

Гуманизм названного тезиса заключается в том, что в отсутствие предзаданного нормирующего разделения на больных и здоровых исключается возможность дискриминации больного как ущербного существа.⁴ Внимание к смысловому измерению жизни пациента ведёт к радикальной релятивизации самого разделения больной/здоровый. Психическое нарушение рассматривается, соответственно, не как аномалия, а как сгущение или более интенсивное проявление глубинного душевного страдания, которое у обоих авторов оказывается в буквальном смысле слова *неизбывным* в силу самой структуры психической жизни или структуры Самости.

3) Цель терапии

И Киркегор, и Фрейд исходят из того, что прояснение скрытого смысла душевного страдания (будь то невротические нарушения или же – излюбленный пример Киркегора – меланхолия) имеет скрытый смысл, предполагает глубинную трансформацию в самопонимании индивида, которая и наделяется терапевтическим эффектом. Терапия, таким образом, затрагивает человека в целом и адресована его способности к самопознанию. В этой связи оба автора абсолютно аналогичным образом определяют цель терапевтической коммуникации как *воспитание* (*Opdragelse/Erziehung*) индивида к более истинностному отношению к самому себе⁵, в результате которого – ещё один существенный общий момент – радикальным образом меняется отношение индивида к собственному прошлому, что находит выражение в соответствующих душевных движениях (раскаяние, примирение с вытесненным).

4) Базовая терапевтическая ситуация

В основе терапии лежит представление о симптомообразующей функции вытеснения как психического механизма, выполняющего защитную функцию. Терапия понимается как работа с вытесненным и с самим процессом вытеснения (Киркегор предпочитает говорить о подавлении и сокрытии). Решающая антициентистская интуиция, определяющая сам характер терапевтической

⁴ Ср.: «Сумасшедший всегда только реализует на свой лад человеческое существование» (Сартр Ж.-П. *Бытие и ничто: Опыт феноменологической онтологии*. М., 2000. С. 389).

⁵ См. соотв.: Kierkegaard S. *Den etiske og den etisk-religiøse Meddelelses Dialektik // S. Kierkegaards Papirer*. Bind 8, 2 halvbind. Kobenhavn 1968. В 82,12; Freud S. *Vorlesungen zu Einführung in die Psychoanalyse // Freud S. *Gesammelte Werke*. Bd XI. Frankfurt/M. S. 451.*

работы, касается при этом принципиальной *необъективируемости* динамики вытеснения. Именно невозможность объективировать динамику вытеснения превращает терапию в особое искусство межличностного отношения. Герменевтически ориентированная терапевтическая работа предполагает в этой связи: 1) сочетание персональной вовлечённости и методически продуманной дистанцированности (фрейдовскому правилу абстиненции соответствует здесь киркегоровское учение о косвенном сообщении); 2) выстраивание терапевтического «сеттинга», который располагает аналитанта к игре воображения (смещает акцент с фиксированного предметного содержания на открытость варьированию, с обладания – на движение в поле возможностей).⁶

5) Сцепление психического и социального

Процесс вытеснения протекает в индивиде постольку, поскольку он вовлечён в межличностные отношения и культурные практики. Соответственно, невротические симптомы, разные формы одержимости/зацикленности на чём-то и т. п. не формируются где-то «внутри» индивида, но являются конкретными способами его существования в мире, или, как говорит Фрейд, «техниками жизни»⁷. Сказанное предполагает такое сцепление, или органическое сращение индивидуально-психического и социального, которое позволяет рассматривать герменевтический психоанализ как способ выявления, с одной стороны, инкрустированности социальных структур и символов в психическую жизнь индивида, с другой стороны, аффективной нагруженности социальных структур и символов.

В этом сквозном истолковании психического и социального существует, однако, примечательная обратная пропорция: чем патологичнее случай (напр., тяжёлая форма меланхолии или навязчивые фобии), тем уже социальное поле и тем беднее культурный (символический) материал, с которым сцеплено психическое нарушение: герменевтический обзор сжимается до фокуса индивидуальной биографии. И наоборот: чем более будничными, распространёнными, «общепринятыми» являются эффекты вытеснения, тем шире затрагиваемый социокультурный контекст и тем в большей степени симптом может быть описан как социальное явление, черта времени. В психоанализе это касается, прежде всего, темы культуuroобразующей функции сублимации и агрессии. В экзистенциальном анализе – критики эпохи как эпохи нивелирования, торжества объективной истины, растворения в массе.⁸

⁶ Здесь было бы интересно проанализировать, насколько комплементарны между собой поэтическое измерение субъективной сферы у Киркегора и правило свободных ассоциаций у Фрейда.

