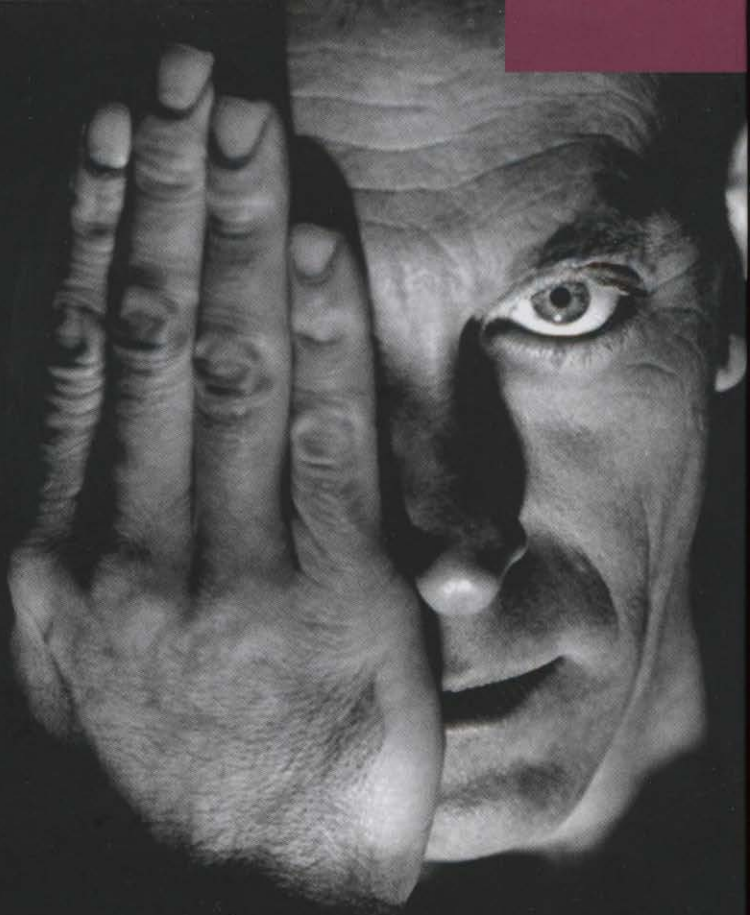
ПСИХОАНАЛИЗ

Гарри Гантрип



Шизоидные явления, *объектные отношения и самость*

Современный психоанализ: теория и практика

Harry Guntrip

SCHIZOID PHENOMENA OBJECT-RELATIONS AND THE SELF

INTERNATIONAL UNIVERSITIES PRESS, INC.
New York
1969

Российская Академия Наук
Институт Философии

Гарри Гантрип

ШИЗОИДНЫЕ ЯВЛЕНИЯ, ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ И САМОСТЬ

ИОИ
Москва
2010

УДК 615.8
ББК 53.57
Г 41

Гантрип Г. Шизоидные явления, объектные отношения и самость /Пер. с англ. Старовойтов В.В. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2010 – 672 с.

В данной книге представлено описание клинической картины шизоидной личности и ее проблем. Автором предпринимается попытка понимания природы и причин первичной неудачи развития эго и возникающих в связи с этим терапевтических затруднений при лечении шизоидных пациентов. По мнению Гарри Гантрипа, возрождение и повторный рост утраченной живой основы личности становится основной проблемой психотерапии, потому что психотерапевты имеют дело с людьми, которые, сколь бы тщательно они ни обучались взрослым социальным и моральным обязательствам и ценностям на сознательном уровне их личности, не способны удерживаться на этом уровне, потому что лежащие в основе бессознательные пласты их личностей находятся на доморальном уровне инфантильного страха, эго-слабости и бегства от жизни. Рекомендуется всем страждущим душевного здоровья и всем желающим помогать в этом, а также тем, кому интересны вопросы бытия и смысла жизни.

Литературный редактор Степина Н.А.

ISBN 978-5-88230-251-0

© Старовойтов В.В., перевод, 2010
© Институт общегуманитарных исследований, 2010

Внутри нас лежит огромная неизведанная страна, которую следует принимать в расчет при объяснении наших взрывов чувств и штормов.

Джордж Элиот, Дэниэл Деронда, с.206

Психоанализу может быть предназначено вывести психиатрию из тупика терапевтического нигилизма.

Карл Абрахам,
Избранные труды по психоанализу, с.156)

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

В начале книги я хочу высказать слова благодарности Фэйрберну и Винникотту, а также Диксу, профессору психиатрии в Лидсе. Мне также приятно выразить свою признательность преемникам Дикса на посту декана факультета психиатрии Лидского университета. Профессора МакКэлмэн, Харгривз и Хамильтон предоставили мне свободу в проведении долгосрочного исследования в области психоаналитически ориентированной психотерапии. Значительная часть используемого в книге материала была собрана в ходе клинической работы на этом факультете. Мне хотелось бы также поблагодарить д-ра Дж.Д. Сазерленда и м-ра Масуда Р. Кана, которые на разных стадиях работы читали и высказывали свои комментарии по поводу глав, ранее опубликованных в журналах, и новых глав, и выражали мне свою поддержку.

Я особенно благодарен мисс А. Хатчинсон, секретарю редактора международной психоаналитической библиотеки, за внимательное прочтение моей рукописи и подготовку ее к изданию. И, наконец, я использую данную возможность для благодарности моей жене за помощь в чтении корректуры.

ВВЕДЕНИЕ

Эта книга является результатом и продолжением моего исследования различных направлений в психоаналитической теории, в результате которого была написана книга *Структура личности и человеческое взаимодействие* (Хогарт Пресс, 1961). Вышеназванная книга дала теоретическую базу для изучения шизоидных состояний. Первоначально данная книга планировалась как исследование клинического материала для психотерапевтического лечения при сдвиге акцента с депрессивных к шизоидным проблемам, однако ее результатом стало более полное развитие базисной теории. В ней я пытался заново продумать и связать материал своих статей, написанных с 1960-го года и далее, со свежими клиническими данными. Комплексное исследование, теоретическое и клиническое, убедило меня в том, что в настоящее время психоанализу суждено произвести радикальное изменение точки зрения, с которой должны исследоваться все человеческие проблемы. Ранее преобладала *моральная точка зрения:* потребность контроля антисоциальных импульсов и выработки должным образом социализированных характеров посредством обучения и дисциплины, образования и религии, директивного руководства и главенства «разума» и ценности духовной жизни. *Эта моральная точка зрения релевантна там, где существует хорошо развитая и интегрированная «самость», где базисная сила эго делает «человека» способным к принятию моральной ответственности и к социальному обучению.*

Когда Фрейд в 1880-х гг. начал изучать психоневроз с точки зрения психологии и постепенно создал психоанализ, он понял, что сталкивается с проблемами, которые одновременно вовлекают в свою орбиту как воп-

росы морального характера, так и болезнь. С тех пор не прекращаются сомнения, где и как их разграничивать. Эта проблема недвусмысленно выражалась вопросом: «Действительно ли больны невротики или же они эгоистичны?» Начав с изучения истерии, психоанализ в свой первый великий творческий период детально проанализировал моральный и псевдоморальный (или патологически моральный) уровень человеческого опыта, область контроля сексуальных импульсов и агрессии, направленных антисоциально, порождающих вину и приводящих к обсессивному неврозу и депрессии.

Однако сам успех Фрейда в решении этой задачи открыл путь к более глубокому и более примитивному уровню нашей психической жизни, обозначаемому термином «шизоидная проблема». Эта проблема еще далеко не окончательно изучена, однако ясно, что она включает в себя фундаментально иную точку зрения, отличную от морального подхода. Предположение, что индивид обладает достаточной силой, чтобы быть в состоянии отвечать на зов моральных ценностей, а его характер поддается обучению и тренировке, не объясняет те затруднения, которые мы видим у шизоидных индивидов, так как они находятся в совершенно иной ситуации. Здесь мы сталкиваемся с огромной проблемой, состоящей в том, что основы для роста адекватной «самости» отсутствовали в младенчестве. Мы имеем дело с индивидами, которые, сколь бы тщательно ни обучались «взрослым» социальным и моральным обязательствам и ценностям на сознательном уровне их личности в повседневной жизни, неспособны удерживаться на этом уровне, потому что бессознательные пласты их личности находятся на доморальном уровне инфантильного страха, эго-слабости и бегства от жизни.

Мне повезло, что на последнем курсе обучения я впервые познакомился с психоанализом в классе профессора Флюгеля в Университетском колледже Лондона и смог

понять, что именно здесь осуществился пионерский прорыв в изучении человека. И в это же время изучал направления философии и теологии, в которых основной акцент был сделан на природе и значимости личности как «целого», человек рассматривался главным образом как «личность» и лишь затем как «организм». Дни викторианского «научного материализма» в *философии* были в прошлом. Однако акцент Фрейда на влечениях и механизмах и заметно выраженный физикалистский аспект его подхода породили научную теорию, которую Фэйрберн позднее назвал «атомистической». Впоследствии этот метод исследования был назван «психоанализом». Во всем этом, как мне казалось, отсутствовал главный ключ к человеческим проблемам, потому что исследование не начиналось с *основного — а именно, с восприятия человеком себя в качестве значимого и осмысленного «целого», которое мы называем «личностью»*.

С тех пор психоанализ последовательно изменялся в этом направлении, но не отошел от фрейдовского подхода. Не было никакого другого подхода, способного к глубинному и детальному обнаружению того, что же в действительности происходит в человеческой психике. В течение длительного времени две вышеупомянутые точки зрения определяли мое мышление. Я не считал, что Адлер с его акцентом на «воле к власти» со стороны эго или даже Юнг с его теорией «индивидуации» способствовали адекватному примирению этих двух различных подходов к человеку. Мне казалось, что Фрейд пошел по верному пути и что лишь при движении в этом направлении может быть найден ответ на данный вопрос. В настоящее время очевидно, что подход к человеку как к «целостной личности», т.е. эго-психология, вырос из первоначального психобиологического подхода Фрейда и что сам Фрейд дал первый толчок этому направлению. Последствия такого развития для психотерапии, а также для философии и этики, нуждаются в прояснении. Дан-

ная книга является попыткой представить мои мысли по данному вопросу, которые расширяют пределы достигнутого в моей предыдущей книге.

Один из вопросов общего характера состоит в том, что в настоящее время у нас есть способы ясной и простой дифференциации между психическим заболеванием и моральным падением. Психическое заболевание проистекает от разрушительных воздействий раннего страха и базисной слабости эго, с последующей неспособностью справляться с жизнью каким-либо иным образом, помимо опасного состояния тревожности. Теоретически аморальное поведение имеет место у достаточно стабильного индивида, раннее воспитание которого снабдило его плохими ценностями и стандартами поведения или же последующие жизненные переживания вызвали ослабление чувства ответственности по отношению к другим людям и поворот к заботе о себе и своих интересах. Он не обязательно является человеком, снедаемым глубоко укоренившимися страхами. Однако мы вынуждены признать, что слишком часто незрелость развития и глубоко укорененные страхи являются скрытыми и от них защищаются путем принятия аморального и даже криминального образа жизни. Поэтому эти два компонента по-прежнему трудно разграничить; хотя с открытием шизоидной проблемы мы можем лучше их увидеть. Различие между заболеванием и аморальностью становится ясным, если мы воспользуемся точкой зрения Винникотта, что бесполезно внушать «принципы, в которые следует верить», если ребенок не развил «способность к вере», через веру в человеческую любовь.

Мне остается выразить особую признательность В.Р.Д. Фэйрберну и Д.В. Винникотту. Их работа, вместе с материалом, предоставляемым моими пациентами, послужила основным стимулом для моего мышления, результатом которого стала эта книга. Если она поможет направить внимание на данную базисную проблему пси-

хотерапии, то она достигнет своей цели. До настоящего времени, хотя психоанализ добился более значительных терапевтических результатов, чем это склонны допускать его критики, сами аналитики никогда не были ими удовлетворены. Они никогда не учили, что психоанализ приносит быстрые и легко достижимые результаты. Тем временем, однако, психодинамическое исследование продвигалось вперед шаг за шагом, к центральной проблеме неудачи формирования сильного эго в раннем младенчестве, сохранения наполненной страхом и изолированной (или регрессировавшей) инфантильной «самости» в глубинах бессознательного, и даже к нереализованным потенциальным возможностям личности, о которых никогда не вспоминалось. *Возрождение и повторный рост утраченной живой основы личности является основной проблемой психотерапии – проблемы, которая решается в настоящее время.*

В первой части данной книги я представляю описание клинической картины шизоидной личности и ее проблем с минимальным теоретическим обсуждением. Часть вторая может рассматриваться как продолжение и завершение моей книги 1961 года. В ней развиваются теоретические осмысление проблем шизоидной личности. В третьей части делается попытка понимания природы и причин первичной неудачи развития эго, которая подводит к четвертой части, где я попытался исследовать влияние этого вопроса на психотерапию. Необходимость отчетливо показать, что психодинамическая теория вышла за пределы первоначальной классической теории контроля со стороны суперэго, вины и депрессии, подтверждается тем, что авторы недавно вышедших книг, по-видимому, совершенно не знают об этом. Я недавно получил информацию о двух книгах, опубликованных в Америке. В «*Психоаналитической теории мотивации*» Уолтера Томана (адъюнкт-профессор, университет Брандеса) основное содержание книги, представленное в

«Концептуальном введении», излагается следующим образом: «Психологические силы; контроль желаний, производные желания... депривация желаний; защитные механизмы; агрессия; суперэго». Здесь представлена старая «моральная психология», но при этом нет ни малейшего намека, что порождающие тревогу базисные конфликты у людей связаны не с «удовлетворением желаний», а с пугающей борьбой за сохранение собственного существования в качестве подлинных индивидов. Книга О. Хобарта Моурера «*Кризис в психиатрии и религии*» (профессор, занимающийся только исследовательской работой, университет Иллинойса) анонсируется издателями следующим образом:

> «Автор провел глубокое исследование причин неудач как религии, так и профессиональной психиатрии в их попытках трактовки проблем психических и эмоциональных расстройств. Он утверждает, что вина, которая лежит в основе психологического дистресса, является реальной и должна приниматься как таковая, для того чтобы какая-либо терапия достигала благотворных результатов».

Конечно, вина является реальным переживанием и должна приниматься в расчет, и не будет достигнуто никакого терапевтического результата, если не будет прояснено чувство вины. Однако я надеюсь, что в данной книге будет убедительно опровергнута идея о том, что «вина лежит в основе психологического дистресса». *Патологическая вина* является, как мы увидим, борьбой за сохранение объектных отношений, защитой от дезинтеграции эго и таким состоянием психики, которое предпочтительнее разрушения непреодолимыми страхами. Ядром психологического дистресса является просто элементарный страх, безотносительно к тому, в какой мере

он трансформируется в вину: страх приносит с собой чувство слабости и неспособности справляться с жизнью; страх овладевает психикой до такой степени, что не может начаться «переживание эго». Как писал Х.В. Дикс еще в 1939 году,

> «...каждый пациент с психическим заболеванием был более напуган, чем он мог это выдержать, когда был ребенком, и дефекты в его психической структуре представляют собой храбрые попытки смягчить это непереносимое чувство посредством неадекватных средств, находящихся в его распоряжении» (*Клинические исследования в психопатологии*, с. 234).

Я рад подтвердить здесь, что именно профессор психиатрии Дикс в 1946 г. познакомил меня с работой Фэйрберна, увлек психотерапевтической деятельностью, и своим широким взглядом на психиатрические проблемы в большей мере повлиял на направление моего мышления, чем я мог понять в то время. Его акцент на человеческой природе как «личности» подкрепил мое предшествующее обучение «философии человеческих отношений» у профессора Джона Мамюррея и подготовил меня к пониманию теоретической и клинической работы Фэйрберна и Винникотта. Теоретические результаты этой деятельности кратко изложены на с. 418-434 книги «*Структура личности и человеческое взаимодействие*».

Данная книга, как упоминалось выше, основана на сериях статей, в которых я продолжаю исследование импликаций вышеописанных идей для психотерапии, на основе собранного мною клинического материала. Первой из них была статья «Слабость эго и сущность проблемы психотерапии» (1960), за которой последовали «Шизо-

идная проблема, регрессия и борьба за сохранение эго» (1961), «Маниакально-депрессивная проблема в свете шизоидного процесса» (1962), «Шизоидный компромисс и психотерапевтический тупик» (1962) и «Психодинамическая теория и проблема психотерапии» (1963). Такой порядок представляет скорее хронологическое, нежели логическое развитие идей. Теперь я считаю, что будет лучше по-новому организовать этот материал в попытке логической презентации темы шизоидной проблемы и психотерапии. Материал вышеупомянутых статей будет поэтому использован в измененном виде в данной книге и, как я надеюсь, подходящим образом. Это ведет к некоторым повторам, которых не было бы, если бы я написал книгу *заново*, и к чему, я надеюсь, читатель сможет отнестись снисходительно. То, что получилось, по моему мнению, более полезно, чем просто сборник статей.

Этот результат убедил меня в том, что теперь необходимо прояснить «теорию объектных отношений» и «концепцию психодинамической науки», которую она подразумевает, выходя за пределы моей книги 1961 года, в свете трудов Винникотта за последние десять лет; а также тщательно сравнивая различные типы «эго-теории», разработанные соответственно Хайнцем Хартманном и сторонниками теории «объектных отношений». Хотя это, в действительности, достаточно большая тема, которая могла бы составить отдельную книгу, она тоже не может не затрагиваться и рассматривается в пятой части данной книги.

ЧАСТЬ 1

КЛИНИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ ШИЗОИДНОЙ ЛИЧНОСТИ

I. ШИЗОИДНАЯ ЛИЧНОСТЬ И ВНЕШНИЙ МИР[1]

Мой интерес к проблемам шизоидной личности существенно возрос в 1948 году, когда изучение работ В.Р.Д. Фэйрберна, стимулирующих мое развитие, совпало с поступлением в клиническое отделение Лидского факультета психиатрии ряда заметно выраженных шизоидных пациентов. Я более подробно описал эту ситуацию в четвертой главе. Первым результатом стало мое исследование созданной Фэйрберном теории реакции шизоидной личности на клиническом материале и в ходе моего анализа у Фэйрберна. Данное исследование является естественной отправной точкой всего научного изыскания.

Состояние шизоидной личности

Картина запертого индивида

Психотерапевта должны серьезно беспокоить те состояния психики, в которых пациенты становятся эмоционально недоступными, когда пациент присутствует физически, но не психически. Одна пациентка сказала: «Мне кажется, что меня здесь нет», — как если бы пришло ее тело, но сама она при этом отсутствовала. Она описала аналогичное состояние, испытанное во время прогулки со знакомым молодым человеком. Тогда она тоже почувствовала усталость, подавленность, неспособность вести беседу и прокомментировала это следующим образом: «Я испытала состояние, аналогичное тому, когда я пришла сюда: мне казалось, что меня здесь нет». Ее реакция на еду была похожей. Она предвкушала прием вкусной пищи, но

---

[1] Эта глава является переработанной версией статьи «Исследование в теории Фэйрберна реакций шизоидной личности», *Brit.J. med. Psychol.*, 25 (1952).

когда начинала есть, то чувствовала потерю аппетита, как если бы она не имела с едой ничего общего.

Одной пациентке приснилось:

«Мой муж и я пришли вас навестить, и он объяснил мне, что меня здесь нет, так как меня перед этим уже положили в больницу».

Жалобы на чувство отрезанности, запертости, несоприкасаемости, отчужденности или необычности, когда вещи не находятся в фокусе внимания или кажутся нереальными, когда нет чувства единения с другими людьми, или на жизненную опустошенность, с падением интереса, когда все кажется тщетным и бессмысленным, все они различным образом описывают данное состояние психики. Пациенты обычно называют его «депрессией», но оно лишено тяжелого, мрачного внутреннего чувства скорби, гнева и вины, которые нетрудно различить в классической депрессии. Депрессия, в действительности, чаще направлена вовне и связана с невозможностью выразить свой гнев по поводу внешних объектов. Вышеописанные состояния скорее представляют собой «шизоидные состояния». Они явно интровертированы. Депрессия связана с объектами. Шизоидная личность отказалась от объектов, хотя все еще нуждается в них.

Внешние связи, по всей видимости, опустошаются массивным отводом реальной либидинальной самости, нашего либидинального интереса, от внешнего мира. Эффективная психическая деятельность исчезает в скрытом внутреннем мире; сознательное эго пациента лишается витального чувства и действия, и становится как бы нереальным. Вы можете улавливать проблески интенсивной деятельности, совершающейся во внутреннем мире, через сновидения и фантазии, однако сознательное эго пациента просто сообщает об этих явлениях, как если бы оно было нейтральным наблюдателем, лично

не вовлеченным в эту внутреннюю драму. Отношение к внешнему миру точно такое же: *невовлеченность и отчужденное наблюдение без какого-либо чувства*, как если бы газетный репортер описывал событие, которое ему лично неинтересно и вызывает скуку. Такая деятельность может казаться механической. Когда развивается шизоидное состояние, сознательное эго, по-видимому, находится в состоянии бесчувствия между двумя мирами, внутренним и внешним, и не имеет каких-либо реальных взаимоотношений ни с одним из них. Оно диктует эмоциональное бездействие на основании собственной невовлеченности в эффективную деятельность.

Эти шизоидные состояния могут чередоваться с депрессией и временами с ней смешиваться, так что проявляются как шизоидные, так и депрессивные признаки. Они бывают разных степеней интенсивности, варьируя от скоропреходящих настроений во время сессии до состояний, которые продолжаются в течение длительного периода времени, что демонстрирует специфические шизоидные черты.

Пример пациентки, описывающей себя как пребывающую в депрессии, когда она в действительности была шизоидом, может быть здесь полезен. Она начала сессию следующими словами: «Я нахожусь в крайней депрессии. Я просто сижу и не могу встать с кресла. Будущее пусто, я не вижу в нем никакой цели. Я чувствую ужасную скуку и хочу больших изменений. Я чувствую безнадежность, покорность, отсутствие выхода, тупик. Хотелось бы мне знать, как я смогу передвигаться и справлюсь с данным состоянием». (Аналитик: «Ваше решение состоит в том, чтобы все заглушить, ничего не чувствовать, отказаться от любых реальных эмоциональных взаимоотношений с людьми и просто механически “делать дела”, быть роботом».) Ее реакция ясно высветила шизоидную черту: «Да, мне все безразлично, я ничего не замечаю. Затем я чувствую тревогу, поняв, что так себя вести опасно. Если я не

заставляю себя что-либо делать, то просто сижу, не испытывая ни тревоги, ни какой-либо заинтересованности». (Аналитик: «Таковы ваши реакции и в ходе анализа по отношению ко мне: не поддаваться воздействию, не быть чем-либо взволнованной, не реагировать на меня».) Ее ответ: «Если бы я что-либо испытывала, то ощутила бы крайнее раздражение в ваш адрес. Я ненавижу вас и питаю к вам отвращение за то, что вы заставляете меня переживать подобные чувства. Чем более я втягиваюсь в отношения с вами, тем большей дурой, которой наносят тайный вред, я себя чувствую».

Простой факт присутствия аналитика как другого человека, с которым ей приходилось быть эмоционально искренней, т.е. выражать то, что она действительно чувствовала, вызвал у нее эмоциональный кризис, с которым она могла справиться, лишь *уничтожив данные взаимоотношения*. Поэтому ее главной защитой от тревоги было решение не вступать в эмоциональный контакт, быть недоступной и держать всех на расстоянии. Однажды она сказала: «Я скорее стану ненавидеть, чем любить вас», однако ее настрой был еще более фатальным. Она не могла ни любить, ни ненавидеть, она вообще не могла ничего чувствовать, и внешне на сессиях часто казалась ленивой, испытывающей скуку, занимающей позицию *невмешательства*.

Такова проблема, которую мы пытаемся понять. *Шизоидное состояние заключается, в первую очередь, в попытке аннулировать внешние объектные отношения и жить отчужденно и отстраненно*. Что же действительно происходит с этими пациентами и почему? Это не возникающая в ходе лечения проблема. Она проходит через всю их жизнь.

Жизнь во внутреннем мире

(а) Потребность в объектных и внутренних объектных отношениях

Теория объектных отношений Фэйрберна была создана в ходе исследования им проблем шизоидных личностей и проливает много света на «жизнь внутри себя» шизоида. Он установил, что целью либидо индивида является не удовольствие или просто субъективное удовлетворение, а сам объект. Фэйрберн утверждает: «Удовольствие — это указатель на объект» (1952a, p. 33). В основе человеческой природы лежит наше либидинальное влечение к хорошим объектным взаимоотношениям. Ключевой биологической формулой является приспособление организма к внешней среде. Ключевой психологической формулой является взаимосвязь человека с человеческим окружением. *Значимость человеческой жизни заключается в объектных отношениях, и лишь в этой связи можно сказать, что наша жизнь обладает смыслом, ибо без объектных отношений само эго человека не может развиваться.*

Проблемы шизоида занимают довольно специфическое место в этой области. Тревога побуждает шизоида отрезать себя от всех объектных отношений. Наши потребности, страхи, фрустрации, негодования и тревоги в неизбежном поиске хороших объектов являются предметом психопатологии, потому что это — реальные жизненные проблемы. Когда трудности в установлении и сохранении хороших объектных отношений слишком явно выражены и человеческие отношения сопровождаются чрезмерной тревогой и конфликтами, часто прилагаются отчаянные усилия по отрицанию и устранению этой базисной потребности. Люди замыкаются в себе, с головой погружаются в безличную работу, в той мере, в

какой это возможно, устраняют отношения с реальными людьми, посвящают свое время абстракциям, идеалам, теориям, организациям и так далее. Эти маневры не могут быть удачными и всегда заканчиваются катастрофой, так как представляют собой попытку отрицания самой нашей природы. Ясное дело, мы не можем вести себя подобным образом и оставаться здоровыми.

Чем больше люди отрезают себя от человеческих взаимоотношений во внешнем мире, тем более они погружаются в эмоционально заряженные фантазийные объектные отношения в своем внутреннем психическом мире; крайним пределом является состояние психотика, живущего исключительно в своем внутреннем мире. Однако это все еще мир объектных отношений. Мы конституционально не способны жить изолированно. Реальная утрата всех объектов будет эквивалентна психической смерти.

Так, молодая девятнадцатилетняя женщина, которая была хроническим агорафобиком и испытывала серьезные приступы деперсонализации, если выходила из дома даже с членами своей семьи, рассказывает: «Я испытала сильный приступ клаустрофобии в большом магазине и хотела выбежать наружу». Оказалось, что в действительности она чувствовала себя подавленной и беспомощной посреди большой толпы покупателей, и, прежде чем она испытала панику, у нее возник немедленный и непроизвольный шизоидный уход. Она сказала: «Я внезапно ощутила отсутствие контакта с кем-либо и с чем-либо вокруг меня и почувствовала, что исчезаю посреди всего, что меня окружает». Отсюда понятна ее агорафобия. Она чувствовала себя подавленной миром вне дома и «утрачивала себя».

Карен Хорни (1945) говорит: «Неврозы порождаются расстройствами в человеческих взаимоотношениях». Однако Хорни высказывает данное суждение лишь с точки зрения отношений к внешним объектам на сознательном уровне. Плохие внешние взаимоотношения в младенчестве приводят к развитию менее очевидной

опасности, к попытке ухода и продолжения жизни во внутреннем психическом мире, вытесненном мире интернализованных психических объектов, плохих объектов и «плохих объектных ситуаций». Что является здесь новым, так это теория внутренних объектов, развитая Мелани Кляйн и Фэйрберном, и то, что Фэйрберн ставит в центр внимания объектные отношения, а не инстинктивные импульсы. Именно объект является реальной целью либидинального влечения. Мы ищем людей, а не удовольствий. Не импульсы являются психическими сущностями, а реакции эго на объекты. Невозможно понять шизоидную проблему без использования теории внутреннего мира интернализованных объектов и интернализованных объектных отношений Мелани Кляйн и выводов из этой теории, разработанных Фэйрберном. Так как эта метапсихология все еще не принята или, возможно, даже не понята всеми аналитиками и психотерапевтами, полезно рассказать о ней здесь как можно более простым языком.

То, что подразумевается под миром интернализованных объектов, может быть представлено следующим образом: в некотором смысле мы весь наш жизненный опыт и события сохраняем в нашей психике. Если бы мы этого не делали, то утратили бы всякую связь с нашим прошлым, были бы способны лишь к жизни от мгновения к мгновению подобно бабочкам, перепархивающим с цветка на цветок, и никакие взаимоотношения или переживания не имели бы для нас какой-либо долговременной значимости. Таким образом, в некотором смысле все в нашей жизни психически интернализовано, сохранено и внутренне находится в нашем владении; такова наша единственная защита от утраты непрерывности в жизни, мучительный пример чего мы видим у человека, утратившего память и на сознательном уровне лишившегося своих корней.

Однако события психически интернализуются и сохраняются двумя различными способами, которые мы называем соответственно *память* и *внутренние объекты*. Бион в своих трудах недавно акцентировал на этом внимание. Хорошие объекты являются в первую очередь психически интернализованными и сохраненными лишь как воспоминания. Они постоянно приносят радость; опыт взаимодействия с ними приносит удовлетворение и не порождает никаких проблем, он способствует хорошему развитию эго и впоследствии вспоминается с удовольствием. В случае продолжения хорошего объектного взаимоотношения особой значимости, как-то: с родителем или партнером в браке — мы имеем воспоминания о счастливом прошлом и уверенность в обладании хорошим объектом в реальности в настоящем и будущем. Здесь нет никакой причины для появления интернализованных объектов. Внешний опыт достаточен для удовлетворения наших потребностей. В данном пункте Фэйрберн расходится с Мелани Кляйн. В первую очередь он считает, что «хорошие объекты» не нуждаются в интернализации в какой-либо иной форме, чем «воспоминание», хотя такое воспоминание должно включать в себя переживание безопасного обладания данным взаимоотношением.

Объекты интернализуются более радикальным образом лишь тогда, когда взаимоотношения превращаются в плохую объектную ситуацию через, скажем, изменение объекта или его смерть. Когда кто-то, в ком мы нуждаемся и кого любим, перестает нас любить, или же ведет себя таким образом, который воспринимается нами как прекращение любви, или же уходит из нашей жизни, умирает, т.е. бросает нас, такой человек становится, в эмоциональном, либидинальном смысле, плохим объектом. Подобные чувства испытывает ребенок, когда мать отказывается давать ему свою грудь, отнимает его от груди, или же сердита, нетерпелива и сурова по отношению к

нему, или же когда она временно или длительно отсутствует из-за болезни, или же постоянно отсутствует по причине своей смерти: подобные чувства также имеют место, когда тот человек, в котором мы нуждаемся, является эмоционально отстраненным, равнодушным и невосприимчивым. Все это переживается как фрустрация самой важной из всех наших потребностей, как отвержение или как преследование и нападки. Затем утраченный объект, который теперь становится «плохим объектом», психически интернализуется в намного более витальном и фундаментальном смысле, чем воспоминание. На языке Биона, плохие переживания не могут быть *переварены* и поглощены; они остаются инородными объектами, которые психика пытается спроецировать вовне. Люди, потерявшие близкого человека, даже многие годы спустя после его смерти часто видят яркие сны, в которых он все еще жив. В одном анализе обнаружилось, что пациенту, всю жизнь снедаемому страхом умирания, постоянно снились мертвые люди в гробах. В одном сновидении лежащая в гробу фигура находилась за занавесками и он постоянно о ней думал в то время, когда был занят приятной работой. Фатальная внутренняя притягательность и привязанность к мертвому человеку несла ему угрозу и актуальный страх умирания. Мертвый человек был его отцом, которого он действительно видел в гробу. Другому пациенту приснился страшный сон, в котором мать была на него в ярости, спустя двенадцать лет после ее смерти. *Внутренний психический мир* (см. Ривьер, 1952, с. 26 и Хайманн, 1951) *копирует первоначальную фрустрирующую ситуацию, несчастный мир, в котором человек привязан к плохим объектам и поэтому всегда чувствует себя фрустрированным, голодным, сердитым и виновным, а также глубоко встревоженным, с постоянным искушением искать кратковременное облегчение в проекции своего внутреннего мира на внешний мир.*

Интернализуются именно плохие объекты, потому что мы не можем принять их «плохость»; мы пытаемся избавиться от них во внешней реальности и все же не можем их бросить, не можем оставить их одних; мы не можем совладать с ними и контролировать их во внешней реальности, и поэтому продолжаем борьбу за обладание ими, за их изменение в хорошие объекты в нашем внутреннем психическом мире. Однако они никогда не изменяются. В нашем внутреннем бессознательном мире, где мы вытесняем и прячем под замок в очень ранний период жизни наши первоначальные плохие объекты, они всегда остаются отвергающими, индифферентными или враждебными по отношению к нам согласно нашему текущему внешнему опыту. Необходимо подчеркнуть, что эти интернализованные объекты не являются просто фантазиями. Ребенок эмоционально отождествляет себя со своими объектами, и, когда он ментально их инкорпорирует, он идентифицирует себя с ними, и они становятся неотъемлемой частью психической структуры его личности. Те фантазии, в которых внутренние объекты обнаруживают для сознания свое существование, являются продуктом патологических психических структур, которые образуют интернализованные объекты. Объекты лишь интернализуются позднее таким радикальным образом в слиянии с уже существующими внутренними объектными структурами. Во взрослой жизни ситуации внешней реальности бессознательно интерпретируются в свете этих ситуаций, продолжающих существовать в бессознательной, внутренней и чисто психической реальности. Мы живем во внешнем мире с эмоциями, порожденными во внутреннем мире. Значительная часть психопатологической проблемы состоит в следующем: как люди ведут себя со своими интернализованными плохими объектами, до какой степени они отождествляют себя с ними и как они осложняют отношения с внешними объектами? Все время значим именно объект, внешний или внутренний, а не удовольствие.

(б) Психодинамические движущие силы внутреннего мира

Исходя из этой точки зрения, Фэйрберн переработал теорию психозов и психоневрозов. Согласно ортодоксальному подходу Фрейда—Абрахама, эти болезни вызваны задержками либидинального развития в точках фиксации в первые пять лет жизни: шизофрения — на стадии орального сосания, маниакально-депрессивный психоз — на стадии орального кусания, паранойя — на ранней анальной стадии, обсессии — на поздней анальной стадии; и истерия — на фаллической или на ранней генитальной стадиях. Фэйрберн предложил совершенно иной подход, основанный не на природе либидинальных импульсов, а на природе взаимоотношений с внутренними плохими объектами. Принимая теорию депрессивной позиции Мелани Кляйн, *он утверждал, что шизоидное и депрессивное состояния являются двумя фундаментальными типами реакции на интернализованные плохие объектные отношения, двумя базисными, основными опасностями, которых следует избегать*, и что они порождаются трудностями, переживаемыми в объектных отношениях на оральной стадии абсолютной инфантильной зависимости. Он рассматривает паранойю, обсессии, истерию и фобии в качестве четырех различных защитных способов совладания с интернализованными плохими объектами, чтобы предотвратить возврат в депрессивное или шизоидное состояние психики. Это делает понятным тот факт, что пациенты, в действительности, все время повторяют параноидальные, обсессивные, истерические и фобические реакции, даже если у того или иного пациента преимущественно используется какой-то один из этих способов защиты. Психоневрозы являются, в своей основе, защитой против интернализованных плохих объектных ситуаций, которые в противном случае вызвали бы депрессив-

ное или шизоидное состояние; хотя эти ситуации обычно реактивируются вследствие плохой внешней ситуации.

Поэтому в лечении требуется помочь пациенту порвать с этими неудовлетворительными способами защиты, которые никогда не приводят к решению проблемы, а также помочь пациенту набраться храбрости для понимания, что скрывается за этой борьбой с интернализованными плохими объектами; другими словами, пойти на риск возврата в базисные плохие объектные ситуации, в которых, как чувствуют пациенты, они впадают в ту или иную из двух первичных психических опасностей: в депрессию или в шизоидную утрату аффекта в своей сознательной самости. Естественно, депрессивное и шизоидное состояния постоянно развиваются в сознании с различной степенью тяжести, несмотря на защиты эго.

(в) Депрессивные и шизоидные реакции

Природу этих двух возникающих в конечном счете опасных ситуаций можно описать просто. Когда вы хотите любви от человека, который не дает ее вам и поэтому становится для вас плохим объектом, вы можете реагировать одним из двух или сразу двумя способами. Вы можете преисполниться ярости в связи с данной фрустрацией и предпринять агрессивные нападки на плохой объект, чтобы принудить его стать хорошим и перестать вас фрустрировать — подобно маленькому ребенку, который не может получить от матери то, что он хочет, вскипает от гнева и бросается на нее с кулачками. Такова проблема *ненависти, или рассерженной любви.* Она вызывает агрессию к враждебному, отвергающему, активно отказывающему плохому объекту. Она ведет к *депрессии,* ибо возбуждает страх, что твоя ненависть разрушит того самого человека, которого ты любишь и в котором нуждаешься, страх, который перерастает в вину.

Однако возможна более ранняя и более глубокая реакция. Когда вы не можете получить то, что хотите, от человека, в котором нуждаетесь, тогда вместо того, чтобы рассердиться, вы можете болезненно страстно желать полного обладания объектом вашей любви. Фэйрберн пришел к точке зрения (1941), что *любовный голод* — это *шизоидная* проблема и что она пробуждает ужасный страх, что ваша любовь стала столь жадной и собственнической, что теперь деструктивна. Депрессия появляется от страха оскорбленной любви, могущей перерасти в ненависть, — появляется, чтобы объект любви не был разрушен вашей ненавистью. Шизоидная отчужденность является страхом любви, чтобы объект любви не был разрушен вашей любовью или потребностью в любви, что было бы намного хуже. Мы увидим, что данное положение дает нам не очень много для понимания шизоидной проблемы, хотя и является важным элементом в ней, наилучшей отправной точкой для ее исследования.

Такое различие в двух вышеописанных отношениях идет совместно с различием в, так сказать, впечатлении от объекта. Шизоид воспринимает объект как «желанного перебежчика» (перешедшего на его сторону), или, говоря словами Фэйрберна, как *возбуждающий желание необходимый объект*, к которому он жадно стремится, однако вынужден сдерживать свои чувства, чтобы не уничтожить и не разрушить объект в силу крайне интенсивной потребности заполучить его в свое полное распоряжение. Находящийся в депрессии индивид воспринимает объект как «злобно отказывающий ему в удовлетворении», или, на языке Фэйрберна, как *отвергающий объект*, от которого следует избавиться, чтобы освободить место для хорошего объекта.

Так, одному пациенту постоянно снится, что он нуждается в женщине, которая уходит и оставляет его, в то время как другой пациент испытывает во сне неистовый, убийственный гнев в отношении злодея, который его грабит или же стоит между ним и тем, чего он желает.

Шизоид тоскует по «желанному перебежчику», находящийся в депрессии индивид испытывает убийственные желания в отношении «ненавистного грабителя».

Таким образом, двумя фундаментальными формами внутренних плохих объектов являются, согласно терминологии Фэйрберна, «возбуждающий желание объект» и «отвергающий объект». С годами многие внешние реальные фигуры обоих полов могут абсорбироваться посредством напластования и слияния в эти два типа интернализованных плохих объектов, однако в своей основе они всегда остаются двумя аспектами груди-матери. Они всегда наличествуют, и части эго (отщепленные, непризнаваемые, вторичные или вспомогательные «самости») всегда находятся с ними в расстраивающих взаимоотношениях, так что депрессивный индивид всегда склонен к переживанию гнева, а шизоид всегда подвержен страданию, испытывает голод и стремится к уходу. В то время как депрессивный индивид направляет испытываемый им гнев и агрессию против себя и чувствует вину, шизоид стремится к уходу от непереносимой ситуации и ничего не чувствует. Если шизоид испытывает чувства к реальным людям, он реагирует на них, как если бы они были идентичны с его интернализованными плохими объектами.

Депрессивная позиция более поздняя и более развитая, чем шизоидная, ибо она амбивалентна. «Злобно отказывающее в удовлетворении» лицо в действительности является частью того же самого лица, в котором нуждаются и которого желают, что можно сравнить с матерью, пробуждающей стремление ребенка, давая ему ровно столько, чтобы раздразнить и разжечь его аппетит, а затем оставляющей его ни с чем, уходя. Это ясно выражено в сновидении пациентки:

> «Я наслаждалась любимой едой и оставила самый вкусный кусок под конец, а затем мать выхватила его [грудь, себя] у меня из-под носа. Я была в

бешенстве, но когда я выразила протест, она сказала: «Не будь ребенком».

Здесь наблюдается реакция вины, что находится в согласии с отказом от себя и собственных потребностей. Фэйрберн считал, что депрессия заняла центральное место в картине психопатологических состояний в результате концентрации Фрейда на обсессиях с их амбивалентностью, виной и проблемами суперэго. Он полагал, что шизоидное состояние является фундаментальной проблемой и пред-амбивалентно.

Мелани Кляйн (1932) подчеркивала, как амбивалентность возрастает до своего максимума во время кризиса отнятия от груди, когда младенец научился кусать и может реагировать садистическим образом. Любовь и ненависть блокируют друг друга. Младенец нападает, а также ощущает идентификацию с объектом своей агрессии, поэтому он чувствует вину и вовлекает себя в судьбу, реальную или фантазийную, объекта. Ненависть к объекту вовлекает ненависть к себе: вы страдаете вместе с объектом, который подвергается вашим нападкам, потому что не можете отказаться от объекта и все еще ощущаете себя с ним одним целым. Отсюда понятны вина и депрессия после потери близких: вы чувствуете вину, как будто это вы убили этого человека, и депрессию, как если бы вы умирали с ним. Трое пациентов, которые все страдали от заметно выраженной вины и депрессии, восстановили вытесненные и интернализованные сцены умирания в постели родителя.

Каков смысл ненависти? Это не абсолютная противоположность любви; таковой было бы безразличие, отсутствие интереса к данному человеку, нежелание вступать с ним во взаимоотношения и поэтому отсутствие какой-либо причины для любви или ненависти, полное отсутствие чувств по отношению к нему. Ненависть — это любовь, ставшая «сердитой» из-за отвержения. Мы можем действительно ненавидеть людей, если желаем их

любви. Ненависть является выражением фрустрированных потребностей любви, попыткой разрушить плохую, отвергающую сторону человека в надежде оставить хорошую, откликающуюся сторону доступной, борьбой за их изменение. Тревога возникает из-за опасности, что ненависть разрушит обе стороны, и самым легким выходом из этой ситуации будет раздвоение на два объекта, чтобы любить один и ненавидеть другой. Однако ненависть всегда является объектной связью.

Как мы видели, однако, индивид может заимствовать более раннюю и более простую реакцию. Вместо реакции гнева он может испытывать чрезмерную потребность. Желание становится голодом, а голод становится жадностью, которая в сущности голод, напуганный возможностью утраты того, что желается. Он столь сильно не уверен в обладании объектом своей любви, что отчаянно стремится убедиться в этом, помещая объект внутрь себя, проглатывая и инкорпорируя его. Это иллюстрируется случаем пациентки, у которой была фантазия, что она стоит с пылесосом (одна, пустая и голодная) и засасывает внутрь каждого проходящего мимо прохожего. На более осознанном уровне это выражается пациентом следующим образом: «Я боюсь, что не смогу предъявлять к людям умеренные требования, поэтому я не предъявляю к ним вообще никаких требований». Многие люди открыто проявляют жадные собственнические стремления по отношению к тем, кого они любят. Многие другие люди вытесняют подобные побуждения и не допускают их в реальных взаимоотношениях. Подобные фантазии и их объяснения иллюстрируют представление Фэйрберна о психодинамических движущих силах шизоидного состояния, которое, в отличие от депрессии, является прекращением объектных взаимоотношений.

Индивид ощущает столь сильный страх по поводу «поглощения» каждого человека и, таким образом, утраты любого человека в этом процессе, что уходит от всех внешних

взаимоотношений. Уход в равнодушие является полной противоположностью любви, выражать которую становится слишком опасно. Никого не хотеть, не выдвигать никаких требований, отказаться от всех внешних связей и быть равнодушным, холодным, не испытывать никаких чувств, не быть ничем затронутым. Либидо направляется внутрь, интровертируется. Пациент уходит в свою скорлупу, и его волнуют лишь интернализованные объекты, по отношению к которым он испытывает аналогичное «пожирающее» отношение. Все кажется тщетным и бессмысленным. Фэйрберн считал, что чувство «тщетности» является специфическим шизоидным аффектом. Находящийся в депрессии человек страшится утраты своего объекта. Шизоид, вдобавок к этому, страшится утраты своего эго, утраты себя. Позднее мы увидим, что требуются другие концепции, помимо первоначальной концепции Фэйрберна о «любви, ставшей деструктивной», для объяснения всего спектра шизоидных феноменов. Реакция на депривацию включает в себя гнев, голод, подлинный страх и уход, и к ним добавляются реакции на реальную внешнюю угрозу.

Отношение шизоида к внешним объектам (потребность и страх объектных отношений)

Активное. Страх утраты объекта

Объект как «желанный перебежчик» или «возбуждающий желание объект», от которого шизоид уходит

Материал, раскрывающий шизоидную позицию, становится доступным лишь в глубоком анализе и часто не постигается, когда защиты достаточно эффективны. У крайне нестабильного шизоида такой материал про-

рывается наружу с пугающей легкостью, что является плохим знаком, так как отсутствие защит может привести к распаду личности.

Директор школы считал, что он испытывает депрессию, но через некоторое время сказал: «Меня не так сильно беспокоят дела в школе, и будущее не кажется мне уж очень безнадежным». Аналогичные мысли он высказывал и за неделю до этого и считал их знаком улучшения, однако истинный смысл его слов всплыл, когда он заметил: «Возможно, мой интерес к школе ослабел». Оказалось, что утрата им чувства безнадежности в отношении будущего объяснялась тем, что он перестал задумываться о будущем. Он отрезал от себя будущее. Затем он рассказал о сновидении, в котором посещал летнюю школу:

> «Когда я приехал, директора школы Хеда не было на месте, для меня не приготовили какой-либо еды, и мне пришлось самому заботиться о том, чтобы поесть».

Он заметил: «Меня крайне заботят мысли о том, что я собираюсь съесть и когда, однако я ем немного. Также мне хочется уйти от людей, и я чувствую себя более комфортно, когда ем один. Меня заботит потеря интереса к школьным делам. Мне неуютно находиться рядом с отцом, и я предпочитаю быть в другой комнате. Я совершенно погружен в себя; я чувствую себя полностью отрезанным от мира».

Здесь мы видим постепенно развертывающееся описание не депрессии, а шизоидного состояния, утраты интереса к настоящему и будущему, утраты аппетита, ухода от людей, интровертированности, полной отрезанности от мира. Подобная реакция вызвана ситуацией столкновения с желанным, однако бросающим нас объектом (в сновидении это Хед, который не готовит

для пациента никакой еды, что заставляет его самостоятельно заботиться о собственном пропитании). Хед является воплощением и его отца, на которого он жалуется, что тот никогда не был с ним рядом; и аналитика, которому он говорит: «Вы остаетесь аналитиком, вы не позволяете мне вступать с вами в теплые личные взаимоотношения, вы не хотите быть моим другом. Я хочу чего-то более личного, чем анализ». Шизоид крайне чувствителен и быстро чувствует себя ненужным, потому что всегда одинок в своем внутреннем мире.

При столкновении с этими «желанными перебежчиками» он вначале ощущает чрезвычайный голод, а затем отрицает свой голод, мало ест и отворачивается от людей до тех пор, пока не почувствует себя отрезанным от людей. Он отводит свое либидо от тех объектов, которыми не может обладать, и чувствует утрату интереса и потерю аппетита. Речь не идет о гневе и вине, как это было бы в подлинной депрессии; его отношение скорее обусловлено страхом и уходом. Следует отметить, что та ситуация, от которой он уходит во внешнем мире, дублируется в его внутреннем мире, как это видно по сновидениям.

Страх «пожирания» объекта

Эта проблема часто связана с едой. Вышеописанный пациент испытывает голод, однако отвергает как пищу, так и людей. Он может есть лишь в одиночестве. Одна пациентка говорит, что всякий раз, когда приходит муж, она сразу ощущает голод и должна поесть. В действительности она ощущает голод по нему, но не осмеливается его показать. Такой же отказ от того, к чему человек слишком жадно стремится и что он готов жадно поглотить, очень ясно демонстрирует эта же пациентка в других ситуациях. Когда она пришла в гости к друзьям, ей дали стакан шерри, она сделала быстрый глоток, а затем поставила стакан на место и более к нему не прикасалась,

хотя сначала у нее было чувство, что она готова осушить стакан большими глотками. Ее общее отношение к пище было отношением отвержения. У нее исчезал аппетит при виде пищи; она пробовала кусочек и отодвигала тарелку и чувствовала тошноту. Но то, что скрывалось за этим отвергающим отношением, было выражено в сновидении, в котором она без устали поедала громадное количество пищи. Она стремилась съесть как можно больше, прежде чем мать убрала блюдо у нее из-под носа. Ее отношение является инкорпоративным: нужно проглотить пищу — так никто не сможет ее отнять, потому что у нее нет уверенности, что ей дадут достаточно пищи. Ту грудь, в которой младенец уверен, он сосет с удовольствием и отпускает, когда насытится; он знает, что грудь будет доступна снова, когда он захочет есть. Та грудь, которая не появляется, когда это требуется, не приносит удовлетворения и когда младенец ее сосет, потому что она может быть отнята до насыщения потребности. Она пробуждает отчаянное ненасытное желание убедиться в ее надежности, не просто посредством ее сосания, а посредством ее проглатывания, помещения ее внутрь себя. Импульс младенца изменяется: получение от груди пищи переходит в ненасытное побуждение «заполучить внутрь всю грудь». Объект инкорпорируется. Удовлетворенный младенец сосет, сердитый и потенциально депрессивный младенец кусает, голодный и потенциально шизоидный младенец хочет проглотить грудь (вспомним случай с фантазией о пылесосе). Пациент, который сперва издавал сосательные звуки на сессиях, затем перешел к компульсивному жадному проглатыванию и тошноте.

Фэйрберн (1941, p. 252) пишет:

> «Параноидальное, обсессивное и истерическое состояния — к которым может быть добавлено фобическое состояние — по существу, представляют не продукты фиксаций на особых либидинальных

фазах, а просто разнообразие применяемых способов для защиты эго от воздействий конфликтов орального происхождения».

Говоря словами Фэйрберна: «Невозможно съесть свой пирог и одновременно иметь его перед собой». Такое голодное, жадное, поглощающее, заглатывающее, инкорпорирующее отношение приводит к глубоким страхам, что будет утрачен реальный внешний объект. Эта тревога по поводу разрушения и утраты объекта любви вследствие всепоглощающего голода очень сильна. Так, пациентка, которая осознала свой любовный голод, что привело и к усилению ее аппетита, и к обострению ее тревоги по отношению к мужу, сказала: «Когда он приходит, я ощущаю ненасытный голод и ем, но боюсь, что я ему мешаю. Если я пытаюсь с ним заигрывать, то все время спрашиваю его: "Я тебе не мешаю, не так ли, ты хочешь быть со мной, не правда ли?" Меня все это страшно беспокоит, это ужасно, я чувствую себя перепуганной нескладехой, все это мучительно. Я хочу завладеть им и сжимать его так сильно, что он не сможет дышать, оторвать его от всего, кроме меня». Она испытывала аналогичную трансферентную реакцию и по отношению к аналитику. Ей приснилось следующее:

«Я пришла для лечения, а вы собирались отправиться в Америку в большой компании. Некоторые из ваших спутников вышли, так что мне удалось зайти внутрь, хотя вы были недовольны».

Ее комментарий: «Вы не хотели брать меня с собой, но я не могу позволить, чтобы меня бросили. Сегодня мне в голову приходили мысли о вашем заболевании, о вашей возможной смерти. Затем я испытала приступ ярости. Мне хотелось задушить вас, убить вас». То есть пациентка готова мертвой хваткой вцепиться в аналитика, чтобы

он не смог ее бросить, но опасается, что тогда он сможет погибнуть. Шизоидная личность опасается истощить, заморить и, в конечном счете, утратить объекты любви. Как говорил Фэйрберн, ужасная дилемма шизоида состоит в том, что сама любовь оказывается деструктивной и он не осмеливается любить. Поэтому он уходит в отчуждение и равнодушие. Все близкие взаимоотношения воспринимаются как «поедание, проглатывание», и поэтому слишком опасны, чтобы рискнуть их иметь. Вышеописанная пациентка говорит: «Я лежу, наполовину проснувшись, гляжу на мужа и думаю: "Как жаль, что он скоро умрет". Это кажется мне твердо установленным. Затем я ощущаю одиночество, когда ничто, находящееся в поле моего зрения, не затрагивает меня. Я так сильно его люблю, но, по всей видимости, у меня нет иного выбора, кроме как разрушить его. Я очень сильно чего-то хочу, а затем не осмеливаюсь пошевелить даже пальцем, чтобы это заполучить. Я парализована». Один пациент сказал: «Любовь опаснее ненависти. Я теряю всякого человека, которого люблю, поэтому больше я не осмеливаюсь любить».

Мы можем сказать, что эго шизоидной личности в сознании и во внешнем мире «делибидизировано» и не ощущает никакого интереса к объектам, так как орально-садистический и инкорпоративный голод по объектам порождает невыносимую тревогу по поводу их безопасности и требует изоляции. *Изолированное орально-садистическое эго должно затем содержаться в состоянии вытеснения*, и, как обнаруживается, все еще активно во внутреннем мире.

(в) Шизоидные реакции на пищу

Из вышесказанного мы можем суммировать реакции шизоида на пищу. Так как его базисные проблемы в отношении к объектам проистекают из его реакций на грудь, пища, естественно, играет большую роль в его по-

пытках решения этих проблем. Его реакции на людей и пищу в своей основе одни и те же. Они могут быть описаны как *потребность* владеть и инкоропорировать, парализованную *страхом* брать, принимать и поглощать. Так, пациентка говорит: «Двое моих приятелей мужчин вызывают у меня возбуждение, но это даже не склонность, а как запах хорошей пищи. У меня постоянно присутствует такое чувство, что я хочу быть с одним или с другим из них, но не могу этого сделать, иначе лишусь их обоих. Один из них поцеловал меня, и я крепко сжала его в объятьях, поцеловала в ответ, наслаждалась поцелуем и хотела продолжения. Но могу ли я так себя вести? Я долго отчаянно к этому стремилась, а теперь чувствую, что должна бежать от этого прочь. Я не хотела есть в эти дни. Я не могла заснуть. Я чувствовала, что потеряю его. Что если с ним или со мной произойдет несчастный случай со смертельным исходом? Смешно, но меня постоянно гложет тревога; я должна его видеть; ничто другое не имеет значения. Я знала, что буду чувствовать себя подобным образом, если не увижу его, однако не иду к нему. Как ни странно, но я не думаю, что люблю его, однако я отчаянно в нем нуждаюсь. Я не могу заниматься чем-либо другим. Я пережила нечто похожее десять лет тому назад. Мой друг уехал на один день, и я была почти в агонии от страха; что, если его убьют? Ужасный страх. Будто это должно произойти. Мне даже не хочется обо всем этом говорить, я чувствую, что со мной или с моим нынешним другом тоже произойдет несчастный случай. Я смертельно устала, ощущаю пустоту внутри и вынуждена покупать галеты и жадно их поедать».

Ее взаимоотношения с этим человеком (и со всеми объектами) ставили под угрозу ее стабильное существование: когда она не была с ним, она распадалась на части. Она хотела его съесть, как мы это видели, и чувствовала, что ее отношения с ним поглощают ее целиком, так что

деструкция становится неизбежной, будет ли она с ним или без него.

У другой пациентки еще до начала анализа были зрительные галлюцинации: вокруг нее бегали леопарды с широко открытой пастью. На продвинутой стадии лечения эти галлюцинации перешли в фантазии, и она представляла себе, как два леопарда пытаются проглотить головы друг друга. Она наслаждалась обильной едой, а затем вскоре чувствовала тошноту и отказывалась от пищи. *Она постоянно колебалась между жадным поеданием и отказом от пищи, стремлением к людям и их отвержением.* Мы должны здесь отметить, что феномен «страха любви как деструктивной силы» не является простым. В действительности термины «любовь» и «ненависть» используются до некоторой степени неразборчиво как включающие в себя и естественные и патологические, и зрелые и незрелые смыслы. Трудность возникает в связи с тем, что *любовь* в зрелом смысле является высоко развитым достижением по сравнению с ее первыми зачатками в простой инфантильной *потребности.* Инфантильная потребность является естественным императивным требованием «получать»: пищу, телесную заботу и контакт и эмоциональные объектные взаимоотношения — вначале от матери. Младенец настолько беспомощен, что его естественные потребности неотложны, и если они быстро не удовлетворяются, то развивается паника и ярость. Тогда «обусловленные потребностью взаимоотношения» с матерью начинают вызывать испуг, потому что они становятся опасно интенсивными и даже деструктивными.

Есть важные отличия в том, как эту ситуацию концептуально описывают Фэйрберн и Винникотт. Они оба все еще используют термин «любовь» для этого опасного, потому что оно фрустрирующее, чувства потребности. (Мне кажется, что использование одного термина для обозначения и этого примитивного нарушенного состояния и зрелой способности любящего

к уважению целостности и независимости желанного объекта приводит к путанице.)

Фэйрберн считает деструктивный элемент в инфантильной любви или «потребности в объекте» непосредственной реакцией на отвержение. Винникотт считает деструктивный элемент в инфантильной «потребности» нормальным и естественным. Здесь мне снова кажется двусмысленным использование одного и того же термина «любовь» для столь разных вещей. Винникотт (1984) пишет:

> «Если используется слово "любовь", то сюда должны быть включены самые примитивные значения этого слова, в которых любовь является грубой и жестокой, и даже деструктивной, включая ненависть».

Иногда Винникотт говорит об этой «деструктивной примитивной любви» просто как о ненависти, однако, хотя она воспринимается матерью как утомляющая, отнимающая все силы и не знающая жалости, вряд ли можно сказать, что младенец умышленно безжалостен. Скорее, можно сказать, что он энергичен, полон жизни, полон энтузиазма, и, видимо, испытывает чувство шока, когда обнаруживает, что мать не может бесконечно справляться с его потребностями. Тогда он становится вначале сердитым и требовательным, а затем испуганным и отчужденным. Наконец, если не находится никакого удачного решения проблемы, если мать остается враждебной, нетерпимой и отвергающей, тогда комбинация природной энергии, естественного гнева и естественного страха развивается в патологическую форму «потребности», или «любви», которую правильно называть ненавистью. Мне представляется, что наилучшей защитой против подобной путаницы будет сохранение термина *ненависть* для описания патологически

деструктивной потребности, которая, будучи однажды пробуждена, может продолжать функционировать на протяжении всей жизни. Неправомерно использовать этот же самый термин для описания неумышленного деструктивного элемента в естественной силе первичной потребности младенца.

Сходным образом, я бы сохранил термин *любовь* за чувством счастливого удовлетворения у младенца и растущей у ребенка и взрослого способности сочувствовать объекту. Тогда можно увидеть, почему сосуществование ненависти вместе с любовью порождает депрессию и вину. Однако мне не кажется подходящим использовать термин «любовь» для описания деструктивно фрустрированной «потребности». Требуется намного более точное определение после такого длительного неточного употребления терминов «любовь» и «ненависть». Возможно, источником путаницы в первую очередь стало то, что Фрейд использовал термин «любовь» как для первичных *соматических потребностей* в теле матери, так и для развитых *личностных потребностей* вполне развившегося человека. Он также считал ненависть не патологическим развитием, а нашим первичным отношением к внешнему миру, предвосхищающим любовь.

(г) Трансферентная ситуация

Лечение шизоидного пациента остро ставит проблему взаимоотношений между пациентом и аналитиком. Могут ли данные взаимоотношения быть терапевтическими, если они будут бесстрастными? Мы уже отмечали, что фрустрация либидинальных потребностей пациента в аналитической ситуации определенно вызывает шизоидные реакции. Пациент страстно желает любви аналитика. Он может умом понимать, что постоянная, последовательная озабоченность благополучием пациента является подлинной любовью, но так как это не любовь в

прямом либидинальном смысле (Фэйрберн напоминает нам, что это *агапе*[2], а не *эрос*), пациент и не воспринимает ее как любовь. Скорее, он воспринимает аналитика холодным, равнодушным, скучающим, незаинтересованным, неслушающим, занятым чем-то другим в то время, когда пациент говорит, отвергающим. В ответ на молчание аналитика пациент и сам замолчит, чтобы заставить аналитика что-либо сказать. Аналитик «возбуждает» пациента своим присутствием, но не удовлетворяет его либидинально и поэтому постоянно пробуждает голодное страстное желание.

Затем пациенту начинает казаться, что он плох для аналитика, что он просто теряет время, расстраивая аналитика длинным перечнем своих проблем. Он будет хотеть и страшиться высказывать свои просьбы, опасаясь, что они могут восприниматься как навязывание себя аналитику и высказывание незаконных требований. Он может сказать: «Как вообще можете вы выносить постоянное напряжение от слушания такого рода вещей день за днем?» — и в целом — чувствует, что он иссушает и истощает, то есть пожирает, аналитика.

Он будет колебаться между желанием выразить свою потребность и боязнью сделать это. Одна пациентка сказала: «Я хочу завладеть чем-то, принадлежащим вам. Я решила приходить пораньше и наслаждаться, сидя в вашем кресле и читая ваши книги в приемной». Но затем она выразила сомнение: «Вы, возможно, не захотите

---

[2] Греческая философия выделила два вида любви – *эрос* и *агапе*. *Эрос* характеризуется страстью к чему-либо, что могло бы удовлетворить *любящего*. Он включает в себя желание обладать любимым объектом или человеком. *Агапе*, наоборот, характеризуется желанием удовлетворить *возлюбленного*. Такая любовь ничего не требует взамен и хочет только роста и процветания объекта любви. *Агапе* — это любовь крепнущая, любовь, которая, по определению, не обременяет и не обязывает того, кого любят. – *Прим. перев.*

позволить мне занимать ваше время неделя за неделей». Страх и тревога впоследствии меняют первоначальные взаимоотношения на противоположные. Пациент становится пассивным и начинает воспринимать аналитика в качестве активного пожирателя: он истощает ресурсы пациента, взимая гонорар, он хочет доминировать и поработить пациента, он хочет лишить пациента его личности. Пациент испытывает тревогу: «Мне кажется, я должен быть осторожен, так как вы пытаетесь вытянуть нечто из меня». Ему кажется, что аналитик будет поглощать или обкрадывать его.

Такая ужасная двойственность вызывает у пациента замешательство, так что он не знает, как же обстоят дела в действительности. Так, один молодой человек говорит: «Я думал о том, что могу лишиться вашей помощи, вы воспользуетесь каким-либо предлогом, чтобы от меня избавиться. Я хочу, чтобы наши встречи были чаще, но вы не очень-то много занимаетесь мною. Вы не понимаете меня. Есть важные вещи, которые я с вами не обсуждаю. Я могу оказаться "проглоченным" и утратить свою индивидуальность, поэтому я не придаю вашим словам большого значения. Вы всего-навсего буржуазный терапевт и не понимаете условий моей жизни, фокус вашей аналитической способности очень узок, вы наполнены буржуазными представлениями. Если бы я рассказал о том, что чувствую на самом деле, вы бы сами впали в депрессию, и я лишился бы вашей помощи. Вы должны быть в состоянии давать мне советы, которые будут мне помогать, когда я чувствую себя беспомощным и лишенным свободы. То же самое я чувствую к моей девушке. Мне кажется, мне следует уйти и больше сюда не приходить, и одновременно что я должен быть здесь. На этой неделе я испытываю чувство, будто нахожусь на "неизведанной земле"». Здесь дилемма «страстного стремления к кому-то» и в то же время «неспособности принять» нужного человека проецируется в переносе на

аналитика. Такое колебание от «пожирать» до «быть сожранным», приводит нас к необходимости рассмотреть пассивный аспект отношения шизоида к объектам.

Пассивное. Страх утраты независимости

(а) Объект как «пожирающий» эго

Страхи пациентов в связи с ненасытным чувством «голода» по отношению к объектам сродни страху, что другие люди тоже хотят «проглотить» их. Так, молодая женщина говорит: «Я не выношу толпы людей, они проглатывают меня. У меня такое чувство, что, если я приму вашу помощь, я буду порабощена, утрачу свою личность, умру от удушья. Сейчас я чувствую себя спрятавшейся подобно улитке, однако вы не можете меня проглотить. Закрытость снижает мою тревогу».

Очень шизоидная замужняя женщина тридцатилетнего возраста в течение длительного времени рассказывала о всевозможных фантазиях пожирания и постепенно выходила из своего шизоидного состояния. Она была исхудавшей, бледной, холодной, отчужденной, фригидной. Часто она долго не могла начать говорить на сессии и была полна ужаса, который она прятала под автоматическим смехом или выражением скуки. Когда она все же начинала говорить, то становилась напряженной, плакала и говорила, что испытывает страх. Постепенно она стала говорить более свободно, набрала вес и стала более румяной, а также стала способна к сексуальным отношениям со своим мужем. Среди ее фантазий была фантазия о том, что его пенис пожирает ее, а ее влагалище откусывает его пенис. Однажды она сказала: «Прошлой ночью я испытала возбуждение, когда подумала о встрече с вами днем, а затем испытала ужас и смущение. Я не могла заснуть, ибо думала о вас. Я чувствовала, как

меня тащат к вам, а затем выстрелила в ответ. Затем мне показалось, что я это один большой рот и хочу заполучить вас внутрь. Но иногда мне кажется, что вы сами съедите меня».

Мужчина-пациент сорока лет, живущий в общежитии, рассказал, что завел дружеские отношения с другим порядочным мужчиной, живущим там, и прокомментировал: «Я начал испытывать страх. Я не знаю почему, но у меня такое чувство, что эти отношения опасны, и я просто прекратил их. Когда я вижу, как он входит, я ухожу в свою спальню». Затем он сообщил о ночном кошмаре, от которого проснулся в сильном страхе. За ним гнался монстр, и он оказался в пасти чудовища как в ловушке. Затем он вырвался из пасти и убил монстра. Так что шизоид страшится не только «пожирания» и потери объекта любви, но также того, что этот человек сам поглотит его. Затем он становится клаустрофобиком и его клаустрофобия выражается в чувстве ограничения, стесненности, лишения свободы, попадания в ловушку, удушья и желании разорвать путы, чтобы стать свободным и восстановить и сохранить свою независимость; поэтому шизоид уходит от объектных отношений. С людьми он чувствует себя либо «лопающимся» (если он помещает их внутрь себя), либо страдающим от удушья (если чувствует, что поглощается ими и теряет в них свою личность). Эти тревоги часто выражаются в том, что он внезапно просыпается ночью, ощущая удушье, и являются одной из причин его страха засыпания.

(б) Взаимоотношения как взаимное «пожирание»

Теперь мы в состоянии по-настоящему понять ту ужасную дилемму объектных отношений, в которую попадает шизоидная личность. Из-за своей ненасытной и неудовлетворенной потребности в любви и вытекающего из этого инкорпоративного и монополизирующего от-

ношения к тем, в ком шизоид нуждается, он не может не искать свои объекты. Но в результате любое взаимоотношение, в которое входит подлинное чувство, бессознательно начинает восприниматься как глубокая западня и как взаимное «пожирание». Такая интенсивная тревога приводит к тому, что кажется, будто нет альтернативы, кроме полного ухода от всех взаимоотношений для предотвращения утраты своей независимости, и даже своей самости. *Взаимоотношения кажутся чересчур опасными.* Таким образом, возникает наихудшая для объектных отношений проблема, когда эго стремится найти безопасность, обходясь полностью без объектов и погружаясь в страх исчезновения в пустоте.

Шизоидный отход от объектов

«То внутрь, то наружу» программа

Хроническая дилемма шизоидного индивида, который не может быть ни во взаимоотношениях с другим человеком, ни вне таких взаимоотношений, без риска так или иначе утратить свой объект или себя, обусловлена тем, что он еще не избавился от особого типа зависимости от объектов любви, которая характерна для младенчества. Она имеет два различных, но очевидно взаимосвязанных аспекта: идентификацию и желание инкорпорировать. Идентификация пассивна, инкорпорация — активна. Идентификация связана с боязнью быть проглоченным другим человеком, инкорпорация — с желанием самому проглотить объект. Идентификация предполагает регрессию к пребыванию в утробе матери, а инкорпоративные побуждения принадлежат постнатальному периоду — младенцу, сосущему грудь. К значению этого двойственного состояния мы вернемся позднее в нашем

исследовании. Вся эта проблема предшествует эдипальному развитию.

Таким образом, Фэйрберн считал инфантильную зависимость, а не эдипов комплекс, базисной причиной психопатологий. Шизоидный пациент считает, что он сам и те люди, в которых он нуждается и кого любит, неразрывно связаны, так что при сепарации он растерян и не чувствует себя в безопасности, а при воссоединении — ощущает себя проглоченным и утратившим индивидуальность, вернувшимся к инфантильной зависимости. Поэтому он всегда должен усиленно стремиться к взаимоотношениям ради безопасности и сразу же вырываться из этих взаимоотношений ради свободы и независимости: колебания между регрессией к матке и борьбой за рождение, между поглощением своего эго и его отделением от человека, которого он любит. Шизоид не может оставаться одиноким, однако всегда отчаянно борется, защищая свою независимость, — подобно тем звездам кино, которые проводят свои лучшие годы, быстро вступая в браки и разводясь.

* * *

Такая «то внутрь, то наружу» программа, всегда приводящая к разрыву с тем, за что в данное время индивид держится, возможно, является наиболее характерным поведением для шизоидного конфликта. Так, молодой человек, собирающийся жениться, говорит: «Когда я с Дороти, я кажусь спокойным; мне кажется, я не могу позволить себе дать волю чувствам и продемонстрировать свои желания. Поэтому я держусь от нее в стороне и выгляжу безразличным». Тот же конфликт определял его отношение к работе. Он говорил о желании получить работу в Южной Америке или Китае, но на самом деле отвергал любые предложения, которые заставили бы его находиться вдали от дома. Девушка на третьем десятке лет жизни говорит: «Когда я дома, то хочу уйти, а когда

я не дома, то хочу вернуться домой». Медсестра, живущая в общежитии, говорит: «Прошлой ночью я решила, что хочу остаться в общежитии и не ходить домой, затем у меня возникло такое чувство, что общежитие — это тюрьма, и я пошла домой. Как только я пришла туда, мне сразу же захотелось уйти. Вчера я позвонила матери и сказала ей, что собираюсь придти домой, затем я сразу же ощутила полный упадок сил, перезвонила матери и сказала, что я слишком устала, чтобы идти. Мое настроение всегда быстро меняется; как только я оказываюсь рядом с человеком, с которым хотела быть вместе, то сразу чувствую, что он ограничивает мою свободу. Я думаю, если бы я действительно сошлась с одним из двух моих ухажеров, не захотела ли бы я после этого снова стать свободной?» Сорокалетний холостяк, который был помолвлен, говорит: «Если я целую Мэри, то не от всего сердца. Я задерживаю дыхание и веду счет. Я могу крепко обнимать и целовать лишь пса, потому что он ничего от меня не хочет, так как нет связывающих нас нитей. У меня всегда было много знакомых, но нет настоящих близких друзей. У меня возникают чувства, будто я одновременно хочу остаться дома и уйти прочь, читать и не читать, идти в церковь и не ходить туда. Я действительно пришел в церковь и сразу же вышел оттуда, а затем захотел вернуться обратно».

Жизнь таких людей проходит в смене мест обитания, одежды, работы, увлечений, друзей, занятий и браков, но они не способны создать стабильные взаимоотношения, всегда нуждаясь в любви и в то же время страшась связывающих уз. Этот же самый конфликт объясняет склонность обрученных или состоящих в браке пар воображать или испытывать привязанность к кому-либо еще, как будто они хотят сохранять свободу в своих чувствах, по крайней мере, в фантазиях. Один пациент заметил: «Я хочу любви, однако мною не должны обладать».

Отказ от эмоциональных связей с внешними объектами

Колебание «то внутрь, то наружу», «стремительное приближение и отход», «цепляние и разрыв», естественно, крайне разрушительны и препятствуют всяким связям в жизни, и в какой-то момент тревога становится такой сильной, что ее нельзя вынести. Тогда человек полностью уходит от объектных отношений, становится *явно* шизоидным, эмоционально недоступным, отъединенным.

Это состояние эмоциональной апатии, отсутствие какого-либо чувства — возбуждения или энтузиазма, привязанности или гнева — может очень успешно маскироваться. Если чувство вытеснено, то часто человек действует автоматически, как робот. Сознательное эго превращается в дисциплинированный инструмент для «совершения правильных и необходимых дел» без какого-либо реального чувства вовлеченности.

Пациентка с разрушительным конфликтом по отношению к своим приятелям-мужчинам искала временного облегчения, составляя список всего, что ей следовало сделать, и, систематически проходя весь этот список, пункт за пунктом, превращала таким образом в рутину всю свою жизнь. Она всегда была вынуждена «делать дела по порядку»; даже ребенком она составила в блокноте список игр и играла в них по порядку. Эта обсессивная наклонность была направлена на контроль и ослабление ее эмоций.

Фэйрберн провел крайне важное различие между «стремлением помогать людям», не испытывая чувств, и реальной любовью. В первом случае во главу угла ставится обязанность, а не расположение.

Мужчина с сильно выраженными, и, действительно, с исключительно глубокими религиозными интереса-

ми, проявлял это характерное стремление — оказывать людям помощь, не испытывая к ним какого-либо реального чувства. Он говорил: «У меня нет никаких реальных эмоциональных связей с людьми. Я могу помогать людям, но, когда они перестают страдать, моя помощь заканчивается. Я не могу присоединиться к радости и веселью. Я оказываю им помощь, однако сторонюсь их, если они начинают меня благодарить». Его сострадание людям было в действительности отождествлением себя как страдальца с любым другим страдающим человеком. Помимо этого, он не позволял развиваться никакой другой эмоциональной связи.

Возможно, даже еще более эффективно замаскировать подлинную природу компульсивного, поддельного рвения к осуществлению хороших дел путем симуляции заботы о других людях. Подлинное чувство к другим людям в действительности отсутствует. Такое поведение, конечно же, не является сознательно фальшивым. Оно представляет собой искреннее усилие делать все возможное при отсутствии способности высвобождения подлинного чувства. То, что обманчиво может выглядеть как подлинное чувство к другому человеку, в действительности основано на отождествлении с другим человеком и является, главным образом, чувством тревоги и жалости к себе.

Многие практически полезные типы личности являются, в своей основе, шизоидными. Усердные труженики, вынужденно неэгоистические люди, эффективные организаторы, интеллектуалы — все они могут достигать значимых результатов, но всегда возможно заметить равнодушие, скрывающееся за их хорошей работой, и отсутствие восприимчивости к чувствам других в том, как они не принимают во внимание людей в своей преданности делу.

Шизоидное подавление чувства и уход от эмоциональных связей могут, однако, зайти еще дальше. Тогда

такой несчастный страдалец перестает сопротивляться: ничто не кажется ему стоящим усилий, интерес умирает, мир кажется нереальным, а эго — деперсонализированным. Может быть совершена попытка расчетливого самоубийства под аккомпанемент таких мыслей, как: «Я бесполезен, мерзок, самое лучшее для меня — уйти с дороги». Один пациент, который ранее никогда не доходил до такого конечного состояния, сказал: «Я чувствую, что люблю людей бесстрастным образом; это кажется мне ложной, лицемерной позицией. Возможно, я не испытываю никакой любви. Я в ужасе, когда вижу, как молодые люди стремительно продвигаются вперед и имеют успех, в то время как я нахожусь на самом дне, в абсолютном забвении, в полной изоляции».