⁷ Freud S. *Das Unbehagen in der Kultur* // Freud, GW, Bd. XIV, S. 443.

⁸ В другой своей работе я определила в этой связи практический смысл творчества Киркегора как *экзистенциальную реабилитацию современности*.

Все описанные выше моменты восходят, в конечном счёте, к общему видению субъекта в теоретическом наследии интересующих нас авторов. С ним же связана в первую очередь и заявленная в названии антиномичность герменевтического подхода в терапии, ибо новый образ субъекта, который вырисовывается в размышлениях Киркегора и Фрейда, сам характеризуется структурно обусловленной антиномичностью. Попытаемся разобраться с этим детальнее.

II. Понятие субъекта

Итак, для того чтобы выявить антиномии герменевтической психотерапии, необходимо прежде прояснить антиномичность самого понятия субъекта у Киркегора и Фрейда – понятия, которое – как это со всей однозначностью следует из их текстов – формируется в ходе последовательного критического размежевания с классическим концептом субъекта как субъекта сознания (у Киркегора наиболее философски репрезентативным текстом в этой связи является *Заключительное ненаучное послесловие к философским крохам*, у Фрейда – *Бессознательное*).

Суть критики у обоих авторов сводится к тому, что субъект не может быть отождествлён с субъектом репрезентации. Само понятие бессознательного появляется вследствие того, что, согласно традиционному представлению, субъект сознания и есть субъект репрезентации. Последняя является «осознанной» в том смысле, что она актуально дана (презентна) нашему сознанию, так что мы отдаём себе в ней отчёт. Другими словами, сознание означает сам факт бытия осознанным, «презентным» сознанию. Сознание – это поле феноменальности, явленности в сознании, данности через осознание как репрезентацию, где «ре» означает «возвращающую» отсылку к инстанции, способной осознавать данность (ре)презентируемого, включая, в итоге, и себя саму как деятельность репрезентации, так что исходным условием всякого познания выступает не что иное, как самоданность субъекта как субъекта репрезентации.

Убеждение в том, что бытие субъекта не сводится к этому «я репрезентирую себя для себя», в одинаковой мере лежит в основании и киркегоровской экзистенциальной критики декартового *cogito ergo sum*, и фрейдовского «прокладывания пути» в бессознательное. При этом в работах обоих авторов можно различить два взаимосвязанных аспекта в отслеживании несводимости бытия субъекта к его самоданности в качестве субъекта репрезентации: (1) предметный и (2) деятельностный. *Во-первых*, я не репрезен-

менности, понимая под этим трансформацию эпохи через экзистенциальное преобразование единичных индивидуумов; см.: Щитцова Т.В. *Memento nasci: Сообщество и генеративный опыт. Штудии по экзистенциальной антропологии*. Вильнюс, 2006. С. 144–202 (параграф «Майевтическое назначение экзистенциального сообщения: Киркегор»).

тирую для себя всё, что я есть, – в том смысле, что есть множество вещей, которые субъект не репрезентирует для себя (детские воспоминания, латентные желания). *Во-вторых, бытие* субъекта не сводится к деятельности репрезентации.

Коллапс субъекта репрезентации заявлен уже в самой постановке вопроса о скрытом смысле душевных страданий и самого поведения: смысл есть, но не дан – не явлен – сознанию, т. е. субъект не может его репрезентировать сам для себя. Тот факт, что мы тем не менее говорим здесь о смысле, предполагает, что в основе этого «не может» лежит нерепрезентируемое (уклоняющееся от репрезентации) «не хочет». Иными словами, в бытии субъекта есть такое измерение, где его активность характеризуется неосознаваемым *сопротивлением* репрезентирующему выявлению (доведению до осознанности). Как замечает в одной из своих работ Киркегор, если спросить меланхолика, что делает его таким меланхоличным, то он ответит: этого я не знаю. Вместе с тем непрояснённая смысла меланхолии для самого меланхолика не отменяет того решающего факта, что, впадая в меланхолию и оставаясь меланхоличным, он преследует определённый интерес.