Природа шизоидной проблемы (отход к идентификации)

Идентификация и инфантильная зависимость

Как уже упоминалось, проблемы шизоида включают идентификацию, которая обычно считается первоначальной инфантильной формой связи с объектами и зависимости от них. Иногда критикуют психоанализ, что он изобретает странную терминологию, которую неспециалист не может применять в реальной жизни. Мы попробуем проиллюстрировать состояние идентификации с объектом любви текстами Нгайо Марш (1935), известной писательницы детективных романов. В романе «*Стать убийцей*» она создает образ Сурбонадье, плохого актера, чья незрелость выражается в том, что он наркоман и шантажист. Стефания Согэн, основной персонаж романа, говорит: «Он был страшно влюблен в меня. Однако эти слова еще ни о чем не говорят. Он был пол-

ностью и целиком поглощен этим чувством, как если бы вне меня у него не было никакой реальности». Другими словами, этот мужчина был поглощен своим объектом любви, не имел своей подлинной индивидуальности и не мог существовать отдельно от нее. Дело обстояло так, как если бы он не отделился от психики своей матери и не дифференцировался как человек со своими правами, и идентификация с другим человеком остается основой для всех его личных взаимоотношений. *Шизоидный человек, пойманный в сеть программы «то внутрь, то наружу» и не способный поддерживать реальные объектные связи, предпочитает уход и использует идентификацию для сохранения своего эго.* Его трудности в объектных связях обусловлены тем, что он по сути застрял на идентификации.

Пациент сказал: «Если я выхожу из дома, то чувствую, что лишился чего-то, но когда я нахожусь дома, то чувствую себя как в тюрьме. Я чувствую, что я связан с другими людьми и не могу от них уйти, но при этом испытываю ощущение, будто они заключили меня в тюрьму и разрушили мою жизнь». Другому пациенту снилось, что он «неразрывно связан с другим человеком». Сорокалетний мужчина-пациент сказал: «Почему я должен быть в плохих отношениях с моей сестрой? В конце концов, это моя сестра», — а затем сам удивился тому, что он только что сказал. Молодая замужняя женщина, пытаясь совладать со слепым компульсивным стремлением к мужчине-родственнику, с которым она играла, будучи ребенком, сказала: «Мне всегда казалось, что он — это я, а я — это он. Я ощущала большую потребность резвиться около него и делать все для него. Я хотела, чтобы он все время ко мне прикасался. Я чувствовала, что между ним и мною нет никакой разницы». Идентификация является причиной компульсивности таких чувств, как любовное ослепление. Любопытно, что идентификация может выдать себя и в страхе быть похороненным заживо, т.е.

быть поглощенным другим человеком, — *возвращения в матку*. Это также выражается, например, в суицидальном побуждении засунуть свою голову в газовую печь или же в переодевании в одежду другого человека. Одна пациентка, впадая в панику по ночам, когда ее муж отсутствовал, чувствовала себя в безопасности, если спала в его пижаме.

Идентификация является серьезной проблемой в связях шизоидного пациента с внешним миром, потому что приводит к опасности сверхзависимости от объектов, порождает страх быть ими поглощенным и усиливает психическое отчуждение. Таким образом, первоначальный шизоидный уход от не приносящего удовлетворения внешнего мира подкрепляется этим отчуждением как защитой от опасных связей. Одна пациентка отождествляла себя со своей работой как средством сохранения своей личности без риска какой-либо тесной личной привязанности. Она настаивала на том, что ей придется совершить самоубийство, когда она выйдет на пенсию, потому что тогда у нее ничего не останется.

Разрушение идентификации: сепарация—тревога и психическое второе рождение

Регрессивное стремление оставаться в состоянии идентификации ради комфорта и безопасности вступает в конфликт с потребностью разрушить идентификацию и отделить себя как личность. Этот конфликт запускает программу «то внутрь, то наружу». Идентификация, естественно, бывает разной степени, однако шизоидная личность, у которой она играет фундаментальную роль, начинает терять всякую подлинную независимость чувств, мыслей и действия, как только взаимоотношения с другим человеком становятся эмоционально прочными. Поясним эту мысль на примере.

Пациент говорит: «Я чувствую, что у меня нет потребности бывать в обществе. Я никогда не могу покинуть тех людей, которых люблю. Если я выхожу из дома, то чувствую себя опустошенным, теряю себя. Я не могу преодолеть это чувство. Если я стану от вас зависим, то буду наслаждаться этой зависимостью и захочу продлить свое детство. Находиться взаперти означает быть в тепле, в безопасности и не сталкиваться с непредвиденными событиями». Но такого рода безопасность также является тюрьмой, поэтому пациент продолжает: «У меня такое чувство, будто я хожу вниз и вверх внутри замкнутого пространства. Мне приснился младенец, родившийся из духовки [т.е. полное изменение идеи самоубийства]. Меня сильно напугала опасность, связанная с выходом наружу (рождением), так как от газовой печи к двери был крутой спуск. Я чувствую, что распадаюсь на части, если выхожу наружу. Я ощущаю себя цельным, только когда я возвращаюсь домой и нахожусь с кем-либо другим. Я не испытываю одиночества, даже если рядом со мной никого нет. Иногда я чувствую себя подобно человеку, выпадающему из самолета или глубоко нырнувшему и надеющемуся достать до дна, но дна нет. У меня сильные импульсы выброситься из окна». Этот «символизм рождения» показывает, что суицидальные импульсы могут иметь противоположные смыслы. Духовка означает возвращение в матку, идентификацию с матерью. Выпадение из окна или духовки означает борьбу за сепарацию и рождение. Борьба за разрушение идентификации является длительной и тяжелой, и в анализе она кратко повторяет весь процесс роста к нормальному сочетанию добровольной зависимости и независимости, характерному для зрелого взрослого человека. Одной из причин тревоги служит то, что сепарация может восприниматься не как естественный рост и развитие, а как насильственный, злобный, деструктивный разрыв, как если бы младенцу при рождении было суждено оставить умирающую от родов мать. Однако главная

причина тревоги заключается в том, что сепарация влечет за собой утрату эго.

Шизоидные характерные черты

Остановимся на том, какие черты характеризуют шизоидную личность наиболее полно:

(1) *Интроверсия*. Шизоид отрезан от мира внешней реальности в эмоциональном смысле. Все его либидинальные желания направлены на внутренние объекты, и он живет интенсивной внутренней жизнью, часто обнаруживающей изумительное богатство фантазии; хотя по большей части эта разнообразная жизнь воображения скрыта от всех, часто даже от самого шизоида. Его эго расщеплено. Однако барьер между сознательным и бессознательным может быть очень тонким, и мир внутренних объектов и связей может легко прорываться в сознание и доминировать там. Еще глубже, чем этот уровень «внутренних объектов», лежит первичное состояние «возвращения в матку».

(2) Отчужденный *уход* от внешнего мира является обратной стороной интроверсии.

(3) *Нарциссизм* является характерной чертой, потому что шизоид ведет преимущественно внутреннюю жизнь. Все его объекты любви находятся внутри него, и, кроме того, он в значительной степени отождествляет себя с ними, так что его либидинальные привязанности как бы относятся к нему самому. Эта искусно вводящая в заблуждение ситуация не была ясна, когда Фрейд предлагал на обсуждение свою теорию аутоэротизма и нарциссизма и эго-либидо как отличного от объект-либидо.

Мелани Кляйн утверждает, что физически инкорпоративное чувство к объектам любви является телесным

дубликатом, или, скорее, основанием ментально инкорпоративного отношения, которое ведет к ментальной интернализации объектов и устанавливает мир внутренних психических объектов.

Вопрос, однако, состоит в том, обусловливается ли интенсивная внутренняя жизнь шизоида желанием инкорпорации внешних объектов или же уходом от внешнего к предположительно более безопасному внутреннему миру. Ибо эти ментально интернализованные объекты, в особенности, когда пациент ощущает сильную идентификацию с ними, могут обрести свою реальность во внутреннем мире, когда нет внешнего объекта. Одна пациентка, которая не может прямо рассердиться на другого человека, всегда критикует себя. Она отождествляет себя с объектом своей агрессии, что приводит к депрессивному состоянию, которое возникает на основе шизоидной структуры. Обычно так называемые аутоэротические и нарциссические феномены сосания большого пальца, мастурбации, крепкого цепляния за себя и т.д. также основаны на идентификации. Аутоэротические феномены являются лишь вторичным образом аутоэротическими; аутоэротизм — это связь с внешним объектом, который отождествляется с собой, большой палец младенца выступает в качестве представителя груди матери. Нарциссизм является замаскированной интернализованной объектной связью. Так, одна пациентка чувствовала депрессию, когда принимала ванну, и тихо плакала, а затем ощущала сильное желание опустить голову себе на плечо (т.е. на материнское плечо в себе) и сразу же чувствовала себя лучше. А сидя однажды вечером со своим мужем и читая, она осознала, что думает об интимной связи с ним, и обнаружила, что ранее засунула руку себе под платье и ласкает свою грудь. Эти феномены ведут к четвертой шизоидной характерной черте:

(4) Самодостаточность. Вышеназванная пациентка в действительности не обращала внимания на своего мужа как на другого человека: ее связь с ним целиком происходила внутри нее, и она чувствовала себя удовлетворенной. Эта интровертированная, нарциссическая самодостаточность, при которой все эмоциональные связи осуществляются во внутреннем мире, спасает от тревоги, вспыхивающей при взаимоотношениях с реальными людьми. Самодостаточность, или попытка обходиться без внешних связей, очевидна и в таком случае. Молодая женщина много говорила о желании иметь ребенка, а затем ей приснилось, что у нее есть свой ребенок, дарованный матерью. Но так как она часто отождествляла себя с детьми, это сновидение показывало, что и она, будучи ребенком, находится внутри матери. Она хотела восстановить ситуацию самодостаточности, в которой она одновременно была матерью и ребенком. Она говорила: «Да, я всегда об этом думала, когда была ребенком. Это давало мне чувство безопасности. Здесь все находилось под моим контролем, здесь не было неопределенности». Занимая такую позицию, она могла обходиться без мужа и быть совершенно самодостаточной.

(5) Чувство превосходства естественно вытекает из самодостаточности. Человек не испытывает нужды в других людях, он может обходиться без них. Это сверхкомпенсирует глубоко укоренившуюся зависимость от людей, которая ведет к чувствам неполноценности, собственной малости и слабости. Но с этим часто связано чувство «инаковости», отделенности от других людей. Так, крайне обсессивная пациентка обнаруживает шизоидную основу своих симптомов, когда говорит: «Я постоянно не удовлетворена. Будучи ребенком, я часто плакала от скуки, глядя на глупые игры, в которые играли дети. В подростковом возрасте все только ухудшилось: я испытывала ужасную скуку, чувство пустоты,

отсутствие интереса. Я глядела на людей и видела, что их интересуют вещи, которые мне казались глупыми. Я чувствовала свое отличие от них и казалась себе более умной. Я глубоко задумывалась о смысле жизни». Она могла абстрактно размышлять о жизни, но не могла вести жизнь в реальных связях с другими людьми.

(6) Утрата *аффекта* во внешних ситуациях является неизбежной частью всей картины. Мужчина под пятьдесят говорит: «Мне трудно находиться с матерью. Мне следовало бы быть к ней более внимательным. Я никогда не обращаю внимания на то, что она говорит. Я ни к кому не чувствую сильную привязанность. Я холоден со всеми, кто рядом со мной и дорог мне. Когда мы с женой занимаемся сексом, она обычно спрашивает: "Ты любишь меня?" На что я отвечаю: "Конечно, я тебя люблю, однако секс — это не любовь, а лишь переживание". Я никогда не мог понять, почему это ее расстраивает». Чувства были исключены даже из его сексуальной сферы, что один пациент назвал «пульсирующим биологическим побуждением, которое, по всей видимости, имеет к моему "Я" малое отношение». В результате такого «бесчувствия», шизоидные люди могут быть циничными, бессердечными и жестокими, не понимая, как они обижают других людей.

(7) *Одиночество* является неизбежным результатом шизоидной интроверсии и прекращения внешних связей. Оно проявляет себя в интенсивном стремлении к дружбе и любви, которое неоднократно прорывается наружу. Одиночество среди толпы является переживанием шизоидом своей отрезанности от аффективного раппорта.

(8) *Деперсонализация*, утрата чувства идентичности и индивидуальности, утрата себя, несомненно, порождает серьезные опасности. Сюда вовлечена также дереализация внешнего мира. Так, одна пациентка утверждает,

что наибольший испуг, который она когда-либо испытала, был связан с переживанием, которое, как она считала, относится к двухлетнему возрасту: «На некоторое время я утратила восприятие себя как отдельной сущности. Я боялась бросить взгляд на что-либо; я боялась к чему-либо прикоснуться, как если бы я не фиксировала прикосновение. Я не могла поверить, что я что-либо делаю, если только это не делалось механически. Я все вокруг воспринимала нереалистическим образом. Все вокруг казалось мне крайне опасным. Пока продолжалось это состояние, я была в ужасе. Всю свою жизнь после этого переживания я говорила себе время от времени: "Я — это я".

(9) *Регрессия*. Склонность к регрессии будет более полно описана впоследствии и здесь лишь упоминается. Она связана с тем, что *шизоид чувствует себя подавленным внешним миром* и борется против него внутри себя, пытаясь «пятиться» назад к безопасности матки.

По ту сторону эдиповой проблемы

При рассмотрении представленного здесь материала становится ясно, что разработанная Фэйрберном теория шизоидной проблемы (1938—1946) представляла собой радикальный пересмотр предшествующего психоаналитического подхода. Фрейд основал свою теорию развития и психоневрозов, опираясь на центральное положение эдиповой ситуации в последней фазе раннего детства. Неудача в разрешении эдипова конфликта инцестуозной любви и ревность и ненависть к родителю своего пола вели к фиксации на прегенитальных уровнях сексуальной и эмоциональной жизни и к длительной ноше вины. Теперь эта теория должна рассматриваться как составленная первооткрывателем карта устья великой реки, где

она впадает в море, в то время как ее источник и верховье все еще нуждаются в исследовании. Она содействовала составлению подробной «карты» инфантильного развития, основанной на трудах Кляйн, Винникотта, Боулби, Шпица и многих других исследователей, на взаимоотношениях «мать-дитя», депрессивной и шизоидной позициях и на самых ранних стадиях развития эго. *Эдипова проблема, как она представлялась Фрейду, была в действительности воротами, открывающимися в область психопатологии раннего детского возраста.* Позиция Фэйрберна, по сути, проста. Представляется очевидным, что, будучи однажды зафиксированной, *потребность человека в любви является фундаментальной в его жизни и что любовный голод и гнев, вызванные фрустрацией этой базисной потребности, должны составлять две главные проблемы личности на эмоциональном уровне.* Установленная Фрейдом «вина по поводу инцестуозной привязанности к матери», в конечном счете, сводится к необходимости преодоления инфантильной зависимости от родителей, и, в частности, от матери, для становления взрослого, зрелого человека. Теория эдипова конфликта в чисто биологическом и сексуальном смысле представляет реальную проблему в ложном свете. Нужно видеть разницу между более ранним патологическим эдиповым комплексом и более поздней здоровой эдиповой фазой развития. В этой более поздней фазе мальчик нуждается в матери, в которую он мог бы влюбиться, и в отце, который будет дружески настроенным соперником. Это содействует реальному личностному росту. В более раннем патологическом комплексе мать и отец становятся нереальными идеализированными хорошим и плохим внутренними объектами. Первичное эмоциональное отношение ребенка к обоим родителям остается тем же самым, хотя, в действительности, его отношение к матери является фундаментальным. Оно определяется не полом родителя, а потребностью ребенка в безопасном, ста-

бильном, полном любви личном окружении, в котором протекает развитие его эго от первичной идентификации к созреванию собственной идентичности. В своем поиске либидинального хорошего объекта ребенок неоднократно будет направляться от матери к отцу и обратно. Чем более неудовлетворительными оказываются объектные связи с его родителями в ходе развития, тем сильнее идентификация с ними и тем больше он привязан к внутреннему миру порожденных им плохих *интернализованных объектов*, которые превратятся в его бессознательном в своего рода «пятую колонну» секретных преследователей, одновременно пробуждающих желание и отказывающих в удовлетворении. Глубоко укорененный и постоянно неудовлетворяемый голод станет основой личности, подвергая маленького ребенка фундаментальной угрозе развития шизоидного состояния.

Культуральные выражения шизоидных страхов

Психоаналитиков часто обвиняют в том, что, работая с аномальными психическими состояниями, они выводят на этом основании неправомерные заключения о нормальной психике. В действительности, психоанализ убедительно показывает, что такое разграничение вводит в заблуждение. Было бы нетрудно продемонстрировать любой психопатологический процесс на материале исследования так называемой «нормальной психики». В настоящее время многие люди ищут психоаналитической помощи не вследствие каких-то специфических невротических расстройств, а из-за проблем, связанных с их характером и личностью, и многие из них являются людьми, которые в целом воспринимаются другими как «нормальные». Таким образом, психопатология способна пролить свет на многие аспекты обычной социальной

и культурной жизни. Это слишком большая тема, чтобы мы могли раскрыть ее здесь, коснемся только некоторых моментов.

Общие мягкие шизоидные черты. Представим ряд общих выражений, которые характеризуют отношения интроверта с другими людьми, чтобы понять, насколько часто встречается «шизоидный тип» личности. При ежедневном общении с людьми постоянно слышишь: «он ушел в свою скорлупу», «он лишь краем уха слушает, что вы говорите», «он всегда озабочен» или «рассеян», «он живет в мире идей», «он не живет в этом мире», «он непрактичный тип», «трудно понять, кто он таков», «он не может ничем восторгаться», «он бесчувственный», «он очень успешен, однако безжалостен». Можно легко умножить этот список. Все эти высказывания могут относиться к людям стабильным и вполне адекватным, но у которых явно отсутствует способность к простой, спонтанной, теплой и дружеской отзывчивости. Нередко они более эмоционально отзывчивы по отношению к животным, чем к тем людям, с которыми живут или работают. Они сдержанные, «холодные» люди: и не в смысле противоположности «горячим», эмоциональным людям, а скорее в том, что их взаимоотношения с людьми в действительности эмоционально пусты. На подобных примерах хорошо видно, что психопатологические феномены нельзя отделить от так называемых «нормальных».

Политика. На протяжении многих веков в политической жизни возникают вопросы «свободы» и «власти». Люди страстно сражаются за свободу и независимость: свободу от иностранного господства, от государственного патернализма и бюрократического контроля, от социального и экономического классового угнетения, от оков религии. Однако в другие времена люди доказывают, что они не меньше хотят получать поддержку и

подчиняться государству или церкви. Несомненно, действительность часто побуждает людей вести себя так или иначе в разные исторические периоды. Однако если мы ищем первичные мотивации человеческого действия, то невозможно не связывать такие социальные и политические колебания с программой «то внутрь, то наружу» шизоидной личности. Глубочайшие потребности человека делают его зависимым от других людей, однако когда чувство зависимости обусловлено эмоциональной незрелостью, в нем нет ничего продуктивного. Люди в целом намного менее эмоционально зрелые, чем сами себя считают, и это объясняет агрессивность, противодействие и компульсивное утверждение ложной, искусственной независимости. Шизоидный человек часто «помешан» на свободе. Любовь к свободе столь долгое время была лейтмотивом британской национальной жизни, что то стремление к тоталитаризму и к авторитаризму, которое Эрих Фромм (1942) называет «бегством от свободы», кажется нам странным помрачением ума. Важно осознать, что оба этих мотива глубоко укоренены в психической структуре человеческой личности.

Идеология. Многое было сказано об «эрах угнетения» в истории, однако холодная, расчетливая, механическая, безжалостная и бесчувственная природа жестокости политических интеллектуалов и идеологов дает возможность подумать о наступлении «шизоидной эры». Холодный и непроницаемый Гиммлер имел все черты глубоко шизоидной личности, и его самоубийство было последовательным. Шизоидный интеллектуал, обладающий неограниченной политической властью, вероятно, наиболее опасный тип лидера. Он — пожиратель человеческих прав у всех тех людей, которыми правит. То, что некоторые крайне безжалостные нацисты обращались к изучению теологии, важно для понимания шизоидного расщепления личности. И если мы обратимся к интел-

лектуальной и культурной сферам, то несложно увидеть безличностную атмосферу шизоидного мышления и в гегельянстве, которое истолковывает «мир как идею». Еще более явно выражено шизоидное чувство тщетности, разочарования и лежащей в основе тревоги в экзистенциализме. Эти мыслители, от Кьеркегора до Хайдеггера и Сартра, полагали, что человеческое существование укоренено в тревоге, что, в конечном счете, у нас нет никакой опоры и единственное, что мы можем утверждать, так это «небытие», «нереальность» и финальное чувство тривиальности и бессмысленности. Это, несомненно, является шизоидным отчаянием и утратой контакта с эмоциональной реальностью, рационализированными в философии; и все же экзистенциальные мыслители, в отличие от логических позитивистов, призывают нас смотреть в лицо и иметь дело с этими реальными проблемами нашей человеческой природы.

Резюме

Мы можем, наконец, кратко обрисовать эмоциональную проблему шизоида следующим образом: он чувствует глубинный страх реальных личных связей, т.е. таких взаимоотношений, в которые входят подлинные чувства, потому что, в связи с чрезмерной потребностью в любви объекта, может поддерживать взаимоотношения лишь на основе инфантильной и абсолютной зависимости. Для «голодного» в любовном отношении шизоида, сталкивающегося внутри себя с притягательным, однако покидающим его объектом, все взаимоотношения воспринимаются как «поглощение объектов», которое ловит капканом, помещает в темницу и уничтожает. Ваша ненависть деструктивна для объекта ненависти, но вы все еще свободны любить кого-либо другого. Но если вы чувствуете, что ваша любовь деструктивна, то попадаете

в ужасную ситуацию. Ваши потребности *побуждают* вас вступать во взаимоотношения и тут же *отталкивают* из-за страха, что вы либо истощите объект любви своими требованиями, либо же утратите свою собственную индивидуальность вследствие сверхзависимости и идентификации. Такие «то внутрь, то наружу» колебания являются *типичным шизоидным поведением*, и уход от него в отчужденность и утрату чувства — *типичное шизоидное состояние*.

Шизоид чувствует, что стоит перед угрозой полной утраты и деструкции как эго, так и объекта, безотносительно к тому, вступит ли он во взаимоотношения или выйдет из них. Идентификация влечет за собой утрату эго, а инкорпорация — голодное «пожирание» и утрату объекта. Объект уничтожается, когда вы боретесь за независимость, или же утрачивается вследствие сепарации, а эго уничтожается или опустошается вследствие потери объекта, с которым оно себя отождествляет. Единственным решением становится разрушение идентификации и взросление личности, дифференциация эго и объекта и развитие способности к независимости, сотрудничеству и взаимности, т.е. психическое возрождение и развитие реального эго.

II. ШИЗОИДНАЯ ПРОБЛЕМА, РЕГРЕССИЯ И БОРЬБА ЗА СОХРАНЕНИЕ ЭГО[3]

В первой главе мы видели, что наиболее легко распознаваемые характерные черты шизоидной личности — это ее трудности в установлении внешних объектных связей. Потребности шизоида устанавливать связи с реальными людьми противостоит его интенсивный страх этого, так что после периода колебаний, наполненного огромной тревогой, между «интровертированно-экстравертированным» поведением, его влечет к уходу в отчуждение и психическую изоляцию. Теперь мы обратимся к другой стороне данной проблемы. Что происходит с эго, когда объектные связи в реальной жизни рушатся и отвергаются? Среди характерных черт шизоида, упомянутых в предыдущей главе, была «регрессия», и теперь мы рассмотрим ее более подробно. Шизоид отстраняется от внешнего мира и будущего и в этом процессе поворачивает вспять, регрессирует к внутреннему миру, где хранится прошлое. Как далеко заходит такая регрессия эго и что она влечет за собой?

Регрессивные феномены

Много лет тому назад у меня был пациент, мужчина сорока с лишним лет, у которого, по его мнению, был лишь один симптом. Его крайне волновала женская грудь, и он обращал внимание на каждую проходившую мимо женщину. Он считал свой шизоидный робкий и интровертированный характер вполне нормальным. «Конечно, я

---

[3] Эта глава является переработанной версией статьи в Brit. J. med. Psychol. 34 (1961), pp. 223-44.

не общительный, не компанейский человек». Он связывал свою озабоченность с тем, что его жена была крайне холодной и неотзывчивой женщиной, и такой же была его мать, о которой он всегда говорил как о «застегнутой на все пуговицы снизу доверху». Такая озабоченность грудью казалась регрессивным симптомом и соседствовала со многими другими инфантильными чувствами, которые он крайне не хотел за собой признавать. В ходе анализа его сосредоточенность на груди заметно уменьшилась, но ее место занял поток однотипных фантазий, которые длились неделями, отнимая силы и серьезно мешая ему в выполнении служебных обязанностей. Фантазии (с бесчисленными вариациями) заключались в том, что он удалится на покой и уедет в безлюдную местность, где построит дом-крепость на морском берегу и отгородится от всех дел. Никому не будет позволено вступать в его владения, а те люди, которые попытаются туда прорваться, будут удалены. По контрасту с его профессиональной и социальной жизнью, в его внутренней психической жизни был выстроен такого рода дом, в котором он жил в одиночестве и куда никого никогда радушно не приглашал.

В его голове роились мысли о постройке неприступного замка на вершине горы, формой напоминающей грудь, возведению вокруг замка неприступных оборонительных сооружений, и жизни в этом замке. Сильные мира сего пытались взять замок штурмом, но не могли прорваться внутрь. Он, однако, ощущал некоторое беспокойство и не хотел становиться заточившим себя в замке узником, а хотел иметь возможность в ином обличье выходить во внешний мир, но чтобы никто не мог вступить с ним в контакт. Когда в одной из фантазий он увидел меня, поднимающегося вверх по горе, то стал бросать в меня громадные валуны и сшиб с горы. Эта фантазия говорит о желании занять безопасное положение у груди, в соответствии с его симптомом, и ее

реальной темой является уход во внутренне безопасную ситуацию. В этой фантазии он движется туда-сюда между грудью, которую он может покидать и снова туда возвращаться, и маткой, внутри которой он может чувствовать себя в безопасности. Неделю или две спустя он внезапно прервал анализ, использовав в качестве причины мимолетную болезнь своей жены. Его фантазии и анализ обнаружили могущественное регрессивное влечение, которое лежало в основе его шизоидной отчужденности и ухода от реальных личных связей. В то время я считал эти фантазии всецело связанными с интересом к груди, с дальнейшей регрессией в глубины инфантильного переживания, от груди к матке, где он мог быть «в безопасности внутри». В настоящее время я считаю прежнюю интерпретацию неполной.

Сейчас я думаю, что его поглощенность грудью, которую я ранее истолковывал как свидетельство наступившей регрессии, в действительности была защитой против конечной регрессии, которая снова привела его к *первичному регрессивному импульсу вернуться в безопасность матки.* Во взрослой жизни испытываемое им тяготение к груди было регрессивным феноменом, однако по сравнению с возвращением в матку мы должны воспринимать это как борьбу за сохранение объектных связей. Грудь интересует новорожденного младенца, который находится во внешнем мире, вне матки. Его компульсивное желание страстно цепляться за грудь было конструктивной борьбой против могущественного стремления убежать прочь от постнатального мира, возвратиться в матку и быть там в безопасности. Возможно, если бы в то время я приписал этому симптому такую конструктивную мотивацию, он мог бы не только обнаружить свое глубинное регрессивное желание вернуться к защищенному пассивному состоянию, но и получить в анализе поддержку своей борьбы за сохранение активного, хотя пока еще инфантильного, ищущего грудь эго.

Возможно, он бросил лечение из-за страха, что анализ загоняет его во власть регрессивного бегства от активной жизни.

В то время я не осознавал существование определенной защиты против шизоидного ухода и регрессии, объясняющей, как я теперь считаю, многие реакции, которые у взрослого человека представляют собой проявления инфантильных феноменов. Все постнатальные феномены, сколь бы инфантильными они ни были сами по себе, оральные, анальные и некоторые генитальные феномены — принадлежат к сфере активных «объектных отношений» и поэтому могут служить в качестве защиты против ухода в пассивную пренатальную безопасность. Такие выводы крайне значимы для понимания целого спектра психопатологических переживаний. Факты регрессии и фантазии о возвращении в матку давно уже были знакомы аналитикам. Тем не менее им никогда не находилось надежного места в теории психоанализа. Шизофреническое и депрессивное состояния связывались Абрахамом с орально-сосущей и орально-кусающей фазами младенчества, а фантазии о возвращении в матку рассматривались просто как часть фантазийного материала регрессии в целом. Уход в *шизоидных состояниях* неточно связывался с шизофренией во многом так же, как «депрессивный характер» связывается с «депрессивным психозом». Огромный клинический материал заставляет говорить о более точном значении этих проявлений.

Существующие теоретические концепции

В истории психоанализа есть важная попытка принять во внимание пренатальную жизнь, а именно, пред-

ложенная Отто Ранком теория «травмы рождения», результатом которой становится невроз. Эта теория не получила дальнейшего развития, потому что Ранк основал ее на предположении о том, что физическая травма рождения была первопричиной любой последующей тревоги. Он искал психоаналитических средств, обеспечивающих быстрое обнаружение и повторное переживание этой травмы рождения в тщетной надежде, что после этого невроз станет доступен быстрому исцелению. Лечение и исцеление представали как процесс «повторного рождения», при этом подразумевалось, что в некотором смысле невротическая личность все еще находится «в матке». Фрейд показал ошибочность этой теории в целом. В письме к Абрахаму в феврале 1924 года он писал:

> «Я без колебания скажу, что считаю эту книгу [Ранка] очень важной, что она дала много пищи моему уму, и что я еще не пришел к определенному мнению на ее счет... Мы давно уже были знакомы с фантазиями, связанными с маткой, и осознавали их важность, но при том значении, которое придал им Ранк, они приобретают намного больший вес и в одно мгновение показывают биологическую подоплеку эдипова комплекса. Повторяю то же самое своими словами: некий инстинкт, который стремится восстановить пренатальное состояние, должен быть связан с травмой рождения. Это можно назвать и инстинктивной потребностью счастья, осознавая, что понятие "счастье" в данном случае используется в эротическом смысле. Ранк идет теперь дальше, чем психопатология, и показывает, как мужчины изменяют мир в угоду этому инстинкту, и как невротики, сталкиваясь с трудностями, мечтают о возвращении в чрево матери» (*Джонс*, 1957).

Фрейд считал фантазию о возвращении в чрево матери эротическим желанием, согласующимся с эдипальным инцестуозным влечением к матери, которому противодействует отцовский запрет, порождающий вину. В марте 1924 года он вновь писал Абрахаму:

> «Давайте рассмотрим самый крайний случай: Ференци и Ранк утверждают, что мы были не правы, остановившись на эдиповом комплексе. По их мнению, настоящее решение следует искать в травме рождения, и любой, кто не преодолел эту травму, потерпит неудачу в эдиповой ситуации. Тогда вместо нашей этиологии неврозов мы будем иметь этиологию, обусловленную физиологическими случайностями, так как невротиками станут либо дети, которые особенно сильно пострадали от травмы рождения, либо те, кто особенно чувствителен к такой травме» (*Джонс*, 1957).

Фрейд отверг взгляды Ранка, главным образом, по двум причинам: первое, что тот искал причину неврозов в физическом несчастном случае (таким образом, потерпев неудачу в раскрытии подлинной психодинамической этиологии), и второе — даже тогда не было данных о том, что быстрое раскрытие травмы рождения приводит к быстрому исцелению. Критика Фрейда была убедительной, но все же мы до сих пор не приблизились к пониманию подлинной значимости этих маточных фантазий и регрессивных феноменов в целом. После публикации в 1926 году работы Фрейда «*Торможения, симптомы и страх*» Джонс написал ему:

> «Вы оказались достаточно мудры, чтобы сделать то, что никто из нас не смог, а именно, позволили взглядам Ранка повлиять на вас» (Джонс, 1957).

Мы же должны продолжать самостоятельно искать решение данной проблемы.

Фрейд считал, что фантазии о возвращении в матку имеют ту же основу, что и эдипальное влечение к матери. Материнские гениталии, грудь и матка — все они воспринимались как объекты инцестуозного желания. Влечение к этим органам, активизировавшись во взрослой жизни, представляет собой прогрессивное возвращение к еще более ранним стадиям позитивного, активного, инфантильного сексуального влечения. Далее, Фрейд считает наличествующее в этих регрессиях инстинктивное влечение к «восстановлению прежнего существования» активным и «побуждающим к (эротическому) счастью». Таким образом, не учитывается, что есть разница между фантазиями возвращения в матку и связанными с грудью и инцестуозными фантазиями. *Фантазии возвращения в матку аннулируют постнатальные объектные отношения, а связанные с грудью и инцестуозные фантазии — нет. Этот момент имеет принципиальное значение для эго, ибо сила эго и чувство собственной реальности зависят от объектных отношений. Возвращение в матку является бегством от жизни и подразумевает отказ от груди и инцестуозных фантазий, которые включают борьбу за продолжение жизни.*

Анализ случая, с которого я начал данную главу, показывает, что пациент считал весь внешний мир враждебным и опасным, вызывающим страх. Можно сказать, что его регрессивное стремление вернуться «внутрь», в безопасное место, было обусловлено не инцестуозным влечением к эротическому счастью с матерью, а *страхом*. Именно подлинный страх диктует возвращение к матери, скорее ради безопасности, нежели для удовольствия. Он чувствовал, что был рожден в злобный мир, и страх стимулировал инстинктивную реакцию *бегства*, возвращения назад в безопасную крепость, из которой

он вышел. С этой точки зрения представляется, что фантазии о груди и об анальных и инцестуозных генитальных отношениях с матерью постнатального существования являются выражениями борьбы другой части личности за то, чтобы «оставаться рожденным» и жить как отдельное эго в мире объектных отношений. Они являются защитой против другой части личности, которая «ушла внутрь», чтобы спасти себя от потрясений; ибо такой «уход внутрь» действует на эго пугающим образом. *То, что, с одной стороны, кажется обещающим безопасность, с другой — вызывает страх аннигиляции. Желание возвратиться в матку может также восприниматься как желание умереть.* Вот почему мой пациент обеспечил возможность выхода наружу в ином обличье, по крайней мере, для наблюдения, для сохранения некоторых контактов с внешним миром. Ранк близко подошел к основной проблеме психических движущих сил, однако нашел неверное решение, но и Фрейд, в свою очередь, не смог найти правильного решения. Возникающая в процессе исследования шизоидных феноменов точка зрения еще не была выявлена. Мы видим в первой главе, что Фэйрберн действительно (ссылаясь на Фрейда) «прямо утверждает, что мы были не правы, остановившись на эдиповом комплексе». Он идет дальше — к неудаче избавления от *инфантильной зависимости.* «Регрессия в матку» является выражением глубочайшей инфантильной зависимости, когда слабое инфантильное эго не может справиться с неадекватным или травматическим окружением. «Подлинное решение следует искать» (Фрейд) не в травме рождения, а в *психологической значимости регрессивного стремления в матку.* Является ли оно простым бегством или же тайной надеждой на возрождение в более сильном обличье?

После 1924 года многое было сделано для понимания первых лет жизни человека. Мелани Кляйн провела интенсивные аналитические исследования доэдипального периода. Она показала, что «тревога преследования»

предшествует «депрессивной тревоге» и что младенец в первые несколько месяцев жизни способен на столь интенсивный *страх*, что может доходить до страха смерти в смысле полного уничтожения. Правда, Кляйн считала, что этот страх деструкции обусловлен, в конечном счете, гипотетическим инстинктом смерти, и поэтому считала его, по сути, эндопсихическим феноменом. Однако фрейдовская умозрительная теория инстинкта смерти встретила малое признание среди аналитиков и стала излишней в свете подлинно новаторской «теории внутренних объектов», созданной Мелани Кляйн. Эта теория, а также представление об *интенсивном страхе, который может охватывать младенца в самый ранний период жизни*, незаменимы для решения проблемы глубочайшей регрессии, лежащей в основе шизоидных состояний.

Три других важных вклада в решение данной проблемы были сделаны Винникоттом и Балинтом в клинической сфере, и Фэйрберном — в области теории. Проведенная Фэйрберном ревизия психоаналитической теории необходима для понимания проблемы. Он перенес акцент с влечений на самость или эго, которому они принадлежат, и с импульсов — на объектные отношения, в которых они становятся активными. Он сделал это в результате своей клинической работы с шизоидными пациентами и продвинулся от депрессии к шизоидному состоянию как основе всех психопатологических отклонений. Результатом стало возникновение скорее «личностной», нежели «психобиологической», теории. *Фрейдовский анализ эго является концептуализацией депрессии* — теорией эндопсихической структуры как процесса контроля со стороны эго и суперэго и/или вытеснения импульсов ид асоциального характера. Вина, в конечном счете, в бессознательной форме, является движущей силой этого процесса и реальным источником сопротивления психотерапии (Фрейд, 1923). *Анализ эго Фэйрберна является концептуализацией шизоидного*

процесса и делает понятным «расщепление эго», наступающее вследствие шизоидного ухода. Здесь движущей силой является не вина, а простой страх. Так как шизоидный уход происходит в первую очередь от «плохого» пугающего внешнего мира, Фэйрберн не считает психическую жизнь младенца целиком детерминируемой эндопсихически, как это полагала Мелани Кляйн.

Он считает психику младенца с самого начала его жизни целостным, единым, динамическим эго, сколь бы примитивным оно ни было, реагирующим на объектный мир. Внешние объектные связи определяют начало и будущее течение эндопсихического развития в структурном смысле. Первоначальная психика младенца не является неинтегрированным собранием эго-ядер, не является она также безобъектной и чисто аутоэротической. Работа Кляйн в действительности «вывела из употребления» оба этих элемента первоначальной психоаналитической теории, хотя она и испытывала колебания по первому из них. Фэйрберн ясно заявляет, что младенец с самого начала является целостным, хотя и примитивным, динамическим эго[4] с единым стремлением, вначале трудноразличимым и слепым, к объектным связям, в которых он нуждается для дальнейшего развития эго. Именно инфантильное эго такого типа, уже, по сути, целостное человеческое существо, мы должны воспринимать как способное неким элементарным образом переживать интенсивную «тревогу преследования», полнейший страх, который, как обнаружила Кляйн, может характеризовать первые несколько месяцев жизни. Джонс писал:

> «Д-р Фэйрберн начинает с центра личности (эго) и показывает присущие ему стремления и трудности в попытке достичь объекта, где оно сможет

[4] Однако смотрите с. 408-409, где будет дана оценка этой точке зрения.

найти поддержку... (Это) свежий подход в психоанализе» (*Фэйрберн*, 1952а, предисловие).

Теория эндопсихической структуры Фэйрберна дает нам возможность концептуально описать регрессию как уход от плохого внешнего мира в поиске безопасности во внутреннем мире. Она может рассматриваться как суть шизоидной проблемы и как самый глубинный элемент во всем психопатологическом развитии[5]. Фэйрберн считает, что проблема шизоидного индивида в том, что его обусловленный страхом уход приводит к неспособности осуществлять подлинные связи с объектами и к последующей изоляции, которая влечет за собой риск тотальной утраты всех объектов и вместе с этим и утраты своего собственного эго. Это серьезный вопрос — приведет ли уход шизоида и его регрессия к возрождению или к подлинной смерти. Попытка спасти свое эго от преследования путем бегства внутрь к безопасности порождает еще более серьезную опасность утраты эго другим путем.

Такова необходимая отправная точка для исследования регрессии. Она с поразительной ясностью иллюстрируется сновидением университетского лектора ярко выраженного шизоидного интеллектуального типа:

> «Я перешел с Земли на космический корабль. Плывя в пустом пространстве, я вначале считал, что это чудесно. Я думал: “Тут нет ни одного человека, который мог бы мне навредить”. Затем внезапно я запаниковал при мысли: “Возможно, я не смогу вернуться назад”».

---

[5] В главах VIII и IX мы рассмотрим, что является даже еще более первичной проблемой, которую исследует Винникотт, а именно: как младенец приходит к чувству «бытия» и вообще получает начало для эго-развития.

Шизоид может настолько уходить в себя, что возможна полная утрата контакта с внешним объектным миром. Молодая жена, которая стала глубоко шизоидной в раннем детстве из-за полного отсутствия материнской заботы, столкнулась при переходе в дом мужа с громогласной доминирующей свекровью. Она сказала: «Свекровь пугает меня. У меня такое чувство, будто я нахожусь отсюда за много миль. Это вызывает у меня испуг. Я опасаюсь, что уйду так далеко, что не смогу вернуться. Я боюсь сойти с ума». Она была вынуждена звонить мне ночами, раз за разом, для сохранения контакта и смягчения страха.

Именно на данной стадии шизоид начинает непосредственно сталкиваться с опасностью деперсонализации своего эго в повседневной жизни, совместно с дереализацией своего окружения, и с приводящим в ужас риском утраты самости — психологической катастрофой, которая может сначала быть страстным желанием бегства, однако может закончиться смертью. У описанного в начале данного раздела пациента была веская причина обеспечить для себя возможность выхода, в ином обличье, для контакта с реальностью за пределами воздвигнутого им замка. Однако это был не «контакт», а лишь отстраненное наблюдение. Не было реальных связей, потому что пациент боялся позволить внешнему миру войти «внутрь», вступить с ним в контакт. Регрессия и шизоидный уход в некотором смысле — это одно и то же, с терапевтической точки зрения. Хотя регрессия является поиском безопасности, она приносит безопасность лишь тогда, когда есть реальный человек, к кому и с кем можно регрессировать. Работа Фэйрберна над шизоидной проблемой повлияла на Мелани Кляйн, и она приняла его термин «шизоидный» как дополнение к ее собственному термину «параноидальный» для описания самой ранней эволюционной позиции, предшествующей последующей «депрессивной» позиции. Термин «параноидально-шизоидная позиция»

не является, однако, точным в строгом смысле этого слова. Так же как «депрессивная позиция» обременена виной, так и «параноидальная позиция» одержима страхом. «Шизоидная позиция» еще глубже, ибо инфантильное эго ушло, в поисках безопасности, внутрь от преследования или же решительно стремится к такому уходу.

«Параноидальный» и «шизоидный» представляют собой «опасность» и «бегство» соответственно. Кляйн полагает, что неудача проработки этой ситуации впоследствии делает ребенка неспособным решать проблемы депрессивной позиции, так что он может регрессировать к более ранней стадии в качестве защиты против боли депрессии. Кляйн считала «депрессивную позицию» центрально значимой для появления того, что Винникотт (1955b) называет «сострадание» или «забота» о других — морального чувства цивилизованного человека. Более ранние позиции, параноидальная и шизоидная, или «преследующая» и «уходящая», являются до-моральными и не допускают никакой заботы о других людях.

Защита от связанных с ними опасностей, однако, совершенно различна. Параноидальный индивид сталкивается лицом к лицу с физическим преследованием (как, например, в сновидениях он подвергается нападкам со стороны смертельно опасных фигур), а депрессивный индивид сталкивается лицом к лицу с моральным преследованием (как, например, в чувстве того, что он окружен обвиняющими глазами и указывающими пальцами), так что Кляйн считает обе позиции как устанавливающие первичную форму тревоги.

В действительности, большинство индивидов предпочитает либо смотреть в лицо депрессивной тревоге (вина), либо тревоге преследования (страх абсолютно плохого преследующего объекта), либо колебаться между депрессивной и параноидальной позициями, нежели смотреть в лицо экстремальной шизоидной утрате всего, как объектов, так и эго. *Как тревога преследования, так и депрессивная*

тревога являются переживаниями объектных отношений, в то время как шизоидная позиция аннулирует объектные связи в попытке убежать от тревог всех типов.

Хотя *шизоидный уход и регрессия являются, по сути, одним и тем же феноменом*, они имеют различные смыслы для разных частей самости. С точки зрения центрального эго, т.е. сознательной самости, или эго повседневной жизни, уход означает тотальную утрату. С точки зрения той части самости, которая подверглась расщеплению и ушла внутрь, это не «утрата», а «регрессия» или отход назад внутрь малого безопасного пространства, как это представлено в своей крайности фантазией о возвращении в матку. Мы должны, поэтому, допускать *три базисные позиции: шизоидную (или регрессивную), параноидальную (или преследующую)* и *депрессивную (или отягощенную виной)*; обе позиции, и параноидальная и депрессивная, могут использоваться в качестве защиты против шизоидной позиции. Когда индивид подвергается внутренней угрозе деперсонализации вследствие непроизвольного шизоидного бегства от реальности (когда глубокий страх пробуждается слишком интенсивно), он будет бороться за сохранение своего эго, находя убежище в фантазиях о плохих внутренних объектах преследующего или обвиняющего типа. Затем, непреднамеренно проецируя эти фантазии на внешнюю реальность, он начинает думать, что люди либо замышляют погубить его, либо критикуют и обвиняют за все, что он делает. Фэйрберн считает параноидальную реакцию способом манипуляции интернализованными объектами в качестве защиты против главных опасностей шизоидной апатии и депрессии, полагая в «шизоидной позиции» решающий фактор всего последующего развития. Мы можем согласиться, что *«депрессивная позиция» имеет решающе важное значение для морального, социального и культурного развития младенца*, но представленный мною клинический материал, как мне кажется, подтверждает точку

зрения Фэйрберна, что *шизоидные феномены и бегство от объектных отношений имеют большее значение для заболевания*, чем депрессия, чаще встречаются в области психопатологии, и что шизоидная позиция имеет жизненно важное значение для развития.

Шизоидный поиск компромисса в человеческих взаимоотношениях

Маточные фантазии и/или пассивное желание умереть представляют собой крайнюю шизоидную реакцию, окончательную регрессию, однако чаще встречаются более мягкие шизоидные, т.е. отстраненные или отчужденные, состояния психики. Прежде чем мы начнем изучать эти более часто встречающиеся состояния, может быть полезно взглянуть на крайний случай. Одиннадцатилетняя девочка начала воспринимать жизнь как непереносимую для себя и искала поддержки в усилении зависимости от своей матери. Она была помещена в больницу, и ее лечили, дисциплинируя «истерические попытки контролировать семью». После нескольких недель лечения она сказала матери: «Я не могу продолжать. Как бы мне хотелось потерять сознание и очнуться внутри твоего живота». Ее забрали домой в истощенном состоянии, и она сразу же впала в глубокий сон, который лишь частично прерывался на непродолжительное время в течение ряда дней. Отметив эту глубинную регрессию, обратимся к ее более часто встречающимся формам. В первой главе я использовал термин «то внутрь, то наружу программа» для описания той дилеммы, в которую попадают шизоидные люди в связи с объектными отношениями. Они втянуты в конфликт между, в равной мере, сильными потребностями в тесных хороших личных контактах и

страхом перед ними, и на деле часто то вступают *во* взаимоотношения вследствие своих потребностей, то вновь выходят *из* них по причине своих страхов. Шизоидная личность вследствие своих страхов не может искренне *отдаться* полностью или постоянно кому-либо или чему-либо. Наиболее прочные объектные отношения шизоида являются эмоционально нейтральными, часто просто рациональными. Это приводит к хаосу в жизни. Шизоид ненадежен и непостоянен. Он хочет получить то, чего у него нет, но теряет свой интерес и пытается уйти, когда наконец получает то, что хотел. Это в особенности мешает дружеским и любовным отношениям. Фраза о том, что «отсутствие делает сердце более любящим», справедлива для шизоидных людей, пока не пробуждается чрезмерный страх, а затем шизоид обращает любовь в ненависть. Шизоидный индивид может часто испытывать сильное стремление к другому человеку до тех пор, пока тот отсутствует, однако фактическое присутствие другого человека вызывает эмоциональный уход, который может варьировать от холодности, утраты интереса и неспособности к разговору до враждебности и отвращения: «присутствие делает сердце менее любящим». Часто пациент жалуется на то, что он ведет длительные беседы с терапевтом «у себя в голове», однако его голова становится пустой, когда он находится на сессии. Поэтому шизоид склонен быть постоянно «внутри себя» и «вне» любой ситуации.

Он обычно ведет активную фантазийную жизнь, однако в реальности страдает от необъяснимой утраты вкуса к жизни. Шизоид живет в воображаемом мире, а не в мире материальном, из которого бежит в себя. Он хочет реализовать свои мечты в реальной жизни, но как только его мечта начинает осуществляться, то необъяснимым образом не способен ни признавать это, ни радоваться этому, в особенности если это связано с личными отношениями. Одна незамужняя женщина в

течение многих лет страстно желала выйти замуж и в возрасте сорока лет смогла завязать первую серьезную связь с мужчиной. Он был превосходным человеком, хотя и довольно необщительным холостяком, не очень подходившим на роль любовника. До тех пор пока она не была уверена в том, сколь много она для него значит, она нетерпеливо и часто сердито добивалась большего проявления чувств с его стороны. Она сама вызвала его на разговор, и, когда внезапно поняла, что он действительно серьезно настроен, сразу же почувствовала испуг, утратила интерес и стала критической и отвергающей. У нее развился кризис, который прорвался однажды, когда она пришла на очередную сессию. Она встала в дверях и сказала напряженным голосом: «Я не могу подойти к вам. Не подходите ко мне. Мне придется уехать за много миль отсюда и жить в полном одиночестве». Я спросил у нее, чего она боится, и она ответила: «Если вы сближаетесь с людьми, то вас проглатывают, вы оказываетесь внутри».

Здесь мы видим поразительное выражение клаустрофобической реакции на близкие отношения, которые заставляли эту женщину жить в одиночестве всю жизнь. Ранее она имела обыкновение рассуждать о том, за кого из двух знакомых мужчин она хотела бы выйти замуж, и говорила: «Кого бы из них я ни выбрала, у меня сразу же возникает мысль, что моим избранником должен бы стать другой». Шизоид страшится, что близкие взаимоотношения повлекут за собой утрату независимости. Это затрудняет любые отношения. Для того чтобы быть близким с одним человеком, может быть необходимо держать другого человека на расстоянии. Чтобы поддерживать отношения с супругом, может быть необходимым отдалиться от детей или родителей; или же близкие отношения с одним ребенком могут привести к отчуждению по отношению к другому ребенку. Иногда это приводит к перепадам настроения в связи с одним и

тем же человеком — периоды теплого эмоционального контакта сменяют периоды холодности и отчуждения. Не возникает никаких стабильных свободных теплых привязанностей. Эта клаустрофобическая реакция на любые подлинные близкие взаимоотношения видна в сновидении женщины-пациентки: ее сестра выражала большую любовь и теплоту по отношению к ней, и она всем этим наслаждалась; затем внезапно она ощутила панику и подумала: «Мы становимся слишком близкими друг другу, это опасно, произойдет нечто ужасное», и отдалилась. Такое «то внутрь, то наружу» поведение, определяемое то потребностями, то страхами, оказывает серьезное влияние на сексуальные отношения в браке, так что, например, мужчина может быть способен завязать сексуальные отношения с женщиной, к которой не ощущает серьезной привязанности, в то время как бессознательно испытывает внутренний запрет вследствие глубоких страхов на близость с женщиной, которую он действительно любит. Он расщепляет себя на «ментальную самость» и «телесную самость», и если он ментально находится «во» взаимоотношениях, то телесно он должен быть «вне» этих отношений, и *наоборот*. Он не может отдать всего себя одному человеку.

Шизоиды в большей степени боятся хороших и нежных отношений, чем плохих и враждебных, вот почему они сталкиваются с затруднениями в личных взаимоотношениях. Как только они чувствуют, что становятся близки с кем-либо, они зачастую бессознательно отказываются от всякого позитивного чувства, иногда в огромном страхе. Чаще это проявляется в более мягкой форме необъяснимой утраты интереса. Так, двое пациентов-мужчин поведали истории о разорванных помолвках. Эти помолвки произошли на пике сильного чувства, и почти сразу же возникло состояние тревоги и паники, заставившее их тут же разорвать помолвку. По их словам: «Я почувствовал себя в ловушке, в тюрьме». Всегда,

как бы сильно шизоид ни пытался вступать в контакты, он так же всегда уходит от них.

Фундаментальный шизоидный страх, который обычно выражается пациентами как страх быть «задушенным», «задохнувшимся», «захваченным», «помещенным в тюрьму», «проглоченным», «укрощенным», «поглощенным», если они подвергнутся риску близких взаимоотношений, часто переживается более смутно. Таким образом, сохранение независимости становится навязчивой идеей. Она порождает страх связать себя с кем-либо или с чем-либо хоть каким-либо образом. Люди будут менять одежду, дома, работу, интересы, а также друзей и супругов. *Нерешительность* — типичный результат такой позиции. За внезапными взрывами энтузиазма следует утрата интереса. Один пациент рассказал о вполне типичном симптоме. Он сказал: «Я не могу заставить себя читать книгу. Я думаю: "Хотелось бы почитать", — и начинаю чтение. Но лишь я начинаю получать от чтения наслаждение, я теряю интерес и думаю: "О! Я не хочу продолжать этим заниматься. Я лучше почитаю другую книгу". В настоящее время я читаю одновременно шесть книг и не могу заставить себя закончить хоть одну из них». Дон Жуан-книголюб, вероятно, коллекционировал бы книги, не читая их. Этот шизоидный страх полного самопогружения объясняет и неспособность концентрировать внимание при обучении.

В первой главе мы рассматривали программу «то внутрь, то наружу», которая крайне осложняет жизнь: *выраженной шизоидной особенностью является компромисс — ни за, ни против*. Знаменитая притча Шопенгауэра о дикобразах, заимствованная Фрейдом, точно иллюстрирует эту позицию (хотя объяснение мотивации с ее помощью слишком ограничено). Много дикобразов собрались вместе, потому что им было холодно, но при этом укололись об иглы друг друга и поэтому вновь отодвинулись. Они продолжали так «сближаться

и отдаляться» до тех пор, пока наконец не нашли приемлемую дистанцию, когда им было не столь холодно и в то же время они не кололи друг друга. Один пациент говорит: «Я все время живу на окраине жизни, со спящими чувствами, не будучи ни крайне несчастным, ни по-настоящему счастливым. Я ни во что не вхожу достаточно глубоко, чтобы получать от этого удовольствие». Другой пациент заявляет: «Я хронический "не участник". Я хожу на собрания или лекции какого-либо общества и вполне наслаждаюсь ими, но как только меня просят присоединиться, я никогда туда больше не прихожу». Третий пациент с обширными философскими интересами говорит: «Я мастер соблюдать нейтралитет. При обсуждении в группе я не выдвигаю собственную точку зрения. Я хочу услышать, что скажет кто-либо другой, а затем говорю: "Да, я думаю примерно так же", — хотя на самом деле в действительности я не согласен. Я не хочу быть связанным стереотипами, однако страшусь выходить в неизведанное и оставаться там в одиночестве, то есть обладать собственными взглядами. Я останавливаюсь на полпути. Это мешает мне выполнять какую-либо творческую работу».

Таким образом, потребности шизоида плюс страх хороших взаимоотношений побуждают его то сближаться, то отдаляться от одного и того же человека или ситуации, или находить компромисс в позиции «ни за, ни против». Если не будет квалифицированной помощи в преодолении страха хороших отношений, компромиссная позиция часто является лучшим лекарством, ибо она более приемлема в действительности, чем разрушительные колебания. Во время курса лечения пациент может оказаться вынужденным отступать к этому компромиссу, как к передышке, когда он сталкивается лицом к лицу с тревогами в связи с близкими взаимоотношениями. Однако при этом люди живут намного ниже своих реальных возможностей, и жизнь кажется им пустой и не

приносящей удовлетворения. Если бы мы смогли исследовать эту проблему более широко, мы, вероятно, были бы поражены громадным количеством людей, которые не могут жить полнокровной жизнью, и не в связи с отсутствием средств или возможностей, а из-за эмоциональной неспособности отдаваться чему-либо целиком. В этом причина скуки, неудовлетворенности, разочарований, которые часто прикрываются финансовыми или социальными проблемами, однако излечить их, решая эти проблемы, нельзя. Человек с шизоидными наклонностями обычно чувствует, что он «упускает случай» и что жизнь проходит мимо него, и получает некоторое облегчение, если может найти козла отпущения. Один пациент, который вел излишне ограниченный образ жизни, отчасти из-за того, что его отчужденность породила у него фобии путешествий, фантазировал, что он живет на маленькой загородной станции в заболоченной местности, рядом с главной железнодорожной линией, и весь транспорт проносится мимо и исчезает вдали, никогда не останавливаясь здесь.

Чаще встречаются люди с более мягко выраженными чертами интроверсии и плохим эмоциональным контактом с внешним миром, у которых проявляются признаки подлинной депрессии, что, по словам Фэйрберна (1952), в действительности означает, что они апатичны и воспринимают жизнь как тщету — состояние шизоида. Необщительный человек, неинтересный собеседник, большой молчальник, человек, который живет в узком собственном мирке и страшится всех новых идей и перемен в жизни, неуверенный в себе, застенчивый и робкий, умеренно апатичный, которого ничто лично не интересует, человек пустого механического образа жизни и роботоподобной деятельности, в которой почти не проявляется никаких чувств, который никогда не осмеливается на что-либо незнакомое, — все подобные люди являются в различной степени отчужденными и нахо-

дятся вне полнокровного течения жизни. Одному пациенту приснилось, что он находится в маленькой лодке в заводи вдали от широкой быстротекущей реки. Заводь сплошь заросла водорослями, и он тщетно пытается вывести лодку на «большую» воду. У таких людей сохраняется, хотя и малый, эффективный рациональный раппорт со своим миром. Они находятся в тисках глубокого внутреннего страха и отходят в сторону, чтобы никто им не навредил.

С другой стороны, такое глубокое отчуждение часто скрывается за маской компульсивной общительности, беспрерывной болтовни и лихорадочной активности. Возникает чувство, будто такие люди играют какую-то утомительную роль. Пациенты часто говорят: «У меня смутное ощущение, что я играю роль и что моя жизнь нереальна». Шутник, или комедиант, или человек, который является «душой собрания» на публике, часто бывает в депрессии наедине с собой. Шизоидная слабость чувств той части личности, которая имеет дело с внешним миром в повседневности, приводит к неспособности находить большое реальное удовлетворение от жизни. Эмоциональное ядро такой личности отчуждено от самости, проявляющейся во внешнем мире. Внешняя самость, подобно умелому актеру, может механически играть даже эмоциональную роль, думая при этом о других вещах. Женщина-пациентка средних лет обнаружила в ходе анализа, что не нуждалась в очках, которые носила, и отказалась от них. Она сказала: «Я поняла, что носила их лишь потому, что чувствовала себя за ними в большей безопасности. Я могла смотреть сквозь них на мир». До некоторой степени, общим шизоидным симптомом является чувство прозрачной стены между пациентом и миром. Другой пациент говорит: «Я чувствую, что нахожусь в безопасности внутри своего тела, только выглядывая оттуда». Один из пациентов вспоминал греческое представление о теле как о темнице души, дру-

гой о разных проявлениях шизоидной ментальности во взглядах древних греков на мир. Описание Винникоттом расщепления между психикой и сомой проливает на это дополнительный свет. Здоровая личность не ощущает своего разделения на две части, одна из которых прячется от мира в другой, а ощущает себя целостной и активной.

Как та часть личности, которая глубоко спрятана и находится вне контакта, так и другая ее часть, которая оставлена для некоторого поверхностного и ненадежного контакта с внешним миром, — обе они лишены эмоциональной витальности и являются отчужденными, но первая — в большей степени. Эта отчужденная часть целостной самости является глубоко «шизоидной», «отрезанной». Эго повседневной жизни не отрезано так полно. Оно поддерживает скорее механический, нежели эмоциональный контакт, и чувствует себя лишенным жизненности, опустошенным, даже вплоть до риска деперсонализации. Сновидения, в которых пациент лишь наблюдает действия других людей, — достаточно частое явление. Незамужней женщине тридцати с лишним лет приснилось, что она стояла рядом и наблюдала поцелуй мужчины и женщины, потом испугалась, убежала и спряталась. Сначала она была значительно отчуждена, однако, не целиком вне контакта. Потом она полностью отрезала себя от мира. В действительности пациенты пытаются сделать и то и другое одновременно, и это становится *главной причиной того, что мы называем «расщеплением эго», утратой единства самости.*

Такое поведение порождает две проблемы. *Та часть самости, которая борется за сохранение контакта с жизнью, чувствует глубинный страх другой, «спрятавшейся», ушедшей самости, которая, по-видимому, наделена огромной способностью притягивать и поглощать все больше и больше из оставшейся части личности. В связи с этим против нее действуют сильные защиты.*

Если такие защиты не срабатывают, эго повседневного сознания испытывает нарастающую утрату интереса, энергии, приближаясь к истощению, апатии, дереализации окружающей среды и деперсонализации. Оно превращается в пустую раковину, обитатель которой удалился в более безопасное место. Если такое состояние заходит слишком далеко, центральное эго (обычно связанная с внешним миром самость) становится неспособным поддерживать нормальную жизнедеятельность, и вся личность подвергается полномасштабному «регрессивному распаду».

К счастью, существуют различные возможности поддерживать жизнь во внешнем мире, несмотря на значительную степень утраты витальных чувств. Могут быть придуманы способы жизни, которые не зависят от непосредственной жизненности «восприятия» объектного мира. Такое поведение часто встречается. Шизоидный интеллектуал живет «в мыслях», обсессивный моралист — машинально выполняя однообразные повседневные дела. Если эмоционально отчужденный человек сможет такими способами устранить влияние реальной жизни и защитить свое снедаемое страхом внутреннее эго, тогда в результате может возникнуть устойчивый шизоидный характер, который эффективно функционирует как робот внутри ограниченного и безопасного представления о том, как следует жить. Жизнь превращается в поиск истины, а не любви, в выработку идеологии; и идеи становятся более важными, чем люди. Такой человек склонен следовать скорее древнегреческому, нежели христианскому, взгляду на жизнь, и скорее научной, чем религиозной, точке зрения. В религии теологическая система ставится выше любви к ближнему. В политике партийное кредо ставится выше человеколюбия, так что людей необходимо «сделать хорошими» и принудить принять «правильный» социальный порядок для их же собственного блага, даже если при этом придется хлад-

нокровно уничтожить многих из них с тем, чтобы остальные приняли эту панацею от всех бед.

Такой взгляд может легко переходить в непоколебимое исполнение «долга» безотносительно к реалиям человеческой жизни и чувствам других людей; так жил «тихий американец» Грэма Грина, действуя по своим принципам и повсюду сея хаос. Или, опять же, жизнь может быть сведена к обычной рутине, выполнению очевидных вещей механически, без какой-либо попытки обдумывания, в холодном безразличии, которое замораживает все вокруг, однако безопасно для данного лица. Возможен весь диапазон такого рода стабилизации шизоидной личности — от мягко выраженной склонности до фиксированного типа.

Шизоидный интеллектуал — особенно важный тип, ибо он может стать серьезной социальной угрозой, если приходит к политической власти. Крайне абстрактная философия кажется непроизвольно предназначенной для подтверждения афоризма Декарта «Cogito, ergo sum» («Я мыслю, следовательно, я существую»), давшего превосходную формулу для борьбы шизоидного интеллектуала за власть над своим эго. Обычный человек скорее бы начал с другого афоризма: «Я чувствую, следовательно, я существую». Даже шизоид может быстро убедиться в собственном существовании, когда чувствует гнев, в то время как мышление обычно является не очень убедительным способом удержать отчасти «высохшую» для него реальность. Так происходит, когда человек не может заснуть, а лежит без сна, «обдумывая» нечто. Так, пациентка, страдающая от крайне травматической тяжелой утраты, чувствовала себя «опустошенной» в возникающих ночами приступах деперсонализации, лежа часами без сна, «просто думая» о чем-либо. Она сказала, что не имело значения, о чем именно она думала. Когда фанатично защищается тщательно разработанная идеология, она обычно является заменой подлинной самости.

Все эти методы, с одной стороны, помогают шизоиду спасать себя от ухода от реальности, следствием чего стала бы утрата эго, с другой – несут опасность для той скрытой части личности, которая обречена на бегство от жизни во внешнем мире. Это та часть личности, которая больше всего нуждается в помощи и излечении. Двумя крайностями будут регрессивный распад и фантазии возвращения в матку или пассивное желание умереть. Перед такой внутренней угрозой сохранение эго полно неизбывной тревоги. Проблема шизоида — это проблема «эго». Подобно английской армии в Дюнкерке, ребенок, подвергающийся сильному давлению, идет на попятную для спасения себя от уничтожающего поражения, чтобы, вернувшись в безопасное место, восстановить свою силу. Такая аналогия наводит на мысль, что шизоидный уход, если понимать его правильно, является разумным поведением в тех обстоятельствах, которые его породили. Отступив назад «в безопасное место», английская армия получила шанс восстановиться и дожить до сражения на следующий день. Винникотт утверждает, что под давлением младенец отводит свою реальную самость от столкновения, чтобы впоследствии дождаться более благоприятного шанса для возрождения (1955а). Однако такое отступление ради спасения «спрятавшегося эго» также проходит длинный путь, подрывающий «проявляемое эго», которое воспринимает подобное поведение как угрозу распада или смерти. Такова представленная для решения проблема на основании полученных о шизоидах данных.

Причины и стадии шизоидного ухода

(1) Страх и бегство от внешней реальности

Наиболее патологический шизоидный уход происходит на удивление рано, в первый год жизни. Он может, конечно же, произойти в любое время жизни в качестве

общей реакции, однако чем в большей степени обнаруживается, что он структурно включен в личность, тем раньше он начался. Он может затем, конечно, пробуждаться и усиливаться под давлением реальной жизни в любое время, но почти несомненно, что в начале жизни он бывает связан с тем, что Мелани Кляйн называла «тревогой преследования» и «ситуациями инфантильной тревоги». Это реакция «страха и бегства» перед лицом опасности. В девятой главе мы обсудим тот факт, что вначале младенец не может проводить различия между субъектом и объектом, самостью и грудью. В данной главе мы начинаем с младенца, уже осознающего внешний мир, и прослеживаем тот процесс, в котором он приходит к существованию одновременно в двух мирах, внешнем и внутреннем.

Точка зрения позднего Фрейда и Кляйн, что *первичным* источником опасности всецело является внутренний «инстинкт смерти», врожденная действующая изнутри активная агрессия, несущая первичной психике угрозу разрушения, не нашла общей поддержки. Было бы ненаучно полагаться на такие умозрительные заключения, когда доступны соответствующие клинические данные. Точка зрения более раннего Фрейда, что психопатологическое развитие начинается не с врожденной агрессии, а с либидинальных стремлений к эротическому удовольствию, несовместимых с социальной реальностью, по крайней мере, предполагает, что источник затруднений заключается в большей степени в окружающей среде, чем в младенце. Мир, в который был рожден младенец, нетерпим к его природе и не удовлетворяет его потребности, и вследствие этого младенец сталкивается с болезненными фрустрациями. Однако данная точка зрения не охватывает все факты.

У Фэйрберна более широкий взгляд на либидинальную потребность, которая, по его мнению, не ограничивается одной лишь либидинозной сферой, а включает

все личные взаимоотношения, на каком бы простом и примитивном уровне они ни находились; целью либидинальной потребности является не удовольствие, а объект (вначале грудь и мать). *Фрустрация либидинальной потребности в хороших объектных отношениях как пробуждает агрессию, так и усиливает сами потребности, пока младенец не начинает страшиться своей потребности в любви как деструктивной по отношению к своим объектам.* В более поздней «депрессивной позиции», которую Винникотт называет стадией «сострадания» или «заботы об объекте», это приводит к появлению чувства вины. Но *на самой ранней стадии это приводит к шизоидному уходу, простой реакции страха, из-за боязни пожирания и поэтому утраты объекта любви.* Шизоидные люди отказались от внешнего выражения потребностей, в то же время будучи снедаемы страхом утраты объектов любви. Один пациент говорит: «Я не могу выдвигать умеренных требований, поэтому я не высказываю никаких требований», — а другой пациент настаивает: «Я теряю каждого человека, которого люблю». *Однако шизоидный страх возникает не столько для защиты объекта, сколько для защиты эго и последствий утраты объекта со стороны эго.* Здесь лежит различие между моральным и *до*-моральным уровнем развития. Шизоидная личность находится преимущественно на *до*-моральном уровне развития; отсюда то ужасающее бессердечие, которое могут проявлять шизоидные люди. Отношение к либидинальным потребностям как к дискретным сущностям, требующим удовлетворения в себе и для себя безотносительно к объектным отношениям, противоречит психодинамической точке зрения Фэйрберна. Это потребности эго. Так как потребность в объекте возникает потому, что без объектных отношений невозможно никакое сильное развитие эго, мы должны заключить, что удовлетворение либидинальных потребностей является не самоцелью, а переживанием хороших

объектных взаимоотношений, в которых младенец открывает себя как личность, а его эго-развитие протекает прочно и уверенно. Фэйрберн ставит вопрос о слабости или силе роста эго как подоплеки всех проблем, порожденных страхами, конфликтами и уходом вследствие фрустрированных потребностей.

Депривация потребностей является, однако, не единственной причиной шизоидного ухода. Винникотт подчеркивает, что мать не только должна удовлетворять потребности младенца, когда он их ощущает, но и не должна навязывать себя младенцу в то время, когда он этого не хочет. Это становится «посягательством» на еще слабое, недозрелое и сенситивное эго младенца, чего он не может вынести и прячется в себя. Существует много других источников «негативного давления» в лишенных любви, авторитарных и агрессивных семьях, в которых у младенца часто возникает настоящий страх. Фэйрберн также подчеркнул в частной беседе, что проблема возникает не только вследствие потребности ребенка в родителях, но также из-за родительского давления на ребенка, который часто эксплуатируется в интересах родителей, а не самого ребенка. Реакция испуга на внезапный громкий шум является, возможно, простейшим случаем страха столкновения, и такие переживания, в особенности на руках родителей, начинают формировать базисные впечатления о том, что весь внешний мир — не помогающий, а враждебный.

Судя по отражению этих ранних событий в психопатологии взрослых, этот фактор столкновения и давления враждебного окружения, когда он становится непереносим для нежной психики младенца, является подлинным источником «тревоги преследования», страха аннигиляции и бегства назад внутрь, ухода эмоционального, травмированного либидинального эго младенца в себя от опасного внешнего мира. То, что взрослый человек может делать сознательно (так, на-

пример, жена, которая считает, что ее муж был невнимательным, говорит: «Я воздвигла стену вокруг себя, чтобы мне не причинили боли») — младенец делает инстинктивно. Он убегает внутрь от внешнего мира. Страх депривированных и поэтому опасно активных орально-садистических либидинальных потребностей принадлежит к более высокому уровню, а именно: к уровню борьбы за то, чтобы оставаться в объектных отношениях. Однако он ускоряет уход двояким образом — через страх «пожирания» и утраты объекта и через страх возмездия и «пожирания» тебя самого объектом. Этот последний страх может развиваться в вину и страх наказания. Уход от прямого пугающего столкновения с объектом является более примитивным. Глубокий усиленный страхом уход от объектных отношений может простираться до утробоподобного состояния. *Тяжелые шизоидные состояния обнаруживают тотальный страх всего внешнего мира, в котором сочетаются депривация и столкновение. Мир представляет собой пугающую пустоту, когда он не отвечает на потребности младенца, и пугающего преследователя, когда он приводит к активным и травмирующим столкновениям. Младенец не может развить не знающее тревог и сильное эго-чувство как в вакууме, так и под непереносимым давлением и ищет возврата к смутно припоминаемому более раннему безопасному состоянию, хотя фактически он может лишь уходить в изоляцию внутрь себя.*

С одним пациентом, врачом, страдающим от явной «депрессии», которая на самом деле была апатией, обнаруженный в ходе анализа ясно очерченный страх кастрации привел к настолько серьезной вспышке апатии, потере интереса к работе, что в течение некоторого времени он едва мог выполнять свою повседневную работу. Невероятным усилием он заставлял себя вставать с постели, и однажды оказался абсолютно неспособен

встать. Он весь день лежал в постели, свернувшись и закрывшись одеялом, отказываясь от пищи и не желая разговаривать, требуя лишь, чтобы его оставили в покое. В ту ночь ему приснилось, что он принимал роды и обнаружил рождающегося младенца размышляющим о том, выйти ли ему наружу или вернуться обратно внутрь, и он сам не мог принять решение, вытащить ли ему ребенка или засунуть его назад. Он много фантазировал о возвращении в матку, желая убежать от ясно выраженного страха кастрации, угроза которой исходила не от отца, а от матери и тетки. Вся семейная жизнь была пропитана тревогами: придирчивая мать, пьющий отец, ссоры родителей, давление на ребенка с младенчества, чтобы он «не доставлял проблем», а затем, по ходу его взросления, мать и тетка выражали угрозы кастрации, иногда в виде шутки, иногда наполовину серьезно: «если ты не будешь хорошим мальчиком, я отрежу твою письку», сопровождаемые движениями в сторону маленького мальчика ножом или ножницами, что пугало его. Но этот комплекс кастрации был лишь итогом взаимоотношений ребенка с матерью, чью глубокую враждебность к себе он ощущал всегда. Его серьезное шизоидно-регрессивное заболевание было результатом ухода в себя, который, по всей видимости, впервые появился в крайне раннем возрасте и служил для избегания непереносимых столкновений в его жизни в семье.

Депривация либидинальных потребностей и тревога сепарации, вкупе со столкновением, могут провоцировать уход не только из-за чрезмерного усиления потребностей, но также из-за угрозы опустошения эго. Одна очень шизоидная пациентка с агорафобией испытывала явное пренебрежение и отвержение матерью на первом году жизни. Внешне такое положение дел улучшилось примерно к годовалому возрасту, когда соседка сказала матери: «Извините меня, миссис X, но вы занимаетесь лишь старшим ребенком, вы никогда не обращаете вни-

мания на свою малышку». Тогда чувство вины матери заставило ее «задушить» девочку своим вниманием, однако вред уже был нанесен. До того как вакуум сменился на «гнет любви», эмоциональный уход матери от ребенка спровоцировал эмоциональный уход ребенка от матери. У нее начались так называемые эпилептические припадки на первом году жизни, которые перешли потом в «приступы головокружения». Они, по всей видимости, выражали коллапс ее сознательного эго, что Винникотт описал бы как бегство ее «подлинной самости» от мира, в котором она не могла найти ничего, что помогло бы ей выжить. В последующие годы, когда мужа пациентки призвали на военную службу, она восприняла это в глубине души как уход ее матери и впала в острую тревогу, не могла ни оставаться одна, ни выйти из дома, была отчуждена и чувствовала себя «в безопасности только внутри» дома. Позднее в ходе анализа, когда она почувствовала, что вернулась к раннему детству, она рассказала сновидение: «Я была маленькой и протянула щетку к матери, как если бы щетка была магнитом, чтобы привлечь мать ко мне. Она подошла, но сказала: "Я не могу заниматься тобой, я собираюсь помочь миссис такой-то и такой-то". Я ощутила ужасный шок, подобный электрическому удару, внутри себя: "Итак, ты не хочешь меня", — как если бы у меня выбили дно, жизнь вытекла, и я почувствовала себя опустошенной». Не представлял ли этот «шок» ее первоначальные «эпилептические припадки»? В течение той же самой ночи ей приснилось, что она «просто упала и разрушилась», и действительно, она упала на следующий день. Важное значение объектной связи для сохранения эго, как в реальной жизни, так и в психотерапии, подтверждается этим сновидением.

«Ей приснилось, что она встретила женщину и спросила у нее дорогу; когда женщина не ответила, она "просто упала". Затем ей приснилось, что она

была со мной, и я взял ее руку, чтобы "ее согреть", т.е. вернуть ее к жизни».