Таким образом, драматизм психической жизни коренится именно в несамотождественности субъекта. Самотождественность – это свойство субъекта как субъекта репрезентации: совпадать с тем, что я для себя репрезентирую, – что и предполагает такие характеристики, как самопрозрачность и самообладание. Однако ни то, ни другое не может быть приписано меланхолику или же невротiku. Чтобы описать меланхоличного/невротичного субъекта, Киркегор и Фрейд, каждый на своём понятийном языке, разрабатывают новое – структурное – определение бытия личности/самости, которое размечает-размыкает поле для бытийной/психической динамики, предполагающей более сложное, многомерное, видение субъекта, согласно которому последний может страдать от собственных желаний, не будучи в состоянии их опознать. Предложенный ими структурно-функциональный подход даёт в результате богатейший анализ того, что в порядке метафоры можно было бы назвать «расслоением» субъекта, а именно – ускользания в разнообразные формы самообмана. Так, одной из центральных тем для Киркегора становится *отчаяние, которое не знает – не желает знать – о самом себе*. Вот лишь одно из его многочисленных описаний этого в корне *двусмысленного* состояния субъекта:

«...когда некто кажется счастливым и полагает себя таковым, на самом же деле, в свете истины, являясь несчастным, он весьма далёк от того, чтобы желать избавления от своей ошибки»⁹.

На языке Фрейда подобное самоускользание субъекта определяется как *бегство в невроз*. В обоих случаях речь идёт не о чём

⁹ Киркегор С. Болезнь к смерти // Киркегор С. *Страх и трепет*. М., 1993. С. 278.

ином, как об *активности субъекта*, скрытой от репрезентирующего сознания. Фрейд, как известно, вводит даже специальный термин для обозначения особого модуса активности субъекта в невротическом страдании – *агирование (Agieren)*.¹⁰ Невротик *агирует* переживания детства, вместо того чтобы их вспоминать. Если *per analogia* применить этот термин в поле экзистенциальной аналитики Киркегора, то мы сказали бы, что отчаивающийся, но не осознающий своего отчаяния индивид *агирует* условия собственного бытия, а именно: отчаянное положение своей самости.

Отдельным примером тематизации скрытой от осознания (репрезентации) активности субъекта является у обоих авторов анализ страха. Что касается Киркегора, то здесь имеется в виду его работа *Понятие страха*. В случае с Фрейдом ситуация более сложная. Как известно, на протяжении своего творчества он развивал две разные теории страха. Первая, более ранняя, предлагает каузальное, психофизиологическое обоснование этого феномена: страх объясняется как результат вытеснения либидо. Вторая же, более поздняя, теория набрасывает принципиально иную концептуальную рамку: страх хотя и рассматривается как феномен, который вызывается к жизни базовой травматической ситуацией (рождение, отделение от матери), однако же при этом он помещается в динамический контекст психической жизни Я/Самости как *неутихающий* мотив для формирования соответствующих симптомов, призванных, в свою очередь, защищать против генерирования страха. Намеченная здесь круговая структура (недопустимая в логике каузальности, для которой «круг в обосновании» – это приговор) указывает как раз на общую и абсолютно революционную интуицию обоих мыслителей: *само Я, или самость, и есть «инстанция» (структура), которая производит страх*. То есть она *есть*, осуществляется таким образом, что страх является её конститутивным элементом. Так понятый страх – это уже не локализуемая боязнь чего-то определённого, а всегда страх «наперёд» и страх, не знающий собственной причины. Словно пересказывая Киркегора, Фрейд пишет: страху «присущ характер *неопределённости и отсутствия объекта*»¹¹.

Сказанное позволяет нам теперь распознать глубокую *антиномичность образа субъекта* в психоанализе (идёт ли речь о либидинальной или же экзистенциальной версии последнего). С одной стороны, невротичный субъект, субъект, генерирующий страх, имеет иную структуру (бытийную конституцию), нежели субъект репрезентации. С другой стороны, цель герменевтической психотерапии – выявление скрытого смысла, т. е. его феноменализация: приведение к осознанию, к актуальности репрезентации того, что раньше протекало бессознательно, и в этой связи – формирование способности критической саморефлексии. Возникает вопрос: как

¹⁰ Freud S. *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten* // Freud, GW, Bd X, S. 129 ff.

¹¹ Freud S. *Hemmung, Symptom und Angst* // [Electronic resource] Mode of access: <http://www.psychanalyse.lu/Freud/FreudHSA.pdf>, p. 45.