Один шизоидный мужчина-пациент, который должен был так сидеть во время сессий, чтобы меня видеть, временами начинал впадать в бессознательное состояние, причем этого не происходило, если я держал его руку, чтобы он чувствовал себя в безопасности в нашем контакте.

Столкновение, отвержение и депривация потребностей в объектных связях — все это ведет к травматической ситуации, которая побуждает младенца к уходу в себя в поиске возвращения в матку. Возможно, депривация в смысле «вызывающего муку отказа» ведет к активным оральным проявлениям, в то время как столкновение и депривация как «покинутость» ведут к уходу «внутрь» в пассивное состояние.

(2) Двухэтапный уход от внешних и внутренних объектов. В предыдущем разделе описываются истоки первого этапа того, что представляется двухэтапным уходом от плохих объектных взаимоотношений. Это бегство из внешнего материального мира во внутренний ментальный мир. Однако контакт с внешним миром не может быть полностью утрачен, в особенности на этой ранней стадии, без угрозы потери или опустошения эго. Поэтому часть «самости» должна оставаться для функционирования на сознательном уровне и взаимодействовать с миром реальных внешних объектов. Если бы этого не происходило, младенец, по всей вероятности, умер бы. Таким образом, происходит «расщепление» ранее целостного эго, на часть, контактирующую с внешним миром («эго реальности» Фрейда и «центральное эго» Фэйрберна), и на другую часть, которая ушла во внутренний ментальный мир.

Однако ушедшая часть самости также должна поддерживать объектные отношения, если хочет сохранить себя в качестве определенного эго. «Психическая реальность» вместо активного взаимодействия с внешним миром становится «местом» обитания этого эго. Как показала Мелани Кляйн, младенец интернализует свои объекты и выстраивает внутренний мир объектных отношений. Фэйрберн считает, что младенец интернализует свои не приносящие удовлетворения объекты в попытке справиться с ними во внутренней реальности, так как не может совладать с ними во внешнем мире. В результате, однако, они воспринимаются столь же могущественными и вселяющими страх во внутренней реальности, как и во внешней, своего рода «пятой колонной» внутренних преследователей, которые просочились во внутренний мир, где младенец искал облегчения от давления. Становится невозможным никакое дальнейшее отступление внутрь себя, и предпринимаются серии новых маневров. Фэйрберн описал их на языке процессов «объект-расщепления» и «эго-расщепления», которые формируют структуру эндопсихических объектных связей. Внутренний не приносящий удовлетворения объект расщепляется на три своих главных аспекта: либидинально возбуждающий, либидинально отвергающий и эмоционально нейтральный, или хороший и не порождающий тревогу. Последний, или идеальный, объект вновь проецируется на реальный объект, и центральное эго, обычное эго повседневной жизни, поддерживает с ним ту связь, которая имеет полную видимость внешнего объектного взаимоотношения. Тем не менее, это не подлинно объектная связь, ибо объект воспринимается не реалистически, а как проекция внутренней реальности. Таким образом, как только возникает шизоидный уход, тот контакт, который поддерживается с внешним миром, становится дефектным и определяется проекцией частичных и сверхупрощенных образов объекта: об этом постоянно

свидетельствует неадекватное суждение о других людях, пере- или недооценка их как хороших, так и плохих качеств.

Затем, в то время как реальный объект (действительный родитель) воспринимается таким образом, его возбуждающие желание и отвергающие аспекты в качестве фантазийных объектов отражают потребности младенца в связях в его внутреннем мире. Таким образом, единство той части эго, которая ушла внутрь от внешней реальности, расщепляется на эго, привязанное к возбуждающему желание объекту, и на эго, привязанное к отвергающему объекту. Так как возбуждающий желание объект пробуждает либидинальные потребности, в то время как отвергающий объект отрицает их, привязанность к возбуждающему желание объекту приводит в результате к *либидинальному эго*, характеризуемому постоянно активными и неудовлетворенными желаниями, которые причиняют страдания; а привязанность к отвергающему объекту приводит в результате к *антилибидинальному* эго, основанному на идентификации, воспроизводящей враждебность отвергающего объекта к либидинальным потребностям. Либидинальное эго неизбежно подвергается ненависти и преследованию со стороны антилибидинального эго, а также со стороны отвергающего объекта, так что человек восстает сам против себя. С этим связано то презрение, которое выражают многие пациенты к своей потребности зависеть от помощи других людей или аналитика. Это легко заметить также по страху и ненависти к слабости, вкрапленным в наши культурные отношения.

Ярким примером внутреннего преследования либидинального эго со стороны антилибидинального эго может служить следующее сновидение мужчины-пациента.

Он сидел в кресле в моей комнате и хотел расслабиться, но в то же самое время он стоял и по-

зади кресла, глядя сверху вниз на «себя» в кресле с выражением ненависти и враждебности, подняв кинжал, чтобы убить себя – слабого и нуждающегося в помощи.

На этой стадии та часть эго, которая отошла от внешней реальности, теперь сама породила сложный внутренний мир объектов — как возбуждающих желание, так и преследующих. *Существование этих внутренних объектов позволяет тем частям эго, которые поддерживают с ними отношения, сохранять чувство эго.* Представляется очевидным, что создание мира внутренних объектов, хороших и плохих, описанное Мелани Кляйн, и возникающие в результате процессы расщепления эго, описанные Фэйрберном, не просто способ совладать с объектом, но также жизненно важная потребность психики сохранить чувство эго. Это можно сделать, лишь сохранив объектные отношения, по крайней мере, во внутреннем ментальном мире, после ухода от внешнего мира. До тех пор пока фантазийная жизнь может осуществляться либидинальным и антилибидинальным эго, в эго поддерживается жизнь, даже если оно отрезано от внешней реальности. В одно время либидинальное эго садистическим образом фантазирует об инкорпорации своего приносящего возбуждение объекта во внутреннюю реальность; в другое — антилибидинальное эго само ведет себя как садист и вкупе с фантазиями отвергающего объекта сокрушает или порабощает мазохистски страдающее либидинальное эго. Согласно Фэйрберну, внутренние объекты являются психическими структурами, во многом такими же, как части эго. Психическая самость «играет роль» объектов для себя во внутреннем мире для сохранения эго-идентичности в фантазируемых отношениях. Хотя такая внутренняя жизнь приводит в результате к состоянию острой «тревоги преследования», эго все еще существует; оно не погибло от

деперсонализации после разрыва эмоционального раппорта с объектами в реальной жизни. Это действительно *разумное объяснение создания и сохранения внутреннего объектного мира по Кляйн: это защита против утраты эго*. При отходе от внешнего мира эго утратило бы себя в вакууме переживания, если бы не смогло создать для себя внутренний психический мир.

Однако положение ушедшего эго не намного улучшилось, ибо «враги настигли» его и внутри, и здесь от них еще труднее избавиться. Фрейд понимал это, когда, в ранний период развития психоанализа, источники внутренних опасностей воспринимались как «дериваты влечений». Он подчеркивал, что эго не может убежать от того, что на самом деле является частью внутренней реальности. Это, однако, не совсем верно; или же, по крайней мере, несомненно, что эго предпринимает еще одну попытку для избавления от невыносимого внутреннего давления со стороны мира плохих объектов. Гнет преследования ощущается как раз либидинальным эго, которое является частью первоначально целостного, а теперь расщепленного эго; и я нашел подтверждение в клинических данных, что либидинальное эго повторяет, перед лицом *внутреннего* плохого объектного мира, тот же самый маневр, который был совершен целостным эго, когда оно пыталось уйти от *внешнего* плохого объектного мира. Оно оставляет часть себя для садомазохистских отношений с возбуждающими желание и отвергающими объектами внутреннего фантазийного мира, в то время как травмированная, сенситивная и истощенная сердцевина либидинального эго уходит еще глубже внутрь. Регрессивное поведение, регрессивные симптомы и регрессивные сновидения показывают, что такой наиболее глубокий уход эго воспринимает как возвращение в матку, безопасную внутреннюю «крепость», из которой, как оно все еще может смутно припоминать, оно ранее вышло в мир. Лишь так можем мы объяснить отдельное

и различное функционирование активного орального инфантильного либидинального эго, связанного с внушающим страх миром внутренних плохих объектных отношений, и пассивного регрессировавшего либидинального эго, озабоченного желанием убежать и отказавшегося от объектных отношений ради безопасности. Именно это ускоряет шизоидный распад в наиболее крайних случаях, а защита ответственна за все те напряжения и заболевания, которые возникают из отчаянной борьбы за обладание и сохранение эго.

Я впервые высказал это предположение о финальном расщеплении в самом либидинальном эго в статье «*Слабость эго и сердцевина проблемы психотерапии*» (1960) (см. 6 главу) и проследил некоторые его последствия в заключительном разделе книги «*Структура личности и человеческое взаимодействие*» (1961). Здесь же я попытаюсь привести более полные клинические данные, говорящие в пользу этой точки зрения. К описываемым Фэйрберном двум уровням расщепления, а именно: во-первых, расщеплением между центральным эго, находящимся в контакте с внешним миром, и ушедшим эго во внутреннем мире, и, во-вторых, дальнейшим расщеплением этого ушедшего эго на либидинальное эго и антилибидинальное эго, добавляется третье, и последнее, расщепление в самом либидинальном эго. Оно разделяет либидинальное эго на активное садомазохистское оральное эго, которое продолжает сохранять внутренние плохие объектные отношения, и пассивное регрессировавшее эго, которое пытается возвратиться к внутриутробной безопасности. Здесь, в тишине, спокойствии и неподвижности, оно может, как утверждает Винникотт (1955а), обрести силы для последующего возрождения. Это регрессировавшее эго можно сравнить с тем, что Винникотт называет подлинной самостью, помещенной на хранение в холодильник», где оно ждет возможности возрождения при более благоприятных условиях. Одна-

ко мы должны проводить различие между потенциальными возможностями, пока еще не пробужденными, и напуганным эго, убежавшим внутрь. Я не знаю, чувствует ли себя регрессировавшее эго «замороженным в холодильнике» (возможно, замороженным от страха) или спрятавшимся в сокровенной теплой глубине бессознательного внутри матки. Некоторые пациенты, по-видимому, чувствуют первое, другие — второе. Сновидение университетского лектора, говорящее о малой степени соприкосновения его внешней «академической» жизни и его более глубокой ментальности, иллюстрирует этот двухэтапный уход:

> «Я находился на тропическом острове южного моря и думал, что я там совсем одни. Затем я обнаружил, что остров полон белых людей, которые ко мне враждебно настроены и охотятся за мной. Я нашел на берегу маленькую хижину, вбежал в нее, забаррикадировал дверь и окна и лег в постель».

Он удалился от общества на свой необитаемый остров (в свой внутренний мир), однако обнаружил там свои плохие объекты, «белых людей», от которых он не смог избавиться. Поэтому он предпринимает вторичный уход, который является полной регрессией. Защищаясь от нее, он дважды впадал в маниакальный психоз, за которым следовало депрессивное, апатичное состояние. То, что при этом происходит расщепление ушедшего либидинального эго на две части, видно в следующем сновидении:

> «Пациент находился в приемной аналитика. В комнате также присутствовали два маленьких мальчика, которых он хотел выпустить из комнаты, однако аналитик присматривал за ними и захотел, чтобы они остались. Они расселись в креслах; один

парнишка был крайне сметливым и наблюдательным, участвовал во всем, что происходило в комнате, в то время как у другого было пустое, ничего не выражавшее лицо, и он абсолютно ничего не замечал, так как целиком ушел в себя».

Здесь мы видим активное оральное эго и пассивное регрессировавшее эго вкупе с центральным эго, т. е. самим пациентом, обособленно сидящим в кресле. Однако его антилибидинальное эго находилось в скрытом партнерстве с центральным эго и было настроено враждебно к «детям», т.е. к обеим частям расщепленного либидинального эго.

Как мы это видели в последнем разделе, существуют, по меньшей мере, три возможных причины очень раннего интенсивного импульса к *уходу* от связи с внешним миром, в ментальную внутреннюю жизнь, а именно: (а) *Причиняющий страдание* отказ со стороны ответственных за младенца людей удовлетворять его либидинальные потребности. Это возбуждает голодные импульсы, столь могущественные, что их начинают опасаться как «пожирающих» и деструктивных. Оральные садистические потребности затем вытесняются, и происходит отказ от внешнего объекта. Либидо и агрессия уходят во внутренний мир. (б) *Столкновение* с враждебным объектом или ситуацией пробуждает прямой страх перед подавляющим внешним миром и вызывает уход как бегство во внутренний мир. (в) *Отвержение и невнимание*, непризнание со стороны внешнего мира (то, что подтверждает определение Винникотта: «шизофрения — это болезнь, вызванная дефицитом заботы со стороны окружения») оставляет младенца лицом к лицу с вакуумом, в котором невозможно жить. Младенец отворачивается от такого мира и уходит в себя, в свой внутренний мир, который, однако, видимо, лишен даже преследующих и

причиняющих боль внутренних плохих объектов из-за бедности первоначальных жизненных впечатлений. (Я утверждал на стр. 92, что не согласен с точкой зрения Мелани Кляйн, что плохие объекты порождаются унаследованным, врожденным фактором, инстинктом смерти.) В этом случае есть максимальная угроза утраты эго и деперсонализации.

(А) и (б) ускоряют расщепление либидинального эго на активное оральное садистическое либидинальное эго, сражающееся во внутреннем мире плохих объектов, и пассивное регрессировавшее либидинальное эго, убегающее от этого мира; (в) ведет к переживанию пустоты внутри и снаружи и, вероятно, ведет к наиболее глубинной регрессии, которую пациент может воспринимать как умирание и смерть. Несомненно, все эти три причины по-разному влияют на разные типы шизоидного состояния. У пациентов, несомненно, сохраняется тревога преследования как защита против развития чувства «исчезновения в небытие».

(3) *Регрессия к символической матке.* Так как регрессировавшее эго приводит к крайне опасным и разрушительным психопатологическим явлениям, то можно упустить из виду, что такое поведение является необходимой, разумной и здоровой реакцией на опасность. Что-то не в порядке не с младенцем, а с его окружением. Проблемы возникают не потому, что испуганный и регрессировавший младенец хочет чего-то патологического, а потому, что он не должен хотеть того, в чем на самом деле нуждается, и, в любом случае, это крайне трудно получить после того, как он покинул матку. Изначальная целостность эго теперь утрачена в четырехкратном расщеплении: истощенное центральное эго, пытающееся совладать с внешним миром; нуждающееся либидинальное эго внутри, преследуемое голодное антилибидинальное эго (кляйнианский внутренний мир) и, наконец, регрессировавшее эго, которое переполнено страхом, истощено и признает,

что оно вряд ли сможет выжить, если только не убежит, образно говоря, во внутренний «санаторий», где получит шанс выздороветь. Все это в точности проявляется в клиническом случае одиннадцатилетней девочки, приведенном выше.

Схема эндопсихической структуры Фэйрберна критиковалась как излишне сложная (хотя мы не критикуем, скажем, физику на подобных основаниях). Данная критика представляется необоснованной. Колби (1955) пишет о схеме Фрейда:

> «Имеют место... теоретические недостатки в модели "ид – эго – суперэго". Простота данной модели делает ее недостаточной для полной концептуализации многочисленных функций психической активности... В психоанализе наше знание увеличилось настолько, что описывать сложные проявления психической активности тремя категориями значит допускать, по-видимому, чрезмерные обобщения».

Данная сложная схема описывает ужасную дезинтеграцию слабого инфантильного эго, когда оно подвергается давлению, которое не может вынести. Фрейд писал в своей последней книге:

> «Слабое незрелое эго первой фазы детства находится под постоянной угрозой вследствие напряжения, возникающего при попытках отразить опасности, свойственные этому периоду жизни» (1940).

Далее он утверждает:

> «Точка зрения, что при всех психозах происходит *расщепление эго*, не заслуживала бы такого

внимания, если бы не была применима к другим состояниям, более похожим на неврозы, и, наконец, к самим неврозам» (1940).

Схема Фэйрберна позволяет систематизировать массу внутренне противоречивых реакций, данных нам клиническим материалом, и объясняет повреждение незрелого эго как «расщепление эго», о котором говорит Фрейд. Дополнительно добавленный мной компонент вызван клиническими данными, которые нам долгое время не удавалось включить в какую-либо структурную схему. Так концептуально объясняется последняя отчаянная попытка спасения, предпринимаемая обремененным страхом младенцем, которая порождает так называемую «структурную штаб-квартиру страха» в личности как основу для опасности регрессивного распада в дальнейшей жизни. Надо заметить, что эндопсихические структурные разделения не следует рассматривать как отдельные сущности, на которые распалось психическое целое, как если бы это был материальный объект. Они являются ясно узнаваемыми различными аспектами функционирования сложного психического целого, хотя временами и переходят незаметным образом друг в друга.

Регрессировавшее эго обозначает не обобщенную реакцию «страха и бегства», а *глубокую часть сложной личности, живущей в состоянии страха, слабости, ухода и абсолютной зависимости не в активном постнатальном смысле, а в пассивном пренатальном. Оно представляет наиболее сильно травмированную часть личности и является скрытой причиной всех регрессивных феноменов* от сознательных фантазий избегания до полной шизоидной апатии, если его потребность не понимается и не удовлетворяется; здесь заключена величайшая опасность и вызов для терапии. В письме ко мне, датированном 1 января 1950 г., Фэйрберн согласился с таким расширением своей структурной теории. Он писал:

«Я считаю вашу концепцию расщепления либидинального эго на две части – подвергающееся нападкам оральное либидинальное эго и регрессировавшее либидинальное эго — оригинальным вкладом в теорию, многое объясняющим. Она решает проблему, которую мне до этого не удавалось решить».

Винникотт писал 31 октября 1960 г.:

«Ваше расщепление в либидинальном эго, как мне кажется, имеет много общего с моей "скрытой подлинной самостью" и "ложной самостью, основанной на реакциях на внешние раздражители" (как защита при заболевании, а в здоровом состоянии — самость, скрывающая свои чувства). Я думаю, что исследование может с пользой для дела основываться на этих идеях, которые носятся в воздухе и которые вы развиваете по-своему».

Приятно процитировать двух этих авторов, чья пионерская работа в теории и терапии оказала на меня наибольшее воздействие. Я полагаю, что постулированная Винникоттом «ложная уступающая давлениям самость в здоровом состоянии» соответствует центральному эго Фэйрберна, а его «ложная самость, основанная на реакциях на внешние раздражители, как защита при заболевании» соответствует антилибидинальному эго Фэйрберна, особенно в его функции ненависти к слабости. Это кажется мне особенно оправдывающим введение термина «ложная самость».

Как вообще может быть удовлетворена потребность истощенного регрессировавшего эго в восстановлении сил и в возрождении из внутриматочного пребывания и как это может произойти без риска разрушения цент-

рального эго повседневной жизни? Это представляется основной проблемой для психотерапии. Есть данные, свидетельствующие о том, что в некоторых случаях такое происходило. Мы уверены, что это невозможно без помощи психотерапевта, т.е. без установления терапевтической объектной связи. В этом заключается важность работы Винникотта о «терапевтической регрессии». Возможности психотерапии до настоящего времени были ограничены незнанием данной проблемы. Когда индивид предоставлен самому себе, он может лишь вытеснять свои регрессивные наклонности, враждебно относясь к любой «слабости» в себе, т.е. развивая антилибидинальное эго, которое, в действительности, является решительной попыткой ребенка поддержать свое существование, проявляя независимость (см. 6 главу). Если влияние его регрессировавшего эго становится непреодолимым, он может уйти в регрессивное заболевание. Возможно, если бы он вовремя не поддался такому заболеванию и принял бы всю ответственность за то, что происходит в его жизни, на себя, он умер бы от психического истощения самости. Психотерапевт должен помочь пациенту заменить контролируемой и конструктивной регрессией неконтролируемую регрессию-заболевание, которое может стать катастрофой для пациента. Я полагаю, что это нельзя сделать без помощи психоаналитического терапевта; ибо главным препятствием для принятия пациентом конструктивной регрессии в лечении служит его собственное антилибидинальное эго, которое нуждается в самом тщательном анализе. *Финальной целью этой терапии является трансформация регрессии в возрождение и повторный рост.* Это должно произойти в результате установления регрессировавшим эго первой «принимающей» объектной связи с терапевтом, который не пытается принудить пациента к согласию со своими взглядами, а понимает, что глубоко внутри пациенту известно, что надо делать. Но сначала мы должны понять, как

борьба пациента за свое спасение создает сопротивление подлинной терапии.

Борьба против регрессии

(1) Решительное движение в обратном направлении. Мы утверждали, что *предоставленный самому себе* индивид может лишь «посодействовать» своему регрессировавшему эго своим заболеванием, или же, иначе, он может попытаться подавить регрессировавшее эго как внутреннюю опасность, грозящую подорвать его приспособление к жизни во внешнем мире. Такое воздействие регрессировавшей части самости можно наблюдать у многих людей как склонность проходить через жизнь с как можно меньшим беспокойством, уходя по возможности от контактов и заставляя себя делать то, что они должны делать. Одна женщина средних лет, которая адекватно жила, имела семью, но ощущала постоянную тревогу в течение всей своей жизни, сказала: «Теперь я чувствую, что не в состоянии справиться и что мне придется сдаться». У нее было повторяющееся сновидение, в котором она тонула.

Обычно в течение многих лет прилагаются усилия по предотвращению регрессии, хотя случаются периодические срывы, например, через каждые четыре или пять лет, с незначительными признаками нервного переутомления и напряжения в периодах между срывами. Во многих случаях, однако, внутри личности выстраиваются очень мощные защиты антилибидинальной природы (антилибидинальные по отношению к самости, даже когда они производят впечатление либидинальных по отношению к другим людям) и направляют очень сильно энергетически заряженные, хотя и крайне напряженные, влечения в реальную жизнь.

Индивиду приходится с самого начала пытаться справиться с этой проблемой самому. Никто в действительности не знает, что происходит с ребенком, и в той мере, в какой это касается его глубинной жизни, ему приходится самому себя воспитывать и справляться со своими проблемами в одиночку. Отсюда и вытекает интроверсия шизоидных лиц. Жизнь становится длительной скрытой, напряженной борьбой против регрессивных тенденций. За внешним спокойствием может скрываться громадное напряжение, которое прорывается наружу физически. Мелани Кляйн и Фэйрберн воспринимали психоневротические состояния как защиты против психотических опасностей шизоидной апатии и депрессии. Если, однако, считать, что глубочайшей опасностью является регрессия к пассивности, тогда нужно рассматривать все состояния, как психотические, так и невротические, в которых борется и страдает «активное» эго, в качестве защит.

Характерной чертой окончательно регрессировавшего эго является зависимая пассивность, вегетативная пассивность внутриутробного состояния, которое способствовало первоначальному росту и которое может содействовать восстановлению сил. Природа исцеляет в состоянии покоя. Такова цель. Тем не менее, регрессировавшее эго проявляет огромную энергию и активность в уходе от жизни, активном движении в обратном направлении, которое не приближает регрессировавшее эго к жизни, а отдаляет от нее. Необходимы исследования по различным аспектам регрессии, ибо клинические данные приводят в замешательство. Сталкиваешься с состояниями, которые наводят на мысль, что регрессировавшее эго чувствует себя уже находящимся «в матке» и не обращает внимания ни на что другое, полностью отчуждено, сковано от страха и никогда не выходит наружу со времени первого радикального шизоидного ухода в младенчестве. Некоторые пациенты после длительного ана-

лиза могут внезапно почувствовать себя полностью «отрезанными» и живущими в самой глубинной, наиболее скрытой шизоидной части своей самости, с которой они, наконец, вошли в контакт и должны жить, пока не восстановят эмоциональный раппорт с внешним миром на этом глубинном уровне. И опять, регрессировавшее эго, которое само по себе диссоциировано, оказывает могущественное воздействие на остальную часть личности, «затягивая» ее «вниз», в то время как она отчаянно сопротивляется. И опять, временами целостная самость, по-видимому, становится регрессировавшим эго, проявляющим огромную энергию в обратном движении к еще не достигнутой цели; а иногда регрессировавшее эго испытывает фантазии, как если бы оно уже находилось в матке, и сопротивляется всякому усилию преждевременно принудить его к повторному рождению.

Так, мужчине-пациенту на четвертом десятке лет снилось, что

> он работал за столом, занимаясь деловой перепиской, когда внезапно ощутил непреодолимое воздействие бледного пассивного инвалида, находящегося в спальне.

После тяжелой борьбы он смог разорвать эти чары и спасти себя. Здесь регрессировавшее эго «затягивает» центральное эго в себя, что может привести к погружению в болезнь, которую уже однажды испытал этот пациент. Другой аспект ситуации обнаружил себя в сновидении этого же пациента во время его прежней болезни.

> Он вел необычную машину, которая была устроена таким образом, что с его стороны не было должного обзора. На месте пассажира сидел другой мужчина с яркой внешностью, который мог яснее

видеть происходящее снаружи. «Ведя вслепую», он чувствовал, что им следовало бы быть где-то в другом месте, делать нечто, что предполагает обязанности и ответственность, и был рад, что они не там, и он ехал в другую сторону, увозя с собой другого мужчину.

Здесь регрессировавшее эго уводит центральное эго от активной жизни, решительно, но вслепую, в сторону забвения и пассивности, т.е. распада. Так же, как первое сновидение представляет успешную более позднюю попытку сопротивления повторному втягиванию в болезнь, второе сновидение представляет первоначальный распад, к которому он несся во весь опор.

Как только регрессировавшее эго чувствует, что оно достигло своей цели ухода в утробоподобное состояние глубинного бессознательного, у центрального эго, по-видимому, мало шансов на то, что оно вновь выйдет наружу. Так, незамужней женщине средних лет жизни приснилось:

Она наблюдала рождение ребенка, но ребенка не могли вытащить наружу. Его головка показалась снаружи, но затем она быстро застряла, и даже веревками, перекинутыми через окно и привязанными к лошадям, которые тянули изо всех сил, не смогли вытянуть ее наружу.

Эта пациентка неоднократно утверждала, что не сможет принудить свое регрессировавшее эго к повторному рождению. В таком состоянии некоторые пациенты способны продолжать рутинное существование, безэмоционально, холодно, механически. Эта пациентка чувствовала себя истощенной борьбой за сохранение своего центрального эго. Некоторые пациенты расширяют воздействие своего регрессировавшего эго на остальную

часть личности, другие производят впечатление, что часть их личности давно уже была глубоко сокрытой, находясь вне соприкосновения с внешним миром. Я думаю, что в каждом случае имеется более глубинная часть эго, которая сокрыта и находится в состоянии регрессии, что соответствует тому, что Винникотт называет «подлинной самостью, спрятанной в безопасном хранилище и ожидающей благоприятного шанса для возрождения». Однако его концепция может включать как *регрессировавшее эго, ожидающее возрождения, так и не пробужденные возможности.* Более активные феномены «втягивания» в регрессию могут представлять собой конфликты, возникающие в психике из-за существования глубоко регрессировавшего эго, появившегося в очень ранний период жизни. Это порождает борьбу между стремлением к распаду и страхами и сопротивлением этому. *«Борьба за сохранение эго» имеет два аспекта: борьба за сохранение центрального эго повседневной жизни от его подрыва регрессией и борьба за сохранение базисного либидинального эго, ядра личности, от его подавления сверхмощной внешней реальностью или от безвозвратной утраты, когда оно погружается глубоко внутрь, чтобы стать недоступным для причинения боли.*

Этот последний аспект проблемы проявляет себя в трагической внутренней противоречивости шизоидного самоубийства. Желание умереть представляет собой шизоидную потребность удалить эго от мира, который слишком суров, чтобы оно могло с ним справиться. В то время как депрессивное самоубийство является результатом направленного на себя агрессивно-деструктивного импульса, шизоидное самоубийство является результатом апатии по отношению к реальной жизни, которую далее невозможно выносить. Вся доступная энергия превращается в тайную, однако упорную решимость уйти в небытие с помощью газа, снотворного или желания утонуть. Одна пациентка во время сильного стрес-

са выразила стремление умереть, и я предположил, что она хочет не ухода в небытие, а почти бессознательного бегства в тепло, комфорт. Она ответила: «Да, это так; остаться осознающей лишь настолько, чтобы ощущать тепло и безопасность, как если бы вам дали снотворное у зубного врача, чтобы вы не чувствовали боли», — это казалось ей «очень приятным способом умирания». К сожалению, на практике часто достигается больше того, что присутствовало в намерении, и пациент может умереть и лишиться шанса на возрождение.

(2) *Потребность спасать эго посредством внутренних объектных отношений.* Когда произошел обусловленный страхом уход от внешней реальности, шизоидный индивид сталкивается с двумя противостоящими друг другу потребностями, каждая из которых должны быть удовлетворена: *потребностью ухода от невыносимой реальности и потребностью оставаться с ней в контакте для спасения эго в обоих случаях. Именно это принуждает к финальному расщеплению эго на активное страдающее и пассивное регрессировавшее либидинальное эго.* Бегство в регрессию порождает противоположное ему движение к объектным отношениям. Но такое возвращение к объектам все еще включает в себя страх и отчуждение. Это ведет к созданию объектного мира, который позволяет эго уйти, однако не «внутрь матки», а в кляйнианский мир «внутренних объектов», сновидений и фантазий, *мир объектных отношений, который также отчужден от внешнего мира. Это, в основном, мир психоневротических и психотических переживаний.* Иногда движение назад от глубокой регрессии к объектам в смысле «внутренних объектов», по-видимому, заходит дальше и становится возвращением к внешнему миру. Однако тщательное исследование показывает, что это иллюзорный мир. Он не является возвращением к подлинной реальности внешних объектов как таковых,

существующих самих по себе, но является проекцией на них внутреннего мира фантазийных объектов, которая объясняет неадекватные реакции психотических и психоневротических пациентов на реальных людей. Тем не менее, некоторые данные свидетельствуют о борьбе за то, чтобы оставаться в контакте с внешним миром. Жизнь как в *мире внутренней фантазии*, так и в *мире проецируемой фантазии* — является защитой от утраты эго из-за полной регрессии и деперсонализации, в то же время остается в различной степени отчужденной от внешней реальности, которая воспринимается как враждебная.

Такой тип защиты, однако, порождает свои опасности. Помимо опасности утраты эго вследствие шизоидной деперсонализации существуют три дополнительные опасности:

(I) Бегство назад к объектам ведет к возвращению к плохим объектам, от которых и искалось спасение. Плохие объектные отношения вначале выделяли эго, ставя его в оппозицию объекту и вынуждая защищаться. Напуганный индивид становится агрессивным, однако порожденная плохими объектами ситуация может выходить из-под его контроля, доходя до *тревоги преследования* во внутреннем мире и вызывая шизофренический страх «разлететься вдребезги». Есть два пути избежать этого шизофренического страха дезинтеграции преследуемого эго: 1) путем бегства к внутренним плохим объектам или 2) под давлением переживаний реальной жизни.

(II) Бегство к хорошим объектам может привести к другой опасной ситуации для эго. Эго впадает в панику из-за опасности слишком большого слияния с объектом, что вызывает бегство внутрь. Даже кратковременное хорошее отношение объекта настолько страшит инфантильной зависимостью, что воспринимается, как уже отмечалось, как удушающее. Так возникает *клаустрофобическая тревога*, которую следует отличать от

(III) шизоидного страха *утраты эго вследствие деперсонализации*, типичного состояния «съежившегося» центрального эго, когда из него «высосана» вся жизненность из-за слишком полной регрессии. Это может привести к смерти и тотальной утрате эго. Клаустрофобический страх задохнуться в закрытом помещении является той ценой, которую приходится платить за безопасность путем бегства внутрь. Активное эго подвержено угрозе утраты путем редукции к состоянию пассивности, в котором невозможно никакое самовыражение.

Таким образом, *отсутствие объектов* влечет за собой страх утраты эго вследствие деперсонализации, *плохие объекты* порождают страх утраты эго вследствие деструктивного преследования, *хорошие объекты* порождают страх утраты активного эго вследствие страха «удушения» и бегства к пассивности.

(IV) Остается еще одна возможность *компромисс между плохими и хорошими объектами*. Если индивид ненавидит хорошие объекты вместо плохих, то не возникает угроза возмездия со стороны объекта и состояние удушья. Однако теперь появляется четвертая опасность. Если индивид ненавидит хороший объект, то эго испытывает страх не только в отношении себя, но также по поводу объекта. Будет возникать вина, а вкупе с ней постулированная Кляйн «*депрессивная тревога*» вместо более примитивной «тревоги преследования». *Амбивалентные объектные связи* вовлекают в себя страх утраты эго для всех практических целей в параличе депрессии, ибо в таком состоянии эго не осмеливается ничего делать из-за страха неверных действий. Хороший объект становится обвиняющим объектом, и эго ощущает моральное преследование.

Мы можем, таким образом, расположить по степеням те опасности, которым подвергается эго. Максимальной и наихудшей опасностью является угроза тотальной утраты эго, представленной в сознании деперсонализацией, и такой глубинной апатии вследствие шизоидного ухода и регрессии, что может последовать смерть. Против этой опасности возникает сильная защита в форме установления плохих объектных связей, что ведет либо к шизофреническому страху дезинтеграции под воздействием яростного преследования, либо к депрессивному параличу под давлением безжалостного обвинения и патологической вины. Тем не менее, эти две психотические опасности возникают в результате защиты против главной шизоидной опасности.

С клаустрофобической тревогой быть запертым и «задохнувшимся» в хороших объектных отношениях мы подходим к тому уровню, который Мелани Кляйн и Фэйрберн договорились считать защитой психоневроза от психоза. Таким образом, клаустрофобический страх удушья является наименее опасной угрозой, которой подвергается эго. Его преодоление (когда хорошие объектные связи уже принимаются без страха, хотя, для того чтобы обеспечить возрождение наиболее глубоко регрессировавшего эго, они вначале порождают определенную степень пассивной защиты) является очевидным продвижением к осуществлению психотерапевтической цели.

Эта сложная ситуация в целом иллюстрируется первыми сессиями одной пациентки, которая до анализа страдала параноидально-шизофреническим заболеванием. Во время первых сессий она яростно колебалась между связанными со мной надеждами и страхами: «Вы разочаруете меня, вы перешагнете через меня, я вам совсем не интересна, вы станете мне говорить, что все мои отношения неправильны»; или же, защищаясь от собственных

страхов: «Я ненавижу вас, я негодую, я могу вас убить», а затем в другое время: «Когда я прихожу сюда, то цепенею и ничего не могу чувствовать». Признаком прогресса стало, когда пару месяцев спустя она смогла сказать: «Прошлой ночью я почувствовала, что вы действительно заботитесь обо мне, и чуть было не расплакалась». За этим вскоре последовало: «Я чувствую ненависть к вам и к себе, когда думаю о том, как я пресмыкаюсь перед вами и завишу от вас». Здесь мы наблюдаем серьезные затруднения лишенного безопасности эго, бросающегося из одного вида связи (в трансферентной ситуации) в другую, скорее в надежде избежать опасности, чем найти безопасность. Ее внутренние переживания ясно видны в ее сновидениях в то время:

> «Люди толпой ввалились ко мне в комнату, и я пыталась их оттуда выпроводить. Затем я прибежала в церковь, опустилась на колени перед игуменьей и попросила, чтобы меня постригли в монахини».

Здесь мы наблюдаем мощное регрессивное бегство от плохих объектов (в особенности от преследующего отца) в материнскую утробу и опасность разрушительного бегства от жизни. Для противодействия этому она превращает хорошую мать, которая, будучи защитницей, может поглотить ее личность, в плохой объект, в противостоянии которому она может сохранить свою «отдельность». Так, в другом сновидении:

> «Я была с матерью в спальне и чувствовала себя в бешенстве. Она сказала: “Ты можешь идти спать”. Я ответила: “Я могу это сделать в любое время”. Затем мать села на велосипед и поехала на меня. Я столкнула ее на землю и сказала: “Вот тебе, наслаждайся своими мазохистскими удовольствиями”».

Но такая ненависть к своим хорошим объектам напугала ее, ибо в третьем сновидении она полностью исключила себя из хорошей ситуации:

> «В доме моего священника была вечеринка. Я хотела пойти туда, но у меня не было приглашения. Я вбежала внутрь, надеясь, что меня не заметят, однако жена священника увидела меня и сказала: «Вас не приглашали. Вы не можете здесь оставаться». Я была в отчаянии».

Однако в четвертом и пятом сновидениях она обращается к амбивалентным в моральном отношении ситуациям преследования, что предпочтительнее, чем вовсе не иметь никаких объектов или попадать в затруднения, как с хорошими, так и с плохими объектами:

> «Я склонилась, ожидая наказания палкой: или, более ясно выражаясь, мать и отец улыбались и готовились меня бить. Я подумала: "О! Хорошо, все-таки это как-то связано с домом"».

Она рассказала, что в ходе предыдущего лечения у психиатра она совершала на него нападки, чтобы вынудить его насильственно ее контролировать, «как это делал мой отец». В другое время эта пациентка говорила: «Как бы я ни старалась, я чувствую, что из всего этого нет выхода».

Психотерапия регрессировавшего эго

Проблемы психотерапии отложены до четвертой части. В этой главе речь идет о диагностике, а не о лечении, и в данном месте мы лишь кратко коснемся психотерапии.

Обычно проходит длительное время, прежде чем пациент сможет последовательно принять и принести аналитику свое регрессировавшее, пассивно зависимое эго. Анализ антилибидинальных реакций против не только активных, но также пассивных потребностей, по моему мнению, наиболее важен. Я видел реальное улучшение, и оно сохраняется, когда наконец наступает понимание и принятие того, что Винникотт называет «терапевтической регрессией». Я стану исследовать трудности, связанные с достижением такой конструктивной стадии, в шестой и седьмой главах. Такой подход к терапевтическому анализу показывает, что причину затруднений следует искать не просто в превратностях развития отдельных инстинктивных влечений, которые проявляют себя антисоциальным образом, но в базисной слабости инфантильного эго, постоянно полного страха. Инфантильный страх, регрессивное бегство от реальности и возникающая в результате слабость эго перед лицом реального внешнего мира лежат в основе всех расстройств личности. Наша природная жизнь чувства обычно не является антисоциальной, а становится таковой вследствие вынужденного самоутверждения и даже яростной антилибидинальной попытки сверхкомпенсировать слабость. Одним важным исключением является непреднамеренная «жестокость» здоровой потребности младенца в матери, как это описывает Винникотт. Нашей величайшей потребностью является более глубокое понимание самых ранних стадий развития сильного эго и того, что этому препятствует или же способствует.

Надежда и возможность возрождения регрессировавшего эго является очевидной конечной проблемой психотерапии. Я не могу сказать, что нам многое известно на этот счет. Винникотт открыл тропу, по которой суждено пройти многим исследователям, прежде чем будет решена эта проблема. Я достиг обнадеживающих результатов с рядом пациентов, которые, каждый сво-

им собственным путем, обрели безопасность для своего регрессировавшего эго в психотерапевтических взаимоотношениях. Здесь возникают два аспекта данной проблемы. Первый заключается в медленном вырастании из оков их антилибидинального (фрейдовское садистическое суперэго) преследования самих себя; они нуждаются в том, чтобы перестать безжалостно преследовать самих себя под непрекращающимся ментальным давлением, побуждающим их вести себя подобно «вынужденно ставших псевдовзрослыми», и обрести смелость принимать понимающее отношение терапевта к своему внутреннему испуганному и находящемуся под сильным прессом ребенку. Одновременно с этим протекает второй процесс — рост конструктивной веры в «новое начало»: если удовлетворяются потребности регрессировавшего эго, вначале во взаимоотношениях с терапевтом, который защищает регрессировавшее эго в его потребности в первоначальной пассивной зависимости, то это означает не коллапс и утрату активных сил на все времена, а стабильный выход из глубинного напряжения, уменьшение глубоких страхов, повторное оживление личности и возрождение активного эго, которое спонтанно и которое не надо «погонять» и принуждать; то, что Баллинт называет «примитивной пассивной зависимостью», делающей возможным «новое начало». Наконец, мы должны подчеркнуть, что регрессия и болезнь — это не одно и то же. Регрессия — это бегство в поиске безопасности и шанса нового начала. Но регрессия становится заболеванием при отсутствии какого-либо терапевтического лица, с кем и к кому можно было бы регрессировать.

III. РЕГРЕССИРОВАВШЕЕ ЭГО, УТРАТА СЕРДЦЕВИНЫ САМОСТИ И НЕСПОСОБНОСТЬ ЛЮБИТЬ

Краткое изложение первой и второй глав

В первых двух главах была предпринята попытка дать, исходя из внешних проявлений, и переходя далее к внутреннему миру личности, клиническое описание шизоидной личности и характера. Мелани Кляйн говорила о «ситуациях тревоги в раннем младенчестве», и именно такие ситуации порождают процессы шизоидного развития. Мы используем термин «страх» в целом для кратковременной, остро выраженной, интенсивной и непосредственно связанной с объектом реакции, конкретной реакции на плохой объект или плохую объектную ситуацию. Сходным образом, мы используем термин «тревога» в целом для продолжительного, всепроникающего состояния страха, который возникает вследствие длительной опасности. *В патологической тревоге ситуация опасности исходит изнутри и в конечном счете обусловлена страхом распада эго*, прошлые страхи детерминировали развитие структуры таким образом, что они одновременно «инфицируют» новые объектные связи, а также действуют во внутренней фантазийной жизни, подрывая личность как изнутри, так и снаружи. Мы видели, как слишком ранний и чрезмерный страх и тревога у младенца, пребывающего в окружении, с которым он не может справиться и которое не дает ему чувство насыщения, порождают уход от внешней реальности и на-

рушают развитие эго из-за могущественного стремления к уходу и пассивности.

Мы видели, как это приводит к острому конфликту между борющимся действующим сознательным эго повседневной жизни и отступлением назад в поиске защиты и безопасности; как базисная натура младенца, его «природная самость», уходит от данного конфликта в укрытие, оставаясь не пробужденной, не родившейся. У взрослого человека, сталкивающегося с внешней опасностью, бегство к безопасному состоянию может быть осуществлено физически. Младенец не может убежать в буквальном смысле этого слова, он может убежать лишь ментально, в попытке создать галлюцинаторную или фантазийную безопасность и обладать ею в чисто психическом мире, который является частью его собственного опыта, внутреннем мире, отщепившемся от реальностей повседневной жизни. Мы видели, как такое навязанное расщепление эго, принуждающее одновременно жить в двух мирах, внутреннем и внешнем, побуждает растущего человека искать компромиссные позиции в попытке удержаться в обоих мирах. Эти компромиссы обнаруживают себя в различных способах жизни, находясь частично внутри объектных связей, частично вне их. Мы видели далее, что создание внутреннего фантазийного мира само по себе может использоваться как подобный компромисс, что вынуждает нас проводить различие между здоровой и патологической фантазией. Здоровая фантазия является в своей основе подготовкой для действия во внешнем мире. В патологической фантазии психическая самость создает для себя средство поддержания контакта с фантазийными объектами, в то же самое время, в основном отделившись от реальных объектов. Для обслуживания внешних ситуаций остается лишенное чувств и в крайних случаях автоматически действующее эго. Так как, однако, от ситуаций тревоги не удается избавиться даже во внутреннем мире, ускоряется *финальное расщепление в*

инфантильном эго и самое тайное скрытое ядро самости полностью регрессирует в том, что является, вероятно, бессознательным галлюцинаторным воспроизведением внутриматочного состояния. По крайней мере, именно к этому стремятся, хотя результат может восприниматься как страх умирания. Конечно, тяжелые истерические, шизоидные и психотические пациенты отыгрывают это состояние. Регрессировавшая часть эго возвратилась назад в матку, подгоняемая постоянной угрозой страха. Самое ясное выражение во сне этого состояния, с которым я столкнулся, имело место у пожилой женщины, которой было под 60. В течение многих лет она конвертировала крайне интенсивную бессознательную тревогу в истерические телесные симптомы и оставалась внешне отчужденной, спокойной и бесчувственной. После очень продолжительного анализа ей приснилось:

> «Я выдвинула стальной ящик, и внутри него был крошечный голый младенец с широко раскрытыми, ничего не выражающими глазами».

Такова та проблема, которую мы теперь должны исследовать.

Случай шизоидной личности

Хинси, автор «Шизофрении» (1944), писал:

> «Психическое отклонение, известное как шизофрения, является продуктом особого набора черт личности, который называется шизоидным (данное название используется для обозначения такого типа личности, которая живет в основном внутри себя, уходит от реальности, погружаясь в

мечты). Такой человек является интровертом, некрепко связанным с членами своей семьи. Он эмоционально эгоистичен, или, можно сказать, преимущественно нарциссичен, любит самого себя. Он не может отказаться от центрированности на инфантильной стадии в пользу более зрелого, интегрированного поведения».

Такое описание, по-видимому, косвенно выражает некоторый элемент социального неодобрения. Шизоидная личность является «эгоистической... нарциссической... любящей саму себя». Термин «любящий самого себя» особенно неудачен, во-первых, потому, что те люди, которые себя ненавидят, не могут любить других людей, и, во-вторых, потому, что шизоидная личность обычно думает о себе очень плохо и находится в состоянии не самодовольной любви к себе, а гложущей ее тревоги за само свое существование в качестве достойного человека. Такой человек часто может производить поверхностное впечатление высокомерного, но это лишь защита против чувства собственной неполноценности. Его нарциссическая поглощенность собой спровоцирована страхами по поводу стабильности своего эго. Если все это не очень заметно, то лишь потому, что ему удается жить, почти не проявляя никаких чувств. Он в равной степени отстраняется от человеческих связей, в то же самое время пытаясь избежать пугающего чувства полной изоляции. Он в равной степени боится как находиться среди людей, так и быть одному. Описание Хинси, с точки зрения внешней видимости, достаточно точно, но почему шизоидная личность такова? Хинси продолжает:

«До тех пор пока у нас нет других данных, возможно, желательно полагать, что существуют определенные базисные структуры характера, которые образуют ту основу, на которой надстраиваются

паттерны поведения. Эти фундаментальные основы характера возникают при рождении, и весьма вероятно, что они проистекают из того, что обычно называется наследственными элементами».

Однако две альтернативных позиции: моральное неодобрение или признание фатализма наследственности — не имеют ничего общего с психодинамическим исследованием. Это означало бы отказ от анализа этого патологического состояния, и Хинси действительно перекладывает эту проблему на «физическую конституцию и этнологическую психологию» как играющую здесь

> «более важную, определяющую роль, чем онтогенетические переживания... или личный опыт, (который) придает особый склад организации личности».

Но мы не должны избегать задачи психодинамического анализа, говоря, подобно Хинси, что:

> «Первоначальная (т.е. унаследованная) структура личности помогает определить, будут ли энергии индивида в основном замкнуты внутри него, как это имеет место в интроверсии, или же главным образом направлены вовне, как это имеет место в экстраверсии».

Если анализ шизоидного ухода от внешнего мира, данный в первой и второй главах, верен, тогда онтогенетический анализ и исследование «личного опыта, (который) придает особый склад организации личности», крайне уместны для понимания данной проблемы. Шизоидная проблема представляется простой в ее завершающем концептуальном описании, но ее психодинамическое исследование — крайне сложное дело. Точка зрения

Хинси[6] (1944) основывалась на более ранних общепринятых психоаналитических взглядах, на которые не оказала воздействия психология «внутренних объектов и внутренних объектных отношений» Мелани Кляйн и Фэйрберна или проведенная к тому времени работа по взаимоотношениям «мать – ребенок». Но именно эти психодинамические исследования, основывающиеся не на теории развития влечений Фрейда, а на его теории суперэго, выявили эту крайне серьезную проблему, которая *лежит в основе* всех других расстройств личности. В описании Хинси, однако, подразумевается, что *центральной чертой шизоидной личности является неспособность устанавливать персональные взаимоотношения из-за радикальной незрелости эго, что влечет за собой в тяжелых случаях глубинный ментальный уход.* Нелегко вступить в контакт с ядром шизоидной личности, и такой человек обычно сознает тот факт, что не обладает способностью чувствовать с той эмоциональной теплотой и живым интересом, которые проявляют другие люди. Как подразумевает заглавие данной главы, живая сердцевина его самости регрессировала глубоко внутрь, и он утратил свою подлинную самость, без которой невозможна любовь. Именно это мы должны подвергнуть более глубокому исследованию. Рассмотрев в первой главе типичные шизоидные затруднения в объектных взаимоотношениях, а во второй главе — стадии его ухода внутрь от внешнего мира, мы теперь попытаемся понять природу и последствия для функционирования эго такого ухода.

---

[6] Короткий ответ на обращение Хинси к теме наследственности может быть найден в изданной в 1965 г. книге Винникотта «Процессы созревания и ускоряющая развитие окружающая среда».

Утрата способности любить

Описание Хинси шизоидного интроверта, «некрепко связанного с членами своей семьи», показывает лишь защитную внешнюю маску глубоко подорванной и ослабленной личности. Внутренняя трагедия такой личности описывается простыми словами из сновидения крайне шизоидной замужней женщины, которая чувствовала, что не может ни дать, ни принять любовь, не веря в искренность этого чувства:

> «Я находилась в доме моего детства со своими родителями, братьями и сестрами. У меня был чудесный кусок торта, и я хотела всех их угостить, но они не брали угощения и не проявляли к нему никакого интереса. Я подумала: "Они не хотят того, что я могу им дать". Затем моя старшая сестра сделала пирожные, но не поделилась со мной хотя бы кусочком. Я почувствовала отчаяние. Жизнь утратила всякий смысл, и я пошла в свою спальню одна, чтобы лечь там и умереть. Моя мать зашла туда и сказала: "Не дури". Она ничего не поняла».

Способность шизоидного индивида к любви была заморожена ранними переживаниями отвержения и расстройством реальных жизненных связей. Данное сновидение пациентки в то время было реакцией на домашнюю обстановку в детстве. Она уклонялась от необходимости встречаться и знакомиться с новыми людьми, и открыто заявляла, что ей все это безразлично. Однако бессознательно она ощущала этот трагический *давнишний неудовлетворенный любовный голод, по поводу которого, однако, она могла чувствовать лишь безнадежность и отчаяние. Подобные чувства уже много лет тому назад пробудили в ней сильное опасное желание полного ухода от этой непоправимой ситуации.* Неизбежным

след-ствием был уход и формирование шизоидной личности. Она считала, что у нее нет шансов завести новых друзей на новом месте, и впадала в состояние истощения, проливая горькие слезы. Именно в такой период ей приснилось данное сновидение. У некоторых пациентов желание умереть скрывает еще более глубокое чувство, что витальная сердцевина их самости *действительно умерла* в раннем детстве, и от человека осталась лишь пустая оболочка, которая совершает необходимые для жизни движения, автоматическим образом. Так, пациентка, которой приснился маленький ребенок в стальном выдвижном ящике, сказала: «Я чувствовала, что часть меня мертва, и я страшилась лишиться оставшейся части. Я нуждаюсь в том, чтобы дать себе полную волю и доверять вам, однако я опасаюсь, что умру, если поступлю таким образом». Мы впоследствии снова вернемся к этому чувству данной пациентки, что она должна постоянно себя сдерживать, чтобы остаться в живых, и не осмеливается ни на секунду расслабиться.

Такое шизоидное состояние вряд ли может быть первичным, наследственным фактором. Оно возникло в постнатальном развитии и вызвано тем, что Винникотт называет «неудачей окружения» в оказании поддержки и «подпитки» младенца. У каждого человека должна быть, используя термин Бергсона, *elan vital*, жизненная сила, позитивная динамика «воли к жизни», выражающая себя в том, что психоанализ называл «либидо». Это «либидо» иногда понимают слишком узко, полагая, что оно означает просто «сексуальное либидо», которое лишь один из аспектов личности. По мнению Фэйрберна, «либидо» следует рассматривать не как «вещь-в-себе», а как ищущее объекта влечение первичного природного эго или психической самости. *Базисное влечение к объектным связям есть в то же самое время влечение к саморазвитию и самоосуществлению человека. Важное значение объектных связей заключается в том, что без них эго не*

может развиваться. Эго без объектных связей становится бессмысленным. В этом всеобъемлющем смысле либидинальный поиск объектов является источником способности любить, и сохранение связей является главной выражающей себя деятельностью цельной самости. У глубоко шизоидного человека жизненная сердцевина самости и активный поиск объектных связей одинаково парализованы, что приводит в результате к состоянию, из которого сам индивид не может выйти.

По причинам, которые будут рассмотрены в пятой главе, я не согласен с идеей об агрессии или агрессивном влечении в качестве критически значимого фактора развития в том же самом смысле, в каком я рассматриваю данное либидинальное влечение. Именно фрустрация базисной энергетической потребности жить и любить пробуждает двойную реакцию «борьбы» и «бегства». Первая ведет к агрессии и поэтому к классической винедепрессии, в то время как вторая ведет к шизоидной регрессии, отводу либидинального эго от внешнего мира, так что его энергия «перетекает назад», в инфантильные уровни, и «течет вниз», в глубины бессознательного. Гидравлические и пространственные метафоры — удобный способ представления невидимого процесса изменения от экстраверсии к интроверсии, который, однако, становится достаточно зримым в завершенном виде. «Желание жить и любить», от проистекающей и беспрепятственной активности которого зависит целостное здоровое развитие эго, это как раз то, что переполнено страхом, подавлено и заперто в шизоидной личности. Происходит частичный или полный отказ от спонтанных объектных отношений на различных уровнях личности, и их место в различной степени занимает раннее инфантильное переполненное страхом стремление к абсолютному уходу от жизни не в смерть как «несуществование», а в «живую смерть» забвения, бегство в пассивность. Это, однако, может восприниматься пациентом как скры-

тое переживание психической смерти. На сознательном уровне потребность в забвении может подталкивать пациента к алкоголю или наркотикам. *Однажды возникнув, эта скрытая регрессия становится даже еще большей опасностью для личности как целого, чем первоначально порождавший страх и не приносящий удовлетворения внешний мир.*

Так, сорокалетняя женщина с больным мужем и двумя детьми, ощущая длительное истощающее силы напряжение вследствие тяжести своей ответственности, обнаружила, что ее шизоидная реакция на эту ситуацию так же пугает, как и сама ситуация, хотя в то же время приносит облегчение от тех трудностей, справиться с которыми она не чувствует себя достаточно сильной. Однажды она сказала: «Я чувствую себя столь истощенной, что просто хочу лечь и не двигаться, забыться глубоким сном и никогда не просыпаться». Она в действительности переходила от периодов истощенной апатии к периодам лихорадочной деятельности (см. пятую главу). Ей приснилось, что один ее ребенок, определенно представляющий ее саму, «не любит людей и удалился от них в собственное затворничество», и она прокомментировала: «Меня не интересует ни пища, ни люди, я не хочу, чтобы около меня кто-то находился, даже вы. У меня такое чувство, будто я нахожусь в пластиковой коробке». Она вздрогнула, когда я сказал, что ее любящая самость заперта на замок, зарыдала и сказала: «Жизнь пуста, у меня нет никакой жизненной цели». Затем она принесла следующее сновидение:

> «Меня развернули внутрь. Я не знаю, каким образом, но дело обстояло именно так. Я могла слышать, что происходило внутри, но я не могла услышать ничего, что происходило снаружи. Я могла смутно видеть своего мужа и некоторых других людей, но они ничего для меня не значили, они даже

не казались реальными. Однако я чувствовала себя в безопасности».

Здесь мы находим выражение мотивированного ухода внутрь себя, разрыва отношений с реальными людьми во внешнем мире ради безопасности в «уединенном убежище», замкнутом интровертированном состоянии. Никто не реагирует настолько радикально, когда ситуация возникает впервые во взрослой жизни. Нормальная реакция даже на серьезное затруднение — это совершение дополнительного усилия. Пациентка ушла в нереальность во взрослой жизни, потому что ее уже влекло в шизоидное состояние в детском возрасте. Результатом была дереализация ее внешнего мира и деперсонализация себя. Она обнаружила, что вечером, когда дети уже в постели, если ее муж выходил из комнаты, она внезапно ощущала утрату реальности. Она нуждалась в присутствии семьи, настоятельно побуждающей ее «находиться в контакте», в противном случае она утрачивала свое собственное эго. И, однако, все время она питала могущественное скрытое желание такого полного ухода, ибо оно помогало ей чувствовать себя в безопасности. Она не хотела умереть, а просто хотела уйти в абсолютную пассивность и забвение глубокого сна и никогда не просыпаться. Другие люди не должны отдаляться от нее, но она хотела чувствовать свободу отдаляться от них. Это показывает крайне разрушенное и деморализованное эго. Она высказывала сложное разнообразие мотивов для этого почти непреодолимого регрессивного стремления: «Я не хочу, чтобы кто-либо знал, что я испытываю чувства, потому что тогда они смогли бы причинить мне боль», «Я боюсь любить, потому что чувствую себя очень слабой; любовь истощила бы меня, и я утратила бы себя», «Я боюсь, что если я полюблю, то не вызову ответного чувства. Люди не считают меня красивой. В семье меня считали уродиной. Я боюсь рискнуть показать, что

я хочу быть желанной». *Все эти важные мотивы для шизоидного ухода являются аспектами глубинного сложного внутреннего запрета на способность любить и быть любимой во внешнем мире, который делает человека еще более беспомощной жертвой сильного регрессивного стремления отхода от жизни.*

До тех пор пока не раскрыто это твердое желание полного освобождения от контактов с людьми в реальной жизни, пока оно не становится ясно осознанным, понятым в его истинной сущности и пока оно не получит сочувственного признания, от него нельзя избавиться. Оно является патологическим эквивалентом нашего ночного ухода от нормального дневного напряжения к нормальной регрессии в нормальном сне. Патологическая регрессия нередко принимает форму компульсивного и продолжительного сна глубокого «наркотического» типа, в котором диссоциирована даже фантазия и сновидческая жизнь пациента, а также отрезан внешний мир. Представляется вероятным, что продолжительное глубокое успокоение пациента в госпитале стало бы еще более эффективным, если бы ему объяснили значимость для него подобного успокоения. Целью регрессии любого вида является крайне желанный уход от жизни «здесь и сейчас», с которой, по мнению индивида, он не может справиться. Он вновь возвращается к существованию на более простом и более раннем уровне, не требующем столь огромного напряжения. (Следуя этому принципу, мы все в нашей деловой жизни время от времени берем отпуск.) При патологической регрессии серьезное напряжение возникло слишком рано, серьезно нарушило нормальное развитие силы эго и оставило несчастного индивида внутренне подорванным и неадекватным для встречи с взрослыми обязанностями. В таком случае регрессия, поддерживаемая и контролируемая ситуацией лечения, — крайне необходимый терапевтический процесс. Опасно просто интерпретировать ее как

истерическую симуляцию и манипуляцию окружением. Те интенсивные требования, которые «истерик» предъявляет к окружающим его людям, обусловлены сочетанием трех сил: подлинной инфантильной потребности в зависимости, влечения ментально удалиться от мира, который он не может выносить и который, по его мнению, лишен любви, и страха, что это приведет к полной утрате контакта с внешним миром и поэтому к утрате его собственного эго.

Чем более интенсивна потребность пациента в терапевтической регрессии, тем больше он ее опасается и тем сильнее он ей сопротивляется во внутренней борьбе, которая наполняет его крайне болезненным телесным и ментальным напряжением. Мы должны теперь более подробно исследовать это жесткое *антилибидинальное* противостояние какой-либо допустимой терапевтической регрессии, противостояние, которое так часто анализировалось, что кажется, что эта битва никогда не будет полностью выиграна. Пациенты обычно говорят: «Я уже ранее со всем этим покончил. Почему же меня все еще тянет к этому?» Проблема одновременно потребности связей и страха разрыва связей с пугающим внешним миром четко иллюстрируется в случае молодой девятнадцатилетней женщины, страдающей от тяжелой агорафобии. Школьная фобия начала развиваться после того, как она похвально прошла экзамен в одиннадцатилетнем возрасте. Этому предшествовала бессонница в период тяжелой нагрузки перед экзаменом. Причины небезопасности могут быть прослежены при обращении к событиям раннего детства. В подростковом возрасте она стала все более и более неспособна противостоять жизни без явной защиты (хоть и была на надомном обучении), и у нее возникли достаточно серьезные приступы депрессии, чтобы она начала принимать антидепрессанты, которые на некоторое время приносили облегчение. Ее базисное состояние было неизменно. Примерно с пят-

надцати лет она стала подвержена внезапным приступам деперсонализации, если оставалась дома одна или когда шла в магазин за покупками, даже с родителями. Однажды в магазине мать на короткое время оставила ее одну, чтобы подойти к прилавку, и вот что она рассказывает о происшедшем: «Внезапно я утратила восприятие того, что происходило вокруг меня, все очертания расплылись, и я крепко уцепилась за руку матери, а затем все вернулось назад, и я почувствовала, что падаю. Я говорила себе: "Не глупи", — и произносила про себя свое имя. Мне стало немного легче, и я не потеряла сознания, хотя и не могла видеть. *Я чувствовала себя крайне напуганной, затем на короткое время в полной безопасности, а затем вновь крайне напуганной.* В магазине у меня возрастало состояние напряженности, и я хотела как можно быстрее вновь очутиться внутри машины (т.е. бегство в маленькое безопасное пространство). *Когда у меня в глазах померк свет, в течение нескольких секунд я ощущала себя в безопасности. Затем я подумала, что отрежу себя от мира так сильно, что никогда не смогу вернуться обратно, и это снова напугало меня. Теперь я не люблю подниматься дома вверх по ступеням, потому что ощущаю себя отрезанной и чувствую, что никогда не смогу спуститься вниз*».

Диагностировать это переживание только как агрессивную истерическую попытку контролировать всех вокруг себя ради собственного успокоения значило бы упустить из виду значимость данной проблемы. Конечно, такая пациентка делает все возможное для того, чтобы ее никогда не оставляли в одиночестве, потому что она напугана переживанием этих «приступов». Страх этого психического состояния влечет его повторение, и, несомненно, это усиливает симптомы, что ведет к получению требуемой защиты. Однако если мы сделаем акцент на симптомах вторичной выгоды, как это делается на основании диагноза истерии, то мы не сможем

объяснить их первоначальную причину и не прольем ни капли света на интенсивную борьбу, идущую между потребностью убежать от пугающего мира и столь же непреодолимым страхом перед этой потребностью. Быстрое чередование *чувства испуга, чувства безопасности, чувства отрезанности и затем вновь чувства испуга* освещает эндопсихический конфликт, в который попала пациентка, и вновь указывает нам на некую базисную слабость эго.

Давайте суммируем вышесказанное. «*The Penguine Dictionary of Psychology*» Древера определяет «шизоида» как «тип личности, склонный к *диссоциации* эмоциональной и интеллектуальной жизни: запертой личности». Использование термина «диссоциация» возвращает нас к раннему периоду исследования истерии Шарко, Жане и Фрейдом. Жане считал, что психика вследствие некоей врожденной слабости может утрачивать силу «сцепления» и «распадаться» на диссоциированные элементы, действующие независимо. *Динамическое объяснение Фрейда* на языке эмоционального конфликта и вытеснения проложило путь к противоположной точке зрения, согласно которой *эго является результатом, а не первоначальной причиной расщепления первичного единства психики под воздействием тяжелого раннего травматического стресса.* Фэйрберн был одним из первых, кто указал на то, что истерия восходит к шизоидному состоянию личности.

Таким образом, мы больше не будем говорить о «диссоциации интеллектуальной и эмоциональной жизни», а, скорее, станем говорить о вызванном страхом уходе внутрь, прочь от губительного внешнего мира, восприимчивой чувствительной сердцевины младенческой психики, оставляющей безэмоциональное, поверхностное, автоматическое сознательное эго иметь дело с внешней реальностью. Интеллектуальная жизнь затем считается взрослой и сознательно функционирующей, в то время

как эмоциональная жизнь остается слабой и детской и находится в состоянии вытеснения. Такое вызванное страхом бегство внутрь, для того чтобы спрятаться в глубинах бессознательного от причиняемой боли, является основой патологической регрессии. Мы можем рассматривать регрессию, или «обратное движение», отказ от активности и поиск облегчения от давления в пассивности и даже забвении, как имеющую два полюса — здоровый и патологический. Здоровая регрессия является естественным способом справиться с усталостью посредством релаксации, отдыха и сна. Она необходима для поддержания жизни и представляет психологически, и иногда даже физически, возвращение в матку или в утробоподобное состояние. Каждую ночь во сне мы возвращаемся к символическому, однако материальному, субституту матки. Как новорожденного младенца пеленают и кладут в детскую кроватку как субститут матки, так и мы закутываем наши голые тела в постельные покровы, когда лежим в темноте и тишине ночи. Пробуждение и подъем аналогичны рождению. Эта здоровая регрессия, которая предусмотрена природой, имеет свою инстинктивную основу — убегать или прятаться от дальнейшего напряжения туда, где мы можем восстановить силы в безопасности. Она легко и естественно чередуется с активностью.

Патологическая регрессия, которая характеризует базисную природу шизоидной проблемы, имеет ту же самую природную основу в импульсе бегства. Различие заключается в том, что то давление, от которого убегает психика, возникает столь рано в жизни, когда эго не развито, что оно воспринимается как подавляющее. Интенсивность порожденного страха сама по себе становится крайне травматической, и результатом будет не естественный здоровый ритм — активности, усталости, отдыха, восстановления сил и возобновленной активности, а постоянное травмирование младенческой пси-

хики, расщепление инфантильного эго, так что, начиная с этих пор и далее, ребенок растет, будучи неспособен контактировать с внешним миром своей целостной самостью. Жизненная сердцевина самости утрачена, и ощущается внутренняя «омертвелость». Для практических целей он «не весь здесь», живая, чувствующая, любящая сердцевина его самости отсутствует; она спрятана глубоко в бессознательном и лишь впоследствии может быть возвращена в сознание, воскрешенная или возрожденная, часто ценою крайне тяжелого психического расстройства. Когда ребенок ощущает *отчаяние* из-за своей неспособности *сделать* что-либо, чтобы справиться со своим окружением, единственное, что ему остается, это радикальный уход, и *чувства отчаяния, одиночества, слабости и неспособность любить всегда скрыты за холодной отчужденной маской шизоидной личности*, какой бы стабильной она ни казалась на первый взгляд. Некоторое время тому назад в чемодане было найдено скрюченное тело мертвой женщины. Был вынесен вердикт о самоубийстве, и психиатр в ходе дознания заявил, что психотическая пациентка вполне могла наглотаться таблеток и свернуться калачиком в чемодане в попытке символического возвращения в матку, что подтверждает, насколько выразительными и понятными могут быть психотические реакции.

Мы можем выделить шесть аспектов этой сложной проблемы, которые ясно иллюстрированы клиническим материалом: (I) деперсонализация и дереализация как результат ухода, *опустошение эго сознания*; (II) чувство пустоты и *небытия в глубине*, ощущаемое как переживаемое в *бессознательном*, порождающее чувство отсутствия эго, аморфное переживание неопределенности и слабости; (III) *страх коллапса эго*, чувство дезинтеграции или «края темной пропасти», в которую индивид готов броситься и погибнуть, страх психической смерти; (IV) *внутренний запрет на способность любить* и не-

способность переживать осмысленные связи с другими людьми; (V) *потребность в регрессии*, которой противостоит страх того, что тебя «насильно тащит» бессознательное регрессивное влечение; (VI) *стремление к сну и забвению*, вкупе с неспособностью расслабиться, вызванной *страхом*, что это повлечет за собой безвозвратную капитуляцию к регрессии. Переход от (I) к (IV) дает негативную картину шизоидной регрессии как «бегства в» более глубокую безопасность, стремление к возвращению, которое подразумевает возможность возрождения, даже несмотря на то, что ему противостоит интенсивный страх отважиться на это, так как может оказаться, что оно повлечет за собой тотальный распад. Некоторые пациенты интуитивно знают, что они должны распасться и регрессировать на уровень возникновения самой ранней опасности, чтобы оттуда начать новый старт.

Генри Джеймс, относительно «нормальная» шизоидная личность

Если мы исследуем шизоидную личность в более стабильном состоянии, это может послужить для сравнения со случаями клинических патологий. Романист Генри Джеймс представляет собой превосходный пример. Он был младшим братом великого американского философа и психолога Уильяма Джеймса, и, к счастью для него, отец сделал его финансово независимым. Его романы никогда не были источником большого дохода, и если бы ему самому пришлось зарабатывать на жизнь, то возникает вопрос, смогла бы его тонко сбалансированная психическая стабильность противостоять ударам внешнего мира. На деле же ему не пришлось заботиться о средствах на жизнь. Он был свободен жить своей внутренней жизнью, путешествовать и встречаться с людьми, то укореняясь на новом месте, то вновь меняя места проживания, не чувствуя себя полностью вовлеченным

во что-либо или привязанным к чему-либо. Изучавший личность Джеймса Михаэль Свэн (1952) назвал его «балансирующим посреди Атлантики на полпути между Америкой и Европой» — поразительный пример шизоидного «то туда, то сюда» компромисса. Героиня *«Портрета леди»* отвергает как американского, так и английского любовника, и Свэн комментирует:

> «Подобно самому Джеймсу, она существует между двумя мирами, находясь в опасности потери себя. Она находится в поиске себя в мире, который сможет воспринимать как свой собственный» (р. 49).

Для Джеймса это был шизоидный внутренний мир психики. Он был не в состоянии окончательно обосноваться в собственной стране, и после поездок между Америкой, Англией, Францией и Италией принял английское гражданство лишь за семь месяцев до своей смерти в семидесятилетнем возрасте. Все это крайне характерно для шизоидной невовлеченности и избегания постоянных связей.

Одна из замечательных черт, часто обнаруживаемых у шизоидных лиц, — глубокая психологическая проницательность, на которую опирался и Джеймс в своих работах. В молодости он встретил Раскина и написал о нем:

> «Он напуган жестокой реальностью, от которой прячется в мир безрассудства и иллюзий и бродит там без компаса и проводника — приберегая остатки света для судорожных всполохов своего чудесного гения».

Возможно, он описывал себя самого. Свэн рассказывает нам:

> «Он говорил, что брак заставит его делать вид, что он думает о жизни чуть лучше, чем это есть на самом деле. Вряд ли стоит пытаться выяснить, насколько фрустрация, в конечном счете, находящая выражение в его романах, может быть связана с подобным восприятием жизни». (p. 21)

Эти черты, однако, проистекают из одного и того же источника — глубокого страха перед внешним миром, ощущаемого ушедшим в себя индивидом. Когда Генри Джеймсу было 46 лет, его брат Уильям написал о нем следующие строки:

> «Генри живет, скрываясь за своими странными, неуклюжими, чуждыми нам манерами и привычками; но все они являются его "защитными масками", за которыми мы видим нашего дорогого, старого, доброго, невинного и в глубине души очень ранимого Генри, которого мало что волнует, кроме его творчества».

Свэн рассказывает о «его одержимости проблемой связи искусства с жизнью», и мы можем рассматривать это как одержимость проблемой, для него не разрешимой, — связи его внутренней психической жизни с внешней реальностью. В «Смерти льва» Джеймс говорит:

> «"Художник и общество его времени — непримиримые враги". Критика здесь отступает, и читатели Джеймса должны принять собственное субъективное решение: либо, говоря словами Ф.Р. Ливиса, "с ним что-то не так", либо же он находится в поиске некоего "рая на земле"». (*Swan*, pp. 27-8).

Мы можем заключить, что этот «рай на земле» было целью его фантазии, маткой его внутреннего мира, в которую он уходил все глубже. Свэн пишет:

> «Все, кто его знал, хорошо понимали, что за учтивой внешностью скрывался ум, который в полной мере существовал лишь в творческой жизни. К концу девяностых он, по-видимому, вошел в состояние поэтического видения... Противники считали, что Джеймс удалился в эскапистский мир искусства, так как нашел жизнь слишком трудной» (p. 31).

В 1890-х Джеймс страдал от длительных депрессий, и, когда его брат Уильям увидел его вновь в 1899 г., они более не понимали друг друга. Уильям многократно перечитывал многие страницы из *«Крыльев голубя»*, для того чтобы понять, «что же, черт возьми, они могли означать».

Свэн подчеркивает чувство одиночества, эту глубоко шизоидную характерную черту, которая только усиливалась в его последующие годы.

> «Для своих друзей он был общительным, добрым пожилым джентльменом, по поведению которого трудно было себе представить... что его угнетает собственная изоляция и заброшенность. “Мой дорогой друг, — сказал он однажды Логэну Пирсэллу Смиту, — есть одно слово — позвольте сказать его вам, — которое вам следует написать на своем знамени — и это слово *одиночество*”» (pp.36-7).

Вместе с этим приходит *чувство тщеты и отсутствия смысла в жизни*. Многие из его историй посвящены

«...несбывшимся мечтам писателей, будучи рассказами о людях, души которых находятся в агонии вследствие понимания того, что жизнь прошла мимо и не дала им ничего. Эти рассказы — важная часть биографии Джеймса » (р. 25).

Название одного из его произведений, «*Фигура на ковре*», говорит о тайном смысле творчества художника, — смысле, который никому не известен и который, как мы можем предположить, он и сам не нашел, и смерть художника уносит с собой этот секрет.

Ф.Л. Пэтти в своей книге «Американская литература после 1870 года» писал:

«Он жил в атмосфере затворничества, в которой он больше мечтал о “жизни”, чем жил реальной жизнью... Он стоял в стороне от жизни и наблюдал жизнь, не будучи ее частью. Он ни к чему не испытывал симпатии в прямом смысле этого слова».

Экономическая обеспеченность предоставила ему свободу, без внешних тягот, использовать свои огромные интеллектуальные и творческие возможности для создания внутренней жизни, которая, в конечном счете, не спасла его от серьезных приступов депрессии в последующие годы, но оставила его *наедине с собой, не дав найти какого-либо реального смысла.* Джеймс служит примером шизоидной личности, которая достаточно стабильна при благоприятных обстоятельствах, чтобы избежать серьезных срывов и крушения своей личности, и обладает огромными талантами, помогающими шизоиду внести реальный вклад в жизнь других людей, без решения своих собственных проблем или преодоления собственного отчуждения. Генри Джеймс был одним из основателей «психологического романа». Эдель (1955) пишет:

«Генри Джеймс расширил рамки опыта и область вымысла до включения в него субъективного мира».

Сложности шизоидного состояния

Из шести аспектов этого состояния личности (ср. с. 140-141), которые проявляются в чистом виде по мере продвижения шизоидной личности к специфическому заболеванию, первые четыре: деперсонализация и дереализация, чувство небытия или пустоты эго, страх коллапса эго и внутренний запрет на способность любить или вступать в человеческие взаимоотношения — должны рассматриваться вместе как характеризующие действительную «отрезанность» шизоидного состояния, обусловленную страхом и бегством от внешнего мира. Другие два аспекта: страх и борьба против регрессивного стремления и страх засыпания и релаксации — являются частью самозащиты психики против внутренней опасности утраты всякого контакта с внешней реальностью. Здесь возникает еще одна проблема. *Страх утраты контакта с внешним миром постоянно стимулирует усилия по восстановлению с ним контакта, но это не приводит к теплым взаимоотношениям, и поэтому осуществляется при помощи двух других базисных эмоциональных реакций: страха и агрессии.* Установление связей на языке страха приводит к параноидальному состоянию, которое может переходить в жестокую защиту путем деструктивной агрессии. Если индивид не ощущает настолько сильную безнадежность в связи со своей жизнью, тогда взаимоотношения на языке агрессии приведут к амбивалентности и депрессии.

Первые четыре черты не являются отдельными «сущностями». Они перекрывают и переходят друг в друга, являясь различными отражениями одного и того же

фундаментального, хотя и сложного, психопатологического состояния. Деперсонализация и дереализация описывают опустошение эго обычного сознания в мире повседневной жизни, когда витальное чувство самости уходит глубоко внутрь. Невозможно исследование этой проблемы без обращения к описанию Фэйрберном шизоидного ухода (1952а, pp. 49—52). Деперсонализация и дереализация зависят от разрыва связей с внешним миром, и в разделе, посвященном «отводу либидо», он собирает все эти четыре характерные черты вместе.