можно делать ставку на терапевтический эффект репрезентации применительно к субъекту, который потому и подвержен определённым страданиям, что его бытие не схватывается репрезентационной моделью? Это противоречие не раз служило основанием для критики фрейдовской концепции бессознательного. М. Анри резюмирует суть этой критики в предельно лаконичном приговоре: «концепция психоаналитической терапии основывается на метафизике репрезентации»¹². Действительно, если бессознательное понимается как нечто, что может и должно быть осознано, то это означает, что скрытым образом оно изначально гомогенно с репрезентацией. С этим вполне коррелирует та линия критики Фрейда, которая указывает на происходящее у него *овеществление* бессознательного в некое наличное нечто в душе.¹³

И всё же можно попытаться взглянуть по-иному на отмеченную антиномию. В ней можно усмотреть особую эвристичность, если «прочитать» её как указание на то, что терапия имеет дело с *отношением* между репрезентацией и *нерепрезентируемым* (не в смысле «пока ещё не репрезентированным», а именно сущностно не репрезентируемым), а точнее: с отношением между способностью субъекта к репрезентации (феноменализации), с одной стороны, и бытием субъекта как «антисущностью репрезентации» (М. Анри) – с другой. Разумеется, подобная реабилитация, казалось бы, тупиковой концептуальной антиномии психоанализа возможна только в том случае, если она основывается на таком понимании бессознательного, при котором последнее мыслится как исполнение самообмана, имеющее интенциональный горизонт, не сводимый к детерминированности травматичным детским опытом. Такого рода понимание в большей степени прорисовывается у Киркегора, нежели у Фрейда, рассуждения которого во многом остаются в русле каузально-детерминистского мышления. Однако же и Фрейд приближается к экзистенциальному пониманию бессознательного, когда фиксирует примечательную двуаспектность смысла невротического симптома: у последнего, согласно фрейдовской формулировке, есть одновременно «его *откуда* и его *куда* или *к-чему*, то есть впечатления и переживания, из которых он исходит, и намерения, которым он служит»¹⁴. Другими словами, невротический симптом имеет одновременно каузально-исторический смысл и интенциональный смысл, который как раз и открывает перспективу для своего рода экзистенциальной «ревизии» либидинального психоанализа.¹⁵

¹² Henry M. The Critique of the Subject // E. Cadava, P. Connor, J.-L. Nancy (eds.) *Who Comes after the Subject?* New York/London, 1991. P. 164.

¹³ См., напр.: Längle A., Holzhey-Kunz A. *Existenzanalyse und Daseinsanalyse*. Wien, 2008. S. 279 f.

¹⁴ Freud, *Vorlesungen zu Einführung in die Psychoanalyse*, op. cit., S. 294.

¹⁵ См. подробный анализ этого вопроса у Алисы Хольцхей-Кунц: Längle, Holzhey-Kunz, op. cit., S. 277 ff.

Но вернёмся к нашему предложению позитивно-эвристического истолкования антиномичности образа субъекта в герменевтическом психоанализе. Исходя из обозначенной выше новой позиции (оптики) – что терапия имеет дело с отношением между способностью субъекта к репрезентации, с одной стороны, и бытием субъекта как сущностно не репрезентируемым, с другой, – мы и можем теперь обозначить соответствующие антиномии самой терапевтической работы.

III. Антиномии герменевтической психотерапии

Антиномия первая:

аналитик нацелен и не нацелен на излечение.

Условием возможности терапевтического эффекта встречи/разговора является воздержание терапевта (в каждом конкретном действии, которое он предпринимает) от прямого намерения *лечить*. Его ведущей заботой должно быть содействие эвристичности разговора, а не лечение как таковое. Можно сказать, что излечение как цель суспендируется – в том смысле, что оно имеется в виду лишь косвенно (в полном соответствии с принципами косвенного сообщения Киркегора).

Антиномия вторая:

профессиональные знания психотерапевта имеют и не имеют значения.