> «В острых шизоидных состояниях отвод либидо от объектных связей может заходить столь далеко, что либидо уходит из сферы сознания (той части психики, которая находится, так сказать, ближе всего к объектам) в сферу бессознательного. Возникающий эффект подобен тому, как если бы само эго ушло в бессознательное... Отвод либидо от сознательной части эго ослабляет эмоциональное напряжение и смягчает опасность взрывов ярости и опрометчивых поступков... Значительная часть тревоги шизоидного индивида в действительности представляет собой страх перед возможностью таких взрывов, что обычно проявляется как страх сойти с ума или как страх надвигающейся катастрофы. Поэтому возможно, что массивный отвод либидо становится отчаянной попыткой эго, которому грозит катастрофа, избежать эмоциональных связей с внешними объектами путем вытеснения либидинальных склонностей, которые и побуждают индивида к установлению эмоциональных контактов... Как раз когда данное усилие в значительной степени осуществляется, индивид начинает говорить, что у него такое чувство, как если бы от него ничего не осталось, как если бы он утратил свою идентичность, или как если бы он был мерт-

вым, или как если бы он перестал существовать... *Утрата эго* является конечной психопатологической катастрофой, с которой постоянно борется шизоидный индивид, более или менее успешно» (1952a, p. 52).

Эта цитата взята из первой большой опубликованной Фэйрберном работы, которая вышла в свет до пересмотра им своей терминологии эндопсихической структуры. Она требует некоторой ревизии, исходя из его последующей точки зрения. Он перестал говорить о «либидо» как о психической «сущности» и стал рассматривать его как «либидинальную энергию, характерную для эго». Таким образом, он более не говорил о «вытеснении либидо из эго» и в бессознательное, он также более не сказал бы, «что возникающий эффект подобен тому, *как если бы* само эго ушло в бессознательное». И действительно, в процитированной работе он писал:

«Может ли такой массовый отвод либидо быть приписан вытеснению — это спорный вопрос» (1952a, p. 52).

В соответствии с его более поздней терминологией он написал бы не «как если бы», а «действительно, часть самого эго ушла в бессознательное». Зрелая теория Фэйрберна была теорией расщепления самого эго под воздействием могущественного стресса и радикального ухода *либидинального эго* в бессознательное для избегания любых эмоциональных связей с объектами — процесс, приводящий в результате не только к утрате объектов, но, вследствие этого, к чувству утраты самого эго. В действительности, уход либидинального эго оставляет то, что он называет сознательным центральным эго, лишенным энергии, так что такой человек может лишь механически функционировать во внешнем мире; ничто не представляется реальным, и утрачена способность к

любви. Далее, мы должны отметить, что под воздействием бытующих в то время психоаналитических представлений Фэйрберн приписывал шизоидный уход страху утраты контроля над агрессивными импульсами или же отношению к своим либидинальным импульсам лишь как к агрессивным. Это очень важно, особенно в той форме, которую выделяет Винникотт, а именно: когда мать не может более выносить требований младенца, он начинает страшиться собственных потребностей в любви как жестоких и деструктивных. Но мы должны к этому добавить, что *уход по существу обусловлен неспособностью слабого инфантильного эго отстаивать собственные притязания и справляться с внешней реальностью* при отсутствии адекватной материнской поддержки. Вследствие этого эго жаждет удовлетворения либидинальных потребностей, которые оно затем начинает воспринимать как вызывающие ответный удар со стороны отвергающего внешнего мира, который побуждает его к уходу.

Такое состояние превосходно описано одним пациентом-мужчиной, хорошим профессионалом на исходе четвертого десятка лет жизни, который обладал незаурядными способностями и нес на себе тяжелую ношу ответственности, ощущая огромное напряжение и истощение. Ему приснилось:

> «Я жил в землянке. Она была полностью скрыта сверху, а на уровне пола находилась механическая башенка, которая вращалась. В ней было два перископа (глаза), которые давали мне информацию о том, что происходило снаружи, и две прорези (уши), через которые могли доноситься звуки, которые записывались для меня на магнитофон, и отверстие (рот), через которое я мог посылать послания с моего магнитофона».

Таким образом шизоид воспринимает себя, пока он способен функционировать во внешнем мире механически эффективно, однако безличностно. В этом автоматическом поведении не участвует его сердце, которое скрыто и находится вне доступа внутри. В случае крайнего ухода, пациент перестает функционировать, возникает истощение и регрессивное заболевание. До этого пациент ведет громадную борьбу за жизнь, борьбу, которая может длиться долгие годы, для поддержания существования эго.

Молодая женщина на третьем десятке лет жизни является поразительным примером того, как за ясно очерченным эдиповым комплексом может скрываться серьезное шизоидное состояние. У нее была тяжелая агорафобия, и с началом менструаций она становилась все более отчужденной, была привязана к дому (в течение 12 лет), спала целый день, когда вокруг были люди, и вставала лишь ночью, когда она могла быть одна. В эти часы одиночества она навязчиво мыла руки и приводила в порядок одежду, обсессивно повторяя все, что она пыталась делать. На этой стадии она пришла на одну сессию в отчаянии. После продолжительного молчания она сказала: «Я совершенно беспомощна. Я чувствую, что у меня нет никакой личности. Я не знаю, кто или что я такое, я никто. У меня нет веры ни в кого-либо, ни во что-либо, я не верю даже в вас, я также не верю в бога, у меня нет надежды на что-либо, что позволило бы мне продолжать жить». Как раз перед этим нам удалось в полной мере довести до ее сознания ясно выраженное и интенсивное инцестуозное желание и эдипальные фантазии, которые она ранее осознавала лишь как не связанные друг с другом. Она ярко помнила сновидение, которое приснилось ей несколько лет тому назад. Земля была пропитана грязью, которая, как она знала, была спермой, и ей не удавалось предохранить себя от попадания грязи внутрь нее. Она всегда страшилась, как бы нечто с одежды ее

отца не попало на ее тело, давно испытывала страх перед микробами, который объясняет (хотя лишь частично) ее обсессивное мытье рук. В течение некоторого времени она сконцентрировалась на боязни заиметь ребенка, не будучи способной дать какое-либо связное объяснение, чего же конкретно она страшится. Она хотела любви и замужества, а также сексуальных отношений, но не ребенка. Чувство, что она окажется не в состоянии за ним присматривать, было оправданным в реальности, но не внутренней причиной. Затем она сказала, что всегда считала, что если выйдет замуж, то все будет в порядке до тех пор, пока они с мужем не переедут в дом ее родителей. Если они сделают это, она забеременеет и не будет знать, от мужа или от отца этот ребенок. С матерью у нее будет страшная ссора, и ее заставят сделать аборт и избавиться от ребенка. Вряд ли можно иметь более ясно выраженное сознательное инцестуозное желание, сопровождаемое огромной виной и страхом. В действительности, анализ этого эдипального материала ничего не прояснил. Он не ослабил ее компульсивное желание мыть руки, которое, как оказалось, имело другие причины, помимо защитного очищения и ослабляющего вину ритуала. Выяснилось, что ее отец часто отсутствовал дома в ее детстве, и когда он все же бывал дома, то уделял больше внимания своей жене, чем дочери. Ее инцестуозное желание, ревность и страх перед матерью возникли из крайнего одиночества, в котором ей было трудно относиться к себе как к положительной личности. Как она мне сказала, у нее не было достаточной веры и доверия по отношению к кому-либо, которые помогали бы ей ощущать себя живым человеком. Инцестуозные и эдипальные фантазии были способом поддержать чувство наличия взаимоотношений и, в конечном счете, своего эго, хотя и крайне нарушенного, и лишь воображаемые связи с ее родителями, которые и были источником ее затруднений, помогали поддерживать эти чувства.

Это эдипальное фантазирование было защитой, которую анализ снял, и выявилось, что ее обсессивные симптомы были прямым выражением отчаянной борьбы за поддержание бытия своего эго. Она сказала: «Мне приходится сосредоточивать на себе внимание. Я не должна забывать о “своем бытии”, иначе я утрачу себя. Я боюсь, что утрачу со всем контакт и буду отрезана от всех. Я чувствую, что у меня нет реального контакта. Я не могу просто сделать что-либо и покончить с этим. Если я хочу приготовить чай, то наливаю немного воды в чайник и затем выливаю ее, и делаю так раз за разом. Мне даже трудно припомнить, когда я в последний раз смогла наполнить его водой и поставить на огонь. Аналогичным образом, я вынуждена снова и снова продолжать мыть руки, и проходит уйма времени, прежде чем я соберусь лечь. Когда я, наконец, перестаю их мыть, я не могу сразу же сбросить свою одежду, лечь в постель и покончить с этим. Я могу и не проснуться. Я могу умереть во сне. В настоящее время я вообще не могу лечь спать. Я не могу раздеться и просто сплю на кресле внизу». Она меньше опасалась полностью утратить контакт с внешним миром, если спала подобным образом. *Обсессивное повторение всякой ее деятельности было способом отсрочить пугающий момент, когда что-то будет завершено, закончено, проделано. Так как любое дело таит в себе угрозу собственного окончания, она полагала, что в таком случае наступит и ее крах и распад; поэтому ей приходилось растягивать все, что она делала на как можно большее время для поддержания восприятия себя человеком.* В конечном счете, анализ избавил ее от психических защит и открыл слабого беспомощного маленького ребенка, опасающегося дорасти до взрослой ответственности. В то время она могла взрослеть, лишь если терапевт поддерживал ее эго, как мать поддерживает своего младенца. В конечном счете, она чудесным образом выздоровела.

Распад объектных связей, утрата способности любить и страх утраты эго как ментальное переживание небытия вовлекают пациента в огромную зависимость от терапевта. Пациенты часто говорят, что чувствуют себя «отрезанными» вследствие неспособности вступить в контакт с терапевтом. Один пациент любил повторять: «Я от вас за много миль. Я не чувствую вашего присутствия здесь. Я не могу вступить с вами в контакт. Вы сами должны вступить со мной в контакт. Если вы не сможете меня найти, я не получу никакой помощи». Это чувство бездны, которую не может преодолеть пациент, но которую, возможно, может и должен преодолеть терапевт, если он показывает пациенту, что знает о ней, имеет громадное значение в лечении. Оно ярко иллюстрируется случаем, представленным на страницах 347—353, и одна из причин так высказана пациенткой: «Мне всегда казалось, что я никогда не смогу добиться от матери понимания того, что я хочу ей объяснить. Чуть послушав меня, она обычно начинала суетиться и была слишком занята, чтобы выслушать меня до конца». Пациентка росла в большей изоляции, чем ей казалось.

Таким образом, шизоидный пациент ставит нас лицом к лицу перед проблемой слабого в своей основе эго, чье развитие оказалось под серьезной угрозой на самых ранних стадиях. Жизнь для такого человека — это беспрестанная борьба за сохранение себя психически живым; он чувствует, что должен добиться этого собственными усилиями, и постоянно находится перед угрозой распада. Переживание взросления и позитивная уверенность в собственных силах могут быть обеспечены лишь свободой активного самовыражения в хороших взаимоотношениях, в атмосфере взаимной любви. С хорошей матерью, которая пробуждает у младенца любящий отклик, эго младенца вырастает сильным, в ходе спонтанной «тренировки» этой активной отзывчивости, при счаст-

ливом принятии всего того хорошего, что дается, развивая естественную способность ответного отклика. Если использовать термин «любовь» как мерило качества хороших взаимоотношений, тогда можно сказать, что стабильное эго развивается лишь в атмосфере наполненных любовью взаимоотношений, и его самой важной чертой является способность к любви, вначале в ответ на любовь, а позднее и сама по себе. Но эго, которое лишено первичной безопасности, всегда находится в сомнении по поводу своей способности поддерживать свое бытие. Неудовлетворенное патологическое эго может поддерживать свое существование посредством ненависти, когда любовь невозможна. Однако такая мотивация является деструктивной, нацеленной либо на уничтожение плохих объектов, либо на уничтожение плохого элемента в хороших объектах. Она не обладает сама по себе никакой позитивной целью и не обеспечивает какого-либо переживания позитивной самости. Мы увидим позднее, как ненависть, совместно с порождаемой ею виной, становится для маниакально-депрессивной личности способом сохранения контакта эго с объектами, с тем, чтобы не допустить распада в шизоидное состояние; ибо в этом состоянии индивид всегда чувствует себя на грани безнадежного отчаяния, не обладая достаточно сильным эго для завязывания каких-либо реальных контактов, если только терапевт не поддержит пациента в его изоляции.

Страх распада эго и повторное переживание материнской депривации

При обзоре предыдущего материала становится ясно, что последним и самым глубоким элементом, которого следует достичь и открыть в ходе аналитической терапии будет инфантильное переживание пациентом неудачи,

отсутствия обладания или абсолютной утраты матери. Конечная проблема, на которую психотерапия должна найти ответ, — страх распада эго вследствие повторного переживания первоначальной материнской депривации. «Материнская депривация» — это не просто факт, а процесс. Она включает в себя, на одном конце шкалы, смерть или болезнь матери или неудачу грудного кормления без компенсаторного ухода за ребенком. Она варьирует от явно отвергающей матери, которая не хочет своего ребенка, от причиняющей мучения матери, которая то фрустрирует, то удовлетворяет потребности младенца, к матери, первичное материнское чувство которой уходит слишком скоро и которая отучает младенца от груди слишком травматическим образом. Здесь нас интересует не злая или чрезмерно авторитарная мать более позднего периода (т.е. возможно, от периода обучения ребенка чистоплотности и далее), которая воспринимается ребенком как агрессивная и становится источником садистического «суперэго», а депривирующая мать первого года жизни, которая не в состоянии дать младенцу тот эмоциональный раппорт, который будет поддерживать начало развития прочного эго. Именно этой проблеме придавали большое значение Винникотт и Боулби.

Насколько глубокой остается слабость эго вследствие очень ранней неудачи хороших взаимоотношений «мать—младенец» и сколько времени может потребоваться для выхода из этого состояния, выясняется только в ходе длительного анализа, после того, как были сняты специфические болезненные проявления. И действительно, анализ должен продвинуться очень глубоко, чтобы дать возможность пациенту чувствовать себя в целом в безопасности, преодолевая *страх распада в своем окружении, которое воспринимается как не оказывающее никакой поддержки.* Если анализ был начат в связи со специфическим заболеванием, эта болезнь может быть излечена в ходе анализа, бо̀льшая часть тревог па-

циента — снята, а его практическая жизнь восстановлена. Однако у него все еще остаются характерные черты, свидетельствующие о глубоко скрытой инфантильной травме, об отсутствии безопасности и о потребности в матери, которая не оправдала ожиданий младенца. Эта травма депривации, утрата хорошей матери на первом году жизни, порождает не смягчаемую потребность в «заместителях» матери и склонность к сепарационной тревоге и депрессивной подавленности, которые оказывают глубокое воздействие на жизнь взрослого.

Нижеследующий случай служит очень яркой иллюстрацией вышесказанному. Пациент, человек интеллектуального труда, средних лет, чье раннее детство в респектабельной семье было, по сути, лишено любви, потому что невротическая мать, от контакта с которой отец уклонялся, часто оставляла ребенка, бывая в обществе. Пациент всегда заметно зависел как от отца, так и от «заместителей» матери, которых символизировали как люди, так и наркотики. Он пришел на анализ в состоянии тяжелого распада, и его пришлось поместить в госпиталь, чтобы отучить от наркотиков. Его анализ продолжался во время его трехмесячного пребывания в госпитале и впоследствии, и пациент добился стабильного улучшения, что помогло ему адекватно справляться со своей работой. Важным фактором в его жизни и в его анализе был страх матери как на уровне сознания, так и в сновидениях. В последующие три года анализа этот страх постепенно ослабевал, так что стал совсем незаметен в его сознании, однако был очень ярко выражен в его сновидениях. Он достиг такого состояния, которое вызывало удивление у него и у его друзей. Работа шла хорошо, он стал отцом, проявляющим неподдельный интерес к своим детям, более заботливым и внимательным мужем, и кроме того, улучшил свое физическое самочувствие, занимаясь на отдыхе спортивными играми.

В этот период он стал больше включаться во внешнюю жизнь. Он уже ранее отказался от снотворного, однако не мог обходиться без антидепрессантов, а также не мог должным образом закончить свой анализ. Приятель-медик посоветовал ему принять свою зависимость от лекарств, как диабетик зависит от инсулина, и он собирался закончить анализ и вести себя таким образом. Но в действительности у него не было свободного выбора в этом вопросе. Существовала очень глубокая проблема, которая требовала решения, и, несмотря на прием антидепрессантов, у него начались острые вспышки тревоги и депрессии, хотя, в то же самое время, в течение последних трех лет и даже теперь он в целом был в порядке, был активным и эффективно функционирующим, никогда не чувствовал себя так хорошо и быстро проходил через эти приступы. Обычно одной сессии анализа или даже телефонного звонка было достаточно для их прояснения, но они все еще возвращались. Пришлось продолжить его анализ с частотой одна сессия в неделю для решения этой проблемы.

Его приступы, как тревоги, так и депрессии, явно следовали определенной схеме. Несмотря на огромное улучшение, в эмоциональном плане он чрезвычайно зависел от своей жены и от самых различных заместительниц матери. Его тревога и депрессия всегда возникали при какой-либо угрозе его безопасности вследствие фактической или символической утраты поддерживающей его заместительницы матери. Ранее он успешно противостоял враждебной, критически настроенной, кастрирующей матери своего более позднего детства. (В действительности он выслушивал реальные угрозы кастрации как от матери, так и со стороны крайне агрессивной тети.) Ему все еще приходилось иметь дело с травмой утраты хорошей, кормящей грудью матери в начальный период жизни и с серьезной инфантильной депрессией, которая возникла у него в связи с этим.

Содержание финальных стадий его анализа может быть оценено из нижеследующего краткого описания. В начале этого периода он сказал: «Я ощущаю намного бо́льшую уверенность в своей способности работать и наслаждаться жизнью, и мне теперь намного приятнее общаться с людьми». Однако в этот же самый месяц он испытал приступ паники после того, как выпил чашку чая в доме, где кто-то был болен раком. Он сломя голову прибежал домой и сказал жене: «Я выпил чаю в том доме и чувствую, что мне нужен желудочный зонд». Жена сказала: «Я приготовила кофе. Не хочешь ли его попробовать?» Он ответил: «Да, конечно», — и выпил две чашки, полагая, что это разбавит «плохой» чай. Он заметил: «Дома с матерью у меня было много пищевых причуд. Как только я уходил из дома, то легко мог есть то, от чего отказывался дома». Эта потребность в получении хорошей матери для нейтрализации внутренней плохой матери нашла простое отражение в трех сновидениях:

> «Я снова был в университете и собирался пойти домой к матери, однако не желал оставаться с нею наедине. Я умышленно затягивал время и не мог заставить себя пойти домой».

> «Я был счастлив, женившись, и крепко сжимал в объятиях свою жену и говорил ей, как я ее люблю».

Затем обе эти темы возникли одновременно в одном сновидении:

> «Я пришел домой, чтобы проведать мать и сестру, но они, как всегда, на меня ворчали. Я мог мириться с этим, потому что у меня появилась очень хорошая подружка, которая меня опекала».

Он фантазировал об идеальной матери, которая защищала его в его внутреннем мире. Эта фантазия позднее стала очень важной.

Его психическая ситуация в то время была обусловлена тем, что его плохой объект находился у него внутри, и он должен был обязательно обладать широким набором материнских хороших объектов во внешнем мире для отражения депрессии. Эти хорошие материнские объекты распадались на две группы: *помогающие женщины* (его жена, домашняя прислуга, благорасположенная к нему женщина-коллега) и *символические объекты* (пища, сладости, поливитамины и определенные антидепрессанты). Угрозы всем этим объектам каждый раз порождали сильную тревогу, а затем депрессию. Когда «хорошая» домашняя прислуга заболела, он был «повержен в абсолютное уныние». На одной сессии он вспомнил, как тетя, которую он очень любил, которая жила с их семьей и делала всю работу по дому, умерла, когда ему было пять лет. Он очень тяжело переживал ее утрату, будучи оставлен на попечение матери и сестры и новой помощницы по дому, которая была приятельницей матери и объединялась с ней против него и его отца. Когда мы все это обсудили, он заметил: «Я крайне удивлен, насколько лучше себя чувствую. Однажды я целый день пробыл в постели, когда отсутствовала помощница по дому». В связи с этим ему приснилось, что его жена была похищена и тайно увезена, и он был в ярости. Постепенно все стало указывать на раннюю тяжелую травматическую утрату матери. Его проблема стала все менее и менее связываться с боязнью враждебно настроенной женщины и все более и более — с утратой помогающей ему женщины. В течение некоторого времени он очень хорошо себя чувствовал и сказал, что «лучше переносит последние неприятности».

Теперь он начал думать о сокращении сессий до одного раза в две недели и сократил прием лекарств с шес-

ти до пяти с половиной таблеток в день. Через полчаса у него развилась сильная сенная лихорадка. Он принял не недостающую половину, а две дополнительные таблетки, и сенная лихорадка утихла. Ранее ему говорили, что вначале для отучения его от наркотиков антидепрессанты были необходимы для снятия маниакально-депрессивных проявлений. В конечном счете, стало совершенно ясно, что они имели место, когда он защищался против прорыва в сознание очень ранней инфантильной депрессии. Его первоначальное пристрастие к наркотикам и его зависимость от своей жены и оказывающих помощь женщин, а также от меня как аналитика (при каждом кризисе он мне звонил и при необходимости имел дополнительную сессию) — все они были формами «вынужденного пристрастия к хорошей матери» в качестве защиты от глубокой депрессии ранней депривации со стороны матери. Возникновение сенной лихорадки как симптома, при его попытке обойтись без половины таблетки, грозило упрочиться. Вскоре после этого возникла вероятность того, что его жене придется заночевать вне дома, чтобы навестить своего заболевшего родственника. Сенная лихорадка разразилась с новой силой, и пациент снова вернулся к поеданию сладостей, от чего он ранее отказался. Разлука с женой не произошла, и сенная лихорадка прекратилась, а затем вскоре возобновилась опять, когда работавшая с ним женщина-коллега уехала в отпуск. Телефонная сессия со мной положила лихорадке конец.

Затем однажды вечером у него разразился сильный насморк. Он принял четыре антигистаминные таблетки, которые ранее принимал от сенной лихорадки, что вдвое превышало обычную дозу, и только шесть часов спустя ослабил таким образом свою панику. Он попросил о сессии на следующий день, и я предположил, что его попытка обходиться без лекарства вызвала не только острую тревогу, но также чувство сильного голода и что

сенная лихорадка была подобна насморку — «слюнотечению» у него в носу, вместо рта, то есть чувству голода по дополнительным таблеткам, и, в конечном счете, по матери. Он ответил: «У меня была обильная слюна также и во рту. Я чувствовал ужасный голод и съедал по три тарелки хлопьев с молоком и сливками». После этой сессии симптом сенной лихорадки исчез.

К июню 1964 г. он все еще, однако, употреблял антидепрессанты и мультивитамины, и в последующие месяцы ему постоянно снилась мать. Эти сны были по большей части короткими: и в них он снова и снова говорил матери, что она была ответственна за его болезнь; он был завален работой, а мать с отцом, которые должны были бы ему помогать, покинули его в беде; старший коллега, который был для него поддерживающей отцовской фигурой и который недавно умер, снова был жив и находился с ним в госпитале, одетый как медицинская сестра; он был счастлив со своей подружкой, которую он затем потерял, однако обнаружил, что теперь вместе с ним была его жена; он снова встретил девушку, которую когда-то любил и с которой много лет тому назад расстался, а затем, к своему ужасу, обнаружил свою мать с (кастрирующей) тетей стоящими за стойкой бара, и он закрыл свое лицо и вышел оттуда с девушкой; затем он был на отдыхе со своей матерью и ссорился с ней, так как она его плохо кормила. В этот период он рассказывал, что испытывал сильную тревогу, только если жена уходила из дома вечером, в противном же случае чувствовал улучшение и чувствовал себя в целом лучше, чем когда-нибудь за последние три года жизни. В действительности он был несколько маниакальным, «на каждый день брал много работы» и понимал, что склонен с головой во что-то погружаться, а затем чувствует «опустошенность» и что дела идут у него лучше, когда он в работе неторопливо продвигается вперед. Под этим скрывалась тревога, так как он говорил: «Мое выздоровление длится уже три года

и это слишком хорошо, чтобы быть правдой. Как долго сможет это продолжаться?»

К январю 1965 г. он вновь попытался обойтись без поддерживающих средств: лекарства, мультивитаминов, отдыха и анализа. Ранее он был не в состоянии обходиться сессиями с частотой раз в две недели, теперь же он снова сказал: «Мне кажется, я смогу сократить количество сессий до одной в две недели, обрету уверенность и смогу отказаться от приема лекарств и мультивитаминов». Он хотел убедиться, сможет ли он выносить «депривацию». Ранее наиболее частой темой его сновидений было восстановление контакта с хорошей персоной, с которой он когда-то находился в контакте, а затем его утратил. Теперь, с исчезновением сенной лихорадки, он полагал, что сможет обходиться без средств успокоения, однако у него снова ничего не вышло. Он сократил анализ до одной сессии в две недели, затем однажды уменьшил прием на одну таблетку со своей ежедневной нормы в двенадцать таблеток мультивитаминов, но почувствовал себя плохо и поспешил принять не одну недостающую, а дополнительно двенадцать таблеток. Это было свидетельством реальной паники. Для собственного успокоения ему приснилось:

> «Я положил четыре лишние таблетки себе в рот и покрутил их языком. Они были сладкими на вкус, подобно леденцам. Нужно ли их выплевывать? Я их проглотил».

Теперь его глубоко укоренившаяся боязнь утратить оказывающее поддержку лицо была готова прорваться в сознание, и это произошло в начале марта, когда он увидел меня в телевизионной программе. К его удивлению, однако, это вызвало у него «странное чувство». «В первый раз я увидел, как вы обсуждаете нечто, что не

было связано со мной. Как если бы вы не имели со мной ничего общего. Это вызвало у меня чувство утраты реальности, как если бы меня здесь не было». Его иллюзия об исключительном обладании мной неожиданно была поколеблена, однако его потребность в этой фантазии, используемой против тревоги сепарации, объяснялась тем, что он сказал в начале своего анализа: «Ребенком я всегда боялся остаться в одиночестве. Мать постоянно мне твердила: "Не представляю, что ты будешь делать без меня. Однажды я уйду и никогда более не вернусь"». Это укоренилось в нем очень глубоко, тем более что часто, когда он возвращался домой из школы, он находил дверь в квартиру запертой, и ему приходилось ждать, когда мать вернется домой. Но не в этом был исток его интенсивного страха утраты всемогущей фигуры, от которой он зависит. То состояние, к которому он редуцировал вследствие этого страха, было ярко выражено в апрельском сновидении, которое говорило о его теперешних чувствах:

> «Маленький котенок родил котят, которые были совсем крошечными, слабыми и беспомощными».

В этот день он хотел принять дополнительное количество таблеток, рационально объясняя это желание чувством голода и тем, что он съел три порции пудинга. (Ср. анализ сенной лихорадки.) Он заметил: «Я впервые связал лекарство с голодом. Мать недостаточно кормила меня грудью». Я высказал предположение, что за его симптомами скрывается тяжелая травма отучения от груди и что отказ от антидепрессантов подвергает его повторному переживанию депрессии в связи с отнятием от груди.

После этого в течение трех недель он ощущал першение в горле, и у него было сновидение, которое пробудило в нем сильное желание принимать лекарства и чувс-

тво, что без этого он попадет в госпиталь и никогда не выйдет оттуда.

> «Я стал хроническим пациентом в том госпитале, где я находился (где он ощущал поддержку). Но там было грязно и непривлекательно, и пища была тяжелой и отвратительной».

Я предположил, что данное сновидение описывает его депрессию после отнятия от груди, когда он был «заточен» вместе с матерью, которая была к нему несправедлива, в грязный мир с тяжелой пищей. Антидепрессант препятствовал возвращению в сознание этой инфантильной депрессии. Затем он вспомнил, что в том сновидении была врач, которая приняла решение о его долговременном пребывании в госпитале и которая носила девическое имя матери. В мае он внезапно рассказал два сновидения, повествующих о том, как ранняя травматическая утрата кормящей грудью матери оставила его сексуально чрезмерно возбужденным и привела к инфантильной мастурбации. Ему приснилось, что у него была ночная эмиссия, он заметил по этому поводу: «Я гордился, что мог вызывать эрекцию еще до того, как пошел в школу. Начиная с тринадцатилетнего возраста, у меня было три или четыре ночных эмиссии в неделю, и это напугало меня». Затем второе сновидение:

> «Я мастурбировал и подумал, что семя выглядит как молоко.
>
> «Я проснулся, желая узнать, не заменил ли я мастурбацию грудным кормлением».

К июню его беременная жена должна была родить, и он начал сильно тревожиться в связи с ее предстоящим пребыванием в госпитале. Его мучило постоянное чувство, что она была ему неверна, и я смог указать ему на

то, что таково было в действительности его чувство по отношению к собственной матери, реактивированное и перенесенное на жену вследствие растущей у него сепарационной тревоги в связи с близким рождением ребенка. Я далее высказал ему свое предположение, что его, вероятно, столь сильно расстроило в детстве не само отучение от груди, а то, что он почувствовал радикальное изменение в отношении к нему матери. Ее первичное материнское чувство к нему, вероятно, быстро увяло, и это привело к тому, что она отняла его от груди травматическим образом. Он сказал: «Я точно помню, что, когда я болел в детстве, в первые два или три дня мать хорошо обо мне заботилась, а затем она внезапно меняла свое отношение, и если я в чем-либо нуждался, она говорила: "Ну, подожди! Я занята"». На следующий день он проснулся, горько рыдая, и не мог остановиться. Его жена позвонила мне, и я говорил с ним, однако лишь спустя два часа его рыдания стихли. Затем он заметил, что напевает про себя песенку, которую знал много лет тому назад, о парочке, которая любила друг друга в прежней жизни. Он сказал своей жене: «В идеале, мне следовало бы жениться на девушке, которую я знал с младенчества», т.е. на своей матери.

Наконец его длительное время вытесняемая инфантильная депрессия возвратилась в сознание, проявившись в характерном состоянии его изолированного «эго младенчества», которое и было всю жизнь причиной его заметно выраженной зависимости, слабости, неспособности противостоять ударам судьбы в одиночку, панике при любой угрозе утраты поддерживающей фигуры и постоянного пристрастия к пище, сладостям и лекарствам. Он вовремя выявил эту травму и смог хорошо справляться с возникшей ситуацией. Страх распада эго и повторное переживание инфантильной материнской депривации были здесь связаны не только с маниакально-депрессивными наклонностями, но в первую очередь

с тяжелым регрессивным заболеванием, определяющим радикальный уход от реальной жизни и человеческих контактов; реальная шизоидная «слабость» объектных связей поверхностно перекрывалась его интенсивной потребностью иметь кого-то, на кого он мог бы положиться. Мы позднее рассмотрим дополнительные клинические данные, свидетельствующие об этой базисной проблеме крайней слабости эго, обусловленной тяжелой и ранней неудачей объектных связей, необходимых для подпитки роста инфантильного эго.

Однако анализ данного пациента продолжался в направлении развития спокойного, последовательного аналитического обнаружения и реинтеграции его регрессировавшего инфантильного эго. Возникающий в ходе дальнейшего лечения паттерн был следующим: появлялось какое-либо незначительное расстройство, которое порождало ощутимую тревогу, в ответ на нее у него возникали бессознательные реакции во сне, о которых он затем рассказывал мне. Он пришел к пониманию того, что регрессировавшая секретная сердцевина его личности могла проявлять себя двояким образом. Во-первых, (I) она прорывалась подобно неконтролируемому извержению, которое подрывало его взрослую личность, и влекла его к болезни, которая привела его ко мне, а до этого вынудила лечь в госпиталь. Эта стадия давно уже была преодолена, и его взрослая самость становилась все более сильной. Теперь (II) она повторно возникала в ходе постепенного внутреннего самопознания, протекая сравнительно тихо в течение длительной аналитической психотерапии, без какой-либо серьезной угрозы для его взрослой жизни. В этом процессе он приводил эту утраченную сердцевину своей самости во все более полную связь со мной и вновь объединился со своей сознательной самостью. Это была финальная стадия его лечения, которая протекала спокойно и надежно до тех пор, пока он, наконец, не увидел, что более не реагирует с повы-

шенной тревожностью на незначительные угрозы его безопасности, и перестал быть чрезмерно зависим от материнских заместителей.

Три нижеследующих сновидения были типичны для этой последней фазы анализа:

> «Я ступил на борт корабля *Королева Мария*. Корабль очень сильно качало. Мать была там с несколькими крошечными детьми, и все они роняли на палубу вещи».

Это было просто выражением нестабильности жизни при ненадежной матери.

> «Я стоял на палубе небольшого моторного судна, которое сильно качало, так что я спустился в каюту. Там было тепло, уютно и безопасно. В каюте я не ощущал никакой качки».

Здесь мы видим утверждение о бегстве от пугающей нестабильности ненадежной матери, о регрессии к матке, фактическому уходу вглубь, в собственное бессознательное, где его сердцевина оставалась вне соприкосновения с жизнью.

> «Я был в отеле и почувствовал себя в постели в полной безопасности. Никто не знал, где я, и никто не мог меня потревожить. Затем в дверь постучали. Я открыл дверь, и за ней стояли несколько клиентов моего коллеги, которые искали моей помощи. Я им помог, и они ушли».

Здесь он обнаружил глубоко внутри себя, что теперь чувствует себя достаточно сильным, чтобы противостоять воздействию взрослой жизни внешнего мира и не быть снедаемым тревогой. В действительности, он уже и

раньше намеревался попросить своего коллегу дать ему работу, однако испытывал колебания, потому что коллега никогда не обращался к нему с подобным предложением, как ему бы хотелось. В сновидении он осуществил это свое желание и понял, что может выдерживать взаимоотношения на равных.

ЧАСТЬ II

ПЕРЕОРИЕНТАЦИЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ

IV. ЧЕТЫРЕ ФАЗЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ[7]

На шестом международном конгрессе по психотерапии в 1964 г. Фоулкс высказал следующее утверждение:

> «Психоанализ — это биологическая теория, которая крайне неохотно была вынуждена стать социальной теорией под давлением психотерапии. Психоанализ не является групповой терапией».

Это высказывание поднимает жизненно важные проблемы для обдумывания. Психотерапия социальна в том смысле, что она рассматривает связи индивида с другими людьми, и поэтому она в равной степени является как индивидуальной, так и групповой терапией. Верно ли второе предложение? Оно означает, что психоанализ перестает быть психоанализом, если он изменяет своей первоначальной биологической ориентации, для того чтобы справиться с возникающими в ходе психотерапии проблемами. Это вряд ли здравая позиция. Психоаналитическая теория возникла в ходе усилий, предпринятых Фрейдом как практикующим врачом, чтобы найти пути излечения психоневрозов. Его первая попытка была чисто неврологической и была им оставлена, потому что не могла помочь в решении тех психологических проблем, с которыми он сталкивался. Его вторая попытка была психобиологической и дала бóльший простор для психологического подхода. Но психоанализ не мог оставаться на этом этапе своего развития, с течением времени Фрейд

---

[7] Эта глава является переработкой первой половины статьи, появившейся в *Brit. J. med. Psychol.*, 36 (1963), p. 161, под заголовком «Психодинамическая теория и проблема психотерапии».

сам нашел психобиологическую теорию неадекватной и перешел к рассмотрению чисто психологических проблем теории эго.

Теории, не имеющие какого-либо практического применения, могут представлять лишь чисто академический интерес. Наша реальная забота состоит в «излечении» психического «заболевания» и охране психического здоровья, которая стала, хотя это далеко еще не понято многими людьми, *главной* из стоящих перед человечеством задач. Мы не занимаемся психотерапией для демонстрации психоаналитической теории. В действительности психоаналитическая теория постоянно находится в процессе изменения, для того чтобы отвечать потребностям терапии. Мы должны поэтому проследить развитие психодинамической теории, чтобы увидеть, как оно связано с пока только частично решенными проблемами психотерапии. Эти проблемы вызывали у меня особый интерес начиная примерно с 1950 г., когда моя клиническая деятельность оказалась связана с лечением группы шизоидных пациентов, что требовало особенно пристального изучения. Плоды этой работы начали вызревать примерно к 1960 г., и в своей клинической деятельности я находил теоретические положения Фэйрберна поистине бесценными. Две концепции, *эго* и *шизоидного процесса*, стали определять ход исследования. Они сразу же стали расходиться с психодинамической теорией, основанной на совершенно иных концепциях — *влечений* и *депрессии* — в классической фрейдовской теории. Тем не менее, тот факт, что в 1920-х гг. Фрейд сам переключил свой интерес от влечений к анализу эго, показывает, что это не две противостоящие точки зрения, а процесс развития психодинамической теории в течение пятидесяти лет. Фрейд сам дал первоначальный толчок этому развитию, и оно логически вытекало из его предшествовавшей работы.

Мы вполне можем сделать здесь паузу и поразмышлять о природе и месте теории в нашей работе. Мы все

согласны с тем, что не даем пациентам интерпретаций на языке теории, мы также не пытаемся загнать пациента в прокрустово ложе теоретических схем. Если бы мы поступали подобным образом, то ничему бы не научились в нашей клинической работе, хотя такие ошибки, вероятно, в действительности случаются. Мы должны использовать наши теоретические концепции так, чтобы они направляли наше мышление в процессе понимания пациента, и, очевидно, нелегко позволить происходящему с пациентом изменять концепции, к которым мы привыкли и которые вызывают обоснованную заинтересованность. Тем не менее, Винникотт (1963) писал:

> «В некотором смысле аналитику труднее быть оригинальным, чем кому бы то ни было еще, потому что все то, что мы говорим сегодня, было "преподано" нам вчера (т.е. нашими пациентами)».

Человеческие проблемы все еще настолько далеки от решения, что мы не можем себе позволить остановиться в теории, и, как отмечает Винникотт, наши пациенты действительно учат нас, и наши концепции постоянно претерпевают медленные изменения под давлением психотерапевтической практики. *Концепции* наиболее полезны на той стадии, на которой они формируются. Они представляют интеллектуальные попытки прояснить и сформулировать новое понимание, которое появляется при осмыслении обильного клинического материала. Некоторое время они выступают в качестве указателей, стимулирующих движение в правильном направлении: однако концепции склонны устаревать, иногда в связи с новой, более точной терминологией, иногда в связи с изменением содержания ранее употреблявшегося термина. К тому времени, когда накапливаются новые данные, принятые прежде концепции прочно укоренились, так что теперь необходимо выйти за их рамки, или же

они становятся стереотипными, чересчур жесткими и препятствуют свежему мышлению. Это и произошло с концепциями Фрейда. Мы должны выйти за пределы прежнего представления о сущности депрессии. А такие термины, как «влечение», «либидо», «агрессия» (как врожденное влечение), «ид», «суперэго», «защитные механизмы», «эдипов комплекс» — отмечают стадии в развитии психодинамической теории, но некоторые из них определенно стали чересчур ригидными. Особенно понятие «эго» постоянно обогащается и изменяется, чтобы открыть дорогу к более глубоким уровням психического переживания, для описания которых требуется новое понимание и новые концепции. В работе с новым материалом использование исключительно старого концептуального инструментария препятствует более глубокому пониманию.

Сейчас мы должны сосредоточить более пристальное внимание скорее на проблемах развития эго в первый год жизни, нежели на эдипальных проблемах более позднего детства, хотя они тоже являются реальными проблемами. Попытка Кляйн перенести эдипальные проблемы семейного треугольника (соответствующие в классической теории возрасту от трех до четырех лет) на первый год жизни, определяемый проблемами двухсторонних взаимоотношений, не была в целом принята, однако послужила красноречивым доказательством того, что в базисных теоретических представлениях назревают изменения. Процесс изменений начался с тех пор, как Фрейд обратился к анализу эго в 1920-х, однако из всех аналитиков, которые содействовали этим изменениям, до настоящего времени лишь один Фэйрберн предпринимал систематические попытки фундаментальной переориентации теории, что происходит в настоящее время. И, несомненно, он был бы категорически против того, чтобы его вклад в теорию в свою очередь стал стереотипной схемой, блокирующей путь к дальнейшему знанию. Тем

не менее, он сформулировал определенные базисные концепции, которые представляются столь же необходимыми для упорядочивания наших знаний на данной стадии развития, как и эдипальные концепции Фрейда и его структурные термины на более ранней стадии. Работа Фэйрберна — это не просто изменения в терминологии, как и работа Фрейда.

Я не выступаю в защиту какой-либо концептуальной терминологии как окончательной. Термины — лишь полезные инструменты, которые должны быть отброшены при появлении других, более подходящих терминов, дающих представление о том, что нам известно на сегодняшний день. Несомненно, что в последующие пятьдесят лет произойдет их полная ревизия. Термин «либидинальный» хотя и является полезным, далеко не так хорош для описания фундаментального жизненного стремления человека стать «личностью». Его исторические и лингвистические ассоциации слишком узки, чтобы адекватно отражать ту новую позицию, на которой мы сегодня находимся. А если подвергнется пересмотру термин «либидинальный», понадобится пересмотр и всех остальных терминов Фэйрберна. Но пока кто-либо не предложил более подходящий термин, чем «либидинальный», я нахожу, что терминология Фэйрберна ближе к реалиям клинической работы, чем любая другая известная мне теория, и она слишком ценна, чтобы ее не использовать. Балинт (1952) пишет:

> «Сколь много бессознательного удовлетворения скрывается за использованием привычных способов мышления... лучше всего видно по тому, часто совершенно иррациональному, сопротивлению, которое возникает почти у каждого аналитика при предложении, что ему следовало бы научиться использовать или хотя бы лишь понимать новую сис-

тему координат, значительно отличающуюся от его собственной» (р. 232).

Я далее постараюсь определить место работы Фэйрберна в развитии психодинамической теории, чтобы показать, что было для меня бесценным в моем собственном исследовании шизоидных проблем, и представить ее потенциал для развития новых знаний. Но в то же самое время данная книга посвящена главным образом рассмотрению клинических, а не теоретических вопросов, и мы должны пытаться следовать за клиническими данными. В настоящее время я считаю, что сама теория Фэйрберна нуждается в расширении и пересмотре, в особенности концепции «эго», из-за влияния таких трудов, как проведенное Винникоттом исследование связи «мать—младенец», и начал развития эго (ср. главы восьмую и девятую). Именно здесь мы можем наиболее продвинуться в наших знаниях. На международном конгрессе по психоанализу в Эдинбурге в 1961 г. один из участников возражал против призывов Винникотта использовать «новые термины, такие как "столкновение" и т.д.», Однако прогресс остановится, если мы будем упорствовать, втискивая новое содержание в старую, уже чересчур узкую форму.

Мой собственный интерес в этом деле возрос, когда где-то в 1950-м три пациента, каждый по-своему, представили одну и ту же проблему. Первым был неженатый инженер средних лет, имеющий собственное дело, хорошо образованный, который сам желал пройти анализ из-за приступов отягченной виной депрессии. Ранее он прошел примерно шесть лет ортодоксального анализа, чье содержание знакомо каждому аналитику. Он подробно рассказывал о своей ранней жизни в семье, где не было любви, о своей покорности эгоистической матери и страхе и ненависти к буйному отцу, о сиблинговых обидах и подростковом восстании. Он приносил эдипаль-

ные и кастрационные сновидения, продуцировал мазохистские фантазии, генитальные, анальные и оральные реакции, пропитанные чувствами вины и наказания. На его материале мог бы быть написан классический психоаналитический учебник. На всем протяжении анализа он оставался добросовестной, трудолюбивой обсессивной личностью, все эмоции которой находились под большим внутренним контролем. Тип его личности не изменился, однако произошло значительное улучшение по сравнению с первоначальной подавляющей его депрессией. Его эго-защиты, можно сказать, были смягчены, и он почувствовал себя намного свободнее в плане работы. Он обобщил свое положение следующими словами: «Сейчас мне намного лучше, я прояснил все внешние проявления моего невроза, но теперь у меня такое чувство, будто я стою перед стеной без дверей и окон и слишком высокой, чтобы видеть поверх нее. Я иду и иду вдоль нее по кругу и не имею ни малейшего представления, что находится внутри. Я вижу, что что-то блокирует дальнейший анализ, и я не знаю, что это. Мне трудно позволить чему-то во мне в большей мере выйти наружу. Я должен поддерживать хорошую форму, чтобы вести свой бизнес». *Поврежденная и спрятавшаяся часть его внутренней самости тщательно охранялась и на ее территорию не дозволено было вступать ни мне, ни даже его собственной сознательной самости.* Однажды ему приснилось, что он спускается в подземный переход и подходит к закрытой двери с надписью «спрятанное сокровище».

У второй пациентки, пожилой, очень больной женщины с низкой профессиональной квалификацией, которой врачи сказали, что она больше никогда не сможет работать, была сходная подоплека и обычный эдипальный анализ, во время которого она вернулась на работу, более не страдала от какого-либо упадка сил и смогла работать, пока не заработала полной пенсии. Затем она, по-види-

мому, застряла в дальнейшем продвижении и, подобно первому пациенту, удерживала достигнутые успехи, но далее не прогрессировала. В это время ей приснилось, что она идет вдоль дороги и подходит к громадной стене. Не было пути вперед, и она не знала, что находится по ту сторону стены. Ее комментарий: «Я должна продолжать свой путь, если вы сможете выдержать работу со мной». Она ясно понимала, что если она пойдет дальше, то для нас обоих начнется трудное время. Здесь снова было *бессознательное знание о недоступной, отрезанной части внутренней личной жизни, внутрь которой пациентка, по-видимому, чувствовала себя неспособной проникнуть и боялась такого проникновения*, но которая должна была быть раскрыта для достижения радикального терапевтического результата.

Третий пациент, медицинский работник средних лет жизни, представил ту же проблему несколько иным образом. Это был случай, который я описал первым в своей работе 1961 г. по «Шизоидная проблема и регрессия» (ср. вторую главу, р. 49). Его симптом — приводящая его в замешательство активная поглощенность женской грудью — угас в ходе анализа, однако тут же сменился яркими фантазиями об уходе от активной жизни в неприступную крепость, изолированную от внешнего мира. Подобно другим пациентам, он вел активную профессиональную жизнь. Данные фантазии тогда, по всей видимости, указывали на *радикальный уход от внешнего мира особой части его личности, пассивно существующей внутри данной крепости, подобно «неприступной стене» других пациентов*. Все эти пациенты были шизоидными, отчужденными, закрытыми, испытывали огромные затруднения в своих взаимоотношениях с другими людьми и чувствовали себя одинокими.

В это время я пытался написать статью о «шизоидной цитадели», но не мог придти к какому-либо удовлетворительному заключению. Поэтому в качестве исходного

пункта для изучения я провел клиническое исследование теории шизоидных реакций Фэйрберна (1952, ср. первую главу, с. 16 и сл.) в свете материала, собранного у моих собственных пациентов; во-вторых, продолжил сбор свежих клинических данных по шизоидным проблемам и, в-третьих, сделал обзор развития психодинамической теории от Фрейда через «культурный паттерн» американских исследователей к Мелани Кляйн и Фэйрберну, чтобы посмотреть, какие наметки делались для решения этой проблемы. Результат такого исторического исследования был представлен в моей книге «*Структура личности и человеческое взаимодействие*» (1961). Что касается клинической части данной книги, то я всем обязан группе шизоидных пациентов, чье разнообразие было поразительным: биолог, коммунист, госпитальная сестра, университетский лектор, бабушка на шестом десятке лет, молодая погранично-шизофреническая жена, социальный работник, у которого в прошлом имел место параноидальный шизофренический приступ, мать средних лет – преподавательница языка, в высшей степени успешный, однако крайне несчастный бизнесмен, и т.п. Их лечение, как мне казалось, шло в конечном счете вне классических психоаналитических феноменов, сексуальных конфликтов, агрессии, любви и ненависти, вины и депрессии. И дело было не в том, что эти классические феномены не наблюдались. Все пациенты начинали с продуцирования материала подобного рода, мимо которого нельзя было просто так пройти. Его анализ преобладал в первые годы работы, хотя, оглядываясь назад, я могу видеть, что временами проглядывали и более глубокие проблемы, которые, в конечном счете, вышли на авансцену. Что касается того, что появлялось позднее за эдиповым материалом, я не находил большой помощи, помимо интерпретации деталей, в литературе по шизоидным проблемам. У этого материала, по-видимому, отсутствовала внутренняя

связь с психоаналитической теорией эдипальных и депрессивных проблем. Лишь к 1960 г. накопленные мной впечатления начали складываться в некоторый ясно выраженный паттерн.

Одна *сильно выраженная тенденция* дала мне необходимую отправную точку для обдумывания. В 1949 г. Балинт призвал к *переходу от физиологического и биологического подхода к сфере объектных отношений в теории* (1952). Это действительно было магистральным направлением. Оно было заметно в работе таких американцев, как Хорни, Фромм и Салливан, хотя в большей степени с точки зрения социального развития и с точки зрения «влияния культурных факторов», чем с точки зрения «анализа глубинных взаимоотношений». Уже в 1942—44 гг. проведенная Фэйрберном фундаментальная ревизия психоаналитической теории следовала в точности по тому пути, к которому впоследствии призывал Балинт, т. е. шла по пути эндопсихического исследования, а не рассмотрения проблемы с точки зрения культурных паттернов (*Фэйрберн*, 1952). Повсюду наблюдалось движение в общем направлении. Теория двигалась (I) от концентрации на частях к вниманию к психическому целому, (II) от биологического к подлинно психологическому, (III) от исследования превратностей развития влечений к развитию эго, (IV) от удовлетворения влечений к сохранению эго, и (V) от депрессивного уровня совладания с влечениями к более глубокому шизоидному уровню, где закладываются или не закладываются основы *всей* личности. Повсюду концепции *эго* и *шизоидного процесса* становились доминирующими.

Классическая психоаналитическая теория является морализирующей психологией борьбы за контроль над врожденными антисоциальными импульсами, разрозненными инстинктивными сексуальными и агрессивными влечениями с помощью чувства вины. Такое совладание, когда оно порождает радикальное вытеснение вместо «сублимации», приводит к ментальному парали-

чу интернализованной агрессии, самонаказанию и депрессии. Однако когда Фрейд обратился к анализу эго, он положил начало тем направлениям исследования, которым суждено было привести к развитию совсем иной позиции. Исследование пошло в более глубокие области, чем обсессивные проблемы и суперэго. Истерические диссоциации стали приобретать новую значимость как расщепления эго. Высветились шизоидные проблемы не как проблемы удовлетворения влечений или контроля над ними, а как проблемы расщепления эго и борьбы за восстановление и сохранение целостного адекватного эго, или самости, с которым можно будет противостоять жизни. Термин «эго» стал означать нечто большее, чем просто сознательное эго. Это новая теория могла многое поведать о проблемах моих пациентов, которые бессознательно охраняли свою секретную шизоидную «крепость», где некая жизненная часть их самости была погребена и утрачена для рассмотрения и использования. Психология, исследующая влечения, мало что могла сказать на этот счет.

Здесь я должен согласиться с Фэйрберном, что термин «психобиологический» является «гибридом», который смешивает две различные дисциплины. Он похож на более ранний гибрид — «физиологическая психология», выдвинутый в книге МакДугалл (1905). В ней описывалась одна лишь физиология, а вовсе не психология. Мы изучаем одно целое человеческого бытия, разделив его на различные области абстракции для научных целей. Биология — это один уровень, психология — другой. Каждый из них имеет дело с явлениями органическими или психологическими, которые не могут регулироваться на другом уровне, но все они являются функциями одного и того же целого, или полной самости. Когда дело касается терапии, знания всех дисциплин должны приниматься во внимание. Мы не считаем, что имеем дело с двумя различными сущностями, одна из которых называется

телом, а другая — психикой. Язык «ид и эго» подразумевает дуалистическую философию. Но мы также не можем изучать столь сложное целое, как блюдо из тушеной баранины с луком и картофелем, где все перемешано в одном котле. Мы должны выделять его аспекты и строго придерживаться того, что выбрано для исследования.

Психодинамическое исследование имеет дело с тем, что мы называем мотивированной и осмысленной жизнью растущей «личности», развитием ее объектных связей с другими людьми и затруднениями в этой сфере. Динамическая психология «личности» — это не теория влечения, а теория развития эго, в которой влечения не являются отдельными сущностями *сами по себе*, но являются функциями эго. Эго способно испытывать влечения. Психоаналитическая теория двигается в этом направлении. Теория влечений *как таковая* становится все более бесполезной в клинической работе, а теория эго — все более и более уместной. Интерпретации его состояния в биологических терминах заставят пациента лишь ощущать свою беспомощность и отвечать: «Ну и что из этого? Таким я рожден». Вне сферы психодинамики, по моему мнению, *решающий удар* теории влечений в исследовании людей нанес философ Джон Макмюррей в своих гиффордовских лекциях, том 2, о «Людях в процессе отношений». Наиболее важной темой исследования взаимоотношений является исследование самых ранних стадий развития эго, представленное в работе Мелани Кляйн и ее группы, Фэйрберна, Винникотта, Боулби, Биона и исследователей психодинамических движущих сил шизофрении. Конечно же, здесь присутствуют все классические эдипальные, социальные, сексуальные и агрессивные конфликты, но они раскрываются как аспекты внутренней, садомазохистской, истощающей самость борьбы за сохранение психических защит от коллапса эго.

Таким образом, я пришел к мысли о том, что первая огромная задача, с которой столкнулся Фрейд в своем пионерском исследовании, была связана с анализом морального и псевдоморального конфликта (т.е. подлинно морального и патологически морального). До этого данная задача охватывала все традиционное описание природы и проблем человека: и блокировала путь к более глубокому пониманию. Фрейд проанализировал ее столь исчерпывающе, что открыл путь к скрытому, примитивному доморальному уровню опыта, в котором закладываются или не закладываются основы стабильности эго. Результатом работы Фрейда стала замена далеких от реальности традиционных представлений о детях более глубоким знанием самых ранних инфантильных страхов и эго-слабости. Фрейд в действительности вначале отталкивался от традиционной и популярной психологии Платона и святого Павла (ср. пятую главу, с. 193—194). «Возничий разума» Платона и «закон души» святого Павла превратились в «контролирующее эго» с его «научным разумом». Как «разум» у Платона сделался союзником «льва» (агрессии), направляя его против животной части (инстинктов) ради контроля, так и Фрейд представлял себе совместную деятельность эго с садистическим суперэго ради того, чтобы направить агрессию внутрь против ид, и показал, как патологическая вина порождает депрессию.

Фрейд использовал опирающуюся на традиционную мораль психологию контроля над побуждениями, но использовал ее совершенно новым способом, чтобы она направляла оригинальный клинический анализ психических процессов, вовлеченных в переживание человеком морального и псевдоморального конфликта. Это стало завершенным научным исследованием садомазохистской борьбы человека за окультуривание непокорной сферы влечений, которую он обнаруживает внутри себя. Нет никаких указаний, что проведенный Фрейдом базисный анализ морального конфликта *сам по себе* потребует

значительного пересмотра. Однако Фрейд не ответил и даже не задавал себе решающе важный вопрос: будучи, несомненно, социальным существом по своей природе, почему человек так часто испытывает антисоциальные побуждения, как они возникают? Фрейд, подобно всем своим предшественникам, просто считал их врожденными, предполагая, что в природе человека существует неразрешимое противоречие добра и зла. Таково традиционное представление о человеке в нашей собственной и других культурах.

Однако фрейдовский анализ морального конфликта невольно обнаружил тот факт, что это не исчерпывает психический опыт людей и даже не является самой глубокой проблемой. В действительности убеждение взрослого человека, что все его затруднения проистекают вследствие существования у него могущественных, почти что варварских, влечений животной природы, оказывается нашей рационализацией и величайшим самообманом. Мы предпочитаем повышать значимость нашего эго, веря в то, что даже если мы являемся «плохими», мы, во всяком случае, сильны в том, что обладаем «могучими влечениями». Люди сопротивляются осознанию истины о том, что мы переводим наши влечения в антисоциальное русло в ходе борьбы, направленной на подавление слабого, наполненного страхом инфантильного эго, из которого мы никогда целиком не вырастаем. Так, Фэйрберн считал «инфантильную зависимость», а не «эдипов комплекс», коренной причиной невроза. Эдипов комплекс является проблемой «могущественных побуждений», а инфантильная зависимость является проблемой «слабости эго». Депрессия — проблема нашей «плохости». Шизоидная проблема открывает психологию нашей фундаментальной слабости. Я не сомневаюсь, что существует сильное сопротивление осознанию этого, ибо люди скорее предпочтут воспринимать себя плохими, нежели слабыми. Это можно увидеть по отношению к людям с

обсессиями и невротикам. Люди с обсессиями вызывают большее уважение, чем истерики. Окружающим кажется, что страдающие от обсессий пытаются совладать с плохими побуждениями, в то время как истерики только пытаются найти кого-либо, к кому готовы примкнуть из-за своей слабости. Тот, кто профессионально связан с этими проблемами, может иногда сказать: «Знаете ли, мне кажется, что я чуточку обсессивен», — но вы никогда не услышите от них: «Я несколько истеричен». Но как раз истерия подводит нас ближе к этой фундаментальной проблеме. Этот сдвиг центра тяжести в психодинамической теории приведет нас к радикальной переоценке всех философских, моральных, просветительных и религиозных взглядов на человеческую природу.

Психоаналитическая практика, по-видимому, идет впереди психоаналитической теории в этом вопросе. В следующей главе мы увидим, как в анализе депрессии мы начинаем понимать, что это состояние является более сложным, чем казалось прежде. Классическая депрессия ранее объяснялась амбивалентными объектными отношениями и виной по поводу сексуальных и агрессивных влечений. Однако представляется, что есть и другой аспект депрессии, который лучше описать как регрессию и который требует объяснения скорее с помощью понятий расщепления эго, задержанного развития эго, слабости, отсутствия самореализации и апатии. Мы увидим, что Зетцель полагает, что важным новым понятием в современном взгляде на депрессию является понятие «эго». Однако бессмысленно пытаться работать в русле эго-психологии, используя представления теории влечений. Проблемы эго-психологии — это проблемы слабости эго, отсутствия единства, деперсонализации, чувства нереальности, отсутствия должного чувства собственной идентичности, ужаса, испытываемого некоторыми пациентами от своей «отчужденности» и «закрытости», так что им кажется, что они никогда более не

смогут войти в контакт с другими людьми. С этими феноменами может иметь дело лишь теория, опирающаяся на анализ шизоидных процессов ухода во внутренний мир под воздействием первичных страхов. Здесь следует искать результаты нарушенных начал развития эго.

До сих пор один лишь Фэйрберн пытался *систематически* переориентировать теорию с депрессивной основы к шизоидной. Тем не менее, все движение психоанализа нынче идет в данном направлении. Обобщая основные моменты своей теории, Фэйрберн утверждает, что внутренняя ситуация, описанная в терминах объектного расщепления и эго-расщепления,

> «представляет базисную шизоидную позицию, которая более фундаментальна, чем депрессивная позиция, описанная Мелани Кляйн... Теория личности, понимаемая на языке объектных отношений, расходится с теорией личности, понимаемой на языке влечений и превратностей их развития» (1963).

Структурные термины Фрейда — ид, суперэго, эго — используются при описании классической депрессии и морального конфликта. Структурные термины Фэйрберна — либидинальное эго, антилибидинальное эго, центральное эго — используются при описании шизоидного процесса утраты первичного единства самости.

По моему мнению, существовали четыре стадии в развитии психоаналитической теории. (I) *Первоначальная теория влечений Фрейда*, которая дала возможность проведения глубокого анализа морального и псевдоморального конфликта. Это привело к (II) *эго-анализу Фрейда*, который, будучи связанным с теорией влечений, не мог дать чего-либо большего, кроме поверхностного описания эго, в качестве утилитарно используемого инструмента для контроля над побуждениями, для адаптации к внешней реальности, средства перцептуального

сознания и т.д. До появления адекватной теория *эго как реальной персональной самости*, возникла третья стадия. (III) *Мелани в своем исследовании рассматривала объект как психически интернализованный, который вследствие этого становится фактором развития эго.* Она исследовала психологию внутренних объектных отношений столь же тщательно, как ранее Фрейд исследовал психологию контроля над влечениями. Работа Кляйн представляет собой «теорию объектных отношений с акцентом на объекте», и она привела к четвертой стадии, (IV) «*теории объектных связей Фэйрберна с акцентом на эго*». Главный интерес Фэйрберна всегда был сосредоточен на исследовании эго, как это видно и в его ранней работе (1931) о сновидческих персонификациях. Но в его работе, как он это открыто признавал, не было прогресса, пока он не оказался под влиянием идей Мелани Кляйн. Теперь из его исследований ясно видно, что значимость объекта заключается не в том, что он является «средством удовлетворения влечений»; подобные выводы ведут лишь к психологии развития влечений. Значимость объекта заключается в том, что он «необходим для развития эго». Это дает нам психологию развития эго, эго-дифференциаций, расщеплений и многого другого. Фэйрберн направил теорию объектных отношений Мелани Кляйн в русло теории эго, не к поверхностной теории эго Фрейда, а *к фундаментальной теории эго, которая считает движущими силами психики реальную самость, или личность, уникальным центром которой становится полный смысла опыт, возрастающий в среде личных взаимоотношений.*

Фэйрберн, конечно же, далеко не единственный аналитик, увидевший необходимость поворота теории и терапии к подлинной самости целостной личности. Винникотт пишет, что целью терапии является

> «движение от ложной самости к подлинной самости... которое происходит вследствие того, что

подлинная самость начинает ощущать себя реальной» (1955a, p. 292).

И вновь

> «в благоприятных случаях в пациенте наконец пробуждается новое чувство самости и ощущение прогресса, который означает подлинный рост» (p. 289).

Теория подлинной и ложной самости Винникотта также является теорией расщепления эго и имеет дело с теми феноменами, которые не описываются структурными терминами Фрейда. Фэйрберн, однако, до сих пор единственный аналитик, который взял на себя задачу *полной* ревизии теории с этой точки зрения. Результатом является впечатляющие теоретические положения, обладающие практической клинической ценностью.

В процитированном кратком описании Фэйрберн считает *тревогу сепарации* самой ранней и первоначальной тревогой и основной причиной шизоидного бегства или отвода части теперь расщепленного эго от контакта с внешним миром. Есть несколько причин сепарационной тревоги. (I) Фэйрберн ранее подчеркивал, что неудовлетворенная потребность в ласке и заботе становится опасной и что младенец «идет на попятный» — это очень могущественная причина. Винникотт подчеркивает (II) прямой страх «столкновения» младенца с плохим объектом, от которого он вынужден убегать, так как не может ему противостоять; и далее (III) ситуацию, в которой младенец чувствует себя просто отвергаемым, заброшенным. Мать не оправдывает ожиданий младенца. Он не получает от нее адекватного отклика и «обращается в бегство», уходя от окружения, которое представляется ему не преследующим, но пустым. Эти три причины ухода сами по себе являются патологическими. Но (IV) Винни-

котт также придает особое значение тому, что может быть названо «здоровой основой» ухода. Это проблема младенца, который страшится своих потребностей в ласке и заботе, так как обнаруживает, что мать не может выносить естественной, здоровой силы этих его потребностей, так что он начинает воспринимать себя безжалостным разрушителем, хотя не имеет ни малейшего намерения быть таковым. Мать не является фрустрирующей, сердитой или невнимательной, но она не способна выносить давление со стороны своего полного жизни ребенка, а тот, напуганный такой ситуацией, уходит в себя и вынужден тратить свою энергию на торможение своих потребностей и того приятного возбуждения, которое они могли порождать, что в конечном счете приводит к апатии. Чем бы ни была вызвана сепарация — заброшенностью или уходом, ее опасность заключается в том, что *младенец, начинающий жизнь с примитивной и неразвитой психикой, просто не может вынести утрату своего объекта. Он не может сохранять свою примитивную целостность длительное время в отсутствии матери и не может развивать чувство идентичности и самости без объектной связи. Тревога сепарации указывает тогда на последний и наихудший страх, страх утраты самого эго, деперсонализации и чувство нереальности.* Причина, по которой пациенты столь цепко держатся за свой кляйнианский мир внутренних плохих объектов и за свой фрейдистский внутренний мир эдипальных конфликтов по поводу секса и агрессии, заключается в том, что их внешние объектные связи настолько ослаблены из-за их раннего шизоидного ухода внутрь, что они вынуждены сохранять мир внутренних фантазийных объектов просто для поддержания бытия своего эго.

Конфликты по поводу секса, агрессии и вины, помимо того, что обладают очевидной значимостью на своем уровне, также часто используются как последнее средство против ухода, регрессии и деперсонализации, и пациент не хочет от них отказываться. Он скорее будет

постоянно возвращаться к этим конфликтам, пока мы не проанализируем их до первичных мотивов, нежели сталкиваться лицом к лицу с тем, насколько малым, слабым, отрезанным, нереальным чувствует он себя в глубине души. Сновидение пятидесятилетнего мужчины-пациента служит иллюстрацией этого:

> «Я вел с кем-то (несомненно, со своим деспотичным отцом) ужасную борьбу за жизнь. Я столь решительно защищался, что он внезапно полностью прекратил свои нападки на меня. Я сразу же почувствовал себя покинутым, разочарованным и в полном замешательстве подумал: "О! Я на это не подписывался"».

Его реальная жизнь была полна рационализированной агрессии, противостояния власти, нападений, защиты своей независимости (часто когда ей не угрожали), и все это в действительности делалось ради поддержания бытия своего непрочного эго. Он не мог обходиться без борьбы. Другой пациент сказал: «Я не сержусь на своих работодателей, я слишком робок, чтобы сталкиваться с ними лицом к лицу. Когда я сержусь, то чувствую некую энергию. В противном случае я ощущаю себя пустым местом». Такова *базисная проблема в психопатологии — шизоидная проблема ощущения себя «пустым местом» — ощущение, никогда не перерастающее в адекватное чувство реальной самости.* Если мы продвигаемся достаточно далеко, эта проблема всегда проявляет себя за спиной классических конфликтов. Я подозреваю, что это в большей мере справедливо для всех людей, как бы мы ни отказывались это признать, и что *хроническая агрессия, которая всегда казалась признаком «человека», является лишь камуфляжем и защитой от базисной слабости эго.* Мы должны теперь более подробно рассмотреть эту переориентацию психодинамической теории.

V. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ РАМКИ (Маниакально-депрессивная проблема в свете шизоидного процесса)[8]

Исторический подход

В последней главе были в общих чертах кратко обрисованы четыре фазы, которые, как мне представляется, прошла в своем развитии психодинамическая теория, причем движение шло от биологии к психологии, от влечений к эго, или самости, которое ими обладает, и от депрессивных проблем к шизоидным. Это, конечно, вовсе не означает, что биология не внесла никакого вклада в понимание человека и лечение психического расстройства. Подобное предположение было бы абсурдным. Данная проблема была верно рассмотрена Кастэирсом в его лекциях в 1963 г.:

> «Медицина столь долго сопротивлялась психотерапии не по логическим соображениям. Я полагаю, что здесь мы имеем еще один пример событий (в данном случае открытий о человеческой психике, которые были начаты Зигмундом Фрейдом), которые опережали способность понимания, свойственную человеческому воображению. Мы жили в эру, в которой доминировали биология и физические науки... Медицина выиграла от этих открытий... однако я считаю, что результатом этого стала чрезмерная поглощенность материальным инстру-

[8] Впервые опубликована в *Int. J. Psycho-Anal.*, 43 (1962), p. 98, здесь публикуется в переработанном виде.

ментарием... который не является единственным способом исследования человеческой психики. Даже в практической области лечения больных может оказаться, что взлет биологического подхода уже дал свои главные результаты. Тем временем мы не обращаем внимания на наиболее важные связанные со здоровьем проблемы современного общества, проблемы неправильного психологического и социального приспособления» (1963).

Психоанализ нельзя обвинить в том, что он не уделяет внимания психологическим и социальным проблемам, но его теория отражает длительное и сильное воздействие со стороны физической и биологической науки. Действительно, вся проблема наследственности и материальной основы личности относится к сфере биологии вместе со всеми физиологическими аспектами формирования телесных симптомов и органических причин, особенно на самых ранних стадиях. Биохимия может производить психиатрические лекарства для контроля симптоматики. Исследование организма должно быть основой для физического лечения, которое должно применяться, когда недоступно или не осуществимо никакое психологическое лечение.

Тем не менее, мы не можем понять «человека» на языке биологии. Юнг сказал, что «люди не могут вынести бессмысленного существования», и на этом уровне «жизни личности», проживаемой в терминах доступных для понимания мотивов, возникающих из осмысленных целей, мы нуждаемся во всецело психологическом анализе. Психоанализ нуждается в освобождении от биологической матрицы, из которой он вырос, и в осознании себя как всецело психологической дисциплины. Он не может объяснить все относительно людей, но его подлинная задача состоит в понимании развития и функци-

онирования людей как живущих во взаимоотношениях с другими людьми. Анализ моральной жизни совладания с влечениями, вины и депрессии человека не обязательно влечет за собой явный выход за рамки биологической системы координат, так как он, по-видимому, основывался на теории унаследованных антисоциальных влечений. Как раз анализ шизоидной проблемы, сосредоточивший внимание на стадиях роста эго в среде личных взаимоотношений, сделал необходимым развитие психодинамической теории. В этой главе, посвященной исследованию маниакально-депрессивной проблемы, я пытался более детальным образом описать депрессивный и шизоидный уровни концептуализации и анализа. Это обеспечит нас опорой для клинической диагностики.

Возрастающий в последние годы интерес к шизоидным проблемам свидетельствует о возникновении точки зрения в психодинамических исследованиях, которая расходится с традиционным многовековым подходом к человеческим проблемам. Подобно любым другим феноменам, психопатологические феномены содействуют обнаружению ранее не узнанных скрытых аспектов при взгляде на них с иной точки зрения. В течение длительного времени приоритетом для Фрейда было не развитие теории, а скорее, «усмотрение того, что можно было разглядеть» и теоретизирование на этот счет. До тех пор пока продвижение зависело главным образом от сбора данных, Фрейд мог принять и использовать традиционную теорию человеческой природы в качестве достаточной основы: т.е. теорию конфликтов, возникающих вследствие потребности контроля над «плохими» влечениями, укоренившимися в «плоти». Он мог выполнять неотложную задачу наблюдения и описания психопатологических феноменов не столько с внешней стороны, подобно Крепелину и Блейлеру и психиатрам в целом, но изнутри, как это предполагалось в работе Шарко по гипнотическим опытам и бессознательному. До опреде-

ленного момента между 1910 и 1920 г. это было его основной задачей, и в той мере, в какой результаты его работы воплотились в теорию в этот первый период, они не повлияли на простую традиционную схему природных влечений, которым противостоит социальный контроль. Разработанные им на этой первой стадии теоретические концепции были концепциями вытеснения, сопротивления, цензуры, переноса, смысла сновидений и символизма, детской сексуальности, «семьи» или «эдипова» комплекса и так далее. Задача наблюдения и описания не может быть завершена, и впоследствии было проведено намного более глубинное и полное исследование шизоидных феноменов и тщательное исследование самых ранних взаимоотношений «мать—дитя».

К 1920 г., однако, стало уже ясно, что накопленные данные приводят к мысли об исследовании с других точек зрения, нежели исходя из традиционной теории наличия «плохих» импульсов плоти, которые требуется решительно держать под контролем. Такова была точка зрения донаучной философской и религиозной психологии в Древней Греции и Палестине, и с тех пор она была повсеместно распространенной позицией, каковой остается и по сей день. Древние персы, исповедовавшие зороастризм, верили в борьбу между материей как злом и душой как благом. Знаменитое описание Платоном человеческой природы как колесницы с двумя лошадьми и возничим представлено Р. Ливингстоном следующим образом:

> «Он описал человеческую природу в сравнении. Внешне люди кажутся людьми, но под их кожей скрываются три существа: вожделеющее начало — чудовище со многими головами, некоторые дикие, некоторые укрощенные... желания и страсти; лев — аффективное начало, которое будет сражаться!.. и человеческое — разумное начало... Платон

настаивает, чтобы мы делали в человеке верховным его разумное начало и следили, чтобы при помощи льва (аффективного начала) он контролировал многоголовое чудовище (вожделеющее начало)» (*Древнегреческие идеалы и современная жизнь*, pp. 140-141).

Учение святого Павла о непрестанной борьбе между телом и духом, между законом тела и законом духа, сравнение Платона и традиционная трихотомия тела, души и духа — все эти учения дают один и тот же диагноз человеческих проблем. В качестве первоначальной гипотезы для своих исследований Фрейд принял эту «теорию» и дал ей научное одеяние. «Многоголовый зверь желаний и страстей» и «закон тела» стали сексуальными и агрессивными влечениями, функционирующими антисоциально в соответствии с «принципом удовольствия» и приводящими к гоббсовскому миру, в котором жизнь была бы «отвратительной, жестокой и короткой» (ср. «*Будущее одной иллюзии*»). «Лев» становится агрессией, взятой на вооружение садистическим суперэго и направленной против дериватов влечений ид. «Закон духа» и «возничий разума» (на которого Фрейд, подобно Платону, возлагал все свои надежды, как это ясно выражено им в последней главе «*Нового цикла лекций по введению в психоанализ*») становится эго, которое пытается действовать на основании «принципа реальности».

Этот базисный взгляд на природу человека никогда не менялся у Фрейда, и, действительно, необходимость определенных изменений нарастала очень медленно. Однако термины «ид», «эго» и «суперэго», в которых воплотился его взгляд на природу человека, выражали также нечто такое, что оказалось намного более важным, чем традиционная схема. Они свидетельствовали о том, что Фрейд предпринял попытку перейти от психобиологической точки зрения к эндопсихически-структурной.

Хартманн подчеркивал громадную важность этой переориентации. Он пишет (1960):

> «Наиболее важным стало введение Фрейдом структурной точки зрения, которая сделала психоаналитический подход... более проницательным и более убедительным».

В действительности это дало эго-анализу приоритет над анализом влечений в психоаналитическом мышлении. Расщепление эго — концепция, которую Фрейд представляет фундаментальной как для психоневрозов, так и для психозов, в последнем разделе его незавершенного, изданного посмертно *«Очерка о психоанализе»* начинает занимать место контроля над влечениями как главный центр интереса. Теперь можно понять, что в действительности это подразумевает сдвиг акцента с *психологии депрессии* к *психологии шизоидного процесса*. Все психопатологические феномены выглядят по-иному, когда они рассматриваются с шизоидной, а не с депрессивной точки зрения.

«Депрессивная» и «шизоидная» точки зрения

Во второй главе я сравнил фрейдовский структурный анализ личности, схему «ид—эго—суперэго» и концепцию депрессии с переработанной теорией эндопсихической структуры Фэйрберна как концептуализации шизоидного процесса (сс. 55-56 и 186). Отличия между ними в действительности закрепляют уже описанный сдвиг во взгляде на природу человека и приводят к переоценке всех феноменов. Фэйрберн был первым и пока единственным аналитиком, попытавшимся произвести систематическую ревизию теории на этой основе, но ее аспекты в той или иной степени изложены в сов-

ременном психоанализе. Вначале, после поискового исследования «*Шизоидных факторов в личности*» в 1940 г. (которое, к сожалению, было опубликовано лишь после выхода его теоретических трудов, 1952, гл. 1), Фэйрберн начал свою книгу «*Пересмотренная психопатология психозов и психоневрозов*» в 1941 г. (1952, гл. 2) следующими словами:

> «В последние годы меня стали все более интересовать проблемы, представленные пациентами с шизоидными тенденциями... Результатом стало возникновение точки зрения, которая, будучи хорошо обоснованной, повлечет за собой далеко идущие последствия как для психиатрии в целом, так и для психоанализа в частности. Мои различные находки и заключения, к которым они приводят, требуют не только пересмотра существующих представлений о природе и этиологии шизоидных состояний, но и значительной ревизии идей о распространенности шизоидных процессов и соответствующих изменений клинических концепций различных психоневрозов и психозов... переработки и переориентации теории либидо в совокупности с изменением классических психоаналитических концепций» (1952, p. 28).

С тех пор как были написаны эти слова, прошло более двадцати пяти лет, и вызывает удивление тот факт, что это пророчество не имело выраженного теоретического отклика, не привело к осознанию некоторого фундаментального изменения и к попыткам детального его обдумывания. Плохо, когда такая полная, систематическая ревизия взглядов предпринимается одним-единственным аналитиком. А произошло следующее: *шизоидные феномены оказались в центре исследования, хотя в основном психоаналитики продолжали придерживаться психологии депрессии.* Такое изменение позиции с депрессивной к

шизоидной в рассмотрении человеческих проблем, по-видимому, ведет к некоторым затруднениям. Оно настолько радикально, что порождает в нас самые глубинные и могущественные сопротивления; и здесь сопротивление пациента осознанию того, что должно быть излечено, может подкрепляться неосознаваемым сопротивлением аналитика такому рассмотрению. Я считаю, что *старый «депрессивный диагноз» заключает в себе величайший и наиболее последовательный самообман человека.* Мы все оказались в бессознательном «тайном сговоре»: страдающие пациенты, религиозные, философские и просвещенные мыслители, а теперь и исследователи психодинамических движущих сил человека — продолжая отворачиваться от глубочайших, основных причин и концентрируя внимание на защитной эндопсихической деятельности, ошибочно принимаемой за основную причину. Громадное сопротивление против такого осознания основывается на *универсальном, присущем всем людям предпочтении воспринимать себя скорее «плохими», но сильными, нежели слабыми и испуганными. «Депрессивный» диагноз фиксирует внимание на нашей «плохости», «шизоидный» диагноз — на нашей слабости.* Таковы эти пугающие изменения, и чем более мы двигаемся в этом исследовании, тем более оно чревато далеко идущими последствиями.

Мы видели, что у фрейдовской теории «ид—эго—уперэго» было два аспекта: она была первым огромным шагом в формировании структурной точки зрения, но она также была воплощением традиционной теории, анализом человеческой личности на основе депрессивных феноменов. Ид являлось психобиологическим источником врожденных и, в конечном счете, не поддающихся социализации сексуальных и агрессивных влечений. Культуру приходилось защищать от природы. Если защита терпит неудачу, мы получаем преступление, если она чересчур успешна — мы получаем невроз. Как утверждал Фрейд в своем эссе «*Конечный и бесконечный анализ*» (1937),

психотерапия помогает эго в его борьбе против могучих антисоциальных влечений. Единственный способ избежать как преступления, так и невроза, это достигнуть зрелости — не в плане социализации, а как сублимацию, гипотетический процесс перенаправления значительной энергии от первичных инстинктивных целей на ценные культурные цели. Однако всегда возможно обнаружить, что первичные инстинктивные цели энергетически продолжают свое существование под гнетом вытеснения в бессознательном. Мне не кажется, что в этом есть какое-либо принципиальное различие между Платоном, святым Павлом и Фрейдом. Для всех троих человеческая природа — это арена непрекращающейся внутренней борьбы, и нет никакой реальной возможности «излечения» до тех пор, пока человек остается «во плоти», возможна лишь «компромиссная и относительная стабильность». Взгляды этой троицы опирались на дуалистическую философию тела и души, ид и эго, как первичных, так и противостоящих сущностей. Такое противостояние не исчезает и в идее Фрейда о развитии эго на поверхности ид, метафорическом утверждении, которое не имеет никакого реального смысла.

Классическая психоаналитическая теория утверждает, что биологически детерминированные антисоциальные побуждения, которые общество определенно могло бы принимать в большей мере, чем это обычно имеет место, должны контролироваться со стороны эго. В ходе данного процесса развиваются столь интенсивные вина и вытеснение, что вся психика впадает в заболевание и депрессивный паралич. Бессознательная вина была для Фрейда источником сопротивления психотерапии («Эго и ид», р. 72, подстрочное примечание). Пациент чувствует свою «плохость» и должен принимать наказание в виде болезни. Официальное христианство приняло сторону репрессии (хотя в Евангелиях, более поздних писаниях святого Павла и библейской традиции высказыва-

лись более мудрые взгляды). Фрейд стоял за ослабление вытеснения и бóльшую толерантность к влечениям, и в то же самое время за усиление эго для рационального контроля за влечениями. Однако обе стороны согласны с определением базисной природы этой проблемы.

Этот депрессивный паттерн всегда был предпочитаемым диагнозом. Он выражен в психоаналитических терминах как альянс суперэго и эго для контроля над ид, в то время как психотерапия стремится к смягчению суровости контроля со стороны суперэго и к усилению эго. Данная теория является простой, ясной, понятной и подразумевает возможность практических мер на социальном уровне для разрешения данной ситуации. Полицейский контроль, судебное наказание, обличительное общественное мнение, моральное неодобрение, религиозная проповедь греха — все они объединяются с целью укрощения непокорных влечений. В «*Будущем одной иллюзии*» (1927) Фрейд писал:

> «Каждый отдельный индивид потенциально является врагом культуры, которая, тем не менее, должна оставаться делом всего человеческого коллектива. Примечательно, что, как бы мало ни были способны люди к изолированному существованию, они, тем не менее, ощущают жертвы, требуемые от них культурой ради возможности совместной жизни, как гнетущий груз. Культура должна поэтому защищать себя от одиночек» (р. 6).

> «Похоже, скорее, что всякая культура вынуждена строиться на принуждении и запрете влечений... Надо, по-моему, считаться с тем фактом, что у всех людей имеют место деструктивные, т.е. антиобщественные и антикультурные тенденции».

> «Как нельзя обойтись без принуждения к культурной работе, так же нельзя обойтись и без господства меньшинства над массами, потому что массы косны и недальновидны, они не любят отказываться от влечений, не слушают аргументов в пользу неизбежности такого отказа и поощряют вседозволенность и распущенность» (р. 7).

Единственный путь, который Фрейд видел для улучшения этой ситуации, заключался в

> «уменьшении тяжести налагаемой на людей обязанности жертвовать своими влечениями, примирении их с неизбежным минимумом такой жертвы и в какой-то ее компенсации» (р. 7).

То, что психоаналитическая терапия и любая другая разновидность терапии всегда с большим трудом пытались добиться такого результата, так же очевидно, как катастрофические неудачи практически всех цивилизаций сохранять мир, безопасность и разумное человеческое счастье в течение сколько-нибудь продолжительного времени.

Тем не менее, хотя и представляется несомненно доказанным, что мы очень «плохие» — ибо кто осмелится противоречить такому трио, как Платон, святой Павел и Фрейд? — мы можем утешаться тем, что мы не «слабые». Мы обладаем *могучим сексуальным влечением* (*Фрейд*, 1908) и *могущественным и деструктивным агрессивным влечением* (Фрейд, 1927), и не способны к длительному совместному мирному существованию, кроме как под контролем и в зависимости (и то пока наши могущественные правители сами не перессорятся друг с другом и не втянут нас в драку, когда, по крайней мере, мы можем прославлять агрессию как героизм и быть подобными

сэру Тристраму и сэру Паломиду и другим рыцарям короля Артура, которые использовали стычки с каждым встречным для доказательства своего «могущества и доблести». (Ср. Мэлори). Неполнота «депрессивного» диагноза становится, однако, очевидна, когда мы понимаем, что люди предпочитают считать себя плохими и сильными, нежели слабыми. *Диагноз о наличии «антисоциальных влечений» всегда был крайне убедительной рационализацией человеком своего состояния, тонкой защитой против тревожной истины, что реальной проблемой является страх, бегство от жизни на глубинные ментальные уровни и неудача формирования базисного сильного эго, приводящая в результате к последующей неадекватности — как в самоощущении, так и фактически, — в попытках совладать с жизненными трудностями.*

Тот факт, что люди предпочитают считать себя скорее «плохими людьми», нежели «слабыми ничтожествами», может быть проиллюстрирован и в историческом, и в социальном плане. Существует предание о древнем греке, который сжег храм, потому что не мог получить признание другим путем. Много преступлений и правонарушений мотивировано поиском власти, а что касается деструктивного поведения, то за таким поведением скрывается неспособность реализовать подлинную ценность в конструктивной деятельности. Это выясняется в ряде клинических случаев. Одна пациентка, замужняя женщина на четвертом десятке лет, которая в детстве сурово воспитывалась и чувствовала себя полностью бесполезной и никчемной, рассказывала, как в своей первой школе она страшно хотела, чтобы на нее обратили внимание учителя, и направила всю свою энергию на то, чтобы произвести на них положительное впечатление хорошей работой и поведением. В результате ее стали воспринимать как ребенка, который не причинит никаких затруднений. Такое отношение со стороны учителей,

усугубляемое тем, что она была уже очень шизоидной, вызвало у нее чувство деперсонализации. Она не могла этого вынести и когда меняла школы, то решила, что принудит учителей ее заметить, чтобы не чувствовать свою никчемность. Поэтому она стала «плохой» девочкой и зачинщицей злых проделок. В результате она получила много внимания и почувствовала себя в гораздо большей безопасности.

Другая замужняя женщина, также на четвертом десятке лет, воспитывалась так, что в семье ее считали самой плохой. Сестры плохо с ней обращались, а сама она была застенчивой и с очень раннего возраста испытывала скоропреходящие состояния деперсонализации. Ее игнорировал занятый отец, и постоянно критиковала крайне непостоянная мать. Когда в дом приходили гости, она обычно сидела в углу, не ожидая услышать от них ни одного доброго слова в свой адрес. В семье ее считали «тихоней». Но годам к двадцати у нее внезапно произошел серьезный психический срыв, который встревожил ее родителей. Отец стал выражать ей свою симпатию и преданность, мать же говорила, что дочь сошла с ума. Дочь обыкновенно отвечала: «Нет, я не сумасшедшая, я плохая», — самым заметным симптомом у нее было навязчивое желание проклинать бога, своих родителей и сестер, «плохие слова и плохие мысли», агрессивные, убийственные и сексуальные (с сильным анальным окрасом) «проносились у нее в голове». Она настойчиво рассказывала своим родителям все эти проклятья и плохие мысли и вполне осознавала, что шокирует их. Она гордилась своей смелостью, хотя и знала, что не может остановиться. Причина такого ее поведения прояснилась, когда она сказала: «Я чувствую себя сильной, могущественной, когда ругаюсь и проклинаю. Когда я не была плохой, то была замкнута и чувствовала себя ничтожеством».

Мужчина-пациент, крупный работодатель, пришел на анализ, потому что был так агрессивен со своими слу-

жащими, что у него постоянно возникали проблемы с кадрами. Он воспитывался в режиме требовательности, и ему не позволялось причинять неудобства своим родителям, так что он чувствовал себя совершенно нежеланным, непонятым и никчемным. Если он и был кем-то, то «лишь дрянью». Длительное время он начинал каждую сессию словами: «Я, как всегда, раздражен». Когда постепенно он стал понимать причины такого своего поведения, то сказал: «Я знаю, почему я столь агрессивен со своими служащими. Я должен быть сердитым, ибо я до смерти их боюсь. Когда я сердит, то ощущаю внутри себя огромную энергию и могу вести дела, в противном случае я испытываю нервозность, постоянную усталость и чувствую себя не в своей тарелке».

Исторически в идеологии и психологически в индивиде область «плохих» импульсов, контроля, вины и депрессии лежала как раз «поперек» тропы психодинамического исследования и блокировала путь к более глубокому пониманию. Великая задача Фрейда заключалась в анализе этой области. Таково значение сдвига его интереса от истерии к обсессивному неврозу, депрессии и проявлениям суперэго. Проведенный им анализ был столь успешным, что открыл путь к более глубинным областям и положил начало структурному анализу психики и пониманию важности расщепления эго. Отсюда значимость призыва Фэйрберна «назад к истерии» и радикальное развитие им структурного объектного анализа Мелани Кляйн в параллельный структурный анализ эго. До тех пор пока не подверглась анализу «депрессивная» область, «шизоидная» область не могла быть тщательно исследована. Однако теперь стало ясно, что депрессивный передний план может быть понят, если только принимается во внимание шизоидный задний план. «Депрессивная» область конфликта по поводу плохих импульсов проявляет себя, когда индивид использует свою активность антисоциальным образом, чтобы противодействовать

глубинному компульсивному желанию ухода, разрыва объектных отношений, чреватого риском утраты его эго. Он становится «плохим» для того, чтобы чувствовать себя реальным. Кроме того, становится ясным, что более глубинные шизоидные проблемы всегда прокладывали себе путь через более очевидные депрессивные проблемы. Это мы и должны теперь исследовать.

Маниакально-депрессивное состояние и его сложность

Клиническую депрессию необходимо теперь исследовать с точки зрения шизоидной проблемы. Фэйрберн утверждал, что, согласно его опыту, подлинная депрессия реже встречается в приемной врача, чем шизоидные феномены. Это может быть обусловлено общекультурными изменениями, упадком пробуждающего вину религиозного влияния. Теперь мы не слышим проповедей об «адском огне», а также яростных обличений на тему «греха и раскаяния», что было в прежние века. Немногие люди в наше время когда-либо слышали о «непростительном грехе против святого духа», который ранее был заметно выраженным депрессивным симптомом. Те пациенты, у которых я в наиболее явном виде обнаруживал классическую депрессию, все были религиозными людьми, которые использовали свою веру как защиту против греховных побуждений, на самом деле против базисного шизоидного состояния. Кроме того, в сегодняшней культуре произошел значительный сдвиг с этического к научному отношению к жизни. Нынешнее поколение более высокомерно, «наплевательски» относится к морали и отвергает вину и депрессию. Это явно шизоидный феномен в его отчуждении и безответственности по отношению к людям. Эти тенденции, как было отмечено в конце первой главы, вероятно, ослабили «депрессивную

защиту» и сделали более легким появление в личности «шизоидной основы».

Маниакально-депрессивное состояние является, во всех присущих ему степенях тяжести, смешанным и очень сложным состоянием психики, в котором базисная проблема парализуется защитами, которые в свою очередь требуют дальнейших защит. Это ясно видно по статьям на «Симпозиуме по "депрессивным" заболеваниям» (*Zetzel et al.*, 1960), где фактор вины, по-видимому, все больше и больше отходит на второй план, а фактор регрессии все больше и больше выходит на первый план. Вина является сердцевиной подлинной депрессивной проблемы в классическом варианте, в котором этот термин был определен, в то время как регрессия является шизоидным феноменом (ср. вторую главу). Представляется, что можно увидеть, как шизоидная проблема всегда пробивается сквозь депрессивную защиту. Это объясняет утверждения пациентов, что они находятся в «депрессии», когда на самом деле они имеют в виду свою «апатичность» безотносительно к тому, связана ли испытываемая ими апатия с чувством вины, сознательным или бессознательным, или с состоянием ухода и утратой интереса.

(а) Смешанное состояние

На вышеупомянутом симпозиуме (*Zetzel et al.*, 1960) Нахт и Ракамьер представили классическую концепцию, в то время как изменения в базисной теории данного заболевания наиболее четко описано в работах Зетцель и Розенфельда. Однако здесь более ранняя классическая концепция и развиваемые концепции еще не разделены ясным образом и взаимосвязаны, поэтому на вопрос о том, «что такое маниакально-депрессивное заболевание», дается в некоторой степени невразумительный ответ. Как у Зетцель, так и у Розенфельда наблюдается

смещение акцента с вины и вытеснения садистических влечений к проблемам развития фрустрированного эго, приводящего в результате к расщеплению эго и слабости эго, а также к опасностям регрессии и утраты эго. Однако эти две разные группы психопатологических феноменов все еще объединяются под термином «депрессия».

Розенфельд констатирует классический диагноз депрессивного заболевания как «ускоренного объектной утратой» (1960, pp. 512—13), в которой

> «пациенты бессознательно полагают, что их агрессия, будучи всемогущей, вызвала смерть или заболевание объекта».

Для прояснения сложности этого заболевания в его клинической форме, мы должны на данной стадии ограничить термин «депрессия» этим вполне определенно выраженным психическим состоянием. Тогда депрессия, по классическому определению, является заболеванием, обусловленным чувством вины, «патологическим трауром», парализующие воздействия которого обусловлены вытеснением садизма и агрессии. Такое определение сохраняется, когда Клиффорд Скотт пишет:

> «В нашей литературе содержится меньше описаний взаимосвязи "патологического траура" с более регрессивными состояниями... чем это можно было бы ожидать в связи с такой важной метапсихологической проблемой, которая стоит на полпути между шизофрениями и неврозами» (1960, p. 497).

Так, Зетцель говорит:

> «Первоначальные формулировки Абрахама относительно депрессивного заболевания, как мне

кажется, с течением времени более подтверждаются общим объемом психоаналитического знания. В особенности значимость, которую он приписывал объектным отношениям, и совладание с амбивалентностью были подтверждены психоаналитиками каждого направления».

Относительно депрессии особенно справедливо, что имеются «инфантильные предшественники заболевания во взрослой жизни». Зетцель отмечает, что труды Абрахама, Радо, Якобсон, Шпица, и в особенности Мелани Кляйн, являются

«попыткой понять взрослую депрессию путем реконструкции ее инфантильного прототипа... Наиболее далеко идущие аналогии между взрослым депрессивным заболеванием и его ранними эволюционными фазами были предложены миссис Кляйн и английской школой. Было постулировано наличие универсальной инфантильной депрессивной позиции, общие характерные черты которой определяют депрессивные отклики во взрослой жизни».

В этой связи Зетцель упоминает о «первостепенной значимости, приписываемой ранним объектным отношениям», и Розенфельд пишет:

«Для таких ситуаций (утраты объекта) во взрослой жизни характерно, что мобилизуются все более ранние переживания утраты объекта, приводя к переживанию самых ранних тревог, связанных с взаимоотношениями “младенец—мать”. Это может считаться подтверждением центрального значения депрессивной позиции, как она в общих чертах описана Мелани Кляйн».

Эта концепция особенно тесно связывает депрессию с эдипальной стадией, как подчеркивает Мелани Кляйн, с ее амбивалентной любовью и ненавистью и с ее виной. (Мы вскоре вернемся к этому вопросу.) Такова классическая концепция депрессии, и она делает депрессию понятной и определенной. Как раз о депрессии в таком смысле Фэйрберн сказал, что в клиническом отношении она часто обнаруживает именно шизоидные проблемы. Кроме того, становится все более ясно, что данная концепция никоим образом не охватывает всю клиническую картину того, что называют термином «депрессия».

Есть еще одна группа феноменов, которая в клиническом отношении обычно смешивается с депрессией в вышеприведенном смысле. Эти феномены не разъясняются концепциями амбивалентности, садизма, вытеснения и вины и приводят к возрастанию внимания к эго-психологии, к расщеплению эго и регрессии, т.е. к шизоидной проблеме. Эти два подхода к анализу фактов, депрессивных и регрессивных, антисоциальных импульсов и слабости эго, в равной мере претендовали на приоритет, когда Розенфельд писал:

> «Психоанализ расстройств эго, таких как расщепление эго, должен серьезно повлиять на понимание депрессивного заболевания».

Однако далее он говорит:

> «Внутренние объектные связи все еще должны, однако, считаться наиболее важным аспектом депрессивного заболевания».

Розенфельд показывает, что в клиническом отношении классическое понимание депрессии не охватывает всех случаев этого очень сложного заболевания и признает иную природу данного феномена в настоящее время все более и более привлекающей внимание; однако он не говорит прямо, что *классическое понимание депрессии, если оно применяется ко всему заболеванию, является неадекватным.* Хотя, несомненно, справедливо, что амбивалентные и отягченные виной объектные отношения являются важным элементом в классической депрессии, тем не менее, депрессия в столь узком смысле не определяет полностью заболевание. Я надеюсь показать, что *депрессия в классическом смысле порождается неудачей определенного типа защиты против острой угрозы утраты эго и регрессивного распада, «ускоренного объектной утратой», как утверждал Розенфельд. Нам нужно направить внимание на утрату эго, расщепление эго и регрессию.* Это не значит, что вина является только защитой, и не имеет собственной реальности. Бывает разумная и патологическая вина. Можно сказать, что разумная вина реалистически воспринимается лицом к лицу сильным эго, которое «возмещает ущерб» за совершенную несправедливость. После этого чувство вины проходит. Патологическая вина, которая приводит к депрессии, обычно нереалистична: так ребенок боится поверить, что его не любят родители, и ему легче считать, что во всем виноват он сам. Патологическая вина и депрессия, к которой она приводит, возникают в ситуации огромной небезопасности, и здесь всегда имеет место могущественный мотив бегства. При утрате объекта подорванное эго не может справиться с ситуацией и подвергается риску распада. Чтобы это предотвратить, развивается ненависть к утраченному объекту и агрессивные фантазии, что порождает патологическую вину и депрессию. Если вина возникает без депрессии, она проявляется в связи с объектными взаимоотношениями.

Розенфельд помещает рядом с классической концепцией «утраты объекта» как катализатора депрессивного заболевания, аналогичную концепцию «утраты эго». Он пишет:

> «Мы можем задаться вопросом, действительно ли только расстройства объектных взаимоотношений подталкивают к депрессии. Фрейд рано поставил вопрос о том, может ли нанесенная эго или *нарциссизму* рана в одиночку ускорять депрессию. Я обнаружил у ряда пациентов в состоянии острой депрессии, что они столкнулись с ситуацией, которая заставила их понять, что они сами или их жизни были в некоторых отношениях дефектными. Эти пациенты были охвачены острым чувством краха. Они считали, что им не удалось раскрыть свои таланты или что они недостаточно реализованы как личность. Они были подавлены внезапным прозрением, что теперь слишком поздно искать себя и свою цель в жизни... Можно сказать, эта депрессия возникла в результате осознания того, что определенные части личности были ранее отколоты и отвергались... Эти части включают в себя не только агрессивные черты, но связаны со способностью эго переносить депрессию, боль и страдание».

Розенфельд далее пишет о том, что проблема депрессии

> «должна пониматься не только с точки зрения объектных отношений, но также в терминах эго-психологии».

Мы, однако, не можем адекватно соотнести эти два уровня данного сложного заболевания, если не подчеркнем, что *важное значение объектных отношений заклю-*

чается в том, что без них эго не может сохраниться. Речь идет не о том, что утрата объекта и утрата эго являются альтернативными ускоряющими факторами, и не о том, что отщепленные и отрицаемые части личности связаны (либо вместе, либо какая-то из них) с агрессивными чертами и со способностью эго переносить боль. В ряде случаев, чтобы избежать ужасных последствий утраты эго как результата утраты объекта в реальности, отбрасывающего пациентов к лежащей в основе их личности шизоидной отчужденности от объектных отношений (деперсонализации), пациенты бежали назад в амбивалентные объектные отношения. Однако при этом они столкнулись с тем, что их ненависть вновь грозит им утратой объекта, но теперь также порождает вину, и депрессию, и периодически повторяющийся страх утраты эго. Депрессия возникает вследствие неудачи защиты, направленной против *лежащего в ее основе* шизоидного состояния. Так, пациентка, изоляция которой стимулировала интенсивные страхи и потребности, испугалась своей интенсивной потребности как в аналитике, так и в своей семье, — потребности, которая казалась ей потенциально деструктивной. Она сообщила, что не может ходить на сессии, считала себя отвратительной личностью и была в глубокой депрессии. Ранее она отдалилась как от аналитика, так и от своей семьи, как во внешней реальности, так и в своих мыслях. Она не ходила на сессии и запиралась у себя в комнате, полагая себя «плохой» для своей семьи. Логическим результатом такого разрыва всех объектных отношений должно было стать то, что ею овладело бы глубокое чувство полного одиночества, которое привело бы к развитию страха утраты собственного эго. Она избежала этого с помощью активной ненависти к себе и депрессии.

Поэтому я бы сказал, что, скорее, «*депрессию* следует понимать... с точки зрения объектных отношений», т.е. как потребность и борьбу за сохранение объектных

отношений (вина — это объектное отношение), но что должна быть понята *более глубокая проблема регрессии*, которая за ней скрывается, «на языке эго-психологии». В конечном счете, лишь эго-психология может снабдить нас ключом к любой психологической проблеме. Сам Розенфельд говорит:

> «В таких депрессиях имеет место регрессия к фазе младенчества, где произошло первоначальное расщепление эго».

А это происходит на гораздо более глубоком уровне, чем уровень вытеснения «агрессивных черт», который играет столь очевидную роль в подлинной депрессии. Вытеснение садизма не является самым глубоким «отщеплением или отрицанием» части личности. Я высказал в другом месте (1961) предположение, что глубочайшее расщепление эго является таким расщеплением, которое происходит под воздействием либо объектной утраты, либо тревоги преследования в том, что Фэйрберн называл инфантильным либидинальным эго, — расщеплением на *активное оральное эго*, которое остается в садомазохистском внутреннем мире, и на *пассивное регрессировавшее эго*, которое пытается вернуться в матку в целях безопасности, убегая прочь от пустого внешнего мира или вызывающих ужас плохих объектных отношений. Винникотт считает, что это соответствует тому, что он называет «скрытой подлинной самостью», ожидающей шанса на возрождение. Я считаю это *основой всех шизоидных характерных черт, глубоким тайным бегством от жизни, в поисках защиты против которого оставшаяся часть личности приводит себя в различные психотические и психоневротические состояния, среди которых одним из самых главных является депрессия.*

Удалось бы избежать большой путаницы, если бы мы ограничили значение термина «депрессия» его узким,

классическим определением для соотнесения депрессии с амбивалентной и отягощенной виной утратой объекта. Тогда можно рассматривать возникновение депрессии как следствие неудачи определенного типа защиты от опасностей регрессии и утраты эго, как финальный результат утраты объекта. Мы должны признавать, что у этого сложного заболевания есть два слоя. Розенфельд говорит о «прогрессивном и компенсирующем стремлении, а именно: о попытке восстановить эти утраченные части самости». Это обратное движение — от шизоидного ухода к восстановлению объектных отношений, хороших, плохих или амбивалентных, в соответствии с выбранной пациентом стратегией. Помимо прочего, это приведет к маниакальной защите, которая, вероятно, будет действовать против как депрессивной, так и регрессивной шизоидных опасностей. Против депрессии она будет выражаться отрицанием всяких моральных чувств и вины; против опасности регрессии к пассивности и распаду эго, происходящих в результате базисного ухода, — возникнет в форме компульсивной активности. Последняя является, согласно моему опыту, самой распространенной формой маниакального состояния и существует чаще, чем кажется, в скрытых ментальных формах, таких, как неспособность расслабиться и перестать думать и, особенно, невозможность заснуть. Это заболевание крайне неадекватно называется маниакально-депрессивным, а должно, самое меньшее, называться маниакально-депрессивно-регрессивным с признанием того, что шизоидный компонент является более опасным и глубоким, чем депрессивный.

Мы можем здесь упомянуть о представленной на симпозиуме короткой работе Мелани Кляйн *«Заметки о депрессии у шизофреников»*. Она пишет:

> «Часто наблюдаемая связь между группами шизофренических и маниакально-депрессивных за-

болеваний может, на мой взгляд, быть объяснена наличием эволюционной связи, существующей в младенчестве между параноидально-шизоидной и депрессивной позициями. Тревоги преследования и процессы расщепления, характерные для параноидально-шизоидной позиции, переходят, хотя и изменившись по силе и форме, в депрессивную позицию... Связь между двумя этими позициями — со всеми изменениями в эго, которые они подразумевают, — заключается в том, что обе они являются результатом борьбы между инстинктами жизни и смерти. На более ранней стадии (охватывающей первые три или четыре месяца жизни) тревоги, возникающие в результате этой борьбы, принимают параноидальную форму, и все еще несвязное эго побуждается к усилению процессов расщепления. С ростом силы эго появляется депрессивная позиция. В этой стадии параноидальные тревоги и шизоидные механизмы ослабляются, а депрессивная тревога набирает свою силу. Здесь также мы можем наблюдать конфликт между инстинктами жизни и смерти. Произошедшие изменения являются результатом доли этих инстинктов в их сплаве (в зависимости от того, что преобладает)» (1960, p. 509).

Утверждение о том, что «тревоги преследования и процессы расщепления, характерные для параноидально-шизоидной позиции, переходят... в депрессивную позицию», подтверждает мою точку зрения, что депрессия имеет шизоидную основу и что сквозь депрессивное «покрывало» всегда можно увидеть шизоидные наклонности. Но я не нашел клинического подтверждения мысли Кляйн о том, что «параноидальные тревоги и шизоидные механизмы ослабляются, а депрессивная тревога набирает свою силу». Я считаю это крайне обманчивой видимостью. Это было бы справедливо для процесса

здорового взросления, однако клиническая депрессия порождена как раз неудачей здорового взросления. Если развивается подлинная депрессия, то это знак того, что пациент вынужден выстраивать защиту против «параноидальных тревог и шизоидных механизмов», которые все еще ослабляют уже расщепленное эго. Всякий раз, когда я считал депрессию борьбой за сохранение объектных отношений, использующую плохие объектные отношения обвинительного, или преследующего, типа как защиту против опасностей шизоидного ухода, я был удивлен, как быстро депрессивная реакция исчезает за вспышкой шизоидных симптомов. Эти симптомы не были ослаблены вследствие депрессии; наоборот, скорее было видно, что спасение от шизоидной скрытой угрозы утраты контакта с внешней реальностью пациент искал в амбивалентных объектных отношениях, которые, в свою очередь, приводили к депрессии.

Источник взглядов Кляйн по этому вопросу, по-видимому, проистекает от приводящей к путанице ненаучной и непроверенной гипотезы (можно даже сказать, мифологемы) о существовании инстинктов жизни и смерти, использованной вместо единственно верного, связанного с фактами клинического анализа. Этот гипотетический инстинкт смерти, в существовании которого вряд ли когда-либо были убеждены какие-либо аналитики, рассматривался Кляйн как врожденное деструктивное влечение, направленное главным образом против самого организма и проецируемое младенцем на свое окружение. Поэтому считалось, что тревога преследования возникает сама по себе, без всяких реальных причин. Насколько мне известно, клинические данные свидетельствуют о прямо противоположном этой странной точке зрения. Страх, тревога преследования появляются прежде всего как результат действий плохого, преследующего окружения, с которым, по определению Винникотта, возникает «столкновение». Гнев и агрессия рождаются при попыт-

ках совладать со страхом путем смещения его причины, однако у младенца это приводит лишь к ощущению беспомощности и к агрессии против собственного слабого эго. Это чрезвычайно усиливает процессы расщепления, спровоцированные страхом с его естественным следствием — бегством от плохого внешнего мира. Такая агрессия, однако, не обязательно приводит к страху смерти, но более часто — к мазохистскому страданию во внутреннем мире, от которого нелегко помочь пациенту отказаться. Справедливо, что при определенных обстоятельствах этот страх может возрастать до шизофренического ужаса быть разорванным на куски, но обычно страх смерти связан с бессознательным подрывающим эго могущественным стремлением к бегству от жизни и реальности, со страхом коллапса жизнеспособной самости в деперсонализированное сознание утраты объекта и утраты эго. Если все же и можно найти какой-то смысл в терминах «инстинкты жизни и смерти», то он будет связан с конфликтом между активными и пассивными наклонностями, прогрессивными и регрессивными влечениями личности. Конфликт может становиться все более интенсивным, доходя до настоящей борьбы между желанием жить и желанием умереть, но подобная терминология вряд ли может пролить свет на этот процесс.

Вернувшись к взглядам Зетцель, мы видим, что ее позиция аналогична позиции Розенфельда. Она отмечает, что «наши концепции тревоги и депрессии... изменились в связи с развитием эго-психологии». Она приводит следующие слова Бибринга (1953):

> «Тревога и депрессия представляют собой диаметрально противоположные базисные отклики эго. Тревога как реакция на опасность указывает на стремление эго выжить. Эго под воздействием опасности испытывает тревогу и готовится к борьбе или бегству. При депрессии имеет место прямо

противоположное; эго парализовано, потому что находит себя неспособным противостоять опасности».

Зетцель комментирует: «Ключевым словом, конечно же, в этой более поздней формулировке является “эго”».

Мне кажется, однако, полезным связать тревогу и депрессию, используя ценную формулировку Мелани Кляйн о двух разновидностях тревоги, преследующей и депрессивной. Затем мы можем принять уточнение Бибринга, что подвергающееся угрозе эго может реагировать также двумя способами: «борьбой» или «бегством». Если это бегство, то младенец может «убегать» лишь в одном направлении — внутрь себя. Такое бегство быстро приводит к шизоидному уходу и расщеплению эго. Обычно так и происходит. Активное эго внешней реальности (в отличие от теперь ушедшей и пассивной части эго) остается «сражаться» и таким образом поддерживать объектные отношения. Оно может делать это на двух уровнях. Напуганному эго, которое борется за то, чтобы целиком не удариться в «бегство», доступны лишь плохие объектные отношения. Тогда оно принимает решение скорее противостоять опасности, нежели всецело удалиться, т.е. использовать плохие объектные отношения для поддержания контакта с объектным миром. На более примитивном уровне это подвергает эго параноидальной тревоге преследования, которая может возрастать до шизофренического ужаса. На более развитом уровне это приводит к вине под давлением моральных норм, которая может возрастать до депрессивной тревоги и даже до тяжелой депрессии, в которой эго неспособно ни к какой активности из-за чувства своей всецелой «плохости». Попытки бегства или борьбы приводят, с одной стороны, к регрессии, а с другой — к психотическим конфликтным состояниям и далее к психоневротическим

защитам против возникающих в результате внутренних плохих объектных отношений.

Зетцель смешивает эти разные вещи, когда вначале говорит, что

> «депрессия, подобно тревоге, является субъективным переживанием, существенно важным для развития человека и для совладания с конфликтом, фрустрацией, разочарованием и утратой».

Но затем добавляет:

«Это также главный симптом регрессивного клинического синдрома».

Первое утверждение справедливо для результатов «борьбы», т.е. классической депрессии, в то время как второе относится к последствиям «бегства», или регрессии. Мы снова вернулись к необходимости различать регрессию как шизоидный феномен и депрессию и *лежащий в ее основе* обусловленный чувством вины паралич амбивалентных объектных отношений. Это — различие между страхом и гневом и между уходом внутрь себя и вытеснением садизма. *Агрессия характерна для депрессивной ситуации, а страх и бегство — для регрессивной ситуации, в которой депрессия становится главной защитой.* Конечно, справедливо, как это показала Мелани Кляйн, в дальнейшем использовать любую из этих противоположностей поочередно в качестве защиты против другой.

Как Розенфельд противопоставляет депрессию, обусловленную утратой объекта, другому типу регрессии (действительной регрессии), вовлекающей в себя утрату эго, так и Зетцель рассматривает нарушенные инфантильные объектные отношения как повторяющиеся в

классической депрессии, и соотносит регрессию с тем, что ранние нарушения обусловливают эволюционную неудачу эго. В отличие от Абрахама, Якобсон, Радо и Шпица, она говорит, что Боулби, Ранк, Малер и Рохлин

> «подчеркивают первостепенную значимость раннего опыта в развитии эго и способности к подлинным объектным отношениям» (pp. 477—8).

С точки зрения эго-психологии мы сказали бы, что биологические события (такие как рождение, инволюция[9]) способны вызывать «депрессию—регрессию», когда они влекут за собой базисную слабость эго и стимулируют реакцию «борьбы и бегства». Зетцель говорит:

> «Важно проводить различие между тотальной беспомощностью, подразумеваемой во фрейдовском определении травматической ситуации, и сравнительной беспомощностью, присущей идее Бибринга об утрате самоуважения».

Речь идет о глубине травмы, повлекшей базисную слабость эго и последующее бегство от жизни, или о степени, в которой глубоко вытесненное чувство отсутствия эго прорывается в сознание.

В представлении Зетцель регрессия приобретает все более грандиозные размеры:

> «Серьезно нарушенное эго пациента проходит через качественные интрапсихические изменения различной природы» (p. 479).

---

[9] Инволюция – обратное развитие, дегенерация. *Прим. пер.*

Тем не менее, она твердо придерживается убеждения о «важной роли агрессивного инстинкта» и «решающего значения агрессии в теории депрессивного заболевания» и приводит следующие слова Бибринга:

> «Удар по самооценке обусловлен внезапным осознанием существования латентных агрессивных наклонностей внутри самости».

Конечно, открытие «латентных агрессивных наклонностей» может ухудшить самооценку и привести эго к депрессивному параличу, но это не окончательный анализ. Как бегство, так и агрессия возникают в то время, когда младенец фактически еще слишком слаб, чтобы эффективно сражаться, и подавлен своим окружением. Глубочайший удар по самооценке проистекает из открытия собственной слабости. Зетцель вынуждена вернуться к

> «проблеме регрессивных проявлений в комплексе... Именно здесь текущий анализ эго наиболее сильно отличается от ранних установок» (p. 480).

Единственный способ избежать путаницы состоит в отделении классической депрессии как защитного внешнего уровня агрессии и вины от регрессии как более глубокого уровня страха, бегства и инфантильной слабости эго.

Заболевание является сложной смесью депрессии и шизоидных факторов. Если сначала заболевание представляет собой картину классической депрессии и вины, то после анализа проблем агрессии наилучшая помощь может заключаться в представлении данного заболевания как защиты против более глубокого ухода от каких-либо объектных отношений в шизоидное состояние.

Согласно моему опыту, чаще встречаются шизоидные пациенты, чьи регрессивные наклонности бессознательно усиливаются и затем скачкообразно пробиваются в вину и депрессию. Классическая депрессия, возможно, возникает вследствие неудачи предпринимаемой защиты против окончательной регрессии, скорее в форме «борьбы», чем «бегства». Плохие объектные отношения лучше их отсутствия до тех пор, пока они не «убегают» с пациентом в его внутренний мир, становятся недоступными и порождают собственные неразрешимые проблемы. Заметим, что, если не принимать во внимание всеобщее сопротивление против осознания нашего базисного страха и слабости, трудно объяснить, почему «инстинкту агрессии» придавалось такое значение в психоаналитической теории, в то время как столь же очевидные феномены «инстинктивного страха и бегства» оставались без внимания. Классическая психоаналитическая теория всегда трактовала тревогу как вторичную по отношению к сексуальным и агрессивным влечениям. Теперь мы должны понять, что *патологические* сексуальные и агрессивные влечения являются не первичными, а вторичными фактами к элементарному страху, тревоге и бегству.

(б) Картина классической депрессии по Абрахаму

В своем докладе на том же Симпозиуме по депрессивным заболеваниям С. Нахт и П.С. Ракамьер (1960) писали:

> «Мы определяем депрессию как патологическое состояние осознанного психического страдания и вины, сопровождающееся заметной утратой личных ценностей и снижением ментальной, психомоторной и даже органической деятельности, не связанной с реальной нехваткой физических сил».

Можно сказать, что вторая половина определения относительно «заметного сокращения» так же справедлива для людей, страдающих от чисто регрессивных состояний, хотя люди, страдающие от вины—депрессии, обычно не снижают ментальную активность в своих самообвинениях. Однако определение Нахта и Ракамьера основано на общей теории человека, которая преобладала в психоанализе. Они пишут:

> «Изучение депрессивных состояний приводит психоаналитика к центру фундаментальной драмы, которая затрагивает сердцевину человека, ибо человеком владеют две очевидно равные силы, влекущие его в противоположных направлениях. Однако иногда эти силы могут смешиваться и даже заменять друг друга. Тогда человеком движет властная потребность любить, создавать и творить и противоположное и столь же тиранническое желание ненавидеть и разрушать».

Ранее я уже приводил причины для опровержения этой точки зрения как психоаналитического эквивалента старой доктрины о порочных вожделениях и страстях плоти, противостоящих разуму, и доктрины первородного греха. Мне кажется, что *конфликт любви и ненависти в человеческом обществе вторичен по сравнению с конфликтом любви и страха, что противоречие потребности в человеческих взаимоотношениях и основанного на страхе бегства от взаимоотношений само по себе является продуктом нашей базисной слабости, уязвимости и борьбы за сохранение жизнеспособного эго.* Это ясно вытекает из пионерской картины классической депрессии Абрахама (1911), представленной задолго до того, как Фрейдом был начат (1920) какой-либо реалистический анализ эго; в то время когда психика рассматривалась

лишь в терминах инстинктивного бессознательного и регулирующего сознательного эго.

Случай, описываемый Абрахамом как «депрессивный», является историей базисно шизоидной личности, борющейся за сохранение ненадежного контакта с миром объектных отношений в спорадических вспышках враждебности, ненависти и агрессии, которым противостоит чувство вины. «Данный пациент смутно чув-ствовал, что его состояние депрессии было наказанием» (1911, p. 141). Конечно, тогда приоритетной для анализа была проблема вины—агрессии. Успех и полнота аналитического исследования этой области психической жизни привели к открытию более глубокого шизоидного уровня. Но также можно заметить, что когда Абрахам говорил: «Я не желаю обсуждать состояния депрессии, возникающие при шизофрении» (p. 139), разумно не пытаясь анализировать все сразу, а рассматривая проблему одну за другой, то это не привело к распознанию шизоидных факторов в описываемом им случае. Пациент в детском возрасте подвергался унижениям по сравнению со своим старшим братом, в то время как их более чувствительный младший брат получал много внимания. Он никогда не был удовлетворен своим положением в семье и мало что получил для развития у себя здоровой серд-цевины эго. Он вырос, питая ненависть к родителям и братьям и ощущая сильную зависть, которая однажды привела к яростным и оскорбительным нападкам на младшего брата. Все это вызывало чувства никчемности и вины и было частью отчаянной борьбы за сохранение эффективной связи с объектным миром, что ясно из приведенных ниже данных.

Абрахам заметил, что

> «каждое невротическое состояние депрессии... содержит склонность к отрицанию жизни» (p. 138).

Отрицание жизни у этого мальчика приняло форму явного шизоидного ухода от человеческих связей. Он

> «никогда не был участником каких-либо компаний, оставался замкнутым... не имел друзей. Он вполне осознавал отсутствие у себя реальной энергии, когда сравнивал себя с другими людьми» (р. 140).

Ясно, что этот уход от человеческих контактов как наносящий эмоциональный вред был адекватно мотивирован. У него «не было поддержки дома. Отец выражал в присутствии сына презрение к нему» (р. 140). Его первый приступ депрессии произошел, когда учитель однажды назвал его перед классом «физическим и моральным уродом» (р. 140). Следует отметить, что эта «депрессия» была порождена обвинением себя не в «плохости», а в «слабости», что также присутствовало в проявляемом отцом к нему «презрении». Сам он добавил обвинение себя в «плохости» и, несомненно, находил этому подтверждение, получая упреки в собственной враждебности со стороны презиравших его людей.

> «Даже впоследствии он не заводил никаких компаний. Он умышленно держался от них в стороне, так как боялся, что его будут там третировать... Его жизнь проходила в уединении. Он определенно боялся женщин... Он проявлял малую энергию в практической жизни; для него всегда было трудным делом проявить решимость или придти к решению в сложных ситуациях».

Такова картина личности, главным образом, не отягченной виной, а лишенной жизнеспособности. Печаль по поводу утраты хорошего объекта является шизоидной и приводит к утрате жизнеспособности в связи с отсутствием вообще какого-либо хорошего объекта. В такой

ситуации будут возникать вина и депрессия вследствие попытки избежать деперсонализации путем интернализации обвиняющих плохих объектов и идентификации с ними как основы самообвинения.

Проблема утраты жизнеспособности имеет решающее значение. Термин для такого заболевания столь же важен, как и для депрессии и регрессии.

Относительно вышеописанного пациента Абрахам отмечает:

> «В каждой ситуации он страдает от чувства неадекватности и беспомощен перед жизненными проблемами» (p. 139).

> «В депрессивной фазе настроение данного пациента было "депрессивным" или "апатичным" (я привожу его собственные слова) в соответствии с тяжестью его состояния. Он был заторможен, ему приходилось заставлять себя выполнять простейшие вещи, и он говорил медленно и тихо. Он желал умереть и лелеял мысли о самоубийстве. Он часто говорил себе: "я изгой" или "я не принадлежу миру". Он чувствовал себя несуществующим и часто представлял себя исчезающим из мира, не оставляя никакого следа. В этом состоянии он страдал от истощения» (p. 141).

Такое описание характерно для шизоидных пациентов, переживающих чувство ухода и отрезанности от внешней реальности и связанной с этим утраты «самости», в то время как истощенное «центральное эго» пытается сохранить контакт с реальным миром, хотя и чувствует полную утрату всей энергии.

Классическая теория, в изложении Абрахама, говорила о том, что эта утрата энергии была результатом вытеснения сексуальных и агрессивных инстинктов.

> «Его сексуальный инстинкт, который сперва показывал себя столь сильным, оказался парализован вследствие вытеснения» (p. 140).

> «Он был ослаблен, лишен энергии по причине вытеснения своей ненависти или... первоначально чрезмерно сильного садистического компонента своего либидо» (p. 139).

Несомненно, эта теория ставит телегу впереди лошади. *Я не вижу никаких оснований полагать, что сексуальные и агрессивные потенциальные возможности способствуют нарушенному и антисоциальному поведению (разве что у гонимого страхом человека) и что именно они используются как способ преодолеть нехватку жизнеспособности и пассивности.* Нет необходимости искать «чрезмерно сильный садистический компонент либидо» у вышеописанного пациента. Те люди, от которых он зависел, вынудили его питать к ним ненависть, и единственным способом, которым он мог попытаться достичь какого-либо положения в жизни, была борьба за самореализацию, встречающая неодобрение и презрение. Естественно, вся его «активная натура» была заторможена, и в сексуальном и агрессивном плане, и вообще интеллектуально и физически. Но здесь мы видим нечто большее, чем прямое вытеснение активных процессов. В то время как одна часть его расщепленного эго отказывалась от борьбы, будучи способна уступать давлению враждебного окружения и налагаемой на него вины, другая его часть сначала выбирала борьбу, устанавливала объектные отношения; потом его энергия потекла в обратном направлении — от реальных объектов

к его внутреннему миру, и могущественные регрессивные влечения повлекли за собой сексуальную импотенцию как часть общей утраты жизнеспособности. Абрахам говорит: «Депрессия возникает, когда (невротик) отказывается от своей сексуальной цели», — однако на самом деле все происходит как раз наоборот. Это лишь часть общей утраты жизнеспособности в его личной и социальной жизни. Он не только боялся быть активным, опасаясь своей деструктивности, но важная часть его самости еще раньше ушла внутрь и отказалась от самого желания проявлять активность. Так как он колебался между бегством и борьбой, стремление к активности проявляло себя во вспышках сексуального и агрессивного поведения как способах маниакальной защиты путем чрезмерной активности.

Исследование маниакальной защиты должно способствовать завершению переориентации теории этого заболевания и всей области психопатологии. Обычно утверждается, что маниакальное приподнятое настроение по своей сути является антиморальным восстанием против ноши вины. Парализующие путы садистического суперэго внезапно сбрасываются, и человек чувствует полную свободу делать все, что ему заблагорассудится. Это, однако, является вторичной характерной чертой маниакальной защиты. Абрахам писал о своем пациенте:

> «(В 28-летнем возрасте) у него появилось состояние гипомании, и теперь оно чередуется с его депрессивными приступами. При наступлении маниакальной фазы он преодолевал свою апатию и становился ментально активным и постепенно даже чрезмерно активным. Он обыкновенно выполнял огромное количество дел, не зная никакой усталости, просыпался рано утром и занимался реализацией планов, связанных с его карьерой. Он становился предприимчивым и считал себя способным

на великие дела, был крайне разговорчивым, смеялся, шутил и каламбурил... На пике маниакальной фазы его эйфория переходила в раздражительность и импульсивную ярость... В периоды депрессии он хорошо спал, но во время маниакальной фазы он было очень беспокойным, в особенности во вторую половину ночи. Почти каждую ночь сексуальное возбуждение переполняло его внезапной яростью» (р. 142).

Из этого описания ясно видно, что основной характерной чертой данного состояния была не аморальная ярость, а просто *чрезмерная активность*. Маниакальное состояние не аннулирует вытеснение, направленное против сексуальной и агрессивной деятельности, хотя временами оно может проявляться подобным образом. Оно является отчаянной попыткой насильно вытащить всю психику из *лишенной жизнеспособности пассивности* и отказа от воли к жизни, из регрессии. Чем более трудна борьба против пассивного регрессировавшего эго, тем более неспособным к отдыху и релаксации становится пациент. Его психика должна непрестанно работать, дни и ночи напролет. Глубокий сон порождает чувство страха, ибо воспринимается как регрессия, и предпринимаются всевозможные усилия, чтобы его не допустить, такие как бессонница (которая в таком случае становится маниакальным симптомом) или постоянное чередование интенсивных сновидений и частых пробуждений. Когда эта битва проиграна, вполне возможно, как это заметил Абрахам, что эйфория переходит в агрессию и яростную сексуальность. Патологические сексуальные и агрессивные импульсы являются аспектами борьбы, с одной стороны, за насильственное получение удовлетворения от сопротивляющегося этому окружения, но, с другой стороны, за победу над регрессией и бегством от жизни той части личности, которая чувствует, что при регрессии на

самом глубоком ментальном уровне можно потерять любое эго, стимулирующее активность. Возможны и другие способы, помимо секса и агрессии, такие как мыслительная активность, чрезмерная работа, лихорадочная социальная деятельность и т.п. Абрахам пишет:

> «Аффект депрессии столь же широко распространен среди всех форм неврозов и психозов, как и аффект тревоги» (р. 137).

Это не вызовет у нас удивления, когда мы поймем, что глубочайшей психопатологической проблемой является борьба за сохранение какой-либо активности у базисного эго, которое переполнено страхом и недостаточно развито, и у центрального эго, которое лишено жизнеспособности.

Мы можем здесь попытаться суммировать наши утверждения *об общих клинических диагностических рамках, внутри которых мы должны обсуждать данное явление.* Когда младенец находится в «плохом» окружении, враждебном и приводящем к столкновениям, причиняющем страдания и не дающем удовлетворения, или с окружением, не заботящимся о нем и бросающим его, он попадает в серьезное затруднение. Как может он продолжать свое существование, не говоря уже о развитии личности, в такой среде? Каковы альтернативы? Он нуждается и жаждет хороших взаимоотношений, если хочет достичь здорового развития эго, но такие отношения недостижимы, по крайней мере в достаточной для его развития степени, и окружающий его мир оказывает на него пагубное, разрушительное воздействие. Он может, как это на самом деле и происходит, либо бороться, либо убегать. Он может терпеть плохие взаимоотношения или гневно бороться за их улучшение, и открыть, что *«депрессия» является связью с плохими объектами, неизбежным состоянием психики во взаимоотношениях, где*

нельзя любить без ненависти. По-видимому, есть две основные причины для развития этого отягченного виной состояния. Во-первых, базисная природа индивида требует хороших взаимоотношений, и такой человек станет воспринимать себя (как об этом рассказывают взрослые пациенты) «отвратительным человеком» вследствие наличия у себя плохих, агрессивных, деструктивных эмоций и импульсов. Во-вторых, такое восприятие себя чрезвычайно усиливается тем, что младенцу или маленькому ребенку, зависимому и беспомощному, слишком страшно знать, что он находится во власти плохого мира. Травматическое переживание не может быть проработано направленной вовне самостью и переносится внутрь. Представляется более безопасным думать о себе как о плохом и считать, что к тебе справедливо плохо относятся. Фэйрберн выражал это чувство символическим языком религии, говоря, что безопаснее жить грешником в мире, управляемом добрым богом, чем быть святым в мире, управляемом дьяволом, и это действительно ярко описывает затруднительное положение ребенка в окружении, которое не отвечает его потребностям. Все словно сговорились заставить его чувствовать вину в связи со своей ненавистью и агрессией, и в конечном счете с проявлением любой активности.

Единственная альтернатива, если такие «плохие объектные взаимоотношения» для него непереносимы, это ментальное бегство от окружения во избежание ненависти, сознательное прекращение связей с окружающим его плохим миром (т.е. уход от мира и появление шизоидных симптомов) и на глубоком внутреннем уровне регрессия в бессознательные фантазии, может быть, даже назад к матке, ради безопасности. Затем для него становится все более трудным делом поддерживать внешнюю жизнь. Он делает это только холодно и механически, что является ненадежным компромиссом. В действительности обе эти аль-

тернативы столь непривлекательны, что каждая из них подталкивает его к другой, его неконсолидированное эго «расщепляется» под этим гнетом, и он пытается осуществлять оба варианта разными его частями. Эта интерпретация основана на отношении эго и объектов, что дает возможность понимать импульсы как обусловленные природой наших личных взаимоотношений с другими людьми. «Психология побуждений», которая воспринимает побуждения как «данность», как нечто врожденное и инстинктивное, от чего следует отталкиваться, подкрепляет депрессию, поощряя идею о том, что наша человеческая природа является внутренне плохой, агрессивной в своей сердцевине. По этой причине Фэйрберн считал, что подобные интерпретации увеличивают вину. В детстве мы настолько зависим от нашего окружения, что, если оно неспособно пробуждать наше доверие и любовь и порождает небезопасность, агрессию и ненависть, оно обрекает нас либо на параноидальную тревогу и последующую депрессию, либо на шизоидное отчуждение, причем и то и другое влечет за собой серьезную опасность регрессии. Вероятно, большинство людей находят способ существовать между этими двумя крайностями, имея немногие хорошие отношения для поддержки своей подлинной природы, тогда как остальная их часть живет, смутно ощущая общую депрессию, перемежающуюся вспышками агрессии; за всем этим и глубоко внутри бессознательного заперты их возможности обретения подлинной самости, которая может любить и творить. В таком состоянии живут очень многие люди, намного ниже своих реальных способностей.

В психопатологии мы можем диагностировать общую ситуацию, общую проблему человека, а затем использовать различные диагностические метки для психозов и психоневрозов, для указания на различные аспекты этой проблемы. Несмотря на то, что некоторые

пациенты «застывают» в некотором более или менее фиксированном состоянии, большинство пациентов сигнализируют об изменениях разнообразием реакций, которые находят свое место в сложном общем диагнозе. Он может быть кратко назван «маниакально-депрессивная регрессия»

Анализ маниакально-депрессивного случая

Подвести итоги предшествующим заключениям наилучшим образом можно, кратко описав реальный случай аналитического лечения заболевания. Глубоко религиозному человеку на исходе четвертого десятка, женатому, имеющему ребенка, за 12 лет до этого психиатром был поставлен диагноз «конституционально обусловленное маниакально-депрессивное состояние», и было сказано, что с этим ничего нельзя поделать, только контролировать данное состояние, принимая лекарства. Этот «контроль» на деле оказался малоэффективным, и его жена страдала, когда он переживал периоды глубокой депрессии с малой активностью и острым чувством вины по поводу своей бесполезности и периоды компульсивного раннего подъема и лихорадочной чрезмерной деятельности. Он мог в такое время ощущать сильную вину по поводу сексуальных фантазий и агрессивных вспышек в реальной жизни, которую ему было трудно контролировать, в особенности в отношениях с женой и ребенком. Помимо этих крайних состояний, его общее отношение к жизни было пуританским, нетерпимым ко многим вещам «по принципиальным соображениям», строго пресвитерианским и крайне независимым. Он сказал: «Я ощущаю внутри себя “сердце из стали” святого Августина».

Анализ вины ясно показал, что она направлена главным образом против чувства слабости и смешана с презрением к себе. Находиться в депрессии означало быть слабым, неактивным и неспособным работать, предаваться сексуальным фантазиям или хотеть сексуальных отношений. Слабостью была неспособность контролировать свою вспыльчивость и раздражительность, а также потребность в чьей-либо помощи. Его «эго-идеалом» был сильный и немногословный мужчина, обладающий железным самоконтролем, который лишь временами мог расслабиться на радость своему ребенку, шутя и болтая с ним; в остальном он крайне серьезен. Со своим университетским образованием и способностями к лидерству на пике своих возможностей он был успешной и ценной личностью, но за этим всегда следовал срыв в маниакально-депрессивные колебания настроения.

Выяснилось, что он периодически использовал конверсионную истерию как защиту против своей депрессии, и однажды восемнадцать месяцев в процессе анализа у него были повторяющиеся по четыре или пять недель приступы ларингита или люмбаго. По мере того как они исчезали под воздействием анализа, он неизменно вновь начинал ощущать свою депрессию. Эти два физических состояния ясно символизировали состояние ухода от активной жизни в слабость и пассивность, когда он с трудом мог говорить или ходить и вынужден был бездействовать, что направляло его внимание в сторону от «плохих» импульсов, сексуальных и агрессивных, и отвлекало от мысли, что он «слабак». Его жизнь была длительной борьбой за самосохранение, так как он всегда ощущал себя неадекватным и был полон дурных предчувствий. Он сказал: «Это сущий ад — идти по жизни, все время взвинчивая себя, чтобы иметь смелость видеть то, что от тебя требуется, даже зная, что тебе это не по силам». Постепенно анализ все меньше и меньше фокусировался на вине по поводу секса и агрессии и все боль-

ше и больше — на его страхах, робости, отходе от жизни и постоянном напряжении из-за собственного принуждения в связи с данными изъянами. Его маниакально-депрессивный цикл представлялся ему теперь обусловленным глубоким истощением его скрытой полной страха внутренней самости, приводящим к физическому и психическому коллапсу. Он достаточно ясно понимал, что родители в прошлом полностью подорвали его хоть какую-либо естественную уверенность в себе и что в подростковом возрасте он был серьезно скован калечащим чувством собственной неадекватности и неспособности «быть на высоте положения».

В силу реальной необходимости его лечение в то время сфокусировалось на его неспособности к расслаблению и отдыху. Он боялся «дать себе волю» во сне и не мог успокоить свою сверхактивную психику. Анализ позволил ему увидеть реальное значение этого: боязнь, что если он однажды остановится, то никогда не сможет начать снова. Он отчаянно боролся за преодоление эмоционального покалеченного и снедаемого страхом ребенка внутри себя, и принуждал себя быть взрослым, действуя из самых лучших побуждений, но избрав ведущий к поражению метод напряженной работы для поддержания бытия и жизненности своего эго, чтобы чувствовать себя настоящим «человеком», тогда как слабое инфантильное эго — «ничтожество» — спрятано в глубинах бессознательного. *Анализ его депрессивной вины как части организованной им системы самопринуждения и защиты против своей тайной «испуганной детской» самости, которая находится в постоянном бегстве от жизни, привел к обнаружению давних, но ранее не раскрытых шизоидных черт.*

Это произошло, когда после трех с половиной лет анализа он вступил в пятимесячный период фундаментальной проработки стержня его самофрустрированной личности. После этого с убывающими по амплитуде и

все более редкими колебаниями настроения он вступил в длительный период спокойного и прочного улучшения. Он ощутил больший интерес к своей работе, значительно улучшил свои отношения с женой как в эмоциональном, так и в сексуальном плане, стал более добрым к своему ребенку, более терпимым и тактичным по отношению к другим людям и к себе, стал намного менее бояться общения с людьми и, наконец, установил более простые и непосредственные, свободные от конфликтов взаимоотношения со мной. Я кратко подведу итоги этого решающего прорыва. (Числа в скобках представляют хронологическую последовательность наиболее важных сессий на протяжении тех пяти месяцев.)

(1) «Я помню себя стоящим в темноте за дверью и стучащим в нее. Да! Это воспоминание. Нас запирали в темном чулане, когда мы не слушались... Теперь я сам себя запираю и впадаю в панику. Меня охватывает глубокий страх. Временами он почти приводит к моему краху как взрослого человека, и я боюсь коллапса».

(2) Его отец умер за несколько месяцев до этого в преклонном возрасте, и пациент сказал: «На уровне сознания меня не тревожит смерть отца. Он просто ушел. Это нечто безличное. Но я хочу добраться до моих реальных чувств».

(3) «У меня никогда не было отца, который бы любил своих детей и заботился о них. Я восприимчив к страданиям детей». Я прокомментировал: «Но вы заставляете страдать свою собственную детскую самость». Он ответил: «Я устал и хотел бы, чтобы вы положили меня спать, а при пробуждении я бы обнаружил, что все мои проблемы решены». Это был один из первых знаков реальной зависимости от моей помощи. (Ср. пятую сессию.)

(4) «В вашей комнате тепло и уютно, но я считаю, что комфорт не для меня». Он рассказал сновидение:

«Я видел, как в открытом гробу разговаривает мужчина. Я был крайне встревожен, так как гроб собирались закрыть крышкой, и тогда мужчина был бы похоронен заживо. Но он сложил свои руки и сказал: "Может быть, теперь я смогу расслабиться».

Пациент добавил: «Сейчас я говорю очень быстро. Раньше меня крайне пугала мысль, что меня могут похоронить заживо». Я сказал ему, что его пугала перспектива полностью уйти, быть похороненным заживо и «попасть в гроб» внутри себя самого, и поэтому он говорил очень быстро, чтобы отвести эту беду; что часть его уже давно погребена, и он опасается релаксации, сна и какой-либо зависимости от меня или своей жены, так как считает, что это будет означать утрату его активной самости и соскальзывание в регрессию. До тех пор пока он не перестанет считать свою регрессировавшую самость угрозой своего существования и не преодолеет свой страх, он не сможет начать восстанавливаться на глубоком бессознательном уровне. Он ответил: «Мне кажется, мне не следует хотеть груди моей жены или какого-либо удовольствия. Сексуальный половой акт должен быть чисто механическим. Я боюсь дать себе волю и позволить вам помочь мне».

(5) Базисная проблема — можно ли позволить слабому и испуганному ребенку в нем быть зависимым и получить помощь или же его следует безжалостно подталкивать к псевдовзрослому поведению — теперь вышла на первый план в переносе. Каждую неделю у него были серии фантазий, когда он приближался к моей квартире или видел снаружи мою машину. Вначале он фантазировал о том, чтобы разбить машину вдребезги; затем что он забирался в машину и уезжал прочь; затем — что я был в машине, а он садился и клал свою голову мне на плечо и обнимал меня рукой, а затем внезапно нападал на меня и сам ее вел. Еще позже он фантазировал о

том, что я веду машину, а он сидит в ней как пассажир, и, наконец, он видел себя в моей машине свернувшимся калачиком и быстро засыпающим, зная, что я одобрю такое его поведение. Его враждебное сопротивление и агрессивные действия в фантазиях против меня явно были защитой против его страха зависимости от меня и скрывали за собой фантазию возвращения в матку. Все эти серии фантазий давали поразительную картину того, как ментальные изменения могут происходить под воздействием анализа.

(6) Это была переломная сессия. Он чувствовал себя «не в своей тарелке»: «Не могу сосредоточиться. Я просто сижу и гляжу в одну точку и не могу взяться за текущую работу. Я потерял интерес. Я хочу убежать от всякой ответственности перед людьми. Я чувствую, что лишился разума. Мне надо было идти на деловую встречу, но я не испытывал никаких чувств, никакого интереса, никакого гнева, только печаль. У меня был с женой половой акт, и он не вызвал у меня никаких особых чувств». Таким было его шизоидное, отчужденное, безличное, апатичное состояние, нечто намного более глубокое, чем его прежняя депрессивная вина. Я объяснил ему это состояние, и он сказал: «Я всегда был хорошим игроком в крикет. В 1946—67 Англия играла с Австралией, а я тогда ощущал апатию и не мог понять, почему люди хотят играть в крикет. Это было, когда я подружился с девушкой, на которой впоследствии женился. У меня месяцами длилась подобная апатия. Это было ужасно. Внутри я ощущал пустоту, отсутствие каких-либо жизненных целей, полнейшую тщету». Я высказал предположение, что ранее он в глубоком страхе уходил от проблем, сопутствующих человеческим взаимоотношениям, от растущей дружбы с девушкой, и теперь он вновь в глубоком страхе уходит от растущей в нем склонности доверять и более явно зависеть как от своей жены, так и от меня. Эта сессия была поворотным пунктом.

(7) На следующей сессии он чувствовал себя лучше, и, начиная с этого времени и далее, он все чаще сообщал об улучшении. Он упомянул о сновидении:

> «Я спустился в башню, а затем должен был пройти сквозь туннель, чтобы выйти наружу. Хотя я раньше уже ходил этим путем, мне было крайне страшно».

Это была очевидная фантазия возвращения в матку, свидетельствующая о том, что он находился в контакте в глубоком бессознательном со своим утраченным регрессировавшим эго, причине всех его шизоидных реакций. Он сказал: «Я бы желал, чтобы вы на меня напали и дали бы мне шанс сразиться. Любовная связь удушает. В прошлом у меня была преждевременная эякуляция, а теперь, сколько бы я ни пытался, что-то меня сдерживает, и я не могу достичь эякуляции. Я опасаюсь быть проглоченным. Это эквивалентно лежанию на этой кушетке». «Кушетка» в течение ряда недель была центром его конфликта между зависимым ребенком и компульсивно независимым взрослым. С самого начала он шел на компромисс и до настоящего времени никогда не позволял анализировать проблему кушетки. Он не хотел сидеть в кресле пациента; это казалось ему слишком «взрослым». Он не хотел лежать на кушетке; это казалось ему инфантильным. Поэтому он сидел на кушетке, свесив ноги на пол, в течение первых 3 лет и 9 месяцев анализа. На данной сессии впервые он для пробы положил одну ногу на кушетку и сразу начал говорить: «Не лучше ли мне сесть в кресло? Лежание на кушетке предполагает отход ко сну, капитуляцию, утрату независимости от вас. Я всегда боялся анестезирующих средств. Сейчас я сижу на кушетке, поставив одну ногу на пол, опасаясь очутиться всецело в вашей власти. Мне приснилось, что вы отобрали мой пенис, и я просто вернул его на прежнее место, и он остался там».

(8) На следующей сессии он сразу же лег и сказал: «Теперь я лежу на кушетке как следует, намного более удобно. В последние две недели у меня был удовлетворительный половой акт с женой. Я всегда хотел убежать от реального мира. Пока я не пришел к вам, у меня было очень мало счастья в жизни и браке. Теперь я полон счастья и очень вам благодарен ». Затем он внезапно добавил: «Теперь я хочу встать с кушетки. Я опасаюсь каких-либо тесных взаимоотношений».

(9) Он еще раз фантазировал, как моя машина разбивается вдребезги, а затем сказал: «Было бы так хорошо отказаться от борьбы и вновь погрузиться в теплую человеческую плоть, сдаться, расслабиться». Я сказал: «Вы боитесь этого столь же сильно, как и хотите. Если вы позволите вашей пассивной истощенной самости раннего периода жизни восстановить здесь силы, вы станете в большей мере способны к активности без понукания себя». Он ответил: «Когда вы это говорили, я ощутил огромное чувство облегчения».

(10) Четыре сессии (с 6-ой по 10-ую) оказались поворотным пунктом анализа в той мере, в какой это имело отношение к его маниакально-депрессивному заболеванию. Этот паттерн совершенно исчез и больше не возвращался. Он перешел в конфликт по поводу принятия его регрессировавшего эго на сессиях, так что он мог поддерживать активное взрослое центральное эго в публичной жизни без принуждения и истощения себя. Однако данную проблему было нелегко решить. На этой сессии он был напряжен. Он сказал: «Мне очень хотелось сюда придти, лечь на кушетку и расслабиться, однако затем я стал сурово себя критиковать, обвинил в лености и силой воли заставил работать. Единственным способом решать свои проблемы, которым я до сих пор пользовался, заключался в принуждении себя к работе». В действительности это то, что Фэйрберн называл анти-

либидинальным эго: сражающийся ребенок заставляет себя избавиться от пассивных потребностей.

(11) Вскоре после этого он пришел на сессию и сказал: «Меня волнуют лишь две вещи». Он рассказал о своих волнениях и добавил: «Теперь я хочу расслабиться». Он лег на кушетку и погрузился в глубокую дремоту минут на сорок.

(12) На следующей сессии он сказал: «Прошлая сессия что-то во мне изменила. Я чувствую себя как-то спокойнее и сильнее». После критических пяти месяцев, за которые прошли эти 12 сессий, он смог добиться стабильного прогресса, его колебания настроения не были похожи на первоначальную циклотимию. Пятнадцать месяцев спустя он сказал на одной сессии: «В целом я чувствовал себя очень хорошо в это время, был позитивно настроен к жизни, дела шли хорошо. Моя любовь к жене усилилась, и сексуальные отношения приносят огромную радость. Есть еще ряд проблем, но жизнь стала восприниматься по-новому. Как если бы с меня сняли путы и выпустили из тюрьмы».

Следует признать, что не все регрессии могут быть помещены внутри аналитической ситуации, как в данном случае, но даже тогда я считаю, что они поддаются излечению в результате совместной поддержки и анализа, если индивид готов им воспользоваться. Я смог осуществить подобную работу с рядом пациентов, которым была необходима госпитализация.

По прошествии восемнадцати месяцев после описанных событий пациент сохранил и упрочил свои достижения и сократил частоту сессий. Незначительные спады и подъемы анализировались в целях предотвращения повторной аккумуляции неразрешенной и вытесненной тревоги. Он научился принимать факт, что человеческая личность — это сложное образование, которое не развивается все время на одном и том же уровне, а формируется, как это на самом деле происходит, слоями, и в бо-

лее глубоких областях всегда остается наследие слабости детства. *Концепция «непрерывного развития» заменила концепцию «излечения». А что касается случая, описанного в конце третьей главы, устранение «заболевания» оставило после себя основную и очень глубокую проблему, которую следовало анализировать более неторопливо для достижения прочно закрепленного результата.*

Здесь достаточно кратко изложить структурные термины Фэйрберна (см. с. 98—100 данной книги) и дать точное определение термина «пассивный» в отношении к тому, что я называю шизоидное регрессировавшее эго. Фэйрберн полагал, что первоначальное целостное эго под воздействием неблагоприятного окружения подвергается расщеплению на три достаточно легко различимых аспекта, действующих фактически как три «под-эго»: *центральное эго*, ищущее приспособления к внешнему миру (и поэтому в основном конформистское эго); *либидинальное эго* в состоянии фрустрации, отрицания и подавления (воплощающее потребности младенца в той мере, в какой он не может добиться их удовлетворения) и *антилибидинальное эго*, сравнимое с фрейдовским суперэго, которое непосредственно занято враждебным вытеснением испытывающего нужду либидинального эго (и которое воплощает собой борьбу младенца за продолжение существования без удовлетворения своих потребностей и без помощи других людей).

Чтобы не создалось впечатление об отдельных «психических сущностях», мы будем говорить о центральном эго как *аспекте психического функционирования* младенца при дистрессе, который пытается избавиться от эмоциональных конфликтов, и жить главным образом за счет сокращения потребностей до минимума, совместимого с требованиями внешней реальности. Такое поведение включает в себя феномен, описанный Винникоттом как «ложная самость, уступающая давлениям», или «конформистское эго», хотя оно не исчерпывается

одним лишь этим феноменом. Центральное эго способно к развитию и использованию многих способностей и к удовлетворению реальных интересов в повседневной жизни без полной творческой спонтанности. *Антилибидинальный эго-аспект психического функционирования* направлен агрессивно «против потребностей», и на этой основе легко может объединять силы с конформистским центральным эго, которое пресмыкается перед внешней силой, перенося садистическое отношение на либидинального младенца внутри себя, который считается социально неприемлемым. Обе эти линии развития в личности явно вызваны к жизни трудностями младенца в контактах с неудовлетворяющим окружением. *Либидинальный эго-аспект* психического функционирования представляет, поэтому, первоначальную природу младенца, имеющего базисные и не получившие удовлетворения либидинальные потребности, в состоянии отвержения со стороны внешнего мира и центрального эго, преследования со стороны антилибидинального эго и вытеснения вследствие их объединенного воздействия.

Я высказал предположение, с которым согласился Фэйрберн, что в подобном затруднительном положении либидинальный эго-аспект психического функционирования сам подвергается финальному расщеплению. Это происходит на основе паттерна «борьбы или бегства», обсуждаемого в этой главе. Младенец не может всецело отказаться от своих активных либидинальных потребностей, или же он умрет. Он должен частично продолжать борьбу за их удовлетворение и получать то, что возможно, мазохистским образом, имея плохие объектные отношения, поскольку хорошие объектные отношения недостижимы. Это погружает его в садо-мазохистский внутренний мир фантазии, который является паттерном, часто проецируемым на внешний мир. В то же самое время он частично уклоняется от этого страдания и убегает от объектных отношений в состояние безнадежного

отчаяния. Таким образом, либидинальный младенец испытывает давление в двух противоположных направлениях, не потому, что его объект расщеплен на хороший и плохой, а скорее потому, что он сталкивается с противоречивой ситуацией в самом себе, чувствуя себя, с одной стороны, неспособным обходиться без объектов, а с другой стороны — неспособным быть вместе с ними. Выбор лежит между плохими объектами и отсутствием каких-либо объектов. В то время как центральное эго на сознательном уровне имеет дело с относительно хорошими объектами, но в основном эмоционально нейтральными, на глубоком бессознательном уровне окончательное расщепление в либидинальном эго происходит между эго, активно цепляющимся за плохие объекты, и снедаемым страхом эго, убегающим от всех объектов.

При первом из этих расщеплений я использую термин *либидинальное эго* (в понимании Фэйрберна) для описания фрустрированного либидинального младенца, активно борющегося за сохранение себя в не приносящем удовлетворения внешнем мире и преследующем внутреннем мире. Таково *активное* и на самом глубоком уровне оральное садистическое эго. По контрасту я изобрел термин *пассивное регрессировавшее либидинальное эго* для описания той части эго младенца, где он чувствует безнадежность и отчаяние и стремится лишь к бегству от реальности; сперва не в небытие, а в безопасную бездеятельность, которая делает возможной пассивную восприимчивость к исцеляющим воздействиям. Это в большей мере соответствует тому, что Винникотт называл «подлинной самостью, спрятавшейся в холодильнике с тайной надеждой на возрождение» в более благоприятной окружающей среде. Под «пассивным» я имею в виду определение по *Краткому оксфордскому словарю*: «страдательное состояние, не дающее возможности какого-либо противодействия, покорное, неактивное, инертное». Однако в одном отношении регрессировав-

шее эго может быть крайне активным — в своей реакции бегства, стремления в укрытие, в величайшей решимости найти безопасное убежище, как мы это позднее увидим на клинических примерах. Пассивность имеет свой позитивный смысл как рецептивность, удовольствие в доверчивом принятии помощи, что является здоровым и далеким от инертности, но возможно для регрессировавшего эго, лишь когда оно вступает в терапевтические взаимоотношения.

В своем активном бегстве регрессировавшее эго стремится к состоянию почти полного забвения, к безопасному уединенному уходу, которое выражается внешне в агорафобии и внутренне — в молчаливой отчужденности крайне шизоидного характера, и в особенности в фантазиях возвращения в матку. Когда пациент достигает своей цели ухода, он полностью выключается из жизни, стремясь к галлюцинаторному возвращению в матку для восстановления сил в состоянии покоя. Но остальная часть личности страшится такого состояния как распада и точки невозвращения. Регрессивное заболевание обычно является конфликтом между борьбой за продолжение существования любой ценой и стремлением отказаться от борьбы, в котором последнее влечение берет верх над первым. Остается упомянуть еще один последний факт. Когда страдание подвергающегося преследованию либидинального эго становится слишком сильным и секретная надежда на возрождение регрессировавшего эго тает в безнадежности, может развиться простое желание умереть, убежать раз и навсегда, окончательно сдаться.