С объективной точки зрения ожидание терапевтического эффекта основывается на такой предпосылке, как когнитивная асимметрия аналитика и анализанта: «первый знает о природе страдания второго больше». При этом профессиональная компетентность («превосходство») психолога не является всё же ни достаточным, ни даже необходимым гарантом успеха терапии. Она не является достаточным условием, поскольку знание/понимание со стороны психотерапевта не имеет *никакой* силы без соответствующего субъективного акта со стороны клиента (как писал Киркегор: «как только меланхолик понимает себя в своей меланхолии, она *устраняется*»). В отличие от медицины, где спасает именно компетентность врача (его способность правильно и вовремя диагностировать болезнь и назначить соответствующее лечение), в герменевтической (гуманистической) психотерапии профессиональная компетентность психолога сама по себе *бессильна*. Она, как уже отмечалось, не является даже (минимально) необходимым условием для достижения терапевтического эффекта, поскольку таковой может последовать в результате определённого стечения обстоятельств, не включающего в себя вмешательство «специалиста», т. е. в результате спонтанного формирования действенного терапевтического «сеттинга». Классический пример тому – избавление от душевных страданий Ивана Ильича из известного рассказа (*Смерть Ивана Ильича*) Толстого (ведь этот рассказ посвящён не столько физическим, сколько душевным страданиям героя: перед лицом

приближающейся смерти он мучается тем, что всё в его жизни было «не то», сама жизнь прожита «не так, как надо»).

Антиномия третья:

психоаналитическое толкование содержит в себе элемент насильственности – и всё же оно не должно восприниматься пациентом как насилие (давление).

Данная антиномия указывает как раз на то, что психоанализ – и прежде всего такая его часть, как *проработка сопротивления*, – это вопрос не столько знания, сколько особого рода искусства (особой «техники»), ибо речь идёт о том, чтобы, как говорил Киркегор, «обманом завлечь в истину».

Антиномия четвёртая:

терапия имеет характер манипулирования и при этом «держится не в измерении господства» (П. Рикёр).

Работу терапевта можно сравнить с режиссурой или «художественной наводкой», исключающей прямые наставления. Терапевт «ведёт», но при этом ничего не диктует. Одним из его тактических приёмов должно быть умелое подыгрывание пациенту, призванное помешать сопротивлению привести к тому, что человек *неосознанно для себя ускользнет-соскользнет* в новую форму самообмана. Другими словами, терапевт и сам в определённом смысле должен быть «ведомым» – *уметь* быть ведомым, что до всяких специальных знаний предполагает особую экзистенциальную настроенность: открытость *связывающей* двоих и *непредсказуемой* в своём течении терапевтической ситуации; открытость тому, чтобы быть задетым Другим и должным образом отозваться на эту задетость.

Антиномия пятая:

несмотря на распределение ролей «терапевт – пациент», цель терапии («воспитание к истине по отношению к самому себе») в равной степени затрагивает и самого терапевта на весь период терапевтических отношений.

Из этой антиномии следует, что успех терапии зависит не только от профессиональных знаний аналитика, но и от выполнения им самим определённой субъективной (саморефлексивной) установки, – что не позволяет рассматривать его как незаинтересованного, «нейтрального» наблюдателя. Быть *постоянно* озабоченным тем, чтобы придерживаться правила абстиненции (как у Фрейда) или же правила косвенности (как у Киркегора), – это говорит о напряжённейшей личной вовлечённости в терапевтическую ситуацию, в событие встречи. Выполнение этих правил и есть для терапевта основной способ засвидетельствования того, что указанная выше терапевтическая цель признаётся и проживается им самим.

Заключение

Не трудно увидеть, что описанные выше антиномии должны иметь своим следствием проблемы с социальной и, в особенности, с научной легитимацией герменевтически ориентированной

терапии. Если оценивать её в соответствии с традиционными критериями научности, то как терапия (т. е. деятельность, нацеленная на достижение целительного эффекта) герменевтический психоанализ не гарантирован вдвойне: *во-первых*, он зависит от субъективного действия самого пациента, которое, не находясь в каузальной связи с действиями терапевта, является тем не менее единственным индикатором эффективности его работы как специалиста; *во-вторых*, излечение как цель фактически препоручено здесь «счастливному стечению обстоятельств», т. е. непросчитываемому ходу вещей: избавление от страдания (всё равно, мыслим ли мы его процессуально или же как стремительный инсайт) – это не ожидаемый итог цепочки запланированных мер, а именно *событие* – то, что происходит во время или при посредничестве «сеанса» и в равной степени является своего рода «откровением» как для пациента, так и для терапевта – что значит: не находится в их распоряжении, *случается с ними*.