ЧАСТЬ III

ПРИРОДА БАЗИСНОЙ СЛАБОСТИ ЭГО

VI. СЛАБОСТЬ ЭГО, СЕРДЦЕВИНА ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ[10]

К данному времени мы установили, что две основные причины душевной катастрофы приводят к развитию двух чувств: (1) «Я плохой, ужасный человек, я виноват»; (2) «Я никто, ничтожество». Первое из них является состоянием *депрессии и паралича эго*. Второе — состояние *деперсонализации и утраты эго* — является результатом шизоидных процессов, которые в общих чертах описывались в первых трех главах. Конечный продукт этих шизоидных процессов появляется под воздействием примитивного страха, и в ходе борьбы с ним возникают шизофренические и параноидальные расстройства. Итогом депрессивного процесса будет возникновение патологической вины. Мелани Кляйн описала эволюционную основу психотических состояний в терминах «параноидально-шизоидной позиции» и «депрессивной позиции». По ее мнению, шизоидный психопат и глубоко параноидальная личность предположительно не смогли в развитии выйти за пределы более ранней параноидально-шизоидной позиции и застряли в развитии на до-моральном, до-депрессивном уровне переживаний. Они не испытывают подлинного сочувствия к другим людям, они не устанавливают трансферентных связей, испытывают жалость лишь к самим себе и вполне могут не поддаваться психотерапевтическим воздействиям. Они не воспринимают внешний мир отдельно от своего внутреннего мира фантазий, в котором на самом деле они просто отрезаны от внешней реальности.

---

[10] Эта глава, с седьмой главой, впервые была опубликована в *Brit. J. med. Psychol.*, 33 (1960), p. 163, и здесь переработана.

Большинству людей удается, даже несмотря на расстройства в младенческом возрасте, по крайней мере, продвинуться в своем развитии, через параноидально-шизоидную позицию к депрессивной позиции, так что они могут испытывать сочувствие к своим объектам, хотя и с не совсем здоровыми эмоциями. О «расщеплении» их психической целостности свидетельствует тот факт, что они все еще частично находятся в параноидально-шизоидной позиции, несмотря на продвижение к депрессивной позиции. Многие исследователи полагают, что «депрессивный» — неподходящее название для этой эволюционной стадии, и действительно, было бы разумнее использовать этот термин для специфического заболевания. Винникотт поэтому говорит о достижении младенцем не «депрессивной стадии», а стадии, на которой он способен чувствовать «сострадание» или «заботу» по отношению к другим людям. В противоположность этому, младенец на более ранней стадии «жесток», хотя он не знает этого. Он преследует свои личные цели, не будучи в состоянии понять силу своих воздействий на мать. Однако вскоре младенца заставляют, к его собственному ужасу, это понимать, и он начинает страшиться своих собственных сильных потребностей как деструктивных, что является первой отправной точкой «депрессии». В особенности если все это происходит в сочетании с объективно плохими переживаниями, младенец не может выйти из этих ранних шизоидных тревог. Его недоразвитое эго недостаточно сильно для развития «заботы» и ответного чувства, и уступает чувству вины, а вместе с ней и «депрессии», и младенец не может выйти в своем развитии за пределы этой стадии. По этой причине мы и получаем столь часто встречающийся результат. Наблюдаются смешанные шизоидные и депрессивные тревоги. Во взрослом анализе, какая бы из этих двух стадий ни проявилась первой, можно быть уверенным в том, что впоследствии придется анализировать другую

стадию; и не просто как результат небольших колебаний между ними, но радикальным образом. Только прояснив обе эти проблемы, пациент сможет стать достаточно стабильным. В прошлой главе я дал описание маниакально-депрессивного пациента, у которого шизоидная проблема была выражена более ярко. После того как она была проанализирована, он вернулся не к прежнему маниакально-депрессивному состоянию, а к более реалистической депрессии и вине в связи со своей матерью, у которой действительно была крайне тяжелая жизнь. Предметом анализа стало не маниакально-депрессивное состояние, а инфантильная зависимость и базисная слабость эго.

Для сравнения я приведу краткое описание случая, в котором анализ развивался как раз наоборот. Здесь крайне шизоидная и полная галлюцинаций пациентка достигла после длительного анализа той точки, где она могла «сочувствовать» людям и чувствовать собственные потребности, которые порождали столь сильную вину и депрессию, что без проработки этого не могло произойти никаких реальных улучшений. Ее чувства к мужу постоянно колебались между тревогой, депрессией и отчужденностью, и она заметила: «По поводу любви у меня возникает много тревоги. Любовь небезопасна». Затем внезапно она сообщила, что до сих пор хранит письма и фотографии своего первого возлюбленного и не может их читать. В начале своего анализа она упоминала об этом человеке, но в связи с ним никогда не всплывало что-либо важное. В то время ей было всего 16 лет, а ему 25, и он служил в армии во время последней войны. Их дружба продолжалась около шести месяцев, когда его послали за границу на военную службу, где после нескольких месяцев он умер от инфекции. Его письма были бесхитростными, искренними и полными любви, и, несомненно, он намеревался на ней жениться. В ту пору она была крайне изумлена, что он вообще обратил на нее

внимание, не говоря уже о том, что он хотел ее любви. Она была младшим ребенком в семье, где друг к другу не питали нежных чувств, и считала, что он был первым человеком, который когда-либо ее любил. Шок от его смерти был огромным, она впала в глубокую депрессию и оставалась в ней в течение двух лет, плача в одиночестве ночами у себя в спальне и скрывая свое горе от остальных членов своей семьи, чье отношение выражалось словами: «Не будь глупой. Ты это переживешь». Она убрала его письма и фотографии в коробку и никогда не осмеливалась взглянуть на них снова. Я предложил, чтобы она принесла их на сессию и прочитала вместе со мной, что она и сделала. Это произошло спустя 20 лет после тех событий, и сейчас она была замужем и имела двоих детей. Тем не менее, чтение этих писем вызвало депрессию, и она тяжело оплакивала его смерть. Она смогла, однако, довольно быстро от этого оправиться, и, говоря о том, что эта дружба была первым событием в ее жизни, принесшим ей реальную радость, она начала оживать. Она осознала, что с тех пор никогда реально чем-либо не наслаждалась. Она пришла на анализ в очень плохом состоянии, продуцируя фантазии об интенсивных связанных с голодом потребностях, однако в реальной жизни не испытывала аффектов и была закрытой.

Теперь она стала испытывать острую тревогу в связи со мной и своим мужем, и смысл ее замечания по поводу тревог о любви стал понятен. Я объяснил ей, что она была бессознательно убеждена в том, что если она кого-либо полюбит, то этот человек умрет и она его потеряет; кроме того, она также считала, что не имеет права чем-либо наслаждаться и с трудом может позволить себе живо радоваться. Как если бы ее мать постоянно ей твердила: «Перестань смеяться, а не то через минуту будешь плакать». Она ответила: «Это в точности то, что они мне всегда говорили». И действительно, она редко смеялась и считала, что не должна испытывать радость. Ее мать

была причиной ее состояния. Мать овдовела через пару лет спустя после рождения пациентки, прожила трудную жизнь и была неуклюжей, работающей на износ, сдержанной женщиной, которая безрадостно переносила тяготы жизни, обеспечивала материальное положение семьи и не осознавала свои эмоциональные потребности. Ранее в анализе пациентке приснилось, что

> «она вошла в комнату, где ее мать и сестры разговаривали друг с другом и полностью игнорировали младенца, лежащего на столе. Она подошла к столу, легла на младенца и стала с ним одним целым».

Она росла, и, чтобы избежать деперсонализации вследствие полного отсутствия каких-либо подлинных связей, должна была цепляться за мать, создавая некое подобие взаимоотношений. Она не могла получить любящего отклика, поэтому привязалась к матери из «чув-ства долга». Она считала, что никогда не должна покидать свою мать, должна оставаться дома и присматривать за ней, и стала пассивной, застенчивой, молчаливой, держащейся в тени девушкой. Первое и единственное крупное восстание против такого образа жизни произошло, когда ей было 16 лет и она ответила на зов любви. Смерть молодого человека породила у нее сильное чувство вины. Она никогда ранее не позволяла себе отдаляться от матери в связи с перспективой замужества, и смерть молодого человека была ее наказанием. Она чувствовала свою вину как по отношению к матери, так и по отношению к молодому человеку, и ее переполняла депрессия такой тяжести, которая сделала бы жизнь невыносимой, если бы у нее постепенно не завязались дружеские отношения с другим молодым человеком, за которого она впоследствии вышла замуж. Это позволило ей похоронить травму и депрессию ее первой трагической любви. Она отложила в сторону письма своего

первого молодого человека и никогда их не перечитывала, т.е. вытеснила их из своей памяти. Однако безопасность ее брака обеспечивалась тем, что она была совершенно неспособна получать от брака или от чего-либо другого удовольствие. Наслаждение жизнью привело бы к высвобождению потока вины и депрессии. Теперь, после длительного анализа, когда она снова начала «испытывать чувства» и уходить от своего шизоидного, бесчувственного состояния, ей пришлось столкнуться с тем, что она была вынуждена воскресить и пережить заново свою вытесненную депрессию и вину. Каждый раз, когда ее муж был в отъезде, она тревожилась за него. У нее существовало бессознательное убеждение в том, что своим браком она выражает плохое отношение к матери, что ей не следовало соглашаться на этот брак, и она должна понести за него наказание. Так ее анализ кратко повторил развитие от шизоидной к депрессивной позиции и открыл путь для дальнейшего продвижения к нормальным взаимоотношениям, хотя лишь после того, как была проанализирована ее депрессия, она смогла более глубоко погрузиться в анализ шизоидных проблем.

Этот случай возвращает нас к тому, что в основе патологической депрессии лежит слабость эго. «Стадия сострадания» (Винникотт) может вообще не быть достигнута инфантильным эго, которое слишком глубоко нарушено и остается в параноидально-шизоидном состоянии, состоянии полнейшего страха внешнего мира и радикального ухода от него. Возвращение к объектным связям может затем возникать *лишь* в форме параноидального страха и подозрения всех объектов. Однако меньшие степени нарушения дают возможность ослабленному эго продвигаться к развитию способности испытывать «сострадание» к объектам и переживанию тревоги и депрессии при возможности причинения объектам вреда, их утраты или разрушения. Однако *«сострадание» к другим людям, ощущаемое ослабленным эго,*

не является всецело здоровым объективным состраданием, возникающим вследствие правильного понимания ценности и интересов объекта. Страх в эго, сам по себе, играет бо́льшую роль. Паника при утрате поддерживающего объекта и вина по поводу утраты объекта любви перемешаны друг с другом. Это вынуждает более сильно развитое эго любить незаинтересованно и заботиться о другом человеке в основном ради него самого, пусть даже на практике никто никогда не бывает настолько зрел для этого. Поэтому мы вновь возвращаемся к проблеме слабости эго как следствия нарушенного развития в самые первые формирующие годы, к проблеме, которая делает очевидным, что психотерапия в каком-либо радикальном смысле не может быть ничем иным, кроме как постепенным и длительным процессом повторного роста.

Эго-психология

В 1913 г. Фрейд писал:

> «Сократить аналитическое лечение — это законное желание, и попытки его осуществления... предпринимаются в различных направлениях. К сожалению, этому препятствует очень важный фактор, а именно: та медленность, с которой... осуществляются изменения в психике» (1913, p. 130).

С тех пор как были написаны эти слова, не произошло ничего такого, что заставило бы думать по-другому. Психотерапия остается медленным и трудным процессом. Тем не менее мы не можем оставаться довольными таким положением дел с научной точки зрения. Даже если глубокое психическое изменение всегда может быть только медленным и трудным, мы хотим знать, почему это так, и всегда есть шанс, что более глубокое понимание может позволить нам сделать психотерапию более эффективной.

Если бы изменение было очень легким делом, а психическая структура — чересчур текучей, результатом была бы более быстрая психотерапия, однако также и общая нестабильность. Относительная стабильность в какой-либо точке на шкале между незрелостью и зрелостью подразумевает, что раз индивид развил определенный организационный паттерн личности, он способен сохранять его с высокой степенью постоянства. Нарушенные паттерны сохраняются столь же упорно, как и более гармоничные. Однако некоторые персональные паттерны столь невыгодны для их обладателей, что мы были бы рады узнать, могут ли они быть изменены и насколько быстро для того, чтобы дать человеку шанс жить нормально. Вся эта ситуация является вызовом для более глубокого исследования и, возможно, также для возвращения к тому, что представляется нам знакомым. Может оказаться, что медленность психотерапии обусловлена не *только* неотъемлемой трудностью этой проблемы, но также возможностью того, что наши психодинамические интерпретации упускали из виду что-то жизненно важное. Все в данной области не может быть охвачено, исходя из одной точки зрения, и часто изменение точки зрения приводит к более глубокому пониманию.

Психоаналитическая терапия сначала основывалась на интерпретациях, предназначенных для раскрытия вытесненных либидинальных потребностей и агрессивных импульсов. Формулировки типа «высвобождение либидо пациента» и «высвобождение агрессии пациента» были характерны для этого подхода. Это привело к созданию популярного идеала «незаторможенного человека». Однако обнаружилось, что достижение такого состояния вносило очень сомнительный вклад в глубокое взросление личности как целого. Оно может освободить пациента от некоторых практических ограничений, которые проистекали из торможений. Это может помочь человеку лучше выражать свои потребности и

поверхностно защищать свои интересы. Однако человек слишком часто понимает, что высвобожденные импульсы являются крайне незрелыми, и навлекают на него не только социальную критику, но также приводят к усилению самообвинения. В действительности, для того чтобы действовать более спонтанно, он вынужден противостоять бессознательной вине, и, если эта вина не становится сознательной, у него не будет наблюдаться никакого дальнейшего прогресса. Стремление к простому высвобождению незрелых и побуждаемых тревогой импульсов, как если бы это было эквивалентно высвобождению здоровых инстинктивных влечений зрелого человека, должно рассматриваться как наивное терапевтическое заблуждение. Сами импульсы также не становятся автоматически зрелыми, становясь сознательными. Бесполезно высвобождать импульсы, если они не рассматриваются все время как выражения *эго* и как указания на состояние, в котором данное эго существует. Как раз это и привело Фэйрберна к отказу от психологии влечений в пользу более радикального анализа эго.

Яркой чертой развития психодинамической теории в последние тридцать лет является то, что благодаря трудам Мелани Кляйн, в которых акцент был смещен с влечения на объект, возникла устойчивая тенденция к сосредоточению внимания на эго, как мы это видели в четвертой главе. Адлер поднял проблему эго в своей теории комплекса неполноценности и воли к власти; однако он поднял эту проблему поверхностно, преждевременно и, главным образом, на социальном уровне. Как раз сам Фрейд в 1920-х дал реальный толчок к анализу эго. Его структурная схема — ид, эго и суперэго — несмотря на ее крайнюю недостаточность, была громадным первым шагом к *постановке эго в центр всей картины,* где до этого господствовало психобиологическое влечение. Это ясно видно из утверждения Анны Фрейд (1936):

> «Случались периоды в развитии психоаналитической науки, когда теоретическое исследование индивидуального эго было явно непопулярным... Всегда, когда интерес смещался с более глубоких к более поверхностным уровням — то есть всегда, когда исследование отклонялось от ид к эго, — оно воспринималось как отступничество».

Однако из этого также ясно видно, что динамические глубины психики все еще рассматривались как безличное «ид», в то время как «эго» принадлежало к «более поверхностным слоям». До тех пор пока оставался этот пережиток прежней «психологии влечения», не могло развиться никакой удовлетворительной теории эго.

Фрейд ясно утверждал (1937), что:

> «мы достигнем осуществления нашей терапевтической цели, лишь когда окажем более значительную аналитическую помощь эго пациента».

Ранее он писал о «терапевтических усилиях психоанализа», что

> «*ведь их цель — укрепить эго, сделать его более независимым от суперэго* [курсив мой], расширить поле восприятия и перестроить его организацию так, чтобы оно могло освоить новые части ид» (1933).

При некотором переосмыслении терминов ничего не могло быть ближе к правде о психотерапии. Это наша психотерапевтическая хартия. Ее важное значение, однако, затемнялось тем, что фрейдовская теория эго, ограничившись «поверхностными слоями», не могла придать «эго» какого-либо смысла, адекватного этому утверждению. Теория Фрейда осталась теорией конт-

роля со стороны эго и суперэго за психобиологическими влечениями. Эго осталось поверхностно развитым аппаратом контроля «на поверхности ид», а не подлинной самостью, не реальной сердцевиной личности. *Нам нужно, чтобы термин «эго» означал «всю» природу индивида и его знание себя как «личности», «Я» в личных отношениях с другими «Я», «Я», чья целостность может быть «расщеплена» вследствие чересчур расстраивающих переживаний.* Фэйрберн писал: «Все внутренние проблемы превращаются в конечном счете в проблемы эго». Винникотт пишет о «терапевтической регрессии» в поисках «подлинной самости», которая ранее была вытеснена и сейчас погребена под «ложной самостью», которая функционирует как конформист на социальном уровне. Это положение классическая психоаналитическая теория вразумительно объяснить не может. В действительности психодинамическая теория переключает внимание с «высвобождения и/или контроля инстинктивных влечений» к «взрослению эго, формированию эго как взрослой личности». Возможно, мы можем определить это изменение даже более просто как «борьбу индивида за достижение и сохранение стабильного эго». Мы должны заново продумать все знакомые проблемы с этой точки зрения.

Кроме того, такова в действительности точка зрения самого пациента. Одна моя пациентка, которая никогда не слышала о Винникотте, сказала мне много лет тому назад: «Я взрастила внешнюю оболочку конформиста, в которой я утратила контакт со своей реальной "самостью"». *Она чувствовала, что не обладала подлинным эго, однако в некотором смысле понимала, что такое эго потенциально находится в ней.* Фэйрберн считал, что мы должны выйти за пределы вытеснения воспоминаний, эмоций и влечений и рассматривать вытеснение объекта, используя теорию Мелани Кляйн о «внутренних объектах» (*Фэйрберн*, 1952). Его работа, однако, направила наше внимание на вторую часть объектной связи, а именно, на эго. Наша

потребность в объектных связях заключается в том, что без них невозможно развивать эго здоровое, сильное и стабильное: и именно в этом нуждаются все люди. Фэйрберн приводит слова пациента: «Вы всегда говорите мне о том, что я хочу нечто или что это желание удовлетворено; но чего я в действительности хочу, так это отца» (1952). Теперь, однако, мы должны продвинуться на шаг вперед и сказать, что причина, по которой пациент хочет отца (и нуждается в аналитике), в том, что без удовлетворительного взаимоотношения с другим человеком его эго не сможет развиваться, он не сможет найти себя. Вот почему так часто пациенты высказывают жалобы: «Я не знаю, кто я такой или что я такое; мне кажется, что у меня нет своего ума; я совсем не чувствую себя реальным человеком». Их ранние объектные отношения были таковы, что они оказались неспособны «найти себя».

Основное желание каждого человека заключается в том, чтобы стать «субъектом», достичь создания солидной структуры эго, развить личность для того, чтобы жить. Этого можно достичь лишь в личных объектных связях. Если они являются хорошими, младенец проходит через стадию естественного и неосознанного хорошего эго-развития. Если они являются плохими, хорошее развитие эго серьезно нарушается с самого начала, как об этом по-новому свидетельствуют труды Биона. *Нет страхов хуже и глубже, чем те, что возникают вследствие необходимости справляться с жизненными проблемами, когда человек чувствует, что он не представляет собой реальную личность, что его эго базисно слабо, возможно даже, что у него вряд ли есть само эго как таковое.* Таковы основные страхи наших пациентов. Так, один из пациентов, который часто высказывал жалобы, аналогичные приведенным выше, однажды выпалил: «Я боюсь жизни, всего. Страх — ключ ко всем моим переживаниям». Психотерапия, определяемая как процесс, в ходе которого пациенту помогают достичь зрелого эго и преодолеть его глу-

бокий страх жизни, является логической целью работы Винникотта в клинической и терапевтической области и ревизии теории Фэйрберном. Это открытие «подлинной самости», которую Винникотт видел погребенной за многолетними защитами, а также преодоление «инфантильной зависимости», которую Фэйрберн считал основной причиной психоневроза (эдипов комплекс является примером инфантильной зависимости). Эти две точки зрения представляются отправными пунктами для исследования в области психотерапии в настоящее время. «Инфантильную зависимость» нельзя более наглядно проиллюстрировать как причину затруднений, чем используя замечание пациентки: «Мне до смерти надоело тащить с собой, куда бы я ни пошла, робкого маленького ребенка внутри меня» — слабое, отягощенное сверх меры базисное эго, которое просто не может противостоять жизни. От этого ребенка приходится затем отрекаться, под воздействием требований внешнего мира, а позднее он становится интернализован как внутренняя потребность, как в этом сновидении:

> «Я ела свою любимую пищу, когда в комнату вошла мать и унесла ее от меня. Когда я стала протестовать, она сказала: “Не будь ребенком”».

Эти два примера высвечивают для нас, в собственных словах пациентки, природу той проблемы, которую они поднимают. *Инфантильное эго было отвергнуто и вытеснено. Оно остается поэтому недоразвитым и слабым, и глубинное взросление личности останавливается.*

Страх слабости эго

Если мы теперь на короткое время забудем сложные психиатрические, психоаналитические и психологичес-

кие теории и непосредственно понаблюдаем за людьми, как они справляются с жизнью и строят отношения с окружающими, мы можем задать себе простой вопрос: «Чего люди боятся больше всего?» Многочисленные способы, которыми люди обороняются друг против друга в бизнесе, в социальной жизни, семье, и даже на досуге, говорят о том, что единственным вездесущим страхом является страх быть и выглядеть слабым, неадекватным, не столь сильным человеком, как другие, или неадекватным перед лицом требований данной ситуации, неудачником; страх быть униженным и выглядеть дураком перед лицом не помогающего и даже враждебного внешнего мира. Этот страх лежит за всей логически обосновываемой самоуверенностью, трудноуловимым эксгибиционизмом, скрытым хвастовством, стремлением к конкуренции или избеганием ее, потребностью в похвале, подбадривании и одобрении, тактическими действиями по обеспечению в первую очередь безопасности и многими другими защитными реакциями на жизнь, которые лежат на поверхности и открыты любому взору.

Если мы теперь возвратимся к нашим пациентам, то обнаружим, что тот же самый страх выглядеть слабым часто ясно обнаруживается в чувстве стыда и унижения по поводу того, что они нуждаются в лечении. В этом контексте страх враждебного мира выражен в страхе, что их станут презирать, если станет известно, что они проходят такое лечение. «Люди станут думать, что я чокнутый». Но за этим страхом стоит факт, что пациенты страдают от очень серьезного чувства подлинной слабости и неадекватности, в результате которых они находятся в состоянии постоянной тревоги. Их страх казаться слабыми вытекает из этого так же, как и их страх враждебного мира. Справедливо, что чувство слабости не связано никаким прямым образом с действительными способностями пациента. Оно встречается и у очень способных людей, высококлассных профессионалов, у

людей, успешно ведущих свой бизнес, и т.п. Одним из людей с очень сильным чувством неуверенности в своих силах, которого я знал, был хирург, который превосходно работал в течение двадцати лет. Но он говорил, что никто не знал, какие муки он испытывал. Каждый раз, когда звонил телефон, он чувствовал сильнейшую тревогу, что его попросят провести операцию, которую он не в силах сделать, или же что она пройдет неудачно. *Чувство слабости возникает вследствие отсутствия надежного чувства своей собственной реальности и идентичности Я.* «Я не уверен в себе; иногда я чувствую, что я просто пустое место».

Для многих пациентов, однако, эта глубоко лежащая фундаментальная слабость эго не очевидна для них самих. Мы можем усматривать ее проявления, однако силы пациентов энергично направлены на сокрытие, отрицание, опровержение, маскировку или совладание и выдавливание, если это возможно, любого проявления этих чувств слабости, страха, робости и неспособности противостоять жизни, которую они у себя обнаруживают. Знаменитое «сопротивление» в психотерапии, которое было одним из самых важных открытий Фрейда, является, прежде всего, попыткой отрицать потребность в лечении. Пациенты будут либо преуменьшать свои проблемы, минимизировать свои симптомы, открыто заявлять, что считают психотерапию унизительным делом и что им следует справляться с этими затруднениями самим, обижаться на крайне тактично и осторожно даваемые интерпретации как на критику. При этом они крайне озабочены, чтобы никто не узнал, что они консультируются у психотерапевта; или они могут считать свои проблемы несправедливыми или необъяснимыми страданиями, с неявно выраженным настроем: «Со мной на самом деле все в порядке, просто каким-то образом эти несчастья выпали на мою долю», и полагать, что вправе рассчитывать на помощь в таких вещах

(тем самым оправдывая себя). Большинство пациентов, помимо немногих более проницательных, ищет устранения своих симптомов, не осознавая необходимости внутренних изменений, ибо они не воспринимают свои симптомы как свидетельства базисной слабости своей личности. Если же они это понимают, то тем более считают лечение унижением и с самого начала занимают оборонительную позицию. Эти пациенты часто правы в своем чувстве, что на них будут глядеть сверху вниз, судя по тому едва скрытому презрению, с которым психиатры обычно относятся к истерикам. В любом случае пациенты глядят сверху вниз на самих себя. Одной из моих пациенток приснилось, что она прошла через мои комнаты и поднялась на крышу и, глядя вниз, увидела себя входящей в мой дом и подумала: «Посмотрите на это глупое создание, идущее сюда».

Чем больше размышляешь о таких вещах, тем более впечатляющими становятся факты. Сопротивление психотерапии идет рядом с защитой людей друг от друга в повседневной жизни. Если мы станем изучать этот вопрос в свете психопатологических данных, которые сейчас находятся в нашем распоряжении (однако их еще не было в начальный период развития психоанализа), мы подойдем ближе к сути данной проблемы. В структуре личности всех людей имеется бóльшая или меньшая степень незрелости, и эта незрелость воспринимается как определенная слабость и неадекватность эго перед лицом взрослых задач жизни. Энергичные попытки преодолеть или скрыть эту слабость, которую люди, на самом деле, преодолеть не могут, порождают совместно с самой этой слабостью массу психопатологических переживаний и особенности поведения, что заметно не только у пациентов, но также в общем низком уровне психического здоровья в обществе. *Борьба за то, чтобы принудить слабое эго противостоять жизни, или даже более фундаментально, борьба за сохранение эго каким-либо образом,*

является основной причиной психотических, психосоматических и психоневрологических напряжений и болезней.

Не случайно столь многие люди находятся в состоянии постоянной тревоги, потому что чувствуют слабость и неадекватность в самой сердцевине своей самости. Может быть, мы только-только выходим из психологического средневековья, поскольку дело касается масс населения, в вопросе воспитания детей. Есть лишь одно или два примитивных племени, простая культура которых находится в полном неведении о нашей научной цивилизации, однако их паттерн «терпимости» и родительской любви заключает в себе намного бóльшую психологическую мудрость, чем какие-либо формы капиталистического или коммунистического общества, известные нашему снедаемому тревогой миру. Некоторые другие примитивные племена были описаны как обладающие параноидальным паттерном культуры, этот термин в равной мере применим и к нацизму. Борьба за установление демократии иллюстрирует те громадные трудности, с которыми сталкивается современный человек в попытке создать общество, где людей ценят за их человеческие качества и помогают им становиться таковыми. В действительности на всем протяжении нашей современной цивилизации Востока и Запада, правого и левого крыла, религиозного и научного взгляда на мир продолжается массовое «производство» базисно нездоровых и психологических ослабленных людей, которое превосходит нашу способность найти способ справиться с ними. Растут массы детей, пораженных страхом, отданных на милость родителям, которые вымещают собственные страхи и напряженность на детях. Кроме того, наши пациенты постоянно встречают критическую и недружественную реакцию со стороны друзей. «О, мы все могли бы так расклеиться, если бы дали себе волю; ты должен держать себя в руках. Ты должен меньше думать о себе и больше

о других людях». Поэтому царящие в культуре взгляды побуждают их ощущать стыд за свою слабость и имитировать силу. Ян Сатти много лет тому назад говорил о «табу на нежность» в нашей культуре. Однако данная проблема более глубока. Причина того, почему существует табу на нежность, заключается в том, что нежность считается слабостью во всех взаимоотношениях, кроме самых интимных, и многие люди считают нежность слабостью даже в этой сфере и вводят паттерны доминирования и в любовную жизнь. Табу налагается на слабость; громадное преступление человека быть слабым; то, в чем никто не осмеливается сознаться, — это чувство слабости, насколько бы сильно реальная слабость ни была в них заложена в младенческом возрасте. Вы не можете позволить себе быть слабым в соревнующемся мире, который, как вы чувствуете, настроен по отношению к вам главным образом враждебно, и если кому-нибудь удается обнаружить, что первые годы его жизни привели к чрезмерной задержке его эмоционального развития и к неудаче развития эго на важных ранних стадиях, то вскоре он научается использовать все свои силы для сокрытия или для совладания с младенцем внутри него.

Базисное эмоциональное затруднительное положение

Проблема слабости эго постепенно выходила на передний край психодинамического исследования. Возможно, громадное сопротивление признанию и столкновению лицом к лицу с базисной слабостью эго коренится в страхе, который все люди проявляют как в социальной жизни, так и в качестве пациентов и который отражен в той медлительности, с которой психиатрическое и психоаналитическое исследование подошло к встрече с этой проблемой. Может оказаться, что мы сами предпочтем

не видеть ее, если только не найдем ее в своих собственных сердцах. Даже для теоретиков менее тревожно думать о совладании с инстинктивными влечениями или об исправлении поведенческих паттернов, нежели помогать расти испуганному младенцу внутри. Во-первых, если верно последнее, то терапевтическая проблема не может быть решена одним лишь анализом. Анализ должен рассматриваться как «проявляющий» эволюционно задержанную в развитии психику для оказания ей поддержки и нового понимающего отношения, в котором терапевт, подобно пациенту, должен ждать, в то время как ребенок растет. История психодинамической теории может рассматриваться как история длительной борьбы за преодоление нашего научно рационализированного сопротивления этому факту. То, что эта точка зрения начинает доминировать в современном психоанализе, иллюстрируется следующей цитатой из Зетцель (1965):

> «Успешное появление и разрешение невроза переноса в клиническом психоанализе возможно при установлении и постоянном поддержании терапевтического альянса. Кроме того, те качества в аналитике, которые наилучшим образом способствуют терапевтическому альянсу, во многом соответствуют тем интуитивным материнским откликам, которые приводят к успешному раннему развитию эго у младенца».

Мы должны остерегаться упустить из виду — за сложными анализами, статистическими исследованиями вторичных феноменов, интересными психодинамическими патологиями — ту «базисную человеческую дилемму», в которую пойманы наши пациенты, а именно: что они росли в ситуации, в которой были неспособны заложить основы для развития сильного эго, и в глубине души у них выросло чувство собственной неадекватности к

требованиям жизни, хотя они могут его и не осознавать, будучи полны страха и сражаясь, с разным успехом, за продолжение своего существования и принятия на себя должной меры ответственности. Эта базисная слабость эго лежит в основе расстройства личности и всей проблемы психотерапии. Та линия исследования, которая наиболее уместна для всех форм психического заболевания, отличных от чисто органических заболеваний по своему происхождению, выявляет суть проблемы — неудачные попытки или неспособность ребенка в той среде, в которой он был рожден, заложить основы для адекватной, сильной, хорошо развитой, уверенной в себе личности, могущей справляться со взрослыми задачами в жизни.

С точки зрения психотерапии, возникают две проблемы. (1) Как и почему происходит первоначальная неудача эго? Мы дадим ответ на этот вопрос в восьмой и девятой главах. (2) *Почему и как, или в какой структурной форме, продолжает существование эта ранняя задержка в развитии эго? Раз случившаяся первоначальная неудача не дала возможности заложить основы для развития свободной от тревоги и активной самости в младенчестве, психическая организация, очевидно, приходит к такому состоянию, которое эффективно блокирует возможность какого-либо дальнейшего глубокого эмоционального роста.* Жизнь затем превращается в непрестанную борьбу за то, чтобы принудить себя быть адекватным требованиям взрослой жизни, хотя отсутствует чувство такой адекватности. (Ср. случай, рассказанный в пятой главе.) Именно эта ситуация выявляется во всех психических расстройствах, и мы должны детально ее исследовать, прежде чем двигаться дальше. Все перевешивает факт, что младенец должен расти, чтобы стать взрослым, достаточно сильным, чтобы заботиться о себе и внести свой собственный вклад в жизнь других людей. Возможно, большинство людей никогда не чувствуют себя

столь приспособленными для жизни и «вздергивают себя», чтобы противостоять ей. Фрейд изобразил такое состояние, когда на своем языке говорил о бедном эго, находящимся под сильным давлением со стороны трех его господ — ид, суперэго и внешнего мира. Страх внутреннего распада и утраты эго становится еще бóльшим, чем первичные страхи внешней реальности. Эго Фрейда — это всего лишь «эго повседневной жизни» в смысле одного лишь контроля, а не динамический центр всей личности. Фрейд называл его эго реальности, т. е. эго в соприкосновении с внешним миром, чему Фэйрберн дал название «центральное эго» и что Винникотт, во всяком случае в одном из его аспектов, называет «ложной самостью». Не это знакомое эго и не эта часть психической самости характеризуют базисную слабость эго. Конечно же, глубинное чувство слабости и неадекватности действительно прорывается в это сознательное эго повседневной жизни, но оно не зарождается там. Прорыв происходит, когда терпят крах обычные защиты центрального эго. Обычно это эго служит защитой против основного чувства слабости, для предотвращения его вторжения в сознание. Обсессивный характер дает нам поразительный пример центрального эго, организованного на ригидном паттерне абсолютного самоконтроля, исключающего всякую слабость; хотя здесь можно сказать, что на самом деле эго порабощено фрейдовским садистическим суперэго для присмотра за слабым убогим младенцем внутри.

Здесь представляется необходимым вновь вернуться к доступной структурной терминологии. (Ср. сс. 98—100, 241-242) Нам требуются термины, с помощью которых мы можем определять различные аспекты психического функционирования, для того чтобы обсуждать те проблемы, с которыми мы здесь сталкиваемся. В настоящее время еще нет общепринятого полностью удовлетворительного набора терминов, главным обра-

зом, потому, что анализ различных аспектов сложного конфликтного внутреннего состояния стал намного более тонким с того времени, как Фрейд впервые открыл эту область исследования, разграничивая ид, эго и суперэго. Мы должны концептуально описать три главных аспекта психического функционирования, каждый из которых имеет свои собственные сложности: (1) сознательную самость повседневной жизни, реагирующую и приспосабливающуюся к внешнему миру; (2) первичную природную, или врожденную, потенциальную самость, с какой рождается младенец и которая становится в различной степени развитой или заторможенной вследствие постнатального опыта; (3) очень сложный набор функций, при которых происходит задержка дальнейшего развития психики, либо под давлением внешнего мира, либо одновременно под давлением своих собственных страхов распада — тех феноменов, о которых Фэйрберн говорил как о «внутреннем саботаже». У нас есть три предложенных набора терминов, которые не являются в каком-либо смысле взаимно исключающими, выдвинутых Фрейдом, Фэйрберном и Винникоттом.

Термины «эго реальности», «центральное эго» и «ложная самость» должны восприниматься как обозначающие сознательную самость нашей обычной повседневной жизни. Ни один из них не является вполне удовлетворительным. Чтобы быть точным, «эго реальности» следует расширить до «эго внешней реальности», ибо внешний мир не обладает монополией на «реальность». Психика имеет свою собственную реальность. Однако термин «эго внешней реальности» слишком громоздкий для обычного использования. Термин «центральное эго», по Фэйрберну, означает эго, остающееся в контакте с внешним миром после того, как подверглись вытеснению либидинальное и антилибидинальное эго. Это «остаток» первоначального инфантильного эго, которое

вначале находилось в простом контакте с внешним миром, пусть даже и не осознавало его как таковой. Однако в свете того, что такое «эго внешней реальности» обычно развивает много конформистских черт (оправдывающих его название «ложной самостью», по Винникотту), вряд ли адекватно говорить о нем как о «центральном эго». Динамический центр нового роста часто находится вне этого социально адаптивного эго. Однако, с другой стороны, мы можем лишь содействовать высвобождению спонтанных энергий, запертых в бессознательном, в ходе работы с данным эго сознания, и оно действительно использует многое из того, что должно так или иначе рассматриваться как принадлежащее к «целостной самости», как то: знание, навыки и интересы, которые ни в каком смысле не являются ложными. Понимая, что данная терминология не является вполне удовлетворительной, я буду использовать термин «центральное эго» для обозначения сознательной самости нашей повседневной жизни, а термин «ложная самость» — для того аспекта самости, который является крайне ригидным и шаблонным на основе «конформизма ради безопасности» и который действует поэтому как барьер, тормозящий спонтанное течение подлинного самовыражения. «Центральное эго», таким образом, является крайне сложным понятием.

Первичную природную потенциальную самость младенца нельзя ни в каком удовлетворительном смысле обозначать термином «ид», ибо данный термин, строго говоря, вовсе не является психологическим. Он передает лишь простое понятие о безличностной биологической инстинктивной энергии, а это как раз то, с чем мы никогда не сталкиваемся в клинической работе. Мы сталкиваемся лишь с энергиями, которые представляют функционирование затрагивающего личность аспекта целостной психической самости, зрелой или незрелой. Термин «ид» может лишь вызывать мысль о том, что наши психичес-

кие энергии имеют первичный биологический источник, который Г.С. Салливан называл «биологическим субстратом» персональной самости. А данное понятие само по себе недостаточно. Термин Винникотта «подлинная самость» означает все, чем потенциально является ребенок, а также все, чем он может стать и станет, если достаточно благоприятное окружение содействует его нормальному развитию. Сам этот термин полезен, так как помогает нам понять, что все люди потенциально намного больше того, чем на деле им когда-либо удается стать. Фэйрберн предпочитал термин «природная самость» термину «подлинная самость», но здесь нет какой-либо особой причины для предпочтения. Его термин «либидинальное эго» не кажется мне ценным, так как он совпадает со знакомым психоаналитическим использованием данного термина. Под этим термином Фэйрберн понимал первичную природу младенца, ее активное выражение в безотлагательных либидинальных потребностях. «Либидинальный» в этом смысле означает не просто сексуальное либидо, хотя это один из его аспектов, а скорее стремление быть и развиваться как личность, вступая в объектные взаимоотношения. Фэйрберн не считал «агрессию» специфическим врожденным фактором, разновидностью некоей «сущности *самой по себе*», а видел в ней реакцию на препятствие удовлетворению либидинальной потребности, и поэтому вторичную по отношению к либидинальному фактору. *Термин «либидинальное эго» нельзя поэтому критиковать за то, что в нем не учитывается агрессия, ибо само либидинальное эго обладает способностью бороться за достижение своих целей, если оно подвергается фрустрации.* В целом термин «либидинальное эго», вместе с фрейдовским суперэго, представляется наилучшим термином для обозначения первоначальной природной самости младенца, которая в процессе развития является лишь потенциальной возможностью достижения подлинной самости индивида.

Подлинная самость еще не существует: психотерапия как раз и должна помочь либидинальному эго стать подлинной самостью.

Термин Фрейда «суперэго» и термин Фэйрберна «антилибидинальное эго» являются ценными альтернативными терминами, каждый из которых полезен в разных контекстах, ибо они обозначают одну и ту же обширную область психического функционирования (область интернализованного родительского и социального контроля, который стал самоконтролем), хотя они не вполне идентичны. «Суперэго» охватывает широкий диапазон феноменов, который покрывает и «антилибидинальное эго». Приблизительно можно сказать, что «суперэго» включается в себя как «садизм, направленный против самости», так и «зрелую мораль». Оно хорошо выражает собою тот факт, что ни один человек не может жить, будучи всецело своим собственным господином. Мир вне нас имеет на нас законные притязания, которые принимаются зрелой развитой личностью. Так что «суперэго» больше, чем наше собственное индивидуальное эго, и должно быть представлено в нашей психической организации не как грубый тиран, а как помогающая и дружески настроенная власть. Однако, в той степени, в какой тревога и болезнь наполняют собой наше внутреннее бытие, эта внутренняя власть является жестоким диктатором, в котором вся наша ярость и ненависть к плохому внешнему миру сконцентрирована на подавлении самости и в особенности наших собственных либидинальных потребностей. Для этого особого аспекта фрейдовского «суперэго» и был предложен Фэйрберном термин «антилибидинальное эго», который, хотя несколько неуклюж, совершенно точен и ясно описывает тот путь, каким младенец может принять садистски враждебный антагонизм по отношению к своим собственным потребностям. «Антилибидинальное эго» направлено «против потребностей» и в своей основе является интернализа-

цией нетерпимости внешнего мира к нуждающемуся в помощи младенцу, который воспринимается как помеха, чтобы заставить его замолчать. Для более узких целей нижеследующего анализа термины «центральное эго», «либидинальное эго» и «антилибидинальное эго» представляются крайне полезными, в то время как более широкие термины: «эго внешней реальности», «подлинная самость» и «суперэго» являются ценными в более широких контекстах обсуждения.

Мы ищем понимания того, *как и почему базисная слабость эго структурно укрепляется в психике. Слабость эго в том основном смысле, в котором она является причиной для всех разновидностей нарушений личности, в первую очередь является свойством инфантильного либидинального эго, чье развитие было и остается заторможенным.* Первичная природа младенца наделена врожденными либидинальными потребностями и энергиями, благодаря которым в хорошем окружении он вырастет в сильную, активную и самобытную личность. Это ясно выражено в заглавии книги Винникотта 1965 г. «*Процессы созревания и содействующее им окружение*». Но при расстройствах личности этого не происходит. Либидинальное эго тогда представляет собой структурную дифференциацию этого первичного аспекта психики в состоянии депривации, фрустрации и дистресса, и в результате бессильную ярость, страх и осознание своей собственной слабости. *Именно это инфантильное фрустрированное и снедаемое страхом либидинальное эго является местом «базисной слабости эго», и это более глубокая проблема, чем та доля слабости, которая просачивается в различное время в эго повседневного сознания.* Здесь находится слабость эго, бóльшая часть которого находится в скрытом и вытесненном состоянии, погребенным за всеми теми антилибидинальными защитами, которые позволяют центральному эго функционировать, хотя и в состоянии тревоги, на взрослом

уровне развития. Сопротивление в ходе анализа направлено на сильное вытеснение этого слабого и склонного к панике инфантильного эго. *Слабость эго состоит не в отсут-ствии энергии или врожденных способностей, а в таком неослабном состоянии базисного страха, дистресса и неуверенности в своих силах, которого индивид стыдится, отчего развиваются значительные вторичные страхи.* Основная практическая проблема для психотерапии заключается в том, сможет ли такой пациент выдержать возвращение в сознание своей базисной слабости эго? Когда это происходит, он, крайне вероятно, испытает следующее чувство: «Я не могу этого вынести, я хочу лишь умереть».

Наиболее очевидный способ, каким человек с базисно слабым и незрелым эго пытается себя защитить от давления внешнего мира и от страхов мира внутреннего, заключается в том, чтобы спрятать свою детскую часть от противостояния жизни, которая кажется для нее непомерно тяжелой, за отчуждением центрального эго, или конформизмом, или агрессивностью, или конверсией напряжений в телесные заболевания, или за обсессивным совладанием с самим собой, за профессиональными знаниями, за компульсивным пристрастием к долгу, или за полезностью другим людям, и т.д. В игру вступают все психоневротические защиты. Более серьезные патологические состояния депрессии и шизоидной апатии, деперсонализация, суицидальные наклонности и шизофреническая дезинтеграция эго, несомненно, представляют собой сложные состояния, в которых инфантильное либидинальное эго чувствует, что приближается к столкновению с основными психическими угрозами. Психоневротические защитные состояния представляют собой скорее борьбу за то, чтобы выжать из себя псевдовзрослый паттерн, который скрывает испуганного ребенка внутри. Это базисно слабое инфантильное либидинальное эго было отщеплено и отвергнуто в попытке

жить без осознаваемых страхов. Это означает ненависть и страх к слабости, о чем мы говорили выше. Наш страх и нетерпимость к слабости, естественно, крайне велики, и поэтому запечатлены в нашей культуре, и стимулируются у младенца взрослыми, которые за ним ухаживают, так что он побуждается к преждевременному отвержению своего слабого инфантильного эго и к тому, чтобы выжать из себя в равной степени преждевременную псевдовзрослую самость. *В поисках преодоления своей слабости ребенок использует метод, который не дает возможности взросления, формируя эндопсихическую ситуацию, в которой естественное развитие становится невозможным.* Мы должны попытаться выразить такое формирование в более научных терминах, но оно вполне может быть названо «базисной эмоциональной проблемой» для людей в процессе взросления, человеческой дилеммой; хотя, возможно, существовало несколько простых культур, в которых эта дилемма не возникала.

Все психоаналитические исследования, которые были посвящены последствиям процессов заболевания, раз они находятся внутри личности, теперь начали раскрывать причины всего этого. Мы должны быть внимательны, чтобы не упустить основную форму и смысл заболевания при исследовании разнообразных его проявлений. То, что это в целом понимается, видно по тому факту, что в *Международном журнале психоанализа* за 1948 и 1949 г. слова «эго» не было в названии ни одной статьи; в 1955 оно появилось в двух названиях; в 1964 — в семи, в таких примечательных сочетаниях, как «расщепленное эго», «структурирование эго», «деформация эго», «ограничения эго», «ядро эго». Такая выборочная статистика мало что доказывает, но, возможно, может указать на важную тенденцию. Человеческие младенцы, столь длительное время биологически и психологически зависимые от своих родителей, в своей массе не очень успешно продвигаются к зрелой взрослости. Что так долго поддерживает «ребенка внут-

ри»? Почему он нормально и естественно не вырастает с годами, совместно с возрастанием физической и интеллектуальной зрелости? Человек с хорошим психическим здоровьем — результатом хорошего раннего эмоционального развития — не чувствует себя неадекватным и испуганным ребенком. Человеку не нужно обладать выдающимися силами или исключительными дарованиями, чтобы чувствовать себя достаточно уверенно для осуществления нормальных целей. Это в большей степени вопрос эмоционального отношения человека самого к себе, главным образом, на глубоком бессознательном уровне. Громадное количество людей неспособны достичь эмоционального развития к зрелой, не наполненной страхом, полагающейся на собственные силы и любящей взрослости. *Почему же, однако, для людей нелегко наверстать рост силы эго после того, как детство кончилось?*

Многие люди в действительности достигают такого роста на чисто сознательном уровне центрального эго. Однако удивительно обнаруживать путем глубинного анализа, как мало это влияет на ситуацию в глубоко вытесненном бессознательном. Мы можем поэтому следующим образом сформулировать вопрос о психодинамической сути сопротивления психотерапии: инфантильное эго задержалось в своем развитии на самых ранних стадиях, чувствуя с тех пор собственную слабость и существуя в постоянном страхе — что же поддерживает столь упорную фиксацию эго на этой позиции базисной слабости? Что же приводит к увековечиванию слабого, недоразвитого, полного страхов и поэтому инфантильного зависимого эго? Оно остается погребенным в глубоком бессознательном и не делает никакого продвижения к взрослости, несмотря на энергичные усилия индивида в его «самости повседневной жизни» расти и функционировать как взрослая личность. Почему столь трудно изменить эту эндопсихическую ситуацию? И в какой форме она продолжает существовать так статично? Такова базисная эмоциональная проблема.

VII. СОПРОТИВЛЕНИЕ, ПОРОЖДАЕМАЯ САМОСТЬЮ БЛОКИРОВКА ПРОЦЕССА ВЗРОСЛЕНИЯ (1960)

В последней главе был поднят вопрос о том, почему инфантильное слабое зависимое эго упорно остается погребенным в глубоком бессознательном. Мы теперь настолько привыкли говорить о том, что причины неврозов лежат в детстве, что можем упустить из виду жизненно важный аспект этой проблемы. Действительно верно, что истоки затруднений проистекают из раннего детства, однако эмоциональная причина нестабильности и слабости личности в последующей жизни вытекает из чего-то, что происходит в личности именно здесь и сейчас. Это особая черта ментальной организации личности (ее эндопсихическая структура), которая удерживает личность в этом первоначальном состоянии базисного страха и слабости и укрепляет и даже усиливает это состояние с течением времени. Мы обозначили это как страх и ненависть к слабости перед лицом выдвигаемых жизнью требований и в сравнении с другими людьми. Но нам требуется показать, как эти страх и ненависть выражаются в организационной структуре психики.

Антилибидинальное сопротивление психотерапии

Данная ситуация возникает следующим образом: неадекватное окружение, и в особенности неадекватная мать, крайне часто сталкивает младенца с возрастающим сознанием его малости, слабости и беспомощности. Он становится тем, что Винникотт называет «коллекци-

ей реакций на столкновение». В в этом хаосе психики субъект опыта, который потенциально является целостной самостью и владеет этими реакциями, не способен вырастить безопасное чувство своей целостности, но испытывает острые состояния страха. Специфическое чувство своей малости, беспомощности и страха может с огромной ясностью всплывать в глубоком анализе. Постепенно у ребенка может расти представление о том, что слишком опасно быть слабым в недружелюбном и злобном мире и что нельзя позволить себе испытывать потребности, если ты не в силах добиться их удовлетворения. По мере того как ребенок выходит из периода раннего младенчества и больше знакомится с окружающим его внешним миром, он начинает понимать, что такие потребности делают человека зависимым, и, не имея возможности изменить свое окружение, нужно попытаться изменить себя. Таким образом, ребенок начинает страшиться и ненавидеть собственную слабость и нужду в других, и теперь он относится к задаче взросления с нетерпимостью к своей незрелости. Такое его отношение связано с той раздражительностью и нетерпимостью, которые испытывают взрослые к зависимости младенца и детскости ребенка.

Один пациент описывал, как его плач в детском возрасте навлекал на него такое презрение и поддразнивание, что он смог его вытеснить, однако обнаружил, что приступы плача были заменены приступами гнева. Другой пациент рассказал, как его отношение к своему маленькому сыну изменилось в ходе его анализа. Вначале, когда мальчик плакал, у отца возникала нестерпимая ярость, и он кричал на мальчика, чтобы тот немедленно перестал плакать, что только усугубляло состояние малыша. Затем, позднее, ему удалось смягчить свои чувства, и он стал говорить: «Ну-ну, кончай плакать. Ты уже большой мальчик». Пациент объяснил, что когда сам он был маленьким, то часто ужасно боялся своего

отца, однако никогда не осмеливался плакать, хотя часто его глаза были на мокром месте. Но его сын не был пока что «большим мальчиком», и отец пытался вынудить малыша к преждевременному принятию отношений, свой-ственных более взрослым людям, потому что именно это произошло с ним самим. Наконец, однако, он проработал в анализе такое свое отношение, в результате чего занял третью позицию. Он сказал: «Теперь, когда мой сын плачет, я не чувствую прежнюю ярость. Я лучше могу принимать его детскость и говорю: "Жаль, малыш, что ты так расстроен. Я знаю, как ты себя чувствуешь, но ничего. Поплачь, и вскоре ты почувствуешь себя намного лучше"». Это, говорит отец, дает намного более успешные результаты, и вскоре слезы высыхают, и мальчик забывает о них. Однако слишком часто у ребенка воспитывают ту же самую нетерпимость к своей детскости, которая была привита их родителям. Возникает фрустрирующая ситуация глубокой внутренней ненависти к самому себе, совместно с концентрированной попыткой побудить и принудить себя к сознательному чувству и поведению, которое считается взрослым, в свете псевдовзрослых паттернов, демонстрируемых взрослым окружением.

Этот псевдовзрослый паттерн может быть общепринятым, практическим, моральным, критическим, интеллектуальным или даже агрессивным, сердитым, жестоким, но он всегда скрывает за собой внутреннюю ненависть к себе и отношение преследования, которое для периодического облегчения направляется вовне на других людей, когда возникает такая возможность. Ребенок моделирует свой собственный страх и ненависть к своей незрелости на родительских отношениях нетерпимости и отвержения незрелости, так что он начинает не признавать, отщеплять, прятать и вытеснять и даже лишать существования свою первичную зависимую, но теперь нарушенную самость, в то время как его «эго пов-

седневной жизни» вынуждено развивать более жесткие или, по крайней мере, более социально одобряемые черты. Это «эго повседневной жизни», скрывающее первичную нарушенную самость ребенка, основано на адаптации к требованиям внешнего мира. Некоторая степень такой адаптации, естественно, всегда необходима, но когда она включает в себя отказ от спонтанной природы, которая нарушена, тогда она становится тем, что Винникотт называет «ложной самостью на конформистской основе». Простая, элементарная целостность, или единство природы ребенка подорвана, и мы нуждаемся в терминах, которыми мы сможем определить те различные способы поведения, в которых теперь функционирует психика при отсутствии внутреннего единства. Я исследовал на предыдущих страницах термины, предложенные для этой цели Фрейдом, Фэйрберном и Винникоттом, и определил их полезность в различных контекстах. Я должен пояснить, что, на мой взгляд, эти термины обладают лишь утилитарной ценностью и применяются в настоящее время за неимением лучших. Я не считаю, что они отражают какую-либо окончательную истину. В то же самое время для определения и обсуждения трех главных различных аспектов этого негармоничного психического функционирования я считаю термины Фэйрберна правильными и ценными.

Эго ребенка было расколото и теперь функционирует в трех довольно ясно различимых аспектах. Это не «кусочки» или «сущности», пусть даже мы используем метафору «расщепление эго». Это частично перекрывающие друг друга способы функционирования одной и той же психики. Тем не менее они отличимы и временами обладают потрясающей отчетливостью. *Первоначальная испытывающая потребности, ищущая объект и развивающая эго инфантильная психика остается основой всего психического функционирования*, но в состоянии страха и неудовлетворенной потребности. Именно ее Фэйрберн

называл *либидинальным эго, подчеркнув тем самым,* что это не безличностное биологическое «ид», а первичный аспект потенциально личностной «целой» психосоматической самости, эго, каким бы примитивным и недостаточно развитым оно ни было. Против этого либидинального эго направляется недавно развитая эго-функция преследования, в которой психика направляет энергию на ненависть к своей инфантильной слабости и пытается скорее подавить эту слабость, нежели послужить ей защитой. Вначале Фэйрберн называл эту функцию «внутренним саботажником», а затем — *антилибидинальным эго.* Оно порождает психическое состояние, в котором естественное взросление становится невозможным. Таково «садистическое суперэго» Фрейда, которое может быть лишь основой псевдоморали или патологической морали и заболевания. Кроме этих функций, которые главным образом вытесняются в бессознательное и легко просматриваются в садомазохистских сновидениях, фантазиях и симптомах, возникает эго-функция, в которой психика пытается совладать с внешним миром и с требованиями повседневной жизни, часто ища безопасности в следовании принятым стандартам поведения. Эту функцию Фэйрберн назвал *центральным эго,* которое в принципе сознательно. Центральное эго — знакомый термин в психоанализе, но я не уверен в его уместности здесь. В каком смысле это эго-жизни-внешнего-мира является «центральным»? Фэйрберн считал его сердцевиной первоначального психического целого в контакте с внешним миром, от которого были «отщеплены» либидинальное и антилибидинальное эго. Мне представляется, что в этом смысле мы с бóльшим правом могли бы назвать либидинальное эго центральным эго, первичной испытывающей потребности природой ребенка, в противовес которой самости ребенка приходится развивать защиты и способность приспосабливаться к внешнему миру. Возможно, мы можем называть его центральным

эго в свете того, что оно является сознательной самостью, оказывая воздействие на которую психотерапевт должен стремиться к реинтеграции всей самости. Это иллюстрирует трудности поиска удовлетворительной терминологии. Пока я буду продолжать пользоваться терминами Фэйрберна и говорить о центральном эго как о сознательном, как об эго внешнего бытия, в то время как конфликт между антилибидинальным и либидинальным эго вытеснен и стремится остаться неосознанным, что разгружает сознание в его отношениях с миром внешних объектов; хотя воздействия этого конфликта все же могут просачиваться в сознание в виде незрелых потребностей, страхов, различных появлений любви и ненависти и других симптомов. У истерика центральное эго испытывает огромное воздействие со стороны страдающего либидинального эго и является зависимым и ищущим помощи. «Жажда внимания» — крайне неадекватное описание этого.) У депрессивных и обсессивных лиц центральное эго может быть подчинено антилибидинальному эго. У этих пациентов проявляются враждебные нападки в свой адрес и наказующий самоконтроль. Все садомазохистские феномены являются выражениями глубинного преследования либидинального эго со стороны антилибидинального эго.

Факт, обнаруженный Фрейдом, состоит в том, что *очень рано в жизни человек может жестоко восстать против себя и заниматься самофрустрацией и временами даже саморазрушением.* Такой индивид заболевает, в конечном счете, вследствие своих садистских нападок на себя, собственного презрения к своей незрелости, ненависти к своей слабости, а его попытки уничтожить свои неудовлетворенные либидинальные потребности для спонтанной и творческой жизни становятся намного большей опасностью для него, чем та угроза, которую обычно таит в себе внешний мир. *Это экстраординарное состояние психики делает все нормальные процессы*

взросления невозможными и является источником сопротивления психотерапии. Страх антилибидинального эго со стороны либидинального эго становится даже бóльшим, чем страх внешнего мира, который часто воспринимается как отражающий этот страх. Трудности в реальной жизни, с которыми в действительности можно было бы справиться, постоянно воспринимаются как непреодолимые из-за ослабляющего воздействия самопреследования и непрестанного страха и ненависти, которые живут внутри; это та основа, на которой впоследствии развивается патологическая вина.

Первоначальная неудача развития эго, которую мы собираемся обсуждать в последующих двух главах, является основным источником всех личностных «затруднений»; мы должны считать сердцевиной «болезни» личности этот устойчивый конструкт нетерпимости и отвержения, через страх и впоследствии вину, расстроенного ребенка, теперь существующий как глубоко вытесненный незрелый уровень личности, лишенной возможности дальнейшего взросления. Эта неудача компенсируется навязыванием себе образца псевдозрелого эго, артефакта, а не естественного роста из глубин первичной природы. Степень ненависти к себе и преследования себя, продолжающаяся в бессознательном, определяет степень заболевания, и в тяжелых случаях человек может стать беспомощным, охваченным паникой и может быть склонен к самоубийству как выходу из такого состояния. Интенсивность этого состояния можно иногда определить по реакциям пациента на действительно трудных детей и на незрелость во взрослых людях, а также по их садомазохистским сновидениям и болезненности физических психогенных симптомов. Пациентка, находящаяся в панике в связи с чрезмерным давлением окружающей среды, с которым она была не в состоянии внутренне справиться, сказала: «Как бы мне хотелось иметь ребенка и год за годом подвергать его таким же

мучениям, которые выпали на мою долю». Центральное эго частично проявляется в борьбе, необходимой для противостояния внешнему миру, и частично – как система защиты против опасностей со стороны внутреннего мира. Оно, возможно, заслуживает лучшего наименования, чем предложенный Винникоттом термин «ложная самость». Оно является результатом часто героической борьбы за то, чтобы остаться в живых и найти *modus vivendi* (временное соглашение), и в этом процессе индивиду приходится развивать свои способности и часто достигать важных результатов. Центральное эго обладает знаниями и умениями, которые должны оставаться частью целостной, зрелой самости. Однако это «ложная самость» постольку, поскольку это конформистская самость, которой пришлось принести в жертву креативность и оригинальность ради безопасности и потребности во внешней помощи. Сформировавшийся паттерн будет видоизменяться под воздействием культурной среды и может быть жестким, прочным, конкурирующим, подчиняющимся власти, жертвенным, интеллектуальным, обсессивно моральным и т.д. Но он не является на самом деле подлинной самостью, ибо в нем нет места для уникальности личности. «Ложной самостью» можно более точно назвать антилибидинальное эго; однако даже такое эго нужно уважать как возникшее в результате отчаянной борьбы индивида за продолжение функционирования при отсутствии подлинной помощи. *Садомазохистский тупик, где в глубоком бессознательном жестокое антилибидинальное эго нападает на слабое и страдающее либидинальное эго, является сердцевиной заболевания, защитой от которого становится центральное эго, поскольку это связано с его внутренними функциями.* То, что эта слабость эго не обусловлена отсутствием энергии, видно по величине энергии, затрачиваемой антилибидинальным эго в психических нападках на самость. Либидинальное эго ощущает себя слабым,

потому что центр энергии переместился на антилибидинальные нападки на самость. *Слабость эго может сосуществовать с психической силой.*

Одна пациентка, одинокая женщина в начале пятого десятка лет жизни, у которой «болезнь» так серьезно подорвала ее способность нормально взаимодействовать с другими людьми, что она с большим трудом могла продолжать работать, выразила эту внутреннюю самопреследующую ситуацию наивно и открыто. Она обычно приходила в ярость по поводу девочек и в фантазиях описывала, как бы она замучила девочку, если бы таковая у нее была, а затем начинала бить себя кулаками (повторяя те побои, которые она в детстве получала от матери). Однажды я ей сказал: «Должно быть, ужасно себя чувствуешь после таких побоев?» Она прекратила избиение, уставилась на меня и сказала: «Я не подвергаюсь избиению. Я сама бью». Другая пациентка, намного более пожилая, проявляла то же самое самопреследующее поведение вербальным образом. Всегда, когда она совершала какую-либо незначительную ошибку, она начинала пронзительно кричать в свой адрес: «Тупица! Почему у тебя нет мозгов? Ты должна быть умнее!» — и так далее, что на самом деле было повторением тех самых слов, которые говорила ей мать, ежедневно ее пилившая. Мы безошибочно можем определить, что антилибидинальное эго является идентификацией с сердитым родителем, злобно нападающим на либидинальное эго, которого лишают комфорта, понимания и поддержки, с которым обращаются как с плохим эгоистичным ребенком и которого даже еще больше страшатся и ненавидят как слабого ребенка. Первая из этих пациенток сказала, что она всегда плакала в детстве и презирала себя за это. В конечном счете ей удалось подавить этот симптом детского несчастья и депрессии, и его место заняли эти яростные всплески ненависти к самой себе.

В этих двух примерах центральное эго было подчинено антилибидинальному эго, которое проявляется

в неприкрытой ненависти к себе. В нижеследующем примере очевиден весь паттерн трехступенчатого расщепления, хотя антилибидинальное эго находится под строгим контролем вытеснения. У пациента, мужчины на пятом десятке лет жизни, была крайне несчастливая домашняя жизнь в раннем возрасте, и он рос мальчиком с тяжелой депрессией. Он стал презирать себя как «плаксу» и «ничтожество». Он вытеснил этого полного страхов маленького мальчика и создал жестко контролируемое, безэмоциональное и отчужденное центральное эго, для того чтобы иметь дело с внешним миром. Но он страдал от повторяющихся приступов депрессии, и его эмоциональная жизнь во внутреннем мире выражалась в яростных садомазохистских фантазиях и сновидениях. После длительного анализа, в ходе которого угнетенная самость его детства была подведена к осознанию, однажды он пришел на сессию и сказал: «Перед тем как отправиться сюда, я испытал тревогу и был близок к тому, чтобы заплакать; эта реакция, как мне кажется, связана с моим приходом сюда». Когда я спросил его, почему он испытал приступ депрессии перед сессией, он ответил: «Мне привиделся маленький мальчик, запертый в одиночестве в комнате, плачущий. Если вы находитесь в доме, где есть такой ребенок, то в зависимости от того, насколько интересна ваша работа, вы будете замечать или не замечать его. Иногда я замечаю его присутствие, а в другое время, когда я очень занят, я могу забывать о нем». Я ответил: «Ваша фантазия в действительности состоит в том, что вы как взрослый человек работаете в одной комнате и хотите забыть о плачущем маленьком мальчике, запертом в другой комнате. Что вы думаете по поводу этого?» Он ответил: «Очевидно, что надо пойти к ребенку и узнать, почему он плачет, и утешить его. Почему мне сразу не пришло это в голову? Это кажется мне крайне странным». Когда я в ответ спросил, кто запер маленького мальчика в этой комнате и почему, он сказал:

«Он всем надоел. Вы не можете продолжать делать свою работу, когда рядом плачет ребенок». Это было равносильно ответу на его вопрос. Он не думал о помощи ребенку, потому что считал его помехой и был как раз тем самым человеком, который запер ребенка, чтобы забыть о нем (или же некоторая его часть, которая не появилась в фантазии, ранее заперла этого ребенка). Я высказал предположение, что часть пациента, которая питает агрессивную ненависть к этому ребенку, находится в скрытом состоянии, будучи сама вытеснена, но что она охраняет дверь в бессознательное и пытается не дать ребенку выйти или же позволить мне помочь ему. Он сказал, что понимает, что это должно быть так, но не испытывает никакой сознательной ненависти к себе. Я напомнил, что на прошлой сессии он сказал: «Мне нравится думать, что я могу быть терпим к проблеме ребенка во мне самом, и, хотя я не согласен с тем, как воспитывали меня мои родители, я действую *в едином блоке* со всеми их стандартами против себя». (Здесь мы не затрагиваем перенос, так как этот материал использовался специально, чтобы пролить свет на эндопсихическую структуру.)

Здесь мы видим ясную картину тройной дифференциации эго: центральное эго повседневной жизни «работает в одной комнате» и хочет забыть, что происходит в других местах; расстроенный, слабый и беспомощный ребенок, запертый в бессознательном — не признаваемое и ненавидимое либидинальное эго в незрелом состоянии; и подразумеваемое, хотя и вытесненное, антилибидинальное эго, ненавидящее ребенка и считающее его помехой, от которой надо избавиться. Как если бы, *раз ребенок уже серьезно расстроен и достаточно развит для понимания того, что он слишком слаб для изменения своего положения, он пытается осуществить другую альтернативу, а именно: перестать чувствовать себя столь напуганным и слабым или, по крайней мере, не допустить собственного осознания своего положения.* Если

нет кого-либо, кто мог бы понять ребенка и оказать ему помощь, это будет единственным способом избежать полного ухода в себя и развития шизофренического эго. Он начинает испытывать по отношению к себе интенсивную неприязнь, и, так сказать, отделяет эту враждебную часть себя и посылает ее с миссией сокрушить напуганного, нуждающегося и поэтому зависимого ребенка, чтобы оставшаяся его часть освободилась для требований внешнего мира, в большей мере воспринимая себя как личность. Он не может знать, что его связанная с внешним миром самость будет с этого времени страдать от постоянного страха своей внутренней слабости. Это постоянная борьба за сохранение эго. Чем более на первый взгляд успешно проделан этот трюк (а родители часто «помогают» и воспитывают ребенка так, чтобы он его исполнил), тем более деструктивно это действие, потому что сокрушенный ребенок является первичной, природной самостью, а его вытеснение ведет к нарастающему самоистощению. Нам следует воспринимать это тройное «расщепление» эго как целую стратегию противостояния жизни в попытке «вести переговоры с позиции силы, а не слабости». И опять мы должны вспомнить, что эта терминология «трех эго» просто представляет собой тот факт, что одна и та же психика может функционировать различными способами в одно и то же время, иногда вполне это осознавая, и три эти особых способа функционирования психики столь устойчивы и важны, что мы нуждаемся в терминах для их выделения и описания. *Та единственная вещь, которую ребенок не может для себя сделать, это обеспечить себя базисным чувством безопасности, потому что это функция объектной связи.* Все, что можно сделать — так это пытаться центральному эго стать независимым от потребностей в других людях. Пациент может обманчиво полагать, что ненависть это единственный способ продолжения существования, включая ненависть к себе, поскольку он хочет быть

иным; и некоторые аспекты внешнего мира подкрепляют такую его точку зрения. *Нужно быть справедливым и по отношению к антилибидинальному эго, потому что оно является борьбой ребенка за продолжение своего существования, когда он испуган и не получает никакой реальной помощи.*

Теперь мы можем вернуться к утверждению Фрейда о психотерапии как «стремлении к усилению эго, с тем, чтобы сделать его более независимым от суперэго». Эта точка зрения воплощает пророческий инсайт и открывает нам истину о психотерапии, однако использованные в ней термины теперь нуждаются в новой интерпретации. Эго, которое нуждается в усилении, это не только центральное эго или «эго внешней реальности» повседневной жизни в области сознания, но также первичная природа пациента, которая вытеснена и задержана в развитии, пребывая в состоянии фрустрированной, слабой, испуганной и страдающей незрелости. Здесь мы сталкиваемся с проблемой теории. Фрейд полагал, что первичная природа состоит из отдельных и ясно различимых биологических влечений, полностью обособленных от эго, которое он считал поверхностной «структурой», заполненной примитивными импульсами, проистекающими от влечений, «ид». Винникотт, по-видимому, сохраняет эту концепцию «импульсов, порождающихся вне эго», в одном отношении, хотя отказывается от нее в другом. Он пишет:

> «Мне кажется, что все согласятся с тем, что импульс ид значим лишь тогда, когда он содержится в жизни эго. Импульс ид либо разрушает слабое эго, либо усиливает сильное эго» (1965b, p. 33).

За этим рассуждением стоит нечто большее, чем то, что психика имеет биологический субстрат или основу. Подразумевается, что «эго» сводится к поверхностному

эго Фрейда, которое является лишь одним аспектом психического целого, так что импульс порождается вне эго, которым оно завладевает. Но такое применение термина «эго» более не является адекватным. *Мы нуждаемся в термине «эго» для обозначения состояния или эволюционного развития психического целого, всей самости. «Эго» выражает самореализацию психики, и каждый психический процесс обладает «эго-качеством»*, будь то качество слабого или сильного эго, в диапазоне от потенциального примитивного эго у новорожденного младенца до полностью развитого эго у взрослого. Скорее мы должны сказать, что психика со слишком слабым эго-чувством разрушается своими собственными импульсами. Вся история психики является историей эго-развития в целях самореализации, самоосознания и собственной ответственности, не посредством интеграции различных элементов, а посредством дифференциации внутри растущего целого. Психика начинается как потенциальное примитивное эго и должна идти по пути развития к полностью зрелому эго, и с начала и до конца импульсы эго являются его собственными. Ид и эго, энергию и структуру теперь уже нельзя представлять как раздельные элементы, это невозможная концепция в наше время. То, что ортодоксальная теория называла «импульсом ид», не представляет какой-либо значимости, если не содержится в жизни эго; об импульсе можно говорить лишь как о содержащемся в жизни либо слабого, либо сильного эго, а «эго» *обозначает* растущую потенциальную способность психики к осознанию себя как «личности». При отсутствии эго, хотя бы и в крайне неразвитом виде, не будет никакого психического субъекта, об импульсе которого можно судить, за исключением самых ранних смутно выраженных начал психического существования индивида.

Когда Винникотт пишет: «Импульс ид разрушает слабое эго», — он описывает то состояние, о котором я

сказал: «Слабость эго может существовать совместно с психической силой» (p. 209). Энергия психики является врожденным фактором, и потенциал эго-качества психики также является врожденным фактором, который ожидает развития. Младенческая психика, чье эго-развитие является пока что элементарным, нуждается в самой тесной помощи со стороны матери для удовлетворения своих энергетических потребностей, как это убедительно показывает Винникотт. Если ребенок остается без адекватной поддержки, он быстро утрачивает ту целостность, которая является отправной точкой роста эго. Он становится тем, что Винникотт называет «собранием реакций на столкновение». Начинаются процессы расщепления. Использование термина «импульс ид», как если бы он означал некую сущность, порождаемую вне простого младенческого эго или психического целого, заполняющего и разрушающего его, представляется мне фундаментально несовместимым с «эго-психологией» Винникотта. Я бы не стал говорить, что «импульс ид усиливает сильное эго», а скорее сказал бы, что «сильный импульс является неотъемлемой частью сильного эго». Об «импульсе» нельзя рассуждать иначе как о части жизни эго, в противном случае нет никакой инстанции, которой он (импульс) принадлежит. Это и подразумевается, когда Винникотт (1965a) пишет: «С самого начала возможно видеть, что младенец уже является человеческим существом, чем-то целым» (1965a). Таким образом, в то время как Фрейд рассматривал суперэго как тирана, приказывающего находящемуся под тяжким гнетом эго совладать с могущественными импульсами ид, которые не являются его частью, мы полагаем, что центральное эго вытесняет, а антилибидинальное эго преследует инфантильное либидинальное эго, которое как недостаточно развито, так и чрезмерно ослаблено вследствие раннего расщепления эго, чтобы быть в состоянии справляться со своими собственными витальными энергетическими

потребностями. Как я уже ранее утверждал, ид-эго-теория приводит нас к философскому дуализму «материи и психики». Я по-другому, поэтому, выскажу глубокий инсайт Фрейда: психотерапия «нацелена на усиление инфантильного либидинального эго, с тем чтобы сделать его более независимым от садистического суперэго, антилибидинального эго». В действительности это означает помочь пациенту примириться с необходимостью поддержки в связи с его слабостью, так что либидинальное эго вновь будет обеспечено той энергией, которая ранее направлялась на антилибидинальные цели.

Если мы сможем добраться до первичной природной самости, содержащей подлинные потенциальные возможности индивида, защитить ее, поддержать и освободить от внутреннего преследователя, тогда она станет способна к быстрому развитию и интеграции со всем тем, что является ценным и реалистическим в центральном эго. Психика, восстановив свою целостность, станет способна к эмоциональности, спонтанности и творчеству. Сопротивление этому терапевтическому процессу осуществляется антилибидинальным эго, которое направляет весь гнев, ненависть и агрессию пациента на сокрушение его потребностей и страхов. Антилибидинальное эго не интегрируется заново *как* антилибидинальное. Его агрессия изымается на службу либидинальному эго и взрослению. Пациент в своем антилибидинальном функционировании, согласно Фэйрберну (1952), «использует максимум своей агрессии для подавления своей либидинальной потребности». Причина этого заключается в том, что либидинальная потребность считается главной характерной чертой зависимого младенца, а всякая зависимость вызывает ненависть как слабость. Антилибидинальное эго пытается сохранять личность в состоянии отсутствия потребности в других людях, самодостаточности, полной независимости, твердости. Оно не в состоянии понять, что его идентификация с от-

вергающим родителем и «культ силы» в доминировании над другими людьми в действительности представляют собой лишь слегка замаскированную зависимость. Вот почему люди с таким типом личности обычно приходят к распаду, когда утрачивают тех, над кем они осуществляли свое господство.

Однако враждебность антилибидинального эго к зависимости от чьей-либо помощи и его ненависть к признанию потребностей является наиболее упорным источником сопротивления психотерапии. Антилибидинальное эго ненавидит внутреннего нуждающегося ребенка и ненавидит психотерапевта, к которому этот ребенок желает обратиться за помощью. Его противодействие — огромное препятствие для психотерапии. Оно сохраняет базисную самость слабой, активно преследуя ее и запрещая какие-либо взаимоотношения, в которых она могло бы стать сильной. Это очень ясно видно из двух сновидений пациентки:

> «Я была маленькой девочкой, стоящей перед дверью в большую комнату и дрожащей от страха. Я увидела вас внутри и подумала: "Если бы только я смогла до него добраться, я была бы в безопасности". Я побежала через комнату, но другая девочка подбежала ко мне и толкнула меня назад к двери».

Примерно два года спустя, когда данная пациентка стала испытывать ко мне намного больше доверия, ей снова приснился этот сон. В этот раз она уже почти коснулась меня, когда откуда-то в последний момент появилась другая девочка, злобно ударила ее по лицу и потащила назад к двери. Такова та область психопатологии, где необходим тщательный психодинамический анализ, если мы хотим обнаружить то, что происходит внутри пациента. Я слышал от разных пациентов много сновидений, в которых один или другой их родитель пытался

помешать или остановить проведение анализа. Одной женщине приснилось, что ее мать последовала за ней в мою приемную и попыталась застрелить дочь, когда та туда входила. Другая женщина-пациентка полагала, что ее мать поджидает за окном, пытаясь прервать сессию. Мужчине-пациенту приснилось, что его мать ворвалась в комнату и уселась между ним и мной, говоря сыну: «Что ты рассказывал обо мне?» — и мне: «Какие мысли вы вкладываете в голову моего сына?» Такие сновидения служат выражением противостояния, которое возникает у пациента против аналитика и лечения, и данный процесс говорит об антилибидинальном эго и его идентификации с отвергающим родителем. Такая идентификация обычно не столь неприкрыто выражена, как в этих случаях.

Кроме того, пациенту не обязательно очевидно, что его отвержение и ненависть к аналитику и его собственная инфантильная либидинальная самость идут вместе. Он может словесно выражать одно либо другое, но редко и то и другое вместе. Одна пациентка выказала серьезную степень слабости эго, за которым последовало столь же злобное самоотвержение, следующим образом: «Я скверно себя чувствую, не уверена в собственной идентичности, в жизни у меня сплошные неприятности, я немощна, бедна и чувствую себя никчемной. Когда я одна без матери, то чувствую внутри себя сплошной беспорядок, отсутствие какой-либо устойчивости, подобно медузе. Во мне нет ничего определенного и прочного, а есть лишь нечто испуганное, мерзкое и липнущее к чему-либо ради безопасности. Это неописуемое чувство». Затем она продолжила: «Я ненавижу себя. Мне хотелось бы, чтобы я не была такой. Мне хотелось бы избавиться от себя». Здесь мы видим ее самоотвержение, ее антилибидинальную концентрацию на третировании себя, однако в другой раз ее антилибидинальная реакция была направлена на то, чтобы лишиться моей помощи. Она сказала: «Я всю

эту неделю чувствовала себя очень маленькой и зависимой от вас. Затем я подумала, что должна быть более независимой от вас и перестать приходить к вам. Мать считает, что теперь я должна быть в состоянии обойтись без лечения. Я чувствую вину в связи с прохождением лечения, однако я пока еще недостаточно сильна, чтобы обойтись без вашей поддержки». Часто антилибидинальная реакция против аналитика более серьезна. Одна пациентка в период огромного напряжения в связи с событием, которое крайне ее расстроило, переходила от усилившейся потребности в моей помощи к взрыву негодования, вызванному очень серьезным страхом перед своим паническим чувством слабости, во время которого она сказала, будучи в крайне напряженном состоянии: «Вы хотите, чтобы я пресмыкалась и ползала перед вами на коленях, но вы от меня этого не дождетесь».

Тем не менее, более сложные антилибидинальные реакции на лечение — это такие реакции, которые искусно скрыты и медленно развертываются в бессознательном. *Всегда, когда пациент начинает относиться к аналитику более глубоко и более искренне, с доверием и принимая помощь, сразу же возникает скрытая оппозиция этому*, и этот процесс раньше или позже наберет силу и приведет к трудноуловимому изменению настроения, которое сделает для пациента невозможным полное сотрудничество, как он сознательно этого желает. Эти антилибидинальные реакции на всякого человека, от которого пытаются получить требуемую помощь или сочувствие, не ограничиваются анализом, и они заметно подрывают супружеские и сексуальные отношения. В действительности враждебный настрой пациента может направляться против всего того, что является хорошим, ценным и полезным в жизни, как если бы он играл для себя роль матери в сновидении пациентки, которая, когда пациентка ела свою любимую пищу, выхватила блюдо у нее из-под носа и сказала: «Не будь ребенком».

Антилибидинальное эго будет разрушать все, если сможет это сделать: психотерапевтический анализ, друзей, религиозные утешения, творчество, брак, и мы должны быть способны определить точный источник его силы, помня, что это не отдельная сущность *сама по себе*, а аспект целой, хотя и разделенной, самости пациента, который к тому же достоин уважения как способ искренней борьбы пациента за поддержание бытия своего эго, первоначально в отсутствие всякой помощи.

Статичная внутренняя закрытая система

Теперь мы можем узнавать антилибидинальные проявления в личности, которые являются источником сопротивления психотерапии, как тот же самый фактор, который все это время *препятствовал естественному базисному взрослению эго*, после нарушения его развития. Эти антилибидинальные проявления возникают из настоятельной потребности ребенка, как она ему видится, сделать себя независимым от всякой помощи, так как та помощь, в которой он нуждается, не представляется ему достижимой. Он должен принимать собственные меры для сохранения своей личности. Эти меры заключаются в его собственном варианте антилибидинального эго, которое садистским образом утверждает свое господство над слабым и испуганным либидинальным эго. Мир внутренних объектов, который был раскрыт кляйнианским анализом, захвачен этими отношениями. Что касается этой структуры в целом, Фэйрберн (1958) говорит о

> «дальнейшей цели защиты, которую я теперь стал рассматривать как величайший из всех источ-

ников сопротивления, *а именно*: сохранение внутреннего мира пациента как закрытой системы».

Он описывает сновидения одного пациента как отражающие

> «стремления сохранить взаимоотношения с объектами во внутреннем мире за счет связанного с реальностью взаимоотношения с аналитиком, *а именно*: поведение, имеющее целью сохранение внутренней реальности как закрытой системы. Такая цель со стороны пациента, по моему мнению, образует наиболее мощное сопротивление, с которым сталкиваются в ходе психоаналитического лечения».

Он также рассматривает эту «закрытую систему» как «статичную внутреннюю ситуацию».

Так, одна из моих бывших пациенток написала мне, объяснив, почему она не писала мне раньше, хотя чувствовала себя крайне озабоченной: «Для меня было важно быть, по крайней мере, в состоянии *переносить эти чувства*, не прибегая к кому-либо за помощью. Это было бы для меня слишком унизительно». Эта же самая пациентка однажды сказала: «Иногда мне кажется, что я могу продолжать свое существование лишь в ненависти, я не могу прекратить борьбу, я не сдамся, я не могу сдаться. Я чувствую, что потеряю все, если это сделаю». Такова отчаянная антилибидинальная борьба за сохранение эго посредством независимости. Такое отчаянное состояние психики возникло потому, что в детстве ей приходилось бороться за сохранение собственной личности перед подавляющим, вызывающим страх отцом. Но для того чтобы противостоять его власти, ей приходилось бороться не только против него, но также против своего страха перед ним. Испуганному ребенку приходилось принуждать себя открыто не повиноваться сердитому

отцу, даже если это приводило к возрастанию страха и эмоциональному истощению. Ее мать сказала ей, что в трехлетнем возрасте она стояла и пронзительно кричала отцу: «Я ненавижу тебя, я ненавижу тебя». Будучи вынуждена бороться с ним его собственными средствами, она воспроизводила некоторые его взгляды — все люди эгоистичны и борются лишь за достижение собственных целей, любовь является слабостью — типично антилибидинальное отношение, воплощающее циничный взгляд на жизнь. Это циничное антилибидинальное эго было ментальной репродукцией ее отца в той мере, в которой относилось к своей нуждающейся и напуганной детской самости. Ее нужно было сокрушить ради целей «борьбы», так что ее либидинальное эго находилось в ужасном положении, противостоя лицом к лицу внутренней версии нетерпимого отца как другой части себя, от которой не было спасения. Это может приводить личность в состояние дезинтеграции в качестве защиты.

Антилибидинальное эго, будучи в значительной степени основанным на идентификации с внешним плохим объектом, включает в себя сопротивление этому плохому объекту с помощью метода, который открывает ворота крепости и впускает врага внутрь. К тому времени как пациентка ушла из дома, она в большей мере преследовалась своим родительским антилибидинальным эго внутри, чем своим реальным трудным отцом извне. Однако в таком затруднительном положении каждый пациент считает: «Я не могу измениться. Я чувствую себя в безвыходной ситуации». Безотносительно к тому, чего хочет его более реалистическое центральное эго, закрытая самопреследующая система его внутреннего мира будет признавать аналитика лишь в том случае, если сможет приспособить его к своему собственному паттерну. Она не примет его как человека, пытающегося изменить состояние дел и освободить страдающее либидинальное эго от его незавидного положения. Эта «закрытая систе-

ма» иллюстрируется картиной, описанной пациенткой, чьи слова мы ранее приводили. Это структура, внутренний край которой состоял из ровного ряда острых зубов, направленных на пациентку. Она беспомощно лежала, испытывая мазохистские переживания, на дне в правом углу, а над ней нависли две несущие угрозу сабли и громадный молоток. В стороне, но также внутри этой структуры, были две молящие о помощи руки, однако все было напрасно, потому что внутри этой системы не было никого, кто мог бы ей помочь; руки не могли выйти наружу со своей мольбой, и никто не мог попасть внутрь для оказания помощи. Вот каким образом бессознательный садомазохистский внутренний мир, внутри которого заперт страдающий ребенок, воспринимался пациенткой, так что неудивительно, что у нее ранее было параноидально-шизоидное расстройство; однако именно она сама и сохраняла эту «статичную внутреннюю ситуацию» как «закрытую систему», в то же самое время испытывая безнадежность по поводу своей неспособности ее изменить. Смысл всего этого мы должны рассмотреть позднее. Я обнаружил, что эта внутренняя тюрьма часто предстает во снах в виде концентрационного лагеря, и, по крайней мере, одному пациенту приснилось, что он решил остаться в нем, потому что вне лагеря ему могло бы быть еще хуже. Так что дело не только в том, что антилибидинальное эго блокирует психотерапию, запирая либидинальное эго в доме пыток и не позволяя аналитику проникнуть внутрь этого дома. Следует принять во внимание еще один фактор. Либидинальное эго не чувствует себя в состоянии отказаться от своего преследователя. Несомненно, что мотивация этой функции более сложна, чем мы это до сих пор себе представляли.

Проблема аналитика состоит, с одной стороны, в том, как не допустить, чтобы он был просто встроен в паттерн этого внутреннего мира либо как преследователь, ненавидимый либидинальным эго, либо как либидинальный

объект, ненавидимый антилибидинальным эго, что порождает два типа негативного переноса; и, с другой стороны, как прорваться внутрь этой закрытой системы, чтобы помочь изменить ситуацию. Эта система не может быть абсолютно закрытой, иначе вообще нельзя было бы достичь никакого прогресса, однако движение к тому маленькому «отверстию», которое в ней оставлено, сразу же пробуждает могущественную антилибидинальную реакцию, направленную, чтобы его опять закрыть. Каждый раз, когда пациент ищет помощи и защиты, полагаясь на аналитика в позитивном переносе, немедленно начинает бессознательно развиваться негативный перенос, который вскоре прорывается наружу. Таким образом, наивный энтузиазм со стороны аналитика объединить свои усилия с либидинальным эго и его страстное неотступное желание «спасти» пациента, крайне вероятно, спровоцируют яростную антилибидинальную реакцию и будут самопораженческими.

Фрейд писал по поводу «негативной терапевтической реакции»:

> «Нет сомнения, что что-то в них противится выздоровлению, что его приближения боятся так, как боятся опасности... В конце концов, мы приходим к убеждению, что корень надо искать, так сказать, в "моральном" факторе — в чувстве вины, которое находит удовлетворение в болезни и не хочет отказаться от наказания в виде страданий. На этом мало утешительном объяснении можно остановиться. Но это чувство вины у больного молчит, оно не говорит ему, что он виноват, он чувствует себя не виновным, а больным. Это чувство вины проявляется лишь в виде трудно редуцируемого сопротивления собственному исцелению. Кроме того, особенно трудно убедить больного, что это и есть мотив, почему его болезнь продолжается; он будет держаться

более понятного объяснения — что психоанализ не то средство, которое могло бы ему помочь» (*Фрейд, «Я и Оно»*, 1923).

Не может быть никакого сомнения в том, что вина действительно блокирует психотерапию подобным образом. В своей наиболее глубокой форме чувство вины может возникнуть по поводу продолжения своего существования. Я неоднократно встречал пациентов с определенно выраженным чувством вины, которые полагали, что им вообще не следовало бы родиться, что они были нежеланными и ненормальными детьми, причиной несчастья своих родителей; и если они все же продолжают жить, то должны нести непрестанное наказание. Одна такая пациентка, чьи родители постоянно ссорились, всегда искала в своих поступках причину их ссор, считая, что это была целиком ее вина.

Тем не менее, такая разновидность вины не является простой реакцией на события, и, хотя она является могущественным фактором в «негативной терапевтической реакции», она требует более глубокого понимания. Вина ощущается не только в связи с деструктивными импульсами, но также в связи со слабостью; вдобавок к этому, вина сама по себе является объектной связью, и патологическая вина является сохранением взаимоотношений с интернализованным плохим родителем, от которых пациент чувствует себя абсолютно неспособным отказаться. Любая разновидность объектной связи, даже если она порождает страдание, является защитой против более примитивных страхов, которые мы станем исследовать в следующей главе. Тем временем мы возвращаемся в статичную внутреннюю закрытую систему, в которой пациент безнадежно страдает. Фрейд добавляет подстрочное примечание к приведенному нами отрывку:

> «Аналитику борьба с бессознательным чувством вины нелегка. Прямо с ним бороться нельзя, а косвенным образом — только так, что больному медленно раскрывают его бессознательно вытесненные обоснования, причем чувство вины постепенно превращается в осознанное чувство виновности».

Это даже еще более верно, когда мы пытаемся опускаться глубже, чем мотив вины. Фрейд обращает внимание на необходимость более скрупулезного анализа и осознания всех тех мотивов, которые оказывают поддержку закрытой системе мира внутренних плохих объектов и антилибидинального эго, в которых сосредоточена тайна пациента и вытесненная ненависть к его инфантильному зависимому либидинальному эго, источнику его базисной слабости; а также его страх того, что, если бы он отказался или убежал от своих плохих объектов, он вообще лишился бы всяких объектов и столкнулся бы с первичными, которые Винникотт (1965b) называет *невообразимыми*, тревогами. Если прямое нападение на этот внутренний редут лишь усиливает сопротивление, возможно, достаточно глубокий анализ сможет проникнуть за его пределы.

Анализ мотивов, поддерживающих антилибидинальное эго

Мы попытаемся узнать, как пациент может избавиться от питаемой к себе ненависти и своей деструктивной связи с интернализованными плохими объектами, чтобы быть свободным для терапевтических взаимоотношений с аналитиком. Сама эта закрытая система должна обладать скрытым конструктивным смыслом, потому что в противном случае пациент не сохранял бы ее с такой отчаянной решимостью, хотя она приносит ему столь-

ко страданий. Те факторы, которые служат сохранению данной системы, несомненно, сложны.

(а) Антилибидинальное эго представляет объектную связь с родителями

Следует ли рассматривать либидинальное эго как находящееся в зависимости от чувств вины или страха, навязываемых антилибидинальным эго, которое частично представляет собой внушающих страх или обвиняющих родителей, которые сами и привели ребенка к расстройству? Как страх, так и вина являются объектными отношениями, и несомненно, что, в конечном счете, люди предпочтут плохие отношения отсутствию всяких отношений. Младенец, во-первых, находится в состоянии дистресса, потому что не имеет хороших объектных связей. Вследствие этого возрастает его потребность в родителях, и ему приходится испытывать страдания под игом взаимоотношений с ними и идентифицироваться с ними как с плохими объектами. Психоаналитики давно уже считают, что идентификация является заменой утраченной объектной связи. Младенец сохраняет внутри себя своих расстраивающих родителей в виде антилибидинального эго, и разрушение такого эго будет поэтому восприниматься им как эквивалент потери родителей. Неспособность отделиться от родителей, взаимоотношения с которыми в основном являются плохими, иллюстрируется пациенткой, направленной на лечение во время войны. Она утверждала, что знает, что происходит с ней. Ей приходилось жить с родителями, которые ненавидели ее, а она их, но она не могла от них уехать. Шла война, и она не могла найти другую работу с хорошей оплатой, хотя ей нелегко было переносить нападки со стороны родителей. Однако оказалось, что за несколько недель до того, как она ко мне пришла, ей было предложено повышение по службе с увеличением оплаты, с назначением в другой город, и она от него отказалась.

Она почувствовала большую тревогу, чтобы на это решиться, и поэтому решила избежать каких-либо перемен. Она превратила свою внешнюю жизнь в точную копию своей внутренней закрытой системы и не могла из нее выйти. Она также не дала мне ей помочь, ибо, когда она сообщила мне эту информацию, она резко оборвала наши встречи. Хотя внутренняя плохая объектная ситуация воспринимается как преследование и тюрьма, инфантильное либидинальное эго страшится ее оставить. Так, мужчине-пациенту приснилось, что он находится в тюрьме и ему предлагают шанс спасения, а он указывает на окно и говорит: «Как я смогу там жить, если буду там совсем один?» Другому пациенту приснилось, что, к его удивлению, он не попытался убежать из концентрационного лагеря; и ему пришло в голову, что, хотя это плохое место для жизни, возможно, за стенами лагеря будет еще хуже, а он привык к лагерю, был знаком с лагерной жизнью и знал, как «оставаться незамеченным», и он решил остаться.

Такое цепляние за закрытый внутренний мир, по-видимому, основано на страхе, что, так как ребенок хочет иметь родителей любой ценой, то плохие родители лучше, чем никакие, а если ты с ними порвешь, то попадешь «с горячей сковородки прямо в огонь». То, что такая привязанность продолжает действовать, видно по поведению пациента, который применял все стандарты своих родителей против себя, пусть даже и не был с ними согласен. Существует глубокая восприимчивость к родительским наставлениям. Антилибидинальное эго продолжает «воспитывать пациента» точно так же, как это делали родители. Кроме того, расстроенный ребенок ощущает потребность в контроле, даже если контроль будет исходить от тех самых родителей, которые послужили причиной его расстройства.

Вследствие этого, столкновение в психике пациента между родителями и аналитиком часто проявляется в

сновидениях. Так, женщине-пациентке, с которой в детстве физически жестоко обращалась ее мать, приснилось, что она торопливо шла по дороге со своим отцом, который бранил и упрекал ее, увидела меня идущим по другой стороне улицы, вырвала свою руку из руки отца и побежала через улицу ко мне, отказываясь вернуться, когда отец стал на нее кричать. В другой раз она рассказала о сновидении, в котором ее избивала мать, потом появился я и оттащил мать в сторону. Затем мне пришлось пойти по делам, и она разразилась слезами и побежала за матерью, которая вновь начала ее избивать. Плохой объект лучше отсутствия всякого объекта, она не могла оставаться в одиночестве, и ее взаимоотношения с жестокой матерью были ее наиболее глубокой объектной связью. Поразительное сновидение одной женщины-пациентки было о том, что ей повстречались наводящие ужас лев и львица, и она забралась на близлежащее дерево в целях безопасности. Но это дерево было молодым и склонилось под ее весом, так что она оказалась почти в пределах досягаемости этих животных. Она сказала: «Конечно же, лев и львица — это мои родители, а вы символизируете собой молодое дерево. Я знала их всю свою жизнь, а вас лишь год или два, и такая связь слишком молода, чтобы защитить меня от их влияния. Когда я нахожусь здесь, то уверена, что ваше знание самое верное, но когда я возвращаюсь домой, то чувствую их правоту». Здесь перед нами картина недостаточно развитого либидинального эго, у которого нет собственных убеждений.

Пациенты, однако, легко упускают из виду реальную импликацию этих сновидений, как если бы в них не была представлена проблема взаимоотношений с их действительными родителями. Они нелегко осознают тот факт, что родители в их сновидениях олицетворяют часть их самих, процессы, идущие в их собственной психике, и представляют теперь не столько их реальных родителей, сколько их собственную самость, на развитие которой

повлияли родители, антилибидинальное эго, в котором они обладают своими родителями, отождествляя себя с ними. Необходимо все это прояснить не только для решения их внутренних проблем, но также для улучшения связей с реальными родителями, если они еще живы.

(б) Антилибидинальное эго дополнительно представляет собою борьбу за обладание эго

Чем тяжелее болен пациент, тем более ясно, что анализ в конечном счете поднимет на свет крайне пугающее чувство, что пациент не обладает удовлетворительным эго. Здесь наружу выходит та базисная слабость эго, о которой мы ранее говорили. Мы видели, что в борьбе за обладание эго, достаточно сильного для выживания, ребенок направляет свой гнев против своего собственного нынешнего эго как инфантильного, слабого и предающего его и отдающего во власть расстраивающих ребенка родителей из-за своих потребностей. Та жестокость, с которой этот внутренний «поворот против своей самости» может продолжать существовать в течение многих лет в последующей взрослой жизни, видна в сновидении сорокалетнего мужчины.

> «Я увидел маленькую собачку в доме. Она выглядела слабой, опрокинулась набок и лежала в таком положении, как будто раненая. Я попытался прогнать ее, но она не двигалась. Внезапно я ощутил к ней сильнейшую ярость и захотел ее ударить. Я понимал, что мне не следовало бы так поступать, но, если бы я прикоснулся к ней, даже эта маленькая собачка могла бы меня укусить. Это чувство впоследствии прошло, а потом вновь появилось».

Эта маленькая собачка, подобно фантазии о плачущем маленьком мальчике, приведенной ранее, была инфан-

тильным либидинальным эго, маленьким обиженным крошечным ребенком из далекого прошлого, все еще живым внутри, ненавидимым, игнорируемым, однако вновь и вновь обращающим на себя внимание.

В той мере, в какой вытеснение этой первоначальной либидинально нуждающейся самости прошло успешно, оно разлучает ребенка с его собственным маленьким эго: или, возможно, нам следует сказать, что для этого вытеснения своей первоначальной самости ребенок должен позаимствовать эго извне, чтобы с его помощью осуществить данную задачу. Так или иначе, происходит идентификация с родителями, и она замещает любое дальнейшее естественное развитие эго ребенка, которое действительно является его собственным. Идентификация с плохими объектами служит заменой должному росту эго. Таким образом, разрушение этой идентификации склонно восприниматься пациентом как утрата его личности, а также как потеря родителей. Так как ему не удалось взрастить собственное зрелое эго с глубокими корнями в своей собственной первичной природе, то, если он отказывается от антилибидинального эго, ему не на что будет опереться, кроме как на свою инфантильную зависимую самость. Это равносильно утрате объектных связей в его внутреннем мире, и он чувствует, что ему грозит регрессия или коллапс, степень которых он не может предвидеть. Мы должны помнить, что антилибидинальное эго представляет собой внутреннее сохранение плохой объектной связи как средство борьбы за существование активного эго, несмотря на страхи. Таким образом, антилибидинальное эго представляет как объектную связь, так и эго, в ситуации, где пациент не обладает ни тем, ни другим в удовлетворительной форме, и очевидно, что он будет испытывать величайшие затруднения при выходе за рамки этого.

(в) Антилибидинальное эго дарует чувство власти, даже если эта власть направляется лишь против самости

Этот момент присущ двум предшествующим ситуациям. Ребенок чувствует себя слабым, потому что не может повлиять на свое окружение с целью улучшения собственного положения. Если он отождествляет себя с преследующими взрослыми в целях подавления своей инфантильной самости, он приобретает личность тех людей, которые кажутся могущественными фигурами в его маленьком мире. Несомненно, пациенты испытывают зловещее чувство власти и удовлетворения при осуществлении жестокого и деструктивного вытеснения своей собственной испуганной детской самости. Это было явно видно, когда один пациент представлял в фантазии сцены жестокого и агрессивного обращения с ребенком: «Как бы мне было радостно заставить его корчиться от боли. Я переломал бы каждую косточку его маленького гнусного тела, я бы стер его в порошок». Эта жестокость к ребенку в фантазиях является жестокостью к ребенку внутри и лежит в основе всякого жестокого обращения с реальными детьми. Часто встречаешь пациентов, которые сами являются родителями и сны которых об отношении к собственному незрелому эго символически воплощаются в обращении с их собственными детьми. Одно такое сновидение особенно наглядно. Пациенту-мужчине приснилось:

> «Мы с отцом и моим маленьким сыном прогуливались в парке рядом с озером. Внезапно мой сын побежал прочь, стремительно приблизился к стоящим в воде лодкам, вскочил в одну из них и отчалил от берега. Он хотел поступать так, как ему заблагорассудится. Отец и я взглянули друг на друга.

Парня следовало проучить. Поэтому я сел в лодку и поплыл за ним, догнав, слегка его ударил, сбив в воду, чтобы его проучить, а затем вытащил его из воды и привел его назад к отцу».

Здесь повторяются первоначальные взаимоотношения отца с сыном, как очевидная идентификация, и в следующем поколении. Но ощущение власти над ребенком само по себе является повышающим цену эго. Ребенок, чья уверенность в собственных силах была подорвана, ищет ее восстановления в принуждении самого себя — опасной антилибидинальной ситуации, которая эффективно кладет конец какому-либо нормальному развитию, в особенности возможности любить. Наслаждение чувством могущества в ненависти к себе легко чередуется с ненавистью к другим людям и с чувством власти над ними. Такая культивация ложного чувства силы в полном ненависти антилибидинальном эго, вырастающем в озлобленную личность, приходит на смену подлинной силе эго.

Таким образом, внутри с помощью своего антилибидинального эго пациент испытывает чувство обладания объектной связью и чувство безопасности вследствие контроля, власти над эго и чувства силы, пусть даже все они осуществляются самодеструктивным образом. Он вряд ли сможет с легкостью всем этим пожертвовать, если только не будет уверен, что получит в обмен нечто намного лучшее. Его проблема заключается в том, что он должен перестать себя обманывать, что он взрослый и сильный, чтобы вернуться к тому полному страхов ребенку, которым он когда-то был и каким все еще чувствует себя внутри; и вновь начать с этого места, но в этот раз будучи обеспеченным родительской персональной связью, относиться к этой поврежденной части себя более конструктивно, что способствует под-

линному росту в отличие от демонстрации дутой мощи маски для скрываемого страха.

Аналитический обход с фланга внутренней закрытой системы

Мы видели, что Фрейд, столкнувшись с негативной терапевтической реакцией, пришел к заключению, что, действуя прямым образом, с ней невозможно справиться. В действительности анализ антилибидинального сопротивления психотерапии в терминах мотивов, описанных в последнем разделе, никоим образом не разрушает сопротивление, хотя и мостит дорогу для этого. Если бы он это делал, то аналитическая психотерапия была бы более быстрым процессом. У меня сложилось впечатление, что длительный анализ внутреннего плохого объектного мира лишь в терминах его содержимого укрепляет тревогу и убеждает пациента в ее сохранении. Пациент застревает в трясине «бесконечного анализа» того, что в действительности является «системой безопасности», несмотря на ее психопатологические воздействия. Если мы не можем разбить закрытую систему прямой атакой, возможно, нам удастся обойти ее с флангов, рассматривая то, защитой против чего она является. Если постепенное раскрытие мотивации ее появления, связанных как с объектными связями, так и с сохранением эго, само по себе не дает пациенту возможности освободиться от этой системы, тогда мы должны взять ее как целое и попытаться больше узнать о том, что скрывается за ее существованием как структуры. Почему люди вообще сохраняют внутренний мир объектных связей, в особенности когда он является столь плохим? Какая бóльшая опасность избегается при выборе внутреннего переживания плохого объекта, которое в крайней форме может приводить к параноидальным шизофреническим ужасам и к депрессивному параличу?

Ответ на этот вопрос должен привести к еще более глубокому пониманию базисной слабости эго, которая является корнем всех последующих проблем. До сих пор мы рассматривали лишь *вытеснение* слабого, хотя все еще активно нуждающегося и предъявляющего требования либидинального эго, в интересах центрального эго, связанного с жизнью во внешнем мире. Другой феномен такого порядка — это *уход*. То, что вытесняется, выталкивается в бессознательное, потому что воспринимается как опасность для нашей сознательной жизни и активности в социальном мире. Уход является бегством от опасностей, которые в первую очередь исходят от внешнего мира. Часть первая данной книги была посвящена описанию клинического исследования этого шизоидного ухода от внешнего во внутренний мир, что в последние годы привлекает все большее внимание. Была исследована точка зрения Фэйрберна, что данный уход обусловлен наличием у индивида мощных потребностей, которые становятся деструктивными во внешнем мире из-за своей интенсивности, так что страх разрушения объектов любви ускоряет разрыв объектных связей. Винникотт делает акцент на столкновении или непереносимом давлении со стороны внешней реальности на нежную инфантильную психику, заставляющем последнюю уходить в скорлупу от вредящего воздействия. Возможно, наиболее фундаментально он подчеркивает неудачу поддерживающего материнского ухода, который мы будем более подробно исследовать в следующей главе. Какова бы ни была причина, очень ранний и элементарный страх является причиной ухода значимой части целой самости от объектных связей в реальной жизни.

Как вытеснение, так и отвод инфантильного эго (уход) препятствуют дальнейшему нормальному развитию базисной природной самости. Однако шизоидный уход во внутренний мир представляется, в конечном счете, более важной причиной слабости эго, чем вытеснение,

в особенности когда мы рассматриваем, как далеко он может заходить. Это более радикальный процесс, чем вытеснение, которое, на мой взгляд, является вторичным феноменом, возникающим, когда попытки противодействовать уходу приводят к порождению опасных антисоциальных импульсов. Они возникают вследствие сохранения внутреннего мира плохих объектных связей, что наводит на мысль, что функцией этого мира как целого является предотвращение радикального шизоидного ухода эго от объектных связей. Этот процесс останавливает уход от реальности на полпути, он спасает эго от полного разрыва объектных связей. Описываемые Фэйрберном деструктивные потребности в любви вызывают как вытеснение антисоциального импульса (оральный садизм), так и отвод орального садистского либидинального эго от внешнего мира, чтобы оно могло функционировать лишь во внутреннем фантазийном мире. Диктуемый страхом уход от столкновения, о котором говорит Винникотт, переходит в попытку убежать от плохих *внутренних* объектов, порождая более радикальный уход, который лежит в основе регрессии. Большой клинический материал, по моему мнению, показывает, что здесь мы имеем дело с двумя различными уровнями внутренней реальности. Лишь когда мы достигаем глубочайшего «ухода» пациента, мы подходим к реальным корням его затруднений. Здесь мы столкнемся со всевозможными проблемами регрессии, самыми трудными для психотерапии.

Некоторая степень ухода от полного контакта с внешней реальностью может обнаруживаться на заднем плане всех психопатических феноменов как результат страха. Так, пациент на пятом десятке лет жизни в достаточной мере выздоровел в ходе психоаналитического лечения, чтобы быть в состоянии не только возобновить работу, но и выдержать экзамены по бухгалтерской части, что ранее он никогда не был в состоянии эффективно

сделать. На этой стадии он сказал: «Я обнаружил, что не обращаю особого внимания на погоду. Я слишком занят, наблюдая за собой, и мало внимания обращаю на то, что происходит вне меня. Мать сказала, что раньше я имел обыкновение впадать в "обморочное состояние", и я боюсь потерять сознание. Дело обстоит так, будто я себя теряю, как будто я спускаюсь внутрь себя и теряю сознание. Временами я боюсь засыпать. Мальчиком я боялся ложиться в постель в том случае, если испытывал удушье, и мог спать, лишь опираясь на подушки. Я помню, что в детстве меня одолевали мысли: "Кто я? Почему я здесь?" Мне казалось, что я не принадлежу своей семье, и я представлял свой дом за тысячи миль отсюда». Здесь видны все черты раннего шизоидного ухода внутрь себя, который несет в себе угрозу деперсонализации сознательной самости. Он начинает не узнавать себя. Затем ему приснилось:

> «Внезапно я увидел, что рядом со мной все еще находится та маленькая собачка, которая была у меня в детстве. Когда-то я засунул ее в коробку и забыл о ней на многие годы, и подумал: "Почему она здесь? Пришло время выпустить ее наружу". К моему удивлению, она не сердилась на то, что была заперта, но выразила радость, что теперь ее выпустили наружу».

Собака олицетворяла «эго детства». Лишь сейчас он почувствовал, что эго детства может вернуться. По-видимому, именно это Винникотт подразумевает под термином «подлинная самость», которая была «положена на хранение в холодильник» и ожидала шанса на второе рождение.

Различие между вытеснением и уходом впечатляющим образом было доведено до моего сознания пациенткой, которая проработала истерическую фазу для обнаруже-

ния базисного шизоидного состояния. В истерической фазе ей приснилось, что ее взрослой жизни вредил голодный ребенок, которого она продолжала скрывать за своим фартуком и который нуждался в пище, хотя она не могла его накормить. Это было ее нуждающееся, требующее, внутренне активное оральное либидинальное эго, и приходилось отводить энергию от внешнего мира, чтобы продолжать держать его в состоянии вытеснения. Постепенно она проработала истерическую фазу и утратила физические симптомы, связанные с ней, однако после этого обнаружила, что она ужасным образом отчуждена и не находится с чем-либо в контакте, живет механическим образом и является выраженным шизоидом. Раньше ее истерия была защитой против этой опасности. Затем она начинала каждую сессию тихим замечанием: «Вы находитесь за многие мили отсюда, вы ушли от меня», — проецируя на меня свою собственную изолированность. Затем она сообщила мне о коме в ее животе. Она была уверена, что он располагался в ее матке, и была напугана тем, что, если расскажет об этом врачу, он «отнимет этот ком», и это будет ее конец; от нее останется лишь пустая скорлупа. Она думала об этом коме как о ребенке, но никогда как об активном голодном ребенке, а лишь как о мертвом ребенке, или похороненном заживо, лежащим неподвижно, без движений, возможно, становящимся больше, однако этот ребенок никогда не сможет выйти наружу. Она говорила: «Я не могу выйти наружу. Я буду лишь отвергнута». Она была нежеланным ребенком, навязанным своей сестре ее матерью, которая не хотела обременять себя заботой о ней. Столкнувшись лицом к лицу с вызывающим страх собственным уходом, она вновь вернулась к истерической защите конверсионного симптома, но теперь телесный субститут представлял не голодное оральное эго, а уход напуганного регрессировавшего эго, погребенного в матке бессознательного.

В этой части личности обнаруживаешь, что значение имеет не сексуальность или агрессия, а просто страх. Так, старая дева преклонного возраста лишилась, по причине смерти, подруги, которой она дорожила, и чувствовала себя опустошенной, безжизненной, просыпалась ночами с «нереальными иллюзорными чувствами, подобно мельчайшей пылинке, летящей в пустоту». Этой деперсонализации вследствие утраты хорошего объекта она начала противодействовать, находя спасение в плохих объектных связях в форме ссор с соседями. Затем развилась бессонница как защита против ощущаемого риска утраты себя во сне, и она лежала без сна, предаваясь «размышлениям». Она сказала: «Неважно, о чем я думаю, до тех пор пока я продолжаю о чем-либо думать», — что свидетельствовало об ее борьбе за сохранение своего взрослого эго. (Ср. с. 90.) Она дошла до истощения и с трудом могла заставлять себя вставать с постели утром. Я высказал предположение, что она боится жить без своей подруги и чувствует сильную потребность уйти и спрятаться в постели в целях безопасности, и все же она борется против осуществления этого желания. Она ответила: «Мне пришла в голову странная мысль. Когда вы все это говорили, я вообразила себя яйцеклеткой, находящейся в матке. Вчера я услышала по радио беседу на эту тему, и она мне крайне понравилась. Мужчина сказал, что оплодотворенное яйцо находит мягкое место в подстилке матки, прячется там и начинает расти. Я мысленно представила себе эту картину, и сейчас она снова стоит у меня перед глазами». Затем после паузы она стала напряженной и сказала: «О! Ужас внезапно переполнил меня. Я чувствую, как меня подавляют взрослые люди, которые столь уверены в себе и властны. Это ужасно, они высасывают из меня жизненные соки. (Это была точная картина обоих ее родителей.) Я не могу рассказать об этом страхе соседям или друзьям, лишь вы можете это понять». Тяжелая потеря подруги обнажила ее ушедшее

либидинальное эго младенчества в доме с тяжелой атмосферой. Оно больше не было ни сексуальным, ни агрессивным, а лишь слабым, испуганным и стремящимся оставаться в своей скорлупе. Выявление ее инфантильного эго вновь пробудило ее старый интенсивный страх взрослого мира, и она успокоилась, лишь когда ощутила себя в безопасности рядом со мной.

Глубочайший корень психопатологических феноменов поэтому не связан с сексуальными и/или агрессивными влечениями. Они являются природными энергиями всей психики и будут проявляться примитивным образом в примитивном эго, зрелым образом в зрелом эго и патологическим образом в патологическом эго. В последнем случае эти инстинктивные энергии в очень большой степени связаны с борьбой за сохранение объектных связей и мобилизуются в попытке противодействия радикальному уходу от реальности. Тогда они станут процветать во внутреннем мире сновидений и фантазий, где сохраняются внутренние объектные связи, чтобы служить двойной цели. Они удовлетворяют потребность ухода от внешнего мира и в то же самое время останавливают безрассудный уход еще глубже внутрь на пути к полной регрессии в утробоподобное состояние. Ибо регрессивные тенденции всегда проявляются в фантазиях возвращения в матку, в усилении потребностей в пребывании в постели и во сне, в неспособности вставать утром, в стремлении избежать ответственности и активности, удалиться от дел и чувствовать себя истощенным. Воздействие природных импульсов ощущается тогда, как противовес бегству в некоторое безопасное место внутри.

Чем более специфично регрессировавшее эго в личности, тем в большей мере сон, лишенный сновидений, может быть сравнен с повторным уходом в безопасность матки, или, с точки зрения центрального эго, с глубинной регрессией. Тогда сновидение становится не здоро-

вым эквивалентом игры ребенка, а защитой против утраты эго вследствие вытеснения. Сон будет интенсивно желанным для одной части личности и вызывать интенсивный страх у другой части личности. Мир сновидений, таким образом, находится на полпути между маткой и внешним миром. Сновидения дают возможность одновременного ухода от внешней реальности и сохранения активного эго. Грезы наяву ясно свидетельствуют об уходе от внешней реальности. Ночные сновидения показывают, к тому же, сопротивление пассивной зависимости во сне. Бессонница, или отказ покинуть уровень центрального эго, является еще более решительной мерой защиты против регрессии. Все это является частью борьбы за сохранение активного эго перед лицом могущественного обусловленного страхом побуждения к уходу, борьбы за противодействие «запиранию» своей самости. Когда это состояние «запертости изнутри» переводится в физические симптомы, тогда мы сталкиваемся с запором, задержками в мочеиспускании, сексуальной импотенцией, блокировкой синуса, ощущения плотного узла вокруг головы; и с вторичными страхами пациента в связи с неспособностью избежать такого заключения в тюрьму своей самости — клаустрофобической реакцией, приводящей к использованию «проникающих» медицинских препаратов — носовых ингаляций и аэрозолей, к развитию поноса и к частому мочеиспусканию. Реальная проблема состоит в том, что пациент не может реагировать на внешний мир с каким-либо подлинным чувством, кроме страха. Один мужчина-пациент, который производил впечатление здорового экстраверта, успешного полного энергии бизнесмена, жаловался на физическую «закупорку» и рассказывал обо всех только что упомянутых мною симптомах. В действительности ему было трудно расслабиться, а за его интенсивной активностью скрывалось характерное стремление сохранить вечное движение. Ему постоянно приходилось «продол-

жать вертеться». Во время второй сессии он поведал о простом ярком сновидении, которое его поразило:

> «Я вышел по делам бизнеса и оставил дом, жену и семью. Я просто ушел неизвестно куда».

В этом сновидении раскрылись регрессия и уход, против которых он столь рьяно сражался. В наиболее глубоко ушедшем регрессировавшем либидинальном эго мы не находим активных сексуальных и агрессивных импульсов, а находим лишь страх и отчаянную потребность быть в безопасности, покое, тепле и находиться под защитой, пока продолжается выздоровление. Если мы станем говорить о влечениях, то глубочайшей причиной психопатологических феноменов будет не секс или агрессия, а страх и инстинктивная реакция бегства от внешнего мира реальных плохих объектов в младенчестве. Все иное в психопатологии является защитой: противодействием бегству и сверхкомпенсацией ушедшего регрессировавшего эго.

То различие, которое я уже предлагал (во второй и третьей главах), основанное на расщеплении в самом либидинальном эго, между активным оральным либидинальным эго и пассивным регрессировавшим либидинальным эго, дает нам возможность осуществлять анализ слабости эго до глубочайшего уровня. Мы видели, как борется ребенок, чтобы справиться с внешним миром и предъявляемыми к нему извне требованиями, как он пытается совладать со своей слабостью, направляя свою агрессию против собственных либидинальных потребностей; и как это приводит к формированию внутренней «закрытой системы» самопреследования, внутреннего мира плохих объектных связей, садомазохистского внутреннего мира психоневроза и психоза. Такое состояние дел можно проиллюстрировать рисунком

пациентки, на котором она находилась внутри закрытой полости с острыми зубами; однако она не только лежала в углу, беспомощно страдая от убийственных нападок, но и представляла собой отчужденную пару молящих о помощи рук. Эти руки были не в состоянии обеспечить ей какую-либо помощь, но им также ничто непосредственно не угрожало. Я воспринимаю эту пару рук как символическое выражение той ее части, в которой она ранее была в состоянии отделять себя от садомазохистского внутреннего мира и могла отворачиваться от него и относиться к нему, как если бы его не было. Часть ее продолжала страдать, однако другая ее часть, символически представленная молящими о спасении руками, явно достигла убежища в регрессивном отчуждении даже от этой внутренней реальности. Регрессировавшее эго уходит еще глубже в бессознательное, разрывая все объектные связи, оставляя только попытки возвращения в матку и бегства в идентификацию. Активное оральное мазохистское либидинальное эго является эго психоза и психоневроза; пассивное регрессировавшее либидинальное эго является эго глубинного шизоидного, побуждаемого страхом ухода от жизни, несущим с собой угрозу радикальной деперсонализации.

Теперь мы можем видеть, почему «закрытая система» внутренних плохих объектных связей и антилибидинального преследования самости является «статичной внутренней ситуацией», которую трудно изменить. В своей целостности она представляет собой отчаянную попытку не допустить регрессии и деперсонализации в какой-либо степени. Ее методом по большей части является использование фантазийных и временами «отыгрываемых» плохих связей для поддержания бытия ясно выраженной и отдельной части эго. Плохие связи зачастую лучше для осуществления этой цели, чем хорошие связи, так как хорошие связи могут восприниматься как удушающие, в особенности когда в них вовлечена

глубокая инфантильная зависимость. *Психотерапия и внутренний мир плохих объектов представляют собой противостоящие позиции в деле спасения эго.* Антилибидинальная позиция заключается в сохранении в неизменяемом состоянии внутренней закрытой системы самопреследования внутреннего травмированного ребенка, в попытке насильственного выталкивания взрослого эго в сознание. Психоаналитическая терапия в действительности является приглашением к выходу в открытую систему, соприкасающуюся с внешней реальностью, возможностью освобождения от оков глубоко укорененных страхов к хорошей объектной связи с терапевтом. Но она может добиться радикального успеха лишь в том случае, если терапевту удастся достичь этого глубоко ушедшего регрессировавшего эго, ослабить его страхи и содействовать его продвижению по пути к возрождению и новому росту, к открытию и развитию его потенциальных возможностей. Глубоко регрессировавшее эго чувствует себя неспособным вступать в контакт с кем-либо. Мазохистское либидинальное эго не может отказаться от плохих объектов без соскальзывания в деперсонализацию. Если терапевту не удастся интуитивно почувствовать затруднительное положение пациента и с помощью нужной интерпретации в правильно выбранный момент прорваться к той части пациента, которая отрезана от всякой коммуникации, то пациент не сможет измениться. Если же этот контакт установлен, тогда может возникнуть то, что Винникотт (1955а) называет «терапевтической регрессией». Делает ли такое понимание психотерапию сколько-нибудь легче, это другой вопрос. Возможно, нет никакого способа сделать ее легкой. Здесь истоки нашей потребности в исследовании, но, по крайней мере, лучше знать, с чем нам придется иметь дело, и знать главный фактор заболевания, нежели считать основными причинами вторичные и защитные факторы.

VIII. ПРИРОДА ПЕРВИЧНОЙ НЕУДАЧИ В РАЗВИТИИ ЭГО

В предыдущих главах был собран клинический материал, свидетельствующий о существовании, глубоко внутри каждой нарушенной личности, центра переживаний, что в целом мы называем «эго слабости». Достижение более точного понимания того, что это означает, весьма прояснит наши цели в психотерапии. Слабость эго не должна пониматься как нечто ясно очерченное, которое либо есть, либо его нет, которое обеспечивает нас абсолютно точным способом различать психическое заболевание и здоровье. Все это вопрос степени проявления слабости. В психозе слабость психики почти полностью доминирует и исчезает настолько, насколько достижимы стабильность и зрелость. Различные люди на собственном опыте знакомы с этим лежащим в основе их личности фактором и испытывают его с разной степенью осознания и интенсивности. Интенсивный страх пациента по поводу осознанной собственной базисной слабости эго определенно является главным фокусом напряжения в жизни и сопротивления психотерапии. Мы видели в последней главе, как поддерживаются беспрестанные усилия для совладания с этой слабостью и ее вытеснения, чтобы принудить самость справляться с внешней реальностью и удовлетворять требованиям взрослой жизни, несмотря на слабость. С другой стороной этой ситуации сталкиваешься в психотерапии, когда пациент крайне упорно сопротивляется любой попытке помочь ему сознательно переживать ту часть его личности, которой необходима помощь. Так как пациенту приходилось расти, не опираясь на безопасный и надежный хороший контакт с матерью, с чувством, что его внутренняя самость никем не понимается и что он дол-

жен, прилагая все свои силы, организовать свою жизнь, чтобы сохранить себя психически живым, пациенту кажется невозможным изменение этой ситуации. Отказ от функционирования собственной системы сохранения эго представляется ведущим к коллапсу и гибели. Однако, по-видимому, пациент может пойти на такой риск, если он начинает испытывать доверие к аналитику и к взаимоотношениям с ним, вместо того чтобы полагаться на собственные стратегии борьбы как основу чувства собственной реальности и безопасности; и что же может быть в том случае, если терапевт, в конечном счете, окажется ничуть не более полезным, чем мать в прошлом?

Регрессировавшее эго и самоубийство шизоида

Вытесненное в конечном счете в бессознательное, инфантильное слабое эго очень ясно переживается на сознательном уровне как *страх умирания*, когда ощущается угроза, которую оно несет стабильности личности. Так, мать семейства на пятом десятке лет жизни сообщает: «Когда я одна, и в особенности когда я просыпаюсь ночью, я испытываю внезапное чувство, что я тону. Я панически пугаюсь и чувствую, что могу внезапно умереть». Эта пациентка в детском возрасте была подвержена обморочным припадкам, когда бывала вне дома со своей матерью, однако в другое время они у нее не наблюдались.

Врач, который, несомненно, перенес в детстве тяжелую травму отнятия от груди и получал очень плохой материнский уход на протяжении всего детства, прорабатывал в анализе свою глубоко укоренившуюся депрессию. Однажды вечером последней у него была пациентка с очень глубокой депрессией, в которой она пребывала со времени смерти матери, девять месяцев тому назад. Она

сказала: «Мой мир распался, когда умерла моя мать». Это замечание произвело на врача очень глубокое впечатление, и в ту же ночь ему приснилось:

> «Я находился при смерти, и мне было интересно наблюдать за своей реакцией. Я был очень испуган и опечален и хотел знать, похоже ли умирание на засыпание».

В менее острой форме появляется страх подхватить прогрессирующее заболевание или, в еще более мягкой форме, возникает чувство неспособности справляться с жизнью и тревоги по всякому поводу. С другой стороны, когда начинает развиваться истощение, что периодически происходит вследствие борьбы против угрозы внутреннего распада, тогда оно переживается как *желание умереть*. Оно может ощущаться и как желание регрессировать, убежать от жизни, заснуть на неопределенный срок или же как утрата интереса и активных стремлений, как желание уйти от контактов и избежать ответственности.

По этим причинам я назвал этот структурный аспект ослабленной личности, который очевидно является стержнем психического заболевания, «регрессировавшим эго». Я не был, однако, удовлетворен таким дескриптивным термином, ибо он явно описывает «поведение», а не фактическую «природу» этого ядра невроза, психоза и всех других форм расстройства личности. Мы можем крайне легко узнавать его проявления во всех разновидностях регрессивных феноменов, но они всегда побуждают нас к более глубокому пониманию их подлинного смысла. Почему данный пациент испытывает подобные побуждения? Что заставляет его хотеть убежать от жизни вместо наслаждения ею? Почему здесь возникает регрессировавшее эго? Какова подлинная природа и условия появления такого состояния? В действительности термин «регрессировавший» не раскрывает всей

сложности явления. Глубоко укоренившийся источник лежащей в основе фундаментальной слабости всей личности, первичная неудача развития сильного базисного эго, имеет, по крайней мере, три причины (в нисходящей последовательности) в отношении психической глубины: (I) *вытеснение* проявлений испуганного младенца как нежелательной помехи взрослению, чтобы противостоять жизни на взрослом уровне (т.е. антилибидинальные феномены, ср. главу VII); (II) *уход* испуганного младенца от мира, с которым он не может справляться, а также от внутреннего антилибидинального преследования самости, таким образом ускоряющий регрессию или бегство от жизни (ср. вторую главу, сс. 91 сл.); (III) *потенциал* в первичной природной психике, который не был «пробужден к жизни» (т.е. «процессы взросления» не начались) из-за блокирующего воздействия как вытеснения, так и ухода, и отсутствия хорошего объекта для появления здорового отклика (т.е. «не помогающее развитию окружение»). Это проблема, которую нам еще предстоит исследовать в девятой главе. Сейчас мы возвращаемся к «регрессии».

Мы сталкиваемся с регрессировавшим эго в наиболее явном виде в склонности к шизоидному самоубийству и, в менее экстремальной форме, в состояниях истощения, усталости и утраты энергии. Эти феномены возникают, если удается заставить пациента перевести его фанатически антилибидинально направленное преследование самости в активность; но они также неоднократно прорываются в постоянной сверхактивности с ее неослабевающим напряжением, когда за этим следует депрессивное, или, более точно, апатичное, состояние. Одно из расстраивающих состояний, присущих многим пациентам, — это состояние «человека, который плохо может расслабляться», который стремится ко сну, отдыху и восстановлению сил, чтобы затем снова вернуться к работе, но тело и психика которого просто не «выключаются»,

так что он лежит уставший, физически беспокойный и ментально активный, будучи не способен ни успокоится, ни перестать думать. Ночью он бывает в бодрствующем состоянии, в котором хотел бы быть днем, а днем, желая быть активным, чувствует себя изнуренным и почти мертвым. Он пойман в ловушку между противоположными страхами — страхом истощающей силы компульсивной чрезмерной активности и страхом отказа от борьбы, — распада, регрессии.

Женатый мужчина, который ранее в течение многих лет испытывал громадное напряжение вследствие болезни и смерти своей первой жены и психической болезни у своей второй жены и у которого в связи с этим усилились расстройства, обусловленные собственным неблагоприятным детством, сказал на одной сессии: «В конце рабочего дня я должен побыть минут десять в абсолютной тишине. Мне известны несколько разновидностей усталости: физическая усталость, интеллектуальная усталость, когда я чрезмерно долгое время занимаюсь без перерыва, эмоциональная усталость, когда сталкиваешься с чем-то неприятным дома или на работе. Но за всем этим я ощущаю более глубокую — *усталость от жизни*. Мне просто хочется на какое-то время прекращать жить. Я не хочу умереть, но я нуждаюсь в возможности убегать от напряжения, связанного с продолжением жизни, на некоторое время». Эта поразительная двойная мотивация «возможности прекращать жить, но нежелания умирать» вместо страха перед умиранием очень ясно проявляется у некоторых пациентов, испытывающих выраженные шизоидные самоубийственные склонности. Так, одна пациентка, жена и мать, в конце четвертого десятка лет жизни, сказала: «Мне часто казалось, что было бы чудесно сунуть свою голову в газовую печь и потерять сознание. Но я не могла поступить так, потому что не была уверена, что смогу отключить газ вовремя, прежде чем он убьет меня».

Другая пациентка, очень больная молодая женщина в начале третьего десятка лет, иногда вставала вскоре после того, как укладывалась в постель, ложилась *рядом* с газовой плитой и включала газ. Затем она чувствовала себя совершенно неспособной пошевелиться, чтобы выключить газ, и ждала, пока кто-либо из членов семьи не поинтересуется, почему она встала, и подойдет и выключит газ, что, к счастью, они всегда делали. Было бы совершенно неправильно интерпретировать это как просто «истерический» эксгибиционистский акт, направленный на то, чтобы члены семьи волновались за нее. Это было следствие подлинного чувства истощения, слишком сильного, чтобы продолжать жить, и потребности в бегстве в бессознательное, однако нежелания умирать. В действительности, когда она не вставала, что она делала в отчаянии, она лежала в постели, будучи не в состоянии заснуть из-за обсессивного счета, который она не могла остановить, пока не найдет «правильный номер» (который, конечно же, никогда не может быть найден), или из-за обсессии по поводу слов, в которой она отчаянно пыталась аннулировать слова о смерти и умирании, придумывая слова о жизни и продолжении жизни: очевидный конфликт между желанием регрессировать, страхом умирания и конечным желанием жить. Иногда она засыпала, истощенная этим процессом; в другое время она прибегала к газовой плите для достижения хотя бы временного облегчения путем бегства в бессознательное. Такова была мотивация для использования снотворных таблеток. В действительности она отчаянно боролась за поддержание себя психически живой и функционирующей. Некоторые аспекты ее случая, представленные на страницах 150—153, крайне уместны здесь.

Шизоидное самоубийство в действительности не является стремлением к смерти как таковой, за исключением тех случаев, когда пациент полностью утратил всякую

надежду на получение понимания и помощи. И даже тогда существует глубокое бессознательное секретное желание, что смерть окажется путем к возрождению. У одной пациентки в центре параноидально-шизофренического эпизода возникала непреодолимая яркая фантазия о соскальзывании в реку, где течение понесло ее к выходу из воды возрожденной и новой; и она, в действительности, вовремя остановилась, будучи крайне близка к реализации данной фантазии. В то время как в депрессивном самоубийстве побудительной силой является гнев, агрессия, ненависть и деструктивный импульс, направленный на свою самость, чтобы отвлечь ее от ненавидимого объекта любви, шизоидное самоубийство в своей основе является стремлением убежать от ситуации, с которой индивид не чувствует себя в силах справиться, и поэтому в некотором смысле является возвращением в матку с надеждой родиться еще раз с новым шансом на жизнь. Это драматическая версия базисной слабости эго, природу которой мы исследуем. Каково же ментальное состояние, которое вовлекает человека в такую дилемму, где он нуждается в прекращении жизни, в то же время не желая умирать?

Чувство полнейшей изоляции пациента

При все более глубоком наблюдении за ходом анализа таких пациентов на меня большое впечатление производила их концентрация на неизменном центре их внутреннего переживания. Где-то глубоко внутри себя они натолкнулись на чувство своего абсолютного одиночества или на готовность впасть в такое состояние. Это чувство может выражаться по-разному: иногда как воспоминание, иногда — как фантазия. Это не просто чувство одиночества, отчужденности и обособленности, когда хочется более легко заводить друзей, и т.д. Оно sui generis (в своем роде)

является финальным, абсолютным и в своей крайней форме сопровождается чувством ужаса. Так, сорокалетняя женщина рассказала мне, что в течение недели у нее перед глазами стоял яркий образ себя как маленькой девочки, сидящей на высоком стуле, которой нечем заняться, с которой никто не разговаривает, и она просто сидит неподвижно одна в пустой комнате, медленно покачивая своей головой из стороны в сторону. Ее инфантильные переживания свелись к еле видимому движению, символически представляющему собой попытку отрицать вызывающую ужас изоляцию, в которой она себя ощущала.

Другая женщина-пациентка, пожилая женщина в конце шестого десятка лет жизни, глубоко шизоидная личность, на очень продвинутой стадии анализа однажды проснулась ночью в состоянии ужаса, чувствуя, что смотрит в черную пропасть, распростертую у ее ног, в которую она неминуемо должна упасть. Неделю или две спустя она проснулась в глубоком страхе, чувствуя себя ослепшей, оглохшей и онемевшей и не знающей, где она находится, затерявшейся без каких-либо средств коммуникации. Еще позднее ей приснилось, что она

> «видит малышку, в которой она узнала себя, в детской кроватке. Малышка находится в глубоком сне или коме, с крепко закрытыми глазами, но ее глаза кажутся опухшими от слез, а сама она расстроенной, хотя все это заперто у нее внутри. Ее мать и старшая сестра подошли, мельком посмотрели на малышку и отошли, ничего для нее не сделав. Затем она увидела более пожилую женщину, сидящую беспомощно и выглядящую крайне больной».

Она знала, что та женщина была больна, потому что носила в себе этого больного младенца, а также, что эта женщина была она сама. Это сновидение было, когда она

действительно чувствовала себя очень больной и едва могла продолжать бороться изо дня в день. Это болезненное состояние стало проясняться, когда она воскресила в памяти намного более раннюю картину: она сидит на стуле в грязной кухне с пьяным мужчиной, лежащим на софе, и девушкой, которая не обращает на нее внимания. Затем она увидела меня входящим в комнату, берущим ее на руки и выносящим наружу, и начиная с этого момента она начала отказываться от самоизолирующего упорного сопротивления по отношению ко мне и однообразных аргументов против всего, что я говорил, стала ко мне намного более отзывчивой и почувствовала себя заметно лучше. Я объяснил ей, что она почувствовала, что я вступил в контакт с ее полностью изолированной, утраченной и больной инфантильной самостью и теперь она может прекратить борьбу за поддержание своего бытия, основываясь исключительно на собственных усилиях, не подпуская к себе ни меня, ни кого-либо другого. Это было важным поворотным пунктом в очень длительном анализе, и мы позднее рассмотрим более подробно этот *контакт терапевта со скрытым изолированным ядром самости пациента.* Ранее она часто говорила: «Я чувствую, что не могу войти в контакт с вами. Вы должны войти в контакт со мной».

Нижеследующий случай молодого женатого мужчины, ученого, работающего над техническими проблемами средств коммуникации, показывает, как это чувство изоляции и сопутствующее ему чувство опустошенности личности может заполнять бодрствующее сознание. После примерно пятидесяти сессий он сказал: «Последние две недели я чувствую себя лишенным какой-либо инициативы, напуганным. Я чувствую себя находящимся в пустой дыре, где нет ничего. В сновидениях я испытываю чувство погружения в вакуум. Для существования моей личности нет никакого реального основания. Я живу только внешне. Я не чувствую себя реальным.

Ребенком я кричал: «Никто не заботится обо мне»«. Затем ему пришлось уехать в Лондон по делам бизнеса, и по возвращении он сообщил: «Я чувствовал себя там одиноким и не мог ни с кем контактировать. Я чувствовал себя неполноценным, неквалифицированным. Я чувствовал себя не в состоянии совершить сексуальный половой акт. Я не чувствую себя взрослым. Я чувствую себя полым, пустым, я не знаю, каким человеком являюсь. У меня нет корней, нет личности, на что я мог бы опереться. Я даже боюсь вас, и я всегда одинок в толпе. Я чувствую, что мы дошли до самых корней». На следующей сессии он сказал: «Я всю неделю ужасно себя чувствовал. И хотя я имею о вас представление, я считаю, что не знаю вас. Я никогда не думал о возможности вашего понимания меня. Я думал, что должен сам в себе разобраться и что никто другой не сможет этого сделать». Его мать была женщиной маскулинного типа, которая не любила мужчин и не желала иметь детей. В своих сновидениях он постоянно фантазировал о том, как она отнимает его имущество. Согласно его словам, она «лишила меня моей личности». Поэтому, когда ему приснилось: «Я просил мать лечь ко мне в постель», — я проинтерпретировал это как его желание, чтобы мать обеспечила его контактом, с которым он смог бы начать чувствовать себя реальным человеком, чего она никогда не делала в прошлом. Он ответил: «Да, я чувствую, что во мне нет ничего, что помогло бы мне вступить в контакт с вами. И все же теперь я не чувствую себя настолько кошмарно. У меня есть вы». Он начал чувствовать, что я вхожу в контакт с его изолированной внутренней самостью, возможно, вначале просто понимая, что она у него есть и поэтому находится в таком состоянии.

У каждого человека, вероятно, в некоторой степени в душе живет одинокая часть личности, но у очень больного человека она ведет всецело изолированное существование, лишена опыта общения, чтобы быть в состоянии

чувствовать себя личностью, неспособна контактировать с другими людьми, и другие люди также не могут пробиться к ней. До тех пор пока остается такое положение дел, все остальные психопатологические феномены являются камуфляжем, повседневной борьбой за продолжение существования, попыткой отрицать изоляцию, поддержанием отчаянного желания сохранить физическое существование и социальную активность, несмотря на повторяющиеся незначительные или даже крупные срывы. Изолированная, эволюционно задержанная сердцевина самости находится здесь с самого раннего детства. Пациент чувствует следующее: «Я не могу войти с вами в контакт. Если вы сами не сможете войти со мной в контакт, я погиб. Но у меня нет уверенности, что вы это сможете сделать, потому что вам ничего не известно об этой части меня. Об этом никто ничего не знает, и именно поэтому мне нельзя помочь. Я чувствую, что никогда не стану лучше и что вы не сможете меня вылечить». Такова та базисная проблема, с которой мы сталкиваемся лицом к лицу в психотерапии.

Точка зрения Винникотта относительно «начала развития эго»

Здесь я обращаюсь к рассмотрению работы Винникотта о самой ранней связи «мать—младенец», чтобы получить необходимые ключи для понимания проблемы сущности шизоидного состояния. В работе «*Способность находиться в одиночестве*» (1958) Винникотт использует как основную концепцию взаимной настроенности матери и младенца, их взаимосогласованности, эмоциональной взаимосвязи (*ego-relatedness*) для обозначения главного позитивного результата хорошего материнского ухода за младенцем с самого начала его жизни. *Эмоциональная взаимосвязь с матерью как фундаментальное качество опыта, развивающегося в младенческом эго* на

самых ранних стадиях его роста, представляется мне наиболее ценной идеей для освещения нашей проблемы. Я постоянно подчеркивал, когда писал о теории «объектных отношений», что значение объектных связей заключается в том, что без них люди не могут развивать свое эго. Таково теоретическое положение, которое подтверждено конкретным, экспериментальным, клиническим материалом в концепции *ego-relatedness* Винникотта. Для понимания всей силы данного положения требуется его тщательная разработка. Винникотт имеет в виду, что при хорошем материнском уходе у младенца развивается чувство собственной эго-целостности и эго-идентичности, как часть общего переживания надежной, безопасной, поддерживающей связи со своей матерью. По мере роста такого опыта, развивающего «чувство самости» младенца, ребенок становится способным находиться в одиночестве в течение все более и более длительного времени, т.е. к принятию физического отсутствия матери и других людей без тревоги или паники. Он растет внутренне «взаимонастроенным с матерью, взаимосогласованным» ребенком. Он позитивно относится к окружающему миру и доверяет ему, и, когда он находится *в одиночестве*, он не чувствует себя *в изоляции* или *ментально вне контакта*. Можно сказать, что он растет с естественным, не подвергающимся сомнению опытом симбиоза себя и мира. Глубинное чувство *принадлежности* и *единения с* миром не осознается им, а становится продолжением атмосферы безопасности, в которой он существует внутри себя.

Насколько базисно это чувство, может быть проиллюстрировано крайне интересным отрывком из книги Мартина Бубера «Я и Ты» (p. 25):

> «Пренатальная жизнь ребенка является чисто природной комбинацией телесного взаимодействия и перетекания из одного тела в другое... У

евреев есть поговорка: "В теле матери ребенок знает вселенную, при рождении он забывает об этом"... И действительно, данное знание остается в человеке как тайное желание... как стремление к космическому единению. Каждый ребенок, который входит в жизнь, подобно всякой жизни, вступающей в мир, покоится в матке великой Матери, в неразделенном первичном мире, который предшествует форме. От нее мы отделяемся, вступаем в личную жизнь и ускользаем лишь в ночные часы, чтобы вновь быть рядом с ней; ночь за ночью это происходит со здоровым человеком. Но это отделение не становится катастрофой, так же как отделение от родной матери; ребенку дарится время для замены врожденной природной связи с миром, которую он постепенно утрачивает, на духовную связь с миром, т. е. на создание взаимоотношений».

Бубер описывает здесь, каким образом бессознательный пренатальный симбиоз должен развиваться в сознательную постнатальную личностную связь, новый тип симбиоза, в котором простое органическое сосуществование заменяется дифференциацией индивидов, отдельных эго, вновь объединяющихся, в конечном счете, в сознательной значимой взаимности. *Рождение — это просто отделение, и оно быстро приведет к изоляции, к разрушению личного эго, если хороший материнский уход не начнет сразу же восстанавливать «связь», которая поможет эволюции, реализации потенциального эго младенца, и вследствие этого его личным взаимоотношениям.* Человеком невозможно оставаться в изоляции. Если мать не запускает в младенце процесс «взаимной согласованности, взаимосвязи эго», он не сможет стать подлинным человеком, личностью; в худшем случае он будет психотиком или совершит самоубийство. «Взаимосогласованность эго» становится фундаментом для на-

шего опыта. Лишь она дает нам возможность находиться в одиночестве, не будучи при этом изолированным и не превращаясь в «заблудшую душу». В упомянутой выше работе Винникотт пишет:

> «Способность индивида к одиночеству... является одним из важнейших признаков зрелости эмоционального развития».

Наши пациенты не обладают такой способностью.

Прежде чем мы станем более подробно рассматривать взгляды Винникотта, можно сказать, что в концепции *ego-relatedness* («взаимной согласованности, взаимосвязи эго») проявилось более глубокое понимание уже давно известных вещей. В течение многих лет «сепарационная тревога» была ключевой концепцией при психодинамическом подходе. Она признает тот факт, что люди не созданы для изоляции и поддерживают свою безопасность привычными способами. Эта поддержка в первую очередь исходит от «лиц»; однако позднее появилось понимание, что многие вещи, дом, соседи или город, в котором живешь длительное время, могут приобретать поддер-живающую функцию, так что люди, и в особенности дети и взрослые с нарушениями психики, могут испытывать сильную сепарационную тревогу при расставании с принадлежащими им предметами или с домом, так же как с семьей или друзьями. Винникотт подчеркивал это, показывая, как дети приобретают «переходные объекты», прижимая к своей груди игрушки, которые помогают им становиться более независимыми от матери.

Фэйрберн (1963) недвусмысленно утверждал, что

> «самая ранняя и первоначальная форма тревоги, переживаемой ребенком, это сепарационная тревога».

Так утверждает «Теория объектных отношений», где объектные отношения рассматриваются как среда, в которой происходит весь психодинамический рост человека. Тем не менее, сепарационная тревога — негативная концепция. Она описывает, что происходит, когда взаимоотношения терпят неудачу, но не определяет позитивный опыт при успешных взаимоотношениях. Такой позитивный опыт точно описывается термином «взаимосвязь, взаимонастрой эго» Винникотта, и мы можем расширить это определение, сказав, что *существует уязвимость к сепарационной тревоге, когда человеческое бытие не является в своей основе «взаимонастроенным эго» и находится в состоянии «ego-unrelatedness»*. Это не зависит от внешней утраты объекта. Тот, кто имел безопасную взаимосвязь эго с самого раннего младенчества, может перенести утрату внешней опоры. Тот же, кто с самого раннего младенчества оставался без эмоциональной взаимосвязи, восприимчив к самым худшим и вселяющим крайний ужас страхам, когда лишается внешней поддержки. Он будет испытывать угрозу утраты своей привычной сознательной самости в результате неконтролируемого процесса глубоко укоренившейся опустошенности или подорванности (ср. уход и регрессию); и эта угроза может прорваться в сознание даже без потери некоторого внешнего объекта. Первичное *ego-unrelatedness* является сущностью слабости эго, и любая степень развития эго, достигаемая на таком основании, является крайне ненадежной (и достигается с помощью антилибидинального вытеснения слабого эго и компульсивной, вымученной активности). Для более полного понимания этого процесса мы обратимся к работе Винникотт о природе связи «мать—младенец».

В статье «*Первоначальное взаимоотношение матери с младенцем*» (1965а), он пишет:

«Мы замечаем у женщины, готовящейся стать матерью, отождествление себя с младенцем... готовность, а также способность со стороны матери отводить интерес от своей собственной самости на младенца. Я говорил об этом как о "первичной материнской озабоченности". Согласно моей точке зрения, именно она наделяет мать особой способностью предпринимать верные шаги. Ей известно, как может чувствовать себя ребенок. Никто другой этого не знает» (p. 15).

Он отличает такое поведение от *патологической* озабоченности.

«Это часть нормального процесса, что мать восстанавливает интерес к собственной самости и делает это с той скоростью, с какой младенец позволяет ей так поступать... Выздоровление нормальной матери от озабоченности своим младенцем обеспечивает разновидность отнятия от груди».

Он отмечает, что больная мать не может *отнять от груди* своего младенца, т.е. не может позволить ему увеличить собственную силу и безопасность, чтобы он мог стать от нее независимым, потому что либо она была не в состоянии вложить в него первичную необходимую основу для его безопасности, состояние идентификации и интуитивного понимания — «ее младенец никогда не имел такой первичной необходимой основы, и поэтому отучение от груди не имеет смысла» — либо же, иначе, она отлучает его от груди внезапно, освобождая себя от него, «не принимая во внимание постепенно развивающуюся у младенца потребность в отнятии от груди» (pp. 15—16).

Вновь глядя на эту ситуацию с точки зрения младенца, Винникотт пишет:

> «Лишь при наличии достаточно хорошей матери у младенца начинается реальный процесс личностного развития. Если материнский уход недостаточно хорош, тогда младенец становится собранием реакций на столкновение, и *подлинная самость младенца не может сформироваться* или скрывается за ложной самостью, которая отражает удары мира и, как правило, уступает» (р. 17).

Здесь мы сталкиваемся с третьим фактором, помимо вытеснения и ухода, т.е. с непробужденным потенциалом. О младенце, «у которого была достаточно хорошая мать и у которого действительно начинается развитие», Винникотт пишет:

> «Я скажу, что эго является одновременно слабым и сильным. Все зависит от способности матери давать эго поддержку... Так, где поддержка эго матерью отсутствует или является слабой или плохой, младенец не может развиваться как индивидуальность... Именно младенцы, получающие хорошую заботу, быстро упрочиваются как личности» (р.17).

Таковы, следовательно, те факты, которые подкрепляют концепцию «взаимосвязи эго» и наделяют более полным значением такие термины, как «слабость эго» и «сепарационная тревога». Это легло в основу статьи Винникотта «Способность к одиночеству». Он пишет:

> «Способность к одиночеству... представляет собой явление ранней жизни, заслуживающее специального исследования, потому что она служит той основой, на которой развивается умудренная опытом жизнь без посторонней помощи. Несмотря

на то, что приобретению способности к одиночеству содействуют разные формы опыта, существует один основной вид опыта, без которого невозможно приобрести эту способность, — *опыт пребывания маленького ребенка в одиночестве в присутствии своей матери*. Таким образом, в основе способности к одиночеству содержится парадокс: она представляет собой опыт пребывания в одиночестве при одновременном присутствии кого-то другого» (р. 30).

Я привел эти строки, ибо они свидетельствуют о том, что младенец может чувствовать себя в столь полной безопасности рядом с матерью, что позволяет себе забывать о ней, когда она находится рядом, и обнаруживать, что он ее не теряет.

Если младенец приобретает опыт пребывания в одиночестве при одновременном присутствии кого-то другого, тогда он может получить опыт нахождения в одиночестве, когда кто-то другой физически отсутствует, потому что внутри себя он, по сути, не чувствует себя одиноким. Он испытывает базисную взаимосвязь эго. Мы должны проводить различие между разными терминами, которые на первый взгляд могут казаться синонимичными, такими как «быть одному», «быть в одиночестве», «находиться в изоляции» и «наслаждаться уединением». Я привык вместе с пациентами проводить различие между «быть в одиночестве» и «быть в изоляции», где *изоляция* означает внутреннее тотальное отсутствие всех объектных связей, ибо человек может быть изолирован и в физическом присутствии других людей. *Чувство одиночества* — менее абсолютно. Многие люди чувствуют себя одиноко, находясь в компании, и это чувство выражает скорее хрупкость и небезопасность объектных связей, нежели их тотальную утрату. Люди чувствуют себя оди-

ноко, когда их ментальный контакт с другими является неопределенным и неудовлетворительным, и они не в полной мере «понимают друг друга». Чувство изоляции и чувство одиночества в действительности не связаны с физическим присутствием или отсутствием других людей и могут в равной степени испытываться, присут-ствуют или нет другие люди. Понятие *быть одному* может означать одну из двух противоположных вещей. Если человек находится в состоянии базисной взаимосвязи эго, он может «быть один» как с другими людьми, так и без них, в смысле *наслаждения уединением*, и это существенно важно для взросления. Если человек не имеет базисной взаимосвязи эго, то «быть одному» означает острое переживание своей изоляции, и, даже если присутствуют другие люди, они кажутся нереальными, и изолированный человек сам чувствует себя нереальным. Так, крайне шизоидная пациентка, чей случай был кратко описан на страницах 248—251, включая сновидение об ее слиянии с младенцем, которого игнорировала группа женщин, на следующей сессии чувствовала себя вне контакта со мной. Она сказала: «Я чувствую, что в середине моего тела есть брешь. Мне кажется, что ничто не связывает мои ноги с моими руками и головой». Она чувствовала, что отсутствует ее витальная сердцевина и что она нереальна, и она прокомментировала: «Это не похоже на то сновидение, где женщины игнорируют младенца. Это похоже на то, как если бы вообще не было никого, чтобы меня игнорировать». Более раннее сновидение выражало чувство одиночества, тогда как более позднее ощущение разрыва в центре ее личности выражало *изоляцию и нереальность*, утрату ее эго, утрату ее чувства самости, при переживании утраты объекта вследствие утраты контакта со мной. Таково *отсутствие базисной взаимосвязи эго у младенца с плохой материнской заботой.*

«Способность быть одному», о которой пишет Винникотт, является способностью наслаждаться уединением и

чувством реальности внутри себя как в присутствии, так и в отсутствии других людей, без сепарационной тревоги, паники и чувства изоляции и нереальности. Это ясным образом зависит от того, что индивид с базисной взаимосвязью эго никогда не чувствует себя ментально одиноким, даже если он находится с людьми, с которыми не имеет ничего общего, или когда рядом вообще никого нет. Винникотт считает, что такой «особый тип взаимоотношения» вначале устанавливается

> «между маленьким ребенком, с одной стороны, и его матерью или заменяющей ее фигурой — с другой. Мать (или замещающая ее фигура) присутствует и является олицетворением надежности, несмотря на то, что в какой-то момент ее может представлять кроватка, коляска или созданная матерью общая атмосфера» (p. 30).

> «Взаимосвязь, взаимонастрой эго предполагает отношения между двумя людьми, один из которых (или даже оба) находится наедине с собой; но в то же время присутствие одного из них является очень важным для другого» (p. 31).

Таким образом, мы можем сказать, что индивид в состоянии вынести одиночество во внешней реальности, лишь если он никогда не находится в одиночестве во внутренней реальности. Винникотт пишет:

> «Способность к подлинному одиночеству будет основываться на раннем опыте одиночества в присутствии кого-то еще... (Опыт) может появиться на очень ранней стадии, когда *незрелость эго естественным образом компенсируется поддержкой, оказываемой младенцу* со стороны матери. С течением

времени индивид интроецирует поддерживающую эго мать и тем самым приобретает способность к одиночеству без частого обращения к матери или материнскому символу» (p. 32).

Сущность эмоциональной взаимосвязи эго

Как можем мы себе представить это «отсутствие одиночества во внутренней ментальной реальности»? Две дальнейшие цитаты из Винникотта послужат нам отправной точкой.

> «Зрелость и способность к одиночеству означает, что у индивида при условии надлежащей заботы о нем со стороны матери появляется вера в благожелательное внешнее окружение» (p. 32).