Реалии сегодняшнего дня таковы, что представителям герменевтической (гуманистической) традиции становится всё труднее сохранять за собой институциональные позиции – прежде всего там, где речь идёт о санкционируемых государством образовательных программах и лечебных услугах. Поскольку причина подобной маргинализации всё та же – отсутствие объективно удостоверяемого метода, – то нельзя не разглядеть здесь *в качестве знака времени* противостояние двух идеологий, преимуществом в котором с поразительной стабильностью и напором пользуется та, которая делает ставку на эффективность методов, основанных на объективирующем (соотв. исчисляющем) отношении к душевной жизни (от психометрии до психофармакологии). Такое положение дел является дополнительным аргументом в пользу того, чтобы расценивать как крайнюю недалёковидность продолжающееся «выстраивание баррикад» между теми направлениями в психологии/психотерапии, которые, как было показано выше, развивались как исполнение одного и то же программного замысла – герменевтического психоанализа.

Мы видели, что в плане своих философских импликаций эта антисциентистская программа предполагала разработку принципиально нового видения субъекта. В этой связи приведённые в последнем параграфе антиномии должны рассматриваться как структурные характеристики терапевтической работы, которые указывают на то, что она имеет дело *не* с субъектом репрезентации. Основу и интригу психоаналитического толкования составляет искусное удержание-наведение связи между осуществляемой посредством языка феноменализацией и тем, что уклоняется от таковой. Здесь важно зафиксировать несоответствие с классической программой Просвещения, которая адресована как раз субъекту репрезентации. Герменевтический психоанализ был бы невозможен без способности субъекта к саморефлексии и выявляющей репрезентации, однако же принципиальное понимание субъекта,

из которого он исходит, предполагает, что искусство этого типа психотерапии заключается не в толковании как таковом, а в использовании герменевтики как *негативного метода*, т. е. в выстраивании толкования таким образом, чтобы оно отсылало к *агерменевтическому* – шло по следу субъекта, который в своём бытии не схватывается никакой языковой феноменализацией (языковым смысловывявлением и смыслопредъявлением), не говоря уже об «объективных» таблицах с разнообразными тестовыми/статистическими данными.

То, что мы абстрагировались в этом тексте от хрестоматийного противопоставления экзистенциального и либидинального психоанализов, в своё время лаконично обозначенного ещё Ясперсом¹⁶, не означает, что мы полагаем, что такого рода различие можно проигнорировать. Вопрос в том, что с ним делать или как к нему относиться? Можно как прежде – подчиняясь едва ли всегда осознаваемой зомбированности метафизическим дуализмом (духовное/телесное, высшее/низшее) – продлевать многовековое господство такового, окопавшись по одну из сторон баррикад. Но если проговоренная здесь идея общего замысла, связывающего обе эти версии психоанализа, заслуживает внимания, то первое, что необходимо сделать – это как раз пересмотреть исторически сложившийся дуализм в герменевтическом психоанализе как метафизический атавизм, препятствующий полноценной реализации и осмыслению этой новой психотерапевтической парадигмы.¹⁷ Другими словами, необходимо снова взглянуть на психоанализ не как на традицию (тогда мы имеем как раз два лагеря, которые развиваются параллельно и в строгой конфронтации друг к другу), а как на *новую* программу, разработка которой могла бы начаться с совместной критики концептуальных ограничений, присущих *каждой* из сторон.

¹⁶ Опознавая определённое родство Киркегора с Фрейдом в вопросе, касающемся динамики вытеснения, Ясперс предупреждает, что «при всей аналогии ... оттеснённые силы у Фрейда являются ... самыми низшими (сексуальными), у Киркегора – самыми высшими (желание личности стать прозрачной для себя)»; см.: Ясперс К. Реферат по Киркегору // *Топос*. 2002. № 2(7). С. 56.

¹⁷ На мой взгляд, попытка А. Хольцхей-Кунц (см. цитированную выше работу) уйти от традиционного противопоставления экзистенциально-феноменологического и классического психоаналитического подходов не достигает как раз необходимой радикальности в плане преодоления дуализма, потому что она лишь предлагает обновлённую версию такового, а именно различение сексуального и онтологического смыслов невроза. Её тезис заключается в том, что фрейдовский психоанализ и *Dasein*-анализ (опирающийся на фундаментальную онтологию Хайдеггера) работают на двух разных уровнях. Говоря ещё точнее, она предлагает рассматривать *Dasein*-анализ как *ответвление* психоанализа, которое *дополняет и углубляет* фрейдовский психоанализ обращением к онтологическому (а не только сексуальному) смыслу неврозов.