> «Поддерживающая эго среда постепенно интроецируется и становится частью личности индивида, в результате чего у него появляется способность действительно находиться в одиночестве. Теоретически даже в этом случае всегда присутствует кто-то еще: кто-то, окончательно и бессознательно отождествленный с матерью, с тем человеком, который в первые дни и недели временно отождествил себя с младенцем и занимался исключительно уходом за ним».

Здесь Винникотт описывает процесс, с помощью которого младенец достигает того, что у взрослого мы бы назвали *убежденностью* (в чувствах, а не в мыслях) *в реальности и надежности хороших объектов в его внешнем мире. Это не то же самое, что способность фантазировать о хороших объектах.* Мы должны проводить различие между *приятным воспоминанием* на основе дей-

ствительного хорошего переживания и *компульсивным пропитанным тревогой фантазированием и мышлением* как попыткой отрицать действительное плохое переживание.

Так, пациент-мужчина жаловался, что, когда он находится один в своем офисе или в поезде, он начинает испытывать тревогу, и затем чувствует себя ментально «пустым». Он объяснил, что в таком случае он вынужден продолжать процесс мышления, очевидно, чтобы предотвратить состояние нереальности. Он пытался найти нечто приятное, чтобы начать о нем думать, и вспомнил, что ребенком имел обыкновение лежать в постели, думая о чем-либо хорошем, прежде чем он мог заснуть. Так как в действительности он часто лежал в постели, слушая, как его родители ссорятся внизу, и в целом у него было мало опыта несущих безопасность и поддержку личных взаимоотношений в семье, ясно, что, если бы он не думал о чем-то хорошем или не воображал такие события, ему пришлось бы заниматься своими реальными плохими переживаниями, чем подвергаться риску появления чувства «пустоты». Это, как мы уже отмечали, характерная черта всякого обсессивного мышления. Это защита против чувства утраты эго. Данный пациент сказал: «Я вынужден заполнять свой ум уймой проблем и беспокоиться на их счет, чтобы не чувствовать пустоту. Трудность заключается не в этих проблемах, а в "чувстве пустоты". Размышления в тяжелом паническом состоянии о плохих вещах могут ненадолго быть даже более мощным способом сохранить чувство реальности, чем раздумья о хороших вещах. Мысли о хороших вещах могут затем появиться как дальнейшая защита против мыслей о плохих вещах.

Тройная структура страхов и защит поразительным образом иллюстрируется в случае замужней женщины в начале четвертого десятка лет, имеющей двух детей. Она росла с крайне тревожной матерью, и ее небезопасность

перед лицом жизни стала очевидна в начале подросткового возраста, когда она стала робкой и застенчивой, боялась вступить в девичий клуб и держалась внутри безопасных границ дома, матери и отца, контактируя лишь с одной подружкой, которая была такой же застенчивой. Последующая помолвка и замужество и проживание вначале вместе со своими родителями оказывало ей поддержку, и она казалась хорошо функционирующей. Затем она переехала в собственный дом, где появился первый ребенок, затем был переезд в другой город, затем появился второй ребенок. К этому времени она ежедневно звонила матери по телефону, и стала еще более усердно заниматься домашним хозяйством, почти не выходя из дому, и ее одолевали навязчивые заботы о чистоте. Если она не занималась постоянной уборкой, то чувствовала, что не может поддерживать вещи в чистоте в соответствии со своими стандартами совершенства. Здесь видны признаки прогрессирующего чувства неспособности справляться с взрослой ответственностью, лежащего в основе ее поведения. Затем умерла ее мать, и к тому времени, когда она пришла на анализ после короткой госпитализации, развернувшийся в полную силу невроз навязчивости сделал ее жизнь невыносимой как для нее, так и для ее мужа. Ее зависимость от него была абсолютной и выражалась в ее постоянных усилиях содержать дом в чистоте, и она не осмеливалась выходить из дома из-за страха, что может увидеть собачий кал на тротуаре. Даже одна мысль о такой возможности казалась ей оскверняющей и заставляла ее мыть руки.

Ранее я ей говорил, что лежащая в основе ее поведения подростковая робость и застенчивость и ее компульсивное принуждение себя справляться с семейной жизнью без матери, более важны, чем ее обсессия по поводу чистоты, которая представляется мне защитным симптомом и частью ее борьбы за совладанием со своими страхами.

На двадцать восьмой сессии она неожиданно рассказала следующее: «Когда я расстроена, то не чувствую себя находящейся на земле. Я парю в пространстве, не соприкасаясь с реальностью, а мой рассудок парит где-то еще, за много миль отсюда. Я впадаю в такое состояние и тогда нуждаюсь в ком-то, кто бы меня успокоил и вернул к реальности. Я должна быть очень спокойной, чтобы справляться с реальной жизнью. Как только я сталкиваюсь с каким-либо давлением, то впадаю в панику, не чувствую себя на земле и становлюсь совсем нереальной. Я не владею своей собственной личностью. Я вовсе здесь не нахожусь. Если мой муж куда-то спешит или много людей разговаривают, я впадаю в панику и вижу, что улетаю от реальности. Если я что-то мою и кто-то стучится в дверь, я впадаю в панику и затем думаю: "Теперь это мытье не годится, оно не является чистым, я должна начать все с самого начала и снова все перемыть". Я занимаюсь этим весь день и не могу делать ничего другого, если мужа нет рядом и он не успокаивает меня, что все вещи чистые. Любое незначительное происшествие выбивает меня из равновесия. Я вынуждена прятаться в маленьком пространстве, которое закрыто от всего, что происходит вокруг, и где царит тишина. Малейшая проблема выбивает меня из колеи. Я нуждаюсь в том, чтобы мой муж говорил мне о приятных вещах, иначе я буду думать о неприятном, ибо мой внутренний голос все время говорит мне неприятные вещи. Плохие вещи всегда рядом, прокручиваются в моем мозгу подобно кинофильму. Если что-либо нарушает ход моих мыслей, то мною овладевают бессознательные неприятные думы. Почему мне приходят в голову эти плохие мысли по поводу грязи, нечистот и отвратительных вещей? Я всегда боролась за чистоту и теперь боюсь грязи».

Вот пример женщины, которая не может вынести сепарацию от матери и дома и остается одинокой, потому что чувствует себя нереальной в своем базовом пережи-

вании себя, лишенной «взаимосвязи эго», или, говоря ее собственными словами, «парящей в пространстве, не соприкасаясь с реальностью, за много миль отсюда». Чем в большей степени растущий ребенок неспособен расстаться с матерью во внешней реальности, тем более очевидно, что у него нет базисной взаимосвязи с матерью во внутренней реальности. Однако почти все сновидения данной пациентки были о контактах с матерью. Ей приходилось заполнять пустоту внутри, где мать должна бы быть центром безопасных взаимоотношений, компульсивным мышлением и фантазированием о матери; видя сны о матери ночью и ведя с ней беседу днем у себя в голове.

Из этого ясно, что причина повторяющихся сновидений заключается в том, что ночью, во сне, когда спит все вокруг, внутренне изолированный человек чувствует, что он упадет в пустоту своего лишенного базисной взаимосвязи состояния. Он должен либо продолжать бодрствовать, что-либо обдумывая, либо, как сказал один пациент, «каждый час просыпаться, чтобы убедиться в том, что я все еще здесь», либо же заниматься фантазированием сложных историй, в которых он контактирует с внешним миром, таким образом сохраняя бытие своей «самости». Такие грезы являются ночным эквивалентом дневного навязчивого мышления и определенно становятся исполнением желания, так как в сновидения вводятся объекты для того, чтобы индивид чувствовал себя реальным, а его ментальная активность служит доказательством его бытия и отвергает переживания нереальности и изоляции. Однако само «осуществление желания» ничего не говорит о тяжести борьбы за сохранение себя в качестве жизнеспособной личности, когда, как это однажды выразил более тонко чувствующий пациент: «У меня такое чувство, что внутри меня вообще нет Я, что я просто ничто». Есть другой тип грез, от которых

человек получает удовольствие, а не использует как защиту от распада.

Именно отсутствие базисной взаимосогласованности эго делает для людей невозможным находиться в одиночестве без паники. Тогда «компульсивное фантазирование и мышление», днем либо ночью, будь оно эксцентричным или рациональным, является частью борьбы за сохранение себя психически живым. В описанном выше случае обсессивная пациентка чувствовала себя вне базисного контакта, так что любой мимолетный страх заставлял ощущать себя «отлетающей», опасно уходящей в себя и отчужденной. Ее обсессивная упорная работа для поддержания чистоты в доме была заполняющей каждый момент активностью, чтобы сохранить контакт с реальностью повседневной жизни. Когда такая деятельность стала затруднять ей жизнь, она побуждала себя к еще более упорной борьбе против грязи, развивая навязчивый страх грязи. Куда бы она ни направляла свой взгляд, ей казалось, что она должна сражаться с грязью, что заставляло ее снова и снова чистить одни и те же вещи, чтобы убедиться в их чистоте. Она могла обходиться без этого лишь в том случае, когда муж находился рядом и высказывал ей одобрение, т.е. помогал ей чувствовать себя реальной и в контакте с ним, хотя она все еще нуждалась в своей обсессии по поводу чистоты, чтобы держать его при себе. Об этом фантазировании «о плохих вещах» она говорила как о голосе или фильме, прокручивающемся у нее в голове. Она нуждалась в том, чтобы муж говорил ей «о хороших вещах». Здесь мы видим структуру, состоящую из трех частей: хорошие фантазии как защита против плохих фантазий, которые сами по себе служат защитой против нереальности, деперсонализации, пустоты, утраты эго.

Таким образом, «отсутствие одиночества во внутренней реальности» — это то же самое, что фантазирование о хороших объектах или о любых других объектах. Мы

вынуждены проводить различие между «навязчивым тревожным защитным мышлением» и просто «приятным воспоминанием о хорошем переживании». Предположительно, находящийся в одиночестве ребенок может некоторое время «галлюцинаторно представлять себе грудь» или «вспоминать мать» с удовольствием и не чувствовать себя одиноким, если его не оставляют одного слишком надолго. Если это происходит, «приятное воспоминание» может постепенно вырождаться в навязчивое фантазирование с целью заполнения пустоты», закладывая основания будущим навязчивым и другим неврозам. Если младенца не оставляют надолго в одиночестве и мать приходит и подкрепляет его «приятное воспоминание» возобновленным хорошим переживанием, и, если продолжительность ее отсутствия соразмерна с его способностью чувствовать себя в безопасности, когда ее нет рядом, тогда происходит развитие фундаментального чувства контакта и безопасности» и уверенности во внешнем мире как в «благоприятной среде». Фэйрберн сказал об этом, что хороший опыт эго ведет естественным образом к хорошему развитию эго, а не к потребности интернализировать объекты. Каждый аналитик знаком с этой проблемой «продолжительности отсутствия», неожиданно возникающей как чувство пациента, что он утрачивает аналитика между сессиями. Это может в действительности представлять собой непреднамеренное припоминание отсутствия матери в младенчестве.

Важно, что «приятное припоминание хорошего переживания» является спонтанным, а не представляет собой навязчивость, порожденную тревогой. Если надежно защищенное эго не вовлечено в какую-либо деятельность, оно может расслабиться и испытывать удовольствие при воспоминании о хорошем переживании или, испытывая здоровую усталость, начинает отдыхать или засыпает. Такое возможно при фундаментальном доверии к жизни,

которое не было разрушено последующими переживаниями жизненных опасностей. Первоначальное и вполне бессознательное доверие младенца к своей матери не было разбито и предано, и он никогда не испытывал опустошительного травматического переживания изоляции, отрезанности, одиночества без помощи и страха умирания. Возможно, немногие люди чувствуют себя в такой абсолютной безопасности, но есть огромная разница между внутренним состоянием человека, который может быть один, и человеком, который реально нуждается в постоянном поддерживающем внимании, для защиты от вселяющего ужас состояния нереальности.

Слабость эго и психотерапевтические взаимоотношения

Мы еще раз подошли к внутреннему противоречию в шизоидном состоянии, проявлений которого мы не можем избегать длительное время, пока оно не будет разрешено. *Шизоидное состояние базируется на слабости эго, обусловленной отсутствием фундаментальной взаимосвязи, взаимосогласованности эго. Слабое шизоидное эго крайне нуждается в терапевтических взаимоотношениях, способных заполнить провал, оставленный неадекватным материнским уходом. Лишь это может спасти пациента от соскальзывания в ужас окончательной изоляции. Однако, когда до этого доходит дело, слабое эго боится тех самых взаимоотношений, в которых оно нуждается.* Изолированное инфантильное эго нуждается в том, чтобы его обнаружили и вступили с ним в контакт, но глубоко боится быть обнаруженным, и в тот самый момент, когда «избавление» представляется неминуемым, вновь убегает в пустоту изоляции. Обладание не знающей тревог «индивидуальностью» важно для людей в установлении «объектных связей». В действительности это неразрывно связано, о чем не знает глубоко шизоидная личность.

Без взаимоотношений, в ходе которых происходит взросление, человеческое эго не может развить собственную индивидуальность. Однако ослабленное эго всегда боится, что его погубит другое лицо в их взаимоотношениях. Психотерапия такого пациента обычно вовлекает в себя длительный процесс подхода к терапевту, а затем бегства от него снова и снова, в то время как медленно и скрыто растет способность к «доверию».

Нижеследующие два случая очень ясно показывают конфликт принятия терапевтических взаимоотношений. Первый случай обсессивной пациентки, чьи базисные проблемы были описаны на страницах 150—153 и 324. Однажды у нее возникло заметное улучшение после хорошей аналитической проработки очень тяжелого травматического отвержения в шестилетнем возрасте своего дедушки, которого она до этого очень сильно любила. Ее панический страх предательства с тех пор сделал для нее невозможным вновь кому-либо доверять. Этот страх возник как центральная черта депрессии, которая развилась у нее в связи с данным случаем. Я связал это с ее отношением ко мне, указав, что она боялась, что я ее предам, как это ранее сделал ее дедушка, и что она хотела меня проверить. После этого, она стала заметно более отзывчивой, пунктуально приходила на сессии и начала чувствовать себя намного лучше. Затем она внезапно на пятнадцать минут опоздала на сессию, сказала мне, что не хотела приходить, и надеялась, что я долго не зайду за ней в приемную, так что она сможет уйти до моего прихода. Она явно убегала от меня, и я сказал, что, по-моему, она в последнее время стала мне намного больше доверять, а теперь внезапно испугалась этого. Она сидела молча, выглядела бледной, неприветливой, некоммуникабельной, а затем сказала, что ранее описывала матери свое чувство, будто ее сердце — замороженная глыба внутри нее, что никогда в своей жизни она не будет в состоянии ощутить теплые ответные чувства и по-

любить кого-либо. Она добавила, что боялась слишком сближаться с людьми, так как не могла выносить такого сближения, и у нее возродился страх (некоторое время тому назад постепенно исчезнувший), что она забеременела и носит в себе ребенка, страх, который делал брак невозможным. Я ответил, что, по-моему, она действительно воспринимала как опасность любые тесные взаимоотношения, а это, в свою очередь, вело к возрождению ее страха перед рождением ребенка, который защищал ее от риска близких взаимоотношений, в связи с замужеством и материнством. Она согласилась, что, по всей видимости, это именно так, потому что для нее непереносима сама мысль, чтобы быть близкой хоть к кому-то каким-либо образом. Она чувствует себя в безопасности лишь на расстоянии от других людей.

Я указал, что теперь она ощущает этот страх на мой счет просто потому, что в течение некоторого времени пошла на риск более тесных взаимоотношений и стала намного более общительной и доверчивой, а затем начала опасаться, что не сможет сохранить собственную личность, если будет от меня зависимой. Я высказал предположение, что она попробовала внезапно отрезать себя от меня, чтобы узнать, смогу ли я понять такое ее поведение, не препятствовать ее отходу от меня, уважать ее независимость и в то же самое время не рассердиться и не бросить ее. Я напомнил ей, что на прошлой сессии она спросила: «Вы никогда не будете на меня сердиться, не правда ли?» — и указал на подлинный контекст этого замечания. Ей требовалось знать, что я смогу отпустить ее одну, выходя с ней из контакта и не пытаясь насильно вернуть ее, и что я с пониманием, надежно буду ждать ее возвращения, когда она испытает потребность вернуться. Тогда для нее уход от меня станет безопасным, и она сможет поэкспериментировать — побыть в одиночестве, сохраняя свою индивидуальность и обнаруживая, что она уже не столь изолирована, как ранее, таким образом

получая возможность наслаждаться как взаимоотношениями, так и независимостью. Это произвело на нее огромное впечатление. У нее с лица исчезло загнанное выражение, она начала улыбаться, и до конца сессии она легко вступала со мной в контакт, а потом ушла, не испытывая тревоги.

Второй — случай сорокалетней женщины, имеющей двоих детей. В детстве она никогда не чувствовала себя в безопасности как физически, так и в эмоциональном плане. В раннем детстве ее отец, чье здоровье медленно ухудшалось, перестал быть кормильцем семьи, и матери пришлось начать работать, чтобы обеспечить семью. Взаимоотношения между отцом и матерью были плохими; отец, хотя он хорошо относился к пациентке, явно отдавал предпочтение ее старшей сестре; мать же, которая на самом деле не была против того, чтобы работать и «кормить семью», не особо заботилась о воспитании дочерей и постоянно суетилась, «убегая на работу». Получить материнскую заботу дочерям можно было только при головной боли; и сама мать становилась «доброй», т.е. эмоционально более мягкой и более доступной, когда сама ложилась в постель с головной болью. В такой семейной обстановке пациентка получала так мало эмоциональной поддержки, что в школе чувствовала себя более счастливой. Хотя и там в течение двух лет, примерно в возрасте 11 лет, она испытывала странные ощущения в голове, которые, как ей казалось уже в то время, должен чувствовать младенец внутри матки. Ощущение, что она может распадаться под давлением, появилось, когда она начала работать. Она сменила две работы и испытывала такое большое истощение, что после рабочего дня она почти все свободное время лежала в постели. В замужестве, хотя она и хотела детей, она находила ношу материнских обязанностей также приводящей к истощению. Когда лет в десять один из ее детей стал чрезмерно зависимым и впал в тяжелое регрессивное заболевание, эта

ситуация вызвала у матери кризис. Вначале она боролась со своей внутренней слабостью и пыталась ее отрицать, развивая яркую поверхностную самость, а затем внезапно сама впала в регрессию, во многом напоминающую регрессию ее ребенка. Сам ребенок, девочка, которая к тому времени уже во многом оправилась, заявила, что сможет почувствовать себя совсем хорошо, лишь когда мамочке станет легче, так что пришлось обратить внимание на болезнь матери.

В анализе выяснилось, что в течение многих лет она время от времени испытывала ночные кошмары. Она пронзительно кричала во сне: «Мамочка, мамочка!» — и просыпалась, чувствуя, что умирает. Она никогда не слышала своих криков и не знала бы об этом, если бы ей не сказал об этом муж, но чувство умирания она ощущала крайне интенсивно. Эти ночные кошмары стали теперь более частыми. Затем она принесла сновидение:

> «Я была одна на морском берегу, испуганная, и увидела ваш [аналитика] дом, стоящий на возвышении на берегу. Я пыталась до него добраться, когда внезапно обнаружила, что отрезана от него морским приливом, и запаниковала. Затем я увидела маленькую лодку, привязанную к воротам вашего дома, и подумала: "Все хорошо. Я не смогу до вас дойти, но вы сможете до меня добраться".

Я высказал предположение, что это сновидение раскрывало подоплеку ее ночного кошмара. Она чувствовала себя одинокой, изолированной и отрезанной от какой-либо помощи извне и сама не могла себе помочь, так как именно таким, по существу, было то положение, в котором она была в детстве. Вот почему ночью, когда пробуждался этот страх, она пронзительно кричала во сне, зовя на помощь свою мать. Ей казалось, что она одна, так как она чувствовала, что мать не находилась с ней в

контакте. (У нее отсутствовало чувство базисной взаимосогласованности эго.) Но теперь она была в состоянии почувствовать, что я могу заполнить пробел, оставленный ее матерью, и дать ей основу безопасности. Ночные кошмары несколько уменьшили свою интенсивность. Затем ей снова приснилось, что она находилась

> «на пустынном морском берегу. Но затем она внезапно увидела чудесного цвета спасательную шлюпку на воде неподалеку от нее и поняла, что мужчина в спасательной шлюпке совсем рядом с ней. Он не разговаривал с ней и не обращал на нее особого внимания, но она знала, что он думает о ней, и он был мной, и она почувствовала себя в безопасности. Затем внезапно на близлежащей скале появилась маленькая девочка и упала в море. Мужчина-спасатель подплыл к ней, схватил ее за платье и вытащил из воды, и с ней было все в порядке».

У нее явно возрастала бессознательная убежденность в том, что я смогу помочь ей выбраться из той полной изоляции, в которой оставила ее мать и в которой она чувствовала себя умирающей. После этого сновидения она проснулась однажды ночью без пронзительного крика, с менее острым чувством того, что она умирает, но также с ощущением, что я стою неподалеку в темноте и что все будет в порядке. Затем она вновь уснула, что ранее ей не удавалось после ночных кошмаров. На некоторое время она почувствовала себя лучше, более близко к реальности и в более сознательном «контакте» со мной.

В то время она и ее муж были глубоко потрясены автомобильной аварией, в которой погибли два их близких друга, и она снова начала падать духом. Но вместо того, чтобы прямо обратиться ко мне за помощью, она, должно быть, опять почувствовала, что опасно полагаться на кого-либо. На следующей сессии она рассказала, что к

ней снова вернулся ночной кошмар, и впервые она сама услышала, как она пронзительно кричала: «Мамочка». Она, по всей видимости, отгородилась от «спасателя-мужчины» в своих более глубоких чувствах, и это подтверждалось тем, что она высказала мне недоверие, упрямо возвращаясь к вопросам, в которых, как она знала, ее точка зрения существенно отличается от моей. Она сказала, что в ее религиозных вопросах я не смогу ей помочь, потому что я не священник англиканской церкви и не советовался по этому поводу со служителями церкви. Я признал ее потребность быть независимой от меня и открыто заявил, что я с ней не согласен. Я намекнул, что она, вероятно, испытывает потребность в заслуживающей доверия церкви, «многовековой опоре», потому что полагает, что один человек не может быть основой безопасности — его могут убить; но подчеркнул, что мы можем расходиться во мнениях, и она может «убежать от меня» (и вновь вернуться в ситуацию кошмара), но что я не бросаю ее и не меняю своего отношения к ней. На следующей сессии она принесла мне сновидение, в котором

> «она находилась в отеле; метрдотель собирался куда-то уходить, и она почувствовала себя крайне расстроенной. Затем метрдотель раздумал уходить и решил остаться ради нее. Потом она поняла, что у нее есть ребенок и что она оставила свою девочку в подвале, забыла ее накормить, да и не могла бы это сделать, потому что у нее нет молока, и подумала: "Я должна много есть, чтобы ко мне вернулось молоко и чтобы я смогла накормить ребенка"».

Метрдотель явно представлял меня, и она вначале встревожилась из-за возможности лишиться меня. Я указал, что, когда она обходилась без меня, она подавила в себе младенца и стала неспособна о нем заботиться. Желание заботиться вернулось, когда она снова признала

свою потребность во мне. Я подвел итог этой ситуации, сказав, что, по моему мнению, это было нечто большее, чем шок от гибели ее друзей; в действительности она начала ощущать тревогу, потому что в течение некоторого времени зависела от меня (так как со мной был связан рост ее безопасности), и испугалась, как бы не утратить свою независимость. Однако ее зависимость от меня вела не к утрате ее самостоятельности, а к тому, чтобы помочь ей развить подлинную способность к реальной независимости, основанную на внутренней силе, и я мог принять как ее независимость, так и ее зависимость. Ее сопротивление теперь стало излишним, и она снова почувствовала себя в безопасности.

Этот случай дает очень ясную картину того пути, следуя которым психотерапия является медленным процессом «роста базисной взаимосвязи эго» пациента, в котором пациент часто делает попытки воспользоваться преждевременной независимостью и нуждается в понимании такого желания, прежде чем сможет вернуться к терапевтической зависимости до тех пор, пока не произойдет выход за рамки лежащей в основе личности пациента глубинной эго-слабости вследствие «отсутствия первичной взаимосвязи эго». Эта проблема обычно нуждается в неоднократной проработке на различных стадиях. *Страх утраты независимой индивидуальности, который является основой шизоидной «то внутрь, то наружу» политики*, нуждается, в конечном счете, в исследовании в свете другой концепции Винникотта, а именно: «вызывающей страх фантазии о бесконечной эксплуатации... о том, чтобы быть съеденным или проглоченным... *фантазии обнаружения*», концепции, обсуждаемой в его статье «*Коммуникация и ее отсутствие*» (1963). Эта тема имеет фундаментальное значение для понимания того, что мы имеем в виду под термином «личность». Я склонен согласиться с фактами, но не со

всей интерпретацией, которую Винникотт строит на их основе. Он пишет:

> «Я полагаю, что в здоровом состоянии наличествует ядро личности, которое соответствует подлинной самости расщепленной личности; я полагаю, что это ядро никогда не вступает в коммуникацию с миром воспринимаемых объектов и что индивиду известно, что это ядро никогда не должно вступать в коммуникацию с внешней реальностью или подвергаться ее воздействию... Хотя здоровые люди вступают в коммуникацию и получают от этого удовольствие, справедливо и другое: что *каждый индивид является изолированным, не коммуницирующим постоянно, неизвестным, по сути ненайденным*... Захват и поедание каннибалами — все это сущие пустяки по сравнению с насилием над ядром самости, с изменением центральных элементов самости вследствие коммуникации, просачивающейся сквозь ее защиты. Для меня это равнозначно насилию над самостью. Мы можем понять ту ненависть, которую люди ощущают к психоанализу, глубоко проникающему в человеческую личность и несущему угрозу человеческому индивиду в его потребности быть обособленным, отдельным. Вопрос заключается в том, как быть обособленным, не становясь при этом аутсайдером, изгоем?» (1963, p. 187).

В данном рассуждении Винникотта действительно поднимается главная проблема, однако ее подача представляется мне сомнительной. Если изоляция является абсолютной, тогда для меня непонятно, как возможно проводить различие между обособлением и изгойством. Тем не менее, здесь встает вопрос первостепенной значимости, который я бы сформулировал следующим

образом: как возможно *обладать способностью к уединению и собственной самостью без изоляции или аутсайдерства*? Феномен сохранения ядра психической самости изолированным, отрезанным или защищенным от какого-либо вторжения со стороны внешнего мира действительно является главной темой этой книги. Теперь можно сказать, что Винникотт поднял следующий вопрос: предполагая, что такое положение дел в патологической форме возникает в шизоидном расщепленном эго, не правда ли, что оно должно также иметь место и в здоровой форме как источник индивидуальности и силы зрелой личности? Винникотт полагает, что именно так все и происходит. Я же в этом не убежден.

«Изоляцию» в конечном счете Винникотт далее определяет следующим образом:

> «В центре каждой личности лежит не нуждающийся в коммуникации элемент, который является священной и самой главной ценностью... Травматические переживания, которые приводят к организации примитивных защит, несут в себе угрозу этому изолированному ядру, угрозу его обнаружения, изменения, вступления с ним в коммуникацию. Защита состоит в дальнейшем сокрытии этой тайной самости» (там же, p. 187).

В этом случае «изолированное, постоянно не коммуницирующее, некоммуникационное» состояние ядра самости является феноменом примитивного страха, который мы можем предполагать у младенца, не получающего адекватной защиты и поддержки своего эго от матери и поэтому подверженного страху аннигиляции по причине собственной чрезмерной слабости. Тот страх аннигиляции, о котором говорит Винникотт, порождается примитивными «немыслимыми тревогами». Защита сохранения изолированного ядра самости представ-

ляется мне соответствующей тому, чему я дал название «шизоидной цитадели» или «регрессировавшего эго», т.е. уходу или «дальнейшему сокрытию тайной самости». Винникотт говорит, что «в здоровом состоянии... это ядро личности соответствует подлинной самости расщепленной личности». В таком случае что имеется в виду под «здоровым состоянием»? Он описывает дифференциацию этого изолированного ядра как порождающую те же самые состояния, которые вызываются первоначальным расщеплением в личности. Винникотт ставит знак равенства между «фантазией бесконечной эксплуатации» и «фантазией обнаружения». Согласно моему опыту, первая фантазия всегда обусловлена *страхом*, вторая же, по сути дела, обусловлена потребностью, которая при плохом младенческом опыте превращается в страх, приводящий далее к уходу и шизоидному состоянию. Если даже в здоровом или относительно здоровом состоянии тайное ядро самости стремится к уходу, отрезая себя от контакта с другими людьми, тогда цельная психическая самость никогда не будет представлять ничего другого, кроме расщепления, и она расщепляется самыми ранними «травматическими переживаниями, которые приводят к организации примитивных защит». Любое осмысленное различие между здоровьем и болезнью исчезает, если ядро и здоровой личности является настолько изолированным.

Но мой эмпирический опыт вполне подтверждает, что такое состояние дел в действительности является в различной степени универсальным феноменом. Я пытался клинически описать конечную основополагающую проблему, сущность шизоидной проблемы *ухода глубочайшей самости как результата страха*. Ни один человек не обладает совершенным психическим здоровьем. Вместо гипотезы о том, что в здоровом состоянии возникает ситуация, аналогичная обнаруживаемой в патологических состояниях, представляется, что такое ра-

дикальное расщепление эго является в действительности универсальным феноменом, наличествующим во всех нас без исключения, которое практически невозможно избежать; таким образом, психическое здоровье и болезнь является, согласно нашему опыту, относительными понятиями и вопросом степени проявления. Такова, в действительности, та позиция, которой, как я полагаю, в целом придерживаются психоаналитики, хотя еще не стало повсеместно признанным, что шизоидная проблема в вышеприведенном смысле *является основной проблемой*. Именно это, по-моему, вынуждает нас принять точку зрения Винникотта.

У меня нет сомнений по поводу этих фактов. Я убедился, что все люди, сколь бы зрелыми они ни были в практической жизни, действительно сохраняют внутреннее ядро своей самости в некоторой степени изоляции. Вся проблема психотерапии вращается вокруг испытываемой пациентом трудности доверять терапевту в установлении контакта с его шизоидной центральной самостью. В предыдущей главе я исследовал различные смыслы антилибидинального сопротивления психотерапии, но я оставил до этой главы то, что, возможно, является самым важным: продиктованную страхом потребность любой ценой сохранить собственную индивидуальность (даже ценой того, чтобы не быть «излеченным») от «затопления» ее другой личностью, что ведет к защите от всего внешнего мира как такового. Ни у одного из нас не могло быть столь совершенных родителей, чтобы избежать некоторой степени такого примитивного страха, расщепления эго и последующего развития базисных защит личности. Некоторые люди воспринимают это как страх быть «бесконечно эксплуатируемыми», используемыми, опустошенными до дна; другие — как страх быть просто «раздавленными паровым катком» подавляющего окружения, а иные — как свою «оставленность», «потерянность». Именно эти примитивные

страхи в своей наихудшей форме приводят к тому, что Винникотт называет «немыслимыми тревогами» развалиться на части, разрушиться, не иметь никакой связи со своим телом, не иметь никакой ориентации (там же, р. 58). *Из всех конечных ужасов, как говорит мой клинический опыт, самым последним и самым худшим будет ужас, порождаемый как раз радикальным использованием такой защиты в виде самоизоляции, а именно: чувство нахождения собственной «психики в вакууме», вне всякого контакта, вне всяких взаимоотношений — психики, в которой царит одна пустота и, так сказать, которая коллапсирует сама в себе, ощущая полную нереальность, и неспособна быть «эго».*

Это, однако, как раз и представляется мне судьбой постоянно обособленного, некоммуницирующего ядра самости, которое, по мысли Винникотта, должно быть основой здоровья. Здесь я не могу следовать его представлениям, ибо мне кажется, что как раз такое отсутствие «базисной взаимосвязи эго» является подлинной причиной слабости эго. Я не могу понять, как ядро самости, которое абсолютно изолировано и некоммуникабельно, вообще может быть самостью. Самость может воспринимать себя лишь в акте восприятия чего-то иного. Если это тотальная пустота переживания, то это не может быть самостью. Я не могу проводить различие между абсолютной изоляцией и обособленностью. Оба эти понятия, как мне кажется, вовлекают в себя утрату эго.

Страх быть обнаруженным, беспрестанно эксплуатируемым или же сожранным проистекает оттого, что мы недостаточно сильны, чтобы сохранять нашу полную и подлинную индивидуальность *во взаимоотношениях*, и недостаточно сильны, чтобы иметь возможность выбирать, в каких именно взаимоотношениях, или же решать, когда мы желаем удалиться в собственный *приватный* мир, в такое уединение, которое заключается не в изо-

ляции и некоммуникабельности, а в способности быть наедине с собой, потому что у индивида есть базовая взаимосвязь эго. То описание самых ранних стадий развития эго, а также развития объектных отношений, которое дает Винникотт, предоставляет возможность такого понимания. Его точка зрения, по-видимому, состоит в том, что по причине крайней зависимости и слабости человеческого младенца при рождении и чрезвычайной сложности обеспечения достаточной безопасности на практике возникает *страх* — самый ранний подрывающий основы личности фактор, навсегда остающийся самой глубокой проблемой; страх, а не гипотетический инстинкт смерти или деструктивный инстинкт, страх травматических факторов, приходящих извне; хотя сам по себе страх является не частью потенциально здоровой личности, а ее «реакцией на столкновение».

Для прояснения этих положений мы должны исследовать взгляды Винникотта на переход, от того, что он называет «объектом, являющимся вначале субъективным феноменом», к объекту, «объективно воспринимаемому». Все утверждения по поводу первоначальных человеческих переживаний, очевидно, являются умозаключениями, выводимыми из более позднего опыта. У нас нет средств узнать о том, что испытывает новорожденный младенец. Возможно, наиболее трудным из всех переживаний для концептуализации здесь будет возникновение *опыта взаимодействия с объектами*. В данном месте мы рассмотрим данную проблему, но не ради нее самой, а потому что она связана с проблемой самых ранних страхов и расщеплений эго. Когда бы ни возникало первое переживание по поводу объектов, оно появляется, когда младенец находится в наиболее слабом и уязвимом состоянии, а его единственной защитой является качество материнского ухода за ним. Вначале у него нет собственных защит, и от первых реакций страха его спасает плотность материнской эго-поддержки. Является ли объект

вначале чисто субъективным переживанием? Не должен ли в самом раннем опыте наличествовать некоторый элемент, который представляет собой зарождающуюся объективность, из которой позднее вырастает явно узнаваемая объективность? Способность воспринимать то, что находится вне его, заложена всей биологической и психологической конституцией ребенка. Представляется, что даже самое раннее сенсорное восприятие объектов должно содержать некоторый элементарный фактор объективности, ожидающий прояснения и развития.

Исходя из этого, большое число концепций, использовавшихся для описания раннего инфантильного опыта, по-моему, нуждается в тщательном исследовании, как, например, эта: до того, как ясно возникает понимание объективности, младенец испытывает *чувство всемогущества*, как если бы он полагал, что он *создает хороший объект*, который удовлетворяет его потребность, тогда как в действительности он «находит этот объект предоставляемым ему». На мой взгляд, всемогущество и созидание — это крайне утонченные идеи для того, чтобы применять их к опыту младенца, и скорее, это способ рассуждать о том, о чем мы не можем получить прямых данных. Конечно, есть клинические факты более позднего времени, которые говорят в пользу таких концепций, но они уже скрыты за более поздними и более развитыми переживаниями эго, которое уже стало расщепленным и колеблется между защитными идентификациями и растущей дифференциацией своих объектов. Имеет место также точка зрения о том, что плохой объектный опыт быстрее содействует росту объективного опыта, чем хороший объектный опыт. Но действительно ли это верно? Не может ли быть так, что хороший объектный опыт и плохой объектный опыт качественно различны, но что психика младенца в равной степени способна обнаруживать элемент объективности в опыте в обоих случаях? Что представляется мне вероятным, так это

то, что крайняя слабость и уязвимость младенца и его абсолютная зависимость от самой тесной материнской поддержки являются крайне важными факторами в том, как развивается его опыт объективности, являясь вначале латентным или имплицитным к пробужденной и эксплицитно выраженной форме. Если было бы возможно иметь опыт материнского ухода, который был бы абсолютно хорошим, результатом, как можно предположить, был бы крайне прочный опыт базисной взаимосвязи эго, что теоретически можно было бы рассматривать как доказательство против расщепления эго, и в таком случае мне не кажется, что имел бы место какой-либо *страх обнаружения* или коммуникации. Однако это фактически невозможно, и опыт младенца является смешанным. У него есть опыт взаимодействия с объектами, в котором есть как хорошее, так и плохое. Его хороший опыт связывает младенца безопасным образом с благоприятным окружением, и если бы таким был весь его опыт, то я не могу себе представить, зачем он стал бы нуждаться во внутреннем ядре личности, изолированном и постоянно защищающемся от внешнего мира. Но у него также имеется плохой опыт, который принуждает его к развитию защит на самых ранних стадиях и к возникновению расщепления эго. Вероятно, действительно, *у каждой личности имеется до некоторой степени шизоидное ядро самости, и с ним, несомненно, связаны любая степень небезопасности и плохое психическое состояние. Для всех практических целей психическое здоровье должно заключаться в обладании достаточной базисной взаимосвязью эго, и соответственно силой эго, способной контролировать собственные «коммуникативные ситуации», чтобы быть в состоянии либо уходить в уединение, которое не является пустым, либо же осмеливаться на вступление во взаимоотношения без страха.* Финальный комментарий Винникотта (там же, p. 192) говорит:

> в «не коммуницирующей центральной самости, всегда защищенной от реальности, всегда хранящей молчание»,

существует разновидность

> «коммуникации, которая невербальна; она, подобно музыке сфер, абсолютно личная. Она принадлежит к живому бытию. И при благоприятном состоянии дел именно из нее естественным образом возникает коммуникация».

Это совершенно справедливо, но в таком случае «центральная самость» не является «не коммуницирующей и находящейся взаперти». Наиболее глубокая коммуникация является невербальной, довербальной. Как утверждает Марджори Бриэрли:

> «В чем я твердо уверена, так это в том, что мы чувствуем до того, как думаем, даже в образах, что чувство является поэтому нашим средством понимания того, что с нами происходит, задолго до того, как мы становимся способными к строго когнитивному пониманию...» (личное сообщение) —

или, вследствие этого, добавлю я, к вербальной коммуникации. Я не могу себе представить, что какая-либо часть личности существует в полной изоляции и при этом сохраняет характерные черты самости. Но если, в справедливости чего я уверен, в «центральной самости» имеет место коммуникация, которая невербальна и принадлежит к «живому бытию», тогда центральная самость, в конечном счете, не является «изолированной» и «находящейся взаперти». Фундаментальная значимость этой

концепции «живого бытия и нахождения во взаимоотношениях» должна быть исследована в девятой главе, где мы возвращаемся к этой проблеме в новом контексте.

Я не уверен, проводит ли Винникотт различие между самостью и эго, воспринимая последнее как более поверхностный феномен, так чтобы считать ядро самости и базовую взаимосвязь эго существенно важными для здоровья. Но я полагаю, нужно использовать термин «эго» в более фундаментальном смысле, чем тот, в котором его традиционно использовал психоанализ — как эволюцию и реализацию внутренней природы самости, и эго и самость как одно и то же. Здесь имеют место, как я себе это представляю, два финальных страха. Первый — страх утраты эго при отсутствии опыта — является худшим из всех страхов; он побуждает индивида искать помощи, зависеть от терапевта и принимать психотерапевтическое взаимоотношение как среду, в которой мы можем найти себя. Вторым страхом, который, в действительности, столь же силен, как и первый, является, говоря словами Винникотта, страх

> «изменения центральных элементов самости под воздействием коммуникации, просачивающейся через защиты»,

страх утраты своей подлинной индивидуальности, страх стать кем-то отличным от кого-то, каков ты есть. Это приводит индивида к уклонению от помощи и сопротивлению психотерапии и к тому, что индивид продолжает цепляться за свою больную самость, потому что эта самость ему знакома, и он не может понять, какой может быть его «подлинная самость». Один пациент-мужчина выразил оба эти страха в своем первом замечании на первой сессии: «Я не человек и страшусь вовлеченности во что-либо». Лишь если терапевт сможет помочь пациенту выпутаться из второго страха, он может из-

бавить его от первого страха и помочь пациенту найти его «подлинную самость». Пациенту, который в течение пятидесяти лет жил в тяжелом напряжении, последовавшим за периодом хорошего раннего материнского ухода, приснилось:

> «Я находился в холодном месте, подобном самой жизни, но каким-то образом мать подглядывала, что там происходит, оставаясь в тени».

Его собственный комментарий был: «Чем глубже вы продвигаетесь, тем лучше становится. Я полагаю, что в дальнейшем не буду настолько подавлен жизнью». Анализ помог ему найти свою базисную взаимосвязь, взаимосогласованность эго.

IX. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЭГО-ИДЕНТИЧНОСТИ

Эго – ядро подлинности в человеке

Ясно, что психоаналитическое исследование неумолимо толкает нас к абсолютным истокам, к самому началу человеческой личности. Фактически наш интерес должен простираться даже до внутриутробного состояния, и в последние годы психоаналитики проявляли огромный интерес к состоянию младенца с момента его рождения. Мы видели, как, начиная с 1920-х, когда Фрейд начал формулировать концепции своего крайне важного продвижения в теории, *постоянно расширяющееся исследование эго-психологии, доходящее до глубин бессознательного и до самых ранних стадий инфантильного развития, стало выдающейся чертой психоанализа.* Само собой разумеется, что исследование начал психической жизни является не исследованием условных рефлексов, а изучением эмоциональных движущих сил роста у младенца, переживания им себя как «становящегося субъекта в значимых отношениях», вначале с матерью, затем с семьей и, наконец, с постоянно расширяющимся внешним миром.

Значимые отношения — это такие связи, которые дают возможность младенцу чувствовать себя субъектом через переживание собственной значимости для других людей и их значимости для него, таким образом, наделяя его существование теми ценностями человеческих взаимоотношений, которые делают жизнь осмысленной и стоящей того, чтобы жить. Психоаналитическое исследование, естественно, было вынуждено разработать обратный путь исследования — от социализированного взрослого к новорожденному младенцу, физически от-

деленному от матери, однако еще не способному проводить различие между собой и матерью; и даже не способному еще воспринимать себя как объект, и лишь смутно как субъекта; возможно, в самом начале постнатальной жизни лишь чувствующему переходы между состояниями комфорта и дискомфорта в том, что он вскоре откроет как взаимоотношение «младенец—мать». Вначале это является как всем его миром, так и всем его бытием. *Как из такого смутного начала человеческое существо в ходе развития становится человеком?* Как ребенок обретает вполне определенное эго и становится способен вступать в личные взаимоотношения? Ясно, что данный процесс может пойти крайне плохо с самого начала, и *психоанализ стал поиском эго как ядра реальности в человеке.* Он стал исследованием, движущимся от психосоциальной поверхности к психодинамическому центру нашей психической жизни[11].

Каков первичный центр нашей психической реальности? Труды Мелани Кляйн и Фэйрберна не совсем подводят нас к нему. Кляйн приводит нас к мифологии врожденного конфликта между гипотетическими инстинктами жизни и смерти. Фэйрберн прослеживал паттерны развития психики к сложному расщепленному эго, но он скорее постулировал, нежели исследовал первые шаги роста эго в психике. Относительно первого наброска моей статьи «*Слабость эго*» (1960) Фэйрберн сказал в 1959 г.: «Я рад, что вы об этом написали. Если бы я мог сейчас писать, то стал бы писать именно об этой проблеме». Его здоровье оказалось подорванным прежде, чем он смог начать исследовать финальный смысл того, что однажды сказал ему пациент: «Я подошел к твердому основанию, где, как я чувствую, у меня совсем нет эго». Концепция «регрессировавшего эго» подразумевает уже «сформированное эго», часть которого отщепляется и

[11] Связь этого утверждения с работой Хайнца Хартманна будет рассматриваться в 15-ой главе.

возвращается в начальный пункт. Концепция «базисной взаимосогласованности эго» Винникотта подразумевает предшествующую дифференциацию субъекта и объекта. Его концепция «подлинной самости», скрытой за «ложной самостью» и «спрятанной в морозильнике в ожидании возрождения при более благоприятном окружении», отвечает на наш вопрос, поднимая другой: какова эта «подлинная самость»? Она может быть потенциальной возможностью, которая еще не начинала реализовываться. Для понимания всей проблемы «слабости эго» мы должны опуститься до этих глубин.

Что мы в действительности подразумеваем под такими терминами, как «эго, самость, идентичность, личность»: как начинается ее рост, какова ее сущностная природа, как можем мы помочь индивиду, у которого процесс развития эго потерпел неудачу, продолжить это развитие? Что значит обладать или не обладать эго? Как человек, который чувствует, что у него нет эго, приобретает эго? Данная проблема становится особенно животрепещущей, если мы задаемся вопросом: «Что мы пытаемся делать в психотерапии?» Ответы на этот вопрос часто бывают формальными, не касающимися сути. Можно сказать на языке объектных взаимоотношений, что, так как плохие взаимоотношения с младенчества делают человека больным, психотерапия должна обеспечивать хорошую объектную связь, в которой мы можем себя комфортно чувствовать. Формально это верно, но что это значит на практике? Каково содержание, действительная природа этих жизненно важных взаимоотношений, которая делает их терапевтическими? Последняя работа Фэйрберна «*О природе и целях психоаналитического лечения*» (1958) создает впечатление, что это лишь начало теории объектных отношений в ракурсе психотерапии. В ней не была поднята проблема регрессии и еще более глубокая проблема «полного отсутствия эго».

Я уже использовал работу Винникотта о «терапевтической регрессии в поиске подлинной самости» в качестве ценного опыта в этой крайне сложной области и предлагаю использовать некоторые его идеи, изложенные в неопубликованной статье 1966 г., при проведении дальнейшего исследования. Эта статья «Отщепленные (неприемлемые, невыносимые) мужские и женские элементы, которые можно клинически обнаружить у мужчин и женщин» — посвящена значению «бисексуальности» в человеческой конституции. Я попробую определить место работы Винникотта в развитии психоаналитической теории, тем самым определяя релевантность этих взглядов. Психоаналитическая теория в течение длительного времени занималась кругом проблем, у которых не было какой-то общей сердцевины, пока не появилась эгопсихология. Исследование начиналось с периферийных феноменов — поведения, настроений, симптомов, конфликтов, ментальных «механизмов», влечений, агрессии, страхов, чувства вины, психотических и психоневротических состояний, инстинктов и импульсов, эротических зон, стадий созревания и так далее. Все это, естественно, важно и должно найти свое место в общей теории, однако в действительности все это вторично по отношению к некоторому центральному фактору, который является «ядром» человека как такового.

Стадии психоаналитической теории

Винникотт приводит случай пациента-мужчины, для которого интерпретации в понятиях каких-либо вторичных феноменов не «вели к изменениям». Он мог видеть в них реальное зерно, но они не приводили ни к какому изменению. *Однако интерпретации, которые основывались на потребности и борьбе эго за обретение чувства реальности, надежного продолжающегося «бытия», сразу же вызвали отклик.* Психоаналитический круг обретал

свой центр. Здесь мы имеем дело с универсальной проблемой всех людей, отличающейся степенью проявления. Тема бисексуальности, представление о том, что как у мужчин, так и у женщин обычно имеются и мужские и женские элементы, каждый из которых нуждается в соответствующем развитии и интеграции друг с другом, совместно с тем особым значением, которое Винникотт придает этим элементам, имеет отношение *к подлинной природе индивидуальной личности, к базисному «эго» как таковому* и к тому, что входит в его становление. В вышеприведенном случае решающая интерпретация привела анализ в эту область. Винникотт говорит:

> «Теперь мы можем объяснить, почему мои интерпретации использования объекта, оральных эротических удовлетворений в переносе, оральных садистических идей... никогда не вели к изменениям. Они принимались, но — что с этого? Теперь, когда была достигнута новая точка зрения, пациент испытывал чувство связи со мной, и оно было крайне ярким. *Оно было связано с идентичностью* (курсив мой. — Г.)».

Речь идет о самом центре концентрических кругов психоаналитической теории и терапии: можно говорить о пяти концентрических кругах с общим центром. Наиболее удаленным от центра кругом является жизнь индивида как члена социального мира. Отсюда исследование переходит к его способностям установления человеческих взаимоотношений, сформировавшимся в ходе переживаний его детства, затем исследуются проблемы личностного заболевания вначале на невротическом, а затем на психотическом уровне. Это подводит нас к сердцевине тех острых затруднений, с которыми сталкивается младенец в первые годы жизни, и отсюда, к центру всех этих кругов, к абсолютным началам эго-идентич-

ности в младенчестве. Эти пять концентрических кругов с их центром могут быть изложены как шесть стадий, начинающихся с последнего и постепенно продвигающихся к самому раннему.

(1) *Индивид в обществе*, объектные отношения в реальной жизни, с различными степенями приспособления, в том числе с плохим приспособлением, и не слишком серьезный невроз характера и психоневротические симптомы. Человеческая жизнь в целом, как мы ее видим и оцениваем внешне, справляясь с ней скорее практически, нежели слишком глубоко уходя в ее тревоги и напряжение.

(2) *Эдиповы проблемы*, движение от повседневных взаимоотношений людей друг с другом, к эмоциональным способностям индивида к объектным отношениям, ограниченным семейной обстановкой и связями родителей и сиблингов; здоровое нормальное эдипальное развитие; патологические эдипальные паттерны, вросшие в структуру эмоциональной личности и действующие во внешнем мире.

(3) *Заболевание индивида, провал борьбы за функционирование в обществе*, за сохранение достаточно хороших объектных связей и за противостояние давлению реальной жизни, когда оно накладывается на патологические паттерны укоренившихся напряжений в бессознательном.

(а) *Состояния психоневротической тревоги* по поводу сексуальных и агрессивных антисоциальных импульсов с их соматическими резонансами.

(б) *Амбивалентность, конфликты любви—ненависти, вины и депрессии*, примитивная жестокость, страх деструктивности и потребность в репарации, маниакально-депрессивные колебания настроения еще не психотической интенсивности. Неврозы переноса, истерия, обсессии, фобии, параноидальные отношения в неврозе.

Мелани Кляйн		(1), (2) и (3) являются преимущественно сферой Фрейда, принимая во внимание тот факт, что, начиная с 1920 г., его мышление все в большей мере вращалось вокруг *анализа эго*, того аспекта его теории, который столь полно развил Хартманн. В (3), однако, работа Мелани Кляйн начинает выходить за пределы работы Фрейда.
	(4)	*Более глубокий уровень болезни, борьба за обладание эго.*
	(а)	*Исследование самых ранних стадий развития эго*, ранней инфантильной тревоги и инфантильных начал психоза. Депрессивная и параноидальная позиции в развитии, *внутренние объекты и объектные расщепления*, фантазийный «внутренний мир». Это основной оригинальный кляйнианский вклад.
Фэйрберн	(б)	*Шизоидные проблемы*, отчуждение от реальных объектных связей и уход к жизни в скрытом внутреннем фантазийном мире. *Эго-расщепления*, соответствующие объектным расщеплениям. Это в особенности сфера Фэйрберна. Изоляция шизоидного эго в бессознательном, «подлинная самость в морозильнике» Винникотта, мое развитие теории Фэйрберна до включения расщепления в инфантильном либидинальном эго, приводящего к регрессировавшему эго.

В этом месте мы должны отметить, что работа Мелани Кляйн выросла из анализа маленьких детей в целом, а работа Фэйрберна — из анализа шизоидных взрослых в свете открытий Мелани Кляйн. Все эти исследования все далее и далее продвигались вглубь к самому раннему младенчеству. В этой области работали много исследователей, но для дальнейших стадий, обозначенных номерами (5) и (6), *работа Винникотта о самых ранних взаимоотношениях «мать—ребенок»* представляется породившей

те идеи, которые стали ключевыми для понимания этих глубочайших уровней психической жизни.

(5) *Начала эго.* Дифференциация субъекта и объекта из состояния первичной идентификации, стимулирующая начала специфического развития эго. Рост *базисной взаимосвязи эго* и вместе с ним способности как вступать в объектные связи, так и быть одному, без тревоги и чувства опасности. Трудности на этой стадии, до того как эго становится крепко консолидированным, будут затем приводить к объектному расщеплению и эго-расщеплению, как они изучались Кляйн и Фэйрберном.

(6) *До обретения дифференцированного эго абсолютное начало эго*, по сути, в объектной связи, к которой младенец пока еще не может относиться как к объектной связи, но которую может переживать (на утонченном языке взрослых) как *симбиоз, идентичность* (в благоприятных случаях) со стабильным объектом, достаточно хорошей матерью; делая возможными начала переживания «бытия», или «безопасности» и «самоидентичности». Хорошая мать создает максимум защиты от тревоги. Иногда говорят, что плохой объектный опыт становится первым могущественным стимулом для дифференциации отдельного эго. Если бы это было так, эго не могло бы иметь ничего иного, кроме тревожной основы. *Чтобы быть способным к развитию до полной зрелости, эго должно начинать дифференцироваться на основе базисного переживания полной безопасности во взаимном отождествлении матери и младенца.* Первичная идентификация является взаимоотношением с субъективным объектом, переживанием, в котором для младенца субъект и объект все еще являются одним целым (в его опыте).

Эта стадия (6), центр пяти концентрических кругов, различаемых в теории, позволяет возникнуть стадии 5 первой ясно определимой фазы развития «объективного объекта» (объекта, четко выделяемого во внешнем мире) и «объективного субъекта» (установившегося Я), т.е. специфического эго.

Стадия (5) описана в трудах Винникотта: в главах 1, 2 и 4 работы «*Семья и индивидуальное развитие*» (в особенности во второй главе «Начальная связь матери со своим младенцем») и в главах 2, 3, 4 и 17 книги «*Процессы созревания и помогающее окружение*» (в особенности во второй главе «Способность быть одному»). Три цитаты будут достаточны:

> «*Незрелость эго естественно уравновешивается эго-поддержкой* от матери» (p. 32).

> «Материнское эго восполняет младенческое эго и поэтому делает его могущественным и стабильным» (p. 41).

> «Является ли эго (младенца) сильным или слабым? Ответ зависит от матери и ее способности действовать в соответствии с абсолютной зависимостью младенца на той стадии, когда младенец еще не отделяет мать от своей самости» (p. 57).

Последняя цитата возвращает нас к стадии (6); и в главе «Коммуникация и отсутствие коммуникации» говорится об *абсолютном начале эго*, о «первичной материнской озабоченности» и «первичной идентификации» младенца с матерью. Статья Винникотта о бисексуальности также возвращает нас к этой отправной точке, и в особенности его взгляд на природу «женского элемента», к которому мы сейчас обратимся.

Психика, эго и переживание бытия

Приняв точку зрения о том, что человеческая природа является конституционально бисексуальной, Винникотт хочет выяснить, что это значит, пытаясь выделить «чистый мужской элемент» и «чистый женский элемент»

в нашей конституции. Он высказывает предположение, что природа мужского элемента выражена в «делании», а природа женского элемента — в переживании «бытия», которое, как он считает, всегда передается матерью. Эти термины: «делание» и «бытие» — требуют точного и тщательного определения, однако ясно, что способность к «деланию» должна основываться на предшествующей способности к «бытию», базисному переживанию безопасного, бестревожного «существования». Мы можем наблюдать в клинической практике у наших пациентов, что борьба за сохранение активности и «делания», когда индивид находится в тисках базисного чувства «не-бытия» и отсутствия уверенности в себе как в личности, неизбежно приводит к тяжелой тревоге и опасному напряжению. Достаточно стабильные взаимоотношения со стабильной матерью являются основой, через первичную идентификацию, появления переживаний безопасности, самости, идентичности, характерного начала эго, делая возможным, в свою очередь, рост объектных связей, *по мере того, как продолжается дифференциация субъекта и объекта, и младенец приобретает «нея» мир, и чувство, что он является «собой» отдельно от этого мира. До этого эго наличествует как потенциал, находящийся в скрытом состоянии в психике, тогда как младенец начинает жить как «целостное человеческое бытие» (Винникотт). Именно это имел в виду Фэйрберн, когда говорил о «первоначальном едином эго»*. Но лишь через такую разновидность опыта взаимодействия с матерью может зарождаться эго в качестве специфического развития, все более осознаваемого факта переживания (это не то же самое, что позднее развивающееся «самосознание»). При отсутствии такой разновидности связи «мать—младенец» не начинается развитие жизнеспособного эго, и возникающее в результате чувство глубинной внутренней пустоты, ничтожности, «не-бытия как личности» является тяжелейшей изо всех проблем для

психотерапии; проблемой, которая может быть решена, лишь если понимание ее аналитиком приведет к связи пациента с ним, чтобы сделать возможным задержанный старт в развитии эго.

В свете всего этого термин Фэйрберна «первоначальное единое эго» следует, возможно, понимать как «первоначальную единую психику» с латентным эго-качеством, ибо по мере развития эго и психика могут не быть идентичными, хотя теоретически при совершенном развитии они были бы таковыми. Каждый аспект психики имеет эго-качество, однако первичная целостность психики утрачивается под тяжестью фрагментов расщепленного эго. Эго всегда является латентной возможностью и в действительности принадлежит к сущностной природе *человеческой* психики. *Человеческая психика является зарождающимся эго, а если этого не происходит, она не будет человеческой.* Именно это и хотел подчеркнуть Фэйрберн, говоря о «первоначальном едином эго». Весь психический опыт, каким бы он ни был неинтегрированным или дезинтегрированным, должен иметь некоторую степень эго-качества как опыт «субъекта». Именно «субъект» *должен* иметь опыт, пусть даже деперсонализации и дереализации. С другой стороны, человеческая психика не всегда развивает прочное эго и всегда, даже у очень зрелого человека, имеется некоторая степень расщепления эго и неудачи в достижении базисного единства и целостности психического развития. «Психика» принадлежит человеку как субъекту опыта, начиная с пренатального старта, происходящего раньше того времени, когда можно осмысленно применять термин «эго». Она включает в себя все его врожденные энергии, латентные способности и возможности (разум, таланты и т.д.). Если эго не формируется, человек с трудом продвигается «в своей жизни», чувствуя, что у его опыта нет должного центра и твердой основы; пытаясь стать «человеком» посредством «делания», посредством использования

своих энергий и способностей, несмотря на отсутствие должного чувства бытия, целостной стабильной самости. В худшем случае он может стать психотиком, борющимся за достижение и сохранение некоторого подобия самости в своем внутреннем фантазийном мире. Где должно бы быть чувство «эго», есть лишь переживание неуверенности, «безразличия», «пустого места».

Эго изначально принадлежит субъекту, воспринимающему себя как «удовлетворенного в своем бытии», возможно, это реализация того, что Фрейд называл «принципом удовольствия», хотя это не единственная основа для роста чувства «эго-реальности». Этот рост начинается с чувства безопасности и наслаждения этим чувством, как частью общего переживания «бытия с матерью» до дифференциации субъекта и объекта. *Эго является психикой, растущей к самореализации и идентичности, в опыте идентификации и эмоционального переживания, разделяемого с матерью.* Это проявляется наиболее полно в отношении младенца к груди. Используя понятие «бисексуальности», включающее существование как мужских, так и женских элементов и у мужчин, и у женщин, Винникотт говорит о «женском элементе груди», который, предположительно, более всех других делает для младенца возможным *переживание чувства «бытия», предшествующее «деланию»*. По контрасту, не очень заботливая, занятая, суетливая, доминирующая мать, которая определенно считает, что младенец должен «получать питание» в соответствии с распорядком ее собственных дел, будет снабжать младенца «псевдомужским элементом груди», занимаясь «деланием чего-то» для него. Мать, обеспечивающая хороший уход, которая понимает эмоциональные потребности своего малыша, особенно на самых ранних стадиях, может позволять ему сосать грудь и наслаждаться этим, исходя из его собственных потребностей, и может затем (что крайне важно) позволять ему мирно и спокойно засыпать у ее

груди. Она дает ему «женский элемент груди», от которого он может испытывать совершенный покой безмятежного существования, «просто бытие». Это наиболее полное переживание безопасности, возможное в человеческой жизни. Если оно достаточно адекватно и повторяется достаточно длительное время, оно закладывает психические основы базисной внутренней силы эго-развития. Это переживание, которое мы можем выразить в простом утверждении «Я есть» или, возможно, «Я есть, потому что я *чувствую* себя в безопасности и реальным» (а не «Я делаю» или даже «Я думаю», ибо «думание» — это лишь психическая форма «делания»), хотя должно пройти длительное время, прежде чем подобное переживание может достигнуть такой ясности. Такова шестая, кратко обрисованная стадия, *абсолютный старт эго*.

Бисексуальность как «бытие» и «делание»

Теперь мы должны более подробно рассмотреть использование Винникоттом терминов «бытие» и «делание» для определения «женского» и «мужского» начал в человеческой природе. Здесь мы сталкиваемся с вопросами терминологии и концептуализации. Винникотт поднимает их, рассматривая случай пациента-мужчины, у которого он столкнулся с

> «диссоциацией между мужским и тем аспектом личности, которым обладает противоположный пол. В случае этого пациента-мужчины такая диссоциация была почти полной».

Такая диссоциация может иметь место как у пациентов-мужчин, так и у пациенток-женщин, и Винникотт полагает, что этого глубокого уровня личности нелегко достичь посредством анализа. Он связан с

> «проблемами, которые затрагивают самые глубокие или основополагающие черты личности»,

и лишь

> «спустя длительное время пациент [становится] способен выносить [такие] глубоко запрятанные проблемы».

Развитие двух полов, мужского и женского, из первоначально лишенной пола формы жизни определенно вовлекало в себя не только разделение физических функций, но также до некоторой степени дифференциацию базисных эмоциональных способностей. Несколько лет тому назад был описан случай физического изменения пола женатым мужчиной, который уже был отцом; он стал женщиной и обнаружил, что выдающимся поворотным чувством в развитии нового, подобающего женщине самосознания было внезапное появление сильного материнского чувства к младенцам. На самом деле отцы могут испытывать подобное чувство, но мы вряд ли станем утверждать, что оно столь же сильное, как у матерей. Способности обоих полов присутствуют, даже если они не развиты идентичным образом, у обоих полов.

Об исследуемом случае Винникотт говорит:

> «Имела место диссоциация [противоположного сексуального элемента]. Защита с помощью диссоциации уступала место принятию бисексуальности как качества единой или тотальной самости... Я имел дело с тем, что может быть названо *чисто женским элементом* [то есть в мужчине]».

Он добавляет:

> «В нашей теории необходимо допускать наличие как мужского, так и женского элемента и у мальчиков и мужчин, и у девочек и женщин. Эти элементы могут быть в сильной степени отщеплены... Мне хотелось бы сравнить и противопоставить чистые мужские и женские элементы в контекстах объектной связи».

Винникотт понимает, что смысл этих терминов еще не окончательно прояснен:

> «Я буду продолжать использовать эту терминологию [мужской и женский элементы] на данное время, так как мне неизвестны никакие другие подходящие дескриптивные термины. Термины "активный" и "пассивный" определенно не подходят, и мы должны продолжать аргументированно использовать те термины, которые доступны».

Вытеснение, уход и диссоциация

Еще один понятийный вопрос представляется важным — смысл «диссоциации». Согласно Жане, диссоциация связана с расщеплением элементов в психике, недостаточно сильных для сохранения общей связи. Эта концепция была заменена динамической концепцией «вытеснения» Фрейда, активного выталкивания в бессознательное воспоминаний или импульсов, которые неприемлемы для сознательного эго. Вытеснение антисоциальных импульсов в случае вины как депрессивного феномена является как раз таким случаем и может быть противопоставлено «уходу», бегству внутрь части эго, которая чувствует себя слишком слабой, чтобы противостоять внешней реальности. Как регрессия, так и уход подразумевают уже сформированное и способное расщепляться эго. Возможно ли использовать термин

«диссоциация» для обозначения «ухода» в отличие от вытеснения (во многом точно таким же образом, каким человек может «диссоциировать» себя от сообщества, утратившего его симпатию, т.е. уйти из членства в нем): или же «диссоциация» означает более примитивный феномен, некоторую конституциональную возможность, которая не учитывалась в начале процесса роста, нечто, находившееся в стороне, непробужденное, с самого начала блокированное, никогда не интегрированное или не имевшее шанса на развитие. В этом случае конституциональные мужской и женский элементы в психике не смогли объединиться друг с другом на ранних стадиях развития, так что результатом стала незавершенная самость. Винникотт рассматривает «диссоциацию» как нечто такое в конституции пациента, о чем он сам не знает; это находится вне диапазона опыта его эго, сознательного или бессознательного. Иногда это является чем-то таким, что аналитик должен увидеть за пациента. Это в первую очередь имеет отношение к непробужденному и неразвитому потенциалу в психике. «Ушедшее» или «регрессировавшее» либидинальное эго также находится в состоянии вытеснения. «Подлинная самость в холодильнике» могла бы, как это мне представляется, означать либо вытесненное регрессировавшее эго, либо диссоциированный непробужденный психический потенциал. В обоих случаях пациент утратил контакт со своими собственными потенциальными способностями, и мы должны помочь ему найти себя. Что касается обсуждаемого пациента, то лишь увиденный Винникоттом его отщепленный женский элемент (что пациент выражал на сессиях, не осознавая этого), позволил пациенту узнать себя в этом отношении. Он пишет:

> «Чисто женский отщепленный элемент нашел со мной как с аналитиком первичное единство, и это породило у данного мужчины чувство, что он начал жить».

Мы можем видеть ушедшее эго и не развитые возможности как два различных уровня «диссоциации» и должны быть готовы находить оба эти уровня, первый из которых блокирует путь ко второму.

Затем, принимая винникоттовское утверждение, что женский элемент приносит опыт «бытия», а мужской — «делания», мне кажется, что в клинических случаях *мы всегда находим диссоциированным женский элемент, как у мужчин, так и у женщин, и что фундаментальная диссоциация связана с женским элементом.* Если «бытие» существует, «делание» будет естественно вытекать из бытия. Если «бытия» нет, оно диссоциировано, тогда вынужденная разновидность «делания» будет «выполнять свой долг» за них обоих, но там, где способность к «деланию» терпит полную неудачу, это обусловлено тем, что чувство «бытия» полностью отсутствует. Одна из женщин, выступавших в телевизионной программе на тему «Чувство принадлежности», заявила: «Я с головой погрузилась в брак и материнство и попыталась заменить бытие деланием». Именно «чувство бытия», женский элемент, либо никогда не был в ней пробужден, либо был утерян в процессе ухода и регрессии в бессознательные глубины, сердцевину ее либидинальной природы. Он остался диссоциированной возможностью, без чего любое интенсивное «делание» подобно постройке здания без какого-либо фундамента, на который можно опереться. Ее вынужденное, напряженное «делание» не было диссоциированным, за исключением того, что оно не было спонтанной деятельностью. *Женский элемент наилучшим образом иллюстрируется материнским чувством, которое пробуждает и благоприятствует переживанию «бытия» у младенца как отправного пункта роста всей личности; способностью чувствовать совместно, а затем способность к сопереживанию, способность чувствовать себя «находящимся во взаимоотношениях»,*

базисной взаимосвязью эго, ядром чего является чувство «бытия», без которого психика утрачивает весь смысл собственной реальности как эго. Человек не может «быть» кем-либо в вакууме. Развитие способности «быть» в опыте первичной связи с достаточно хорошей матерью будет спонтанно приводить к возникновению хорошей естественной способности «делания», к осуществлению действий, необходимых для сохранения взаимоотношений на практике. Переживание «бытия» будет сведено на нет, если оно не приведет к практическому «деланию». Переживание «делания» при отсутствии безопасного чувства «бытия» дегенерирует в бессмысленную последовательность каких-либо активностей (как при бессмысленном обсессивном повторении одной и той же мысли, слова или действия), выполняемых не ради достижения осмысленной цели, а ради бесплодного усилия «поддержания своего бытия», «производства» чувства «бытия», которым индивид не обладает.

Отсутствие или диссоциация переживания «бытия», и вместе с тем неспособность к здоровому естественному спонтанному «деланию» — это радикальный клинический феномен в анализе. Пациенты осознают, что они упорно работали всю свою жизнь, постоянно что-либо «делая» не естественно, а вынужденно, что породило иллюзорное чувство реальности своей личности, замену переживанию своей «сущности» здоровым и уверенным образом, и стало единственной основой уверенности почти у всех пациентов, жалующихся на отсутствие подлинного чувства реальности. Переживание «бытия» является чем-то бóльшим, чем простое осознание «существования». Оно вовлекает в себя чувство надежной безопасности жизни, возникающее оттого, что человек знает себя как реальное лицо, способное устанавливать реальные связи. *Переживание «бытия» является началом и основой осознания возможностей нашей «сырой» человеческой природы для развития себя как «личности»*

во взаимоотношениях. Эти возможности заложены в нашем психобиологическом наследии, но могут быть развиты лишь в том, что Винникотт называет «содействующим окружением» — адекватным материнским уходом на старте: так что переживания «бытия» и «бытия во взаимоотношениях» с самого начала нераздельны. Когда развивается это чувство «бытия», «делание» следует за ним как легкое и естественное самовыражение подлинного интереса. Если же чувства «бытия» нет, естественное «делание» не имеет места. Активность становится напряженной попыткой принудить не чувствующую себя в безопасности личность к продолжению «озабоченной» деятельности. Такая деятельность может стать маниакальной или обсессивно-компульсивной, ибо «психика» не может остановиться, расслабиться или отдохнуть из-за тайного страха распасться в несуществование. *Именно способность индивида к переживанию чувства «бытия» диссоциируется, остается нереализованной на старте развития. Индивид не может чувствовать себя реальным*, потому что на старте жизни никто не пробудил эту способность. Его мать дала ему так мало подлинной связи, что он в действительности стал чувствовать себя нереальным. Это проявляется с поразительной ясностью у тех пациентов, которые чувствуют себя настолько подорванными, что полагают, что никогда не будут достаточно сильными для того, чтобы справляться с жизнью.

Патологическое «бытие» и «делание» в качестве псевдо-женщины и псевдо-мужчины

Сделанное Винникоттом сопоставление «бытия и делания» с «чисто женским и мужским элементами» проясняется, если мы рассмотрим его патологические формы. Он считает термины «пассивный» и «активный» не подходящими для этих элементов, однако они связаны с

ними значимым образом. Я буду говорить о «пассивности» и «*вынужденной* активности». Мы встречаем пациентов, колеблющихся между этими противоположными состояниями, когда интенсивно нагнетаемая сверхактивность распадается в пассивность, т.е. обусловленное страданием истощение. Мы можем относиться к этим состояниям как к патологическим формам мужского и женского элементов, ибо пациенты, действительно, часто считают, что «женственный» означает «слабость», а «маскулинный» — «агрессивную псевдо-силу». Так, пациент-холостяк на пятом десятке лет жизни сказал: «Я имел обыкновение постоянно суетиться при выполнении дел, подобно "светскому человеку", копируя социальную роль своей матери, а за моим фасадом скрывалось чувство неуверенности в том, что я кем-либо являюсь». У него был уравновешенный, способный, однако непритязательный и скромный отец и доминирующая, социально успешная маниакально-депрессивная мать, которая «носила брюки». Родители наделили его инвертированным паттерном псевдо-женской и мужской ролей, в котором мать брала всю инициативу в свои руки, а отец, за исключением очень важных вопросов, уступал ей. Такая основа вряд ли может помочь ребенку развить здоровую личность. Сексуальные отличия предстают как взаимно исключающие противоположности и как традиционно обусловленная ролевая игра, а не как подлинные и базисные качества личности. Маскулинный и женственный воспринимаются как жесткость и мягкость, твердость и деликатность, сила и слабость, агрессивность и робость, вынужденная активность и пассивность, безотносительно к тому, какой пол проявляет эти черты. При такой ситуации нельзя понять мужские и женские элементы в личности как взаимно необходимые и дополняющие друг друга в ходе развития. В патологических формах псевдо-мужские отношения замещают как здоровое делание, так и здоровое бытие, в то время

как псевдо-женские отношения пассивности или слабости по сути служат выражением не-бытия, в котором человек не играет никакой значимой роли. Если здоровый «женский элемент» диссоциирован, утрачивается также и здоровый «мужской» элемент.

Так, пациент-холостяк, которого я недавно упоминал, сказал: «В детстве я был маменькиным сынком, не играл в грубые игры, свойственные парням, и легко впадал в слезы, если меня обижали. Я чувствовал, что мое телосложение было слабым и девическим, но мне казалось, что я стал мужественнее, когда приобрел мопед. Теперь у меня есть машина, но я все еще представляю себя светским молодым человеком, усаживающим хрупкую девушку на заднее сиденье мотоцикла. Она не представлялась мне какой-либо реальной личностью и должна была лишь восхищаться мной. Когда я испытываю тревогу, я до сих пор надеваю кожаную куртку, плотно перетягиваю талию ремнем и смотрю на себя в зеркало, чувствуя себя мощным и мужественным». «Мужской протест» Адлера был ранним определением этой псевдо-мужской патологической сексуальной роли, которая может проявляться как у мужчин, так и у женщин. Она часто развивается в садизм и деструктивность и несет с собой дополнительное представление о женщине как о более слабом поле; представление, наполненное грубым мужским смыслом, которое не соответствует реальности, однако имеет огромное значение в психопатологии. Когда мужское начало отождествляется с садизмом, тогда женское — отождествляется с мазохизмом. Женщины с нарушениями питают эти идеи в столь же большой степени, как и мужчины. Так, женщина-пациентка, старая дева в начале шестого десятка лет жизни, когда испытывала тревогу, находилась в депрессии, или чувствовала, что «превращается в ничто» из-за трений на работе или своей низкой оценки, впадала в ярость, чтобы совладать со своими страхами, и кричала: «Я не женщина, я

мужчина, мужчина. Они отрезали мой пенис и оставили меня с отвратительной дырой». Оказалось, что для нее эта «дыра» символизировала патологическую версию женского элемента, чувство не только собственной слабости, но и собственного «не-бытия», как если бы в ней ничего не было, а на месте сердца зияла дыра. Когда она была маленькой девочкой, ее оставили однажды дома со старшим двоюродным братом, который ее раздел и стоял над ней, показывая свой пенис и хвастаясь своей силой. Это напугало ее и заставило почувствовать себя «слабым беспомощным маленьким существом». Но степень ее страха в данной ситуации была обусловлена более ранними причинами. Ее родители снабдили ее инвертированным паттерном псевдо-сексуальных ролей: мягкий отец, который никогда не защищал ее от матери, которая не хотела детей, ненавидела и била ее, распоряжалась семейными деньгами и бизнесом. У таких пациентов ясно виден конфликт между противостоящими псевдомужским и псевдо-женским отношениями, всегда вовлекающий их в ненависть к предположительно женским характерным чертам (укорененным в слабом пациенте безотносительно к полу). *Псевдо-женская сторона в этих случаях является не диссоциированной, а отвергаемой, и, если это возможно, вытесняемой как у мужчин, так и у женщин, в пользу псевдо-мужской роли.* Подлинный женский потенциал остается диссоциированным. Здесь наблюдаются патологические версии «бытия и делания», «женского и мужского», в формах «пассивности» (слабости, подчинения, беспомощности, ничтожности) и «вынужденной активности» (жесткости, грубости, агрессивности, деструктивности, компульсивной сверхактивности). Что отсутствует, так это сильное, безопасное первичное чувство «бытия», из которого естественно вытекает здоровая активность, в терминах объективных интересов, без вторичных тревожных субъективных мо-

тивов. Здоровое «бытие» и «делание» являются комплементарными.

Здоровое «бытие» и «делание» как подлинные женские и мужские характерные черты

Если патологические «бытие» и «делание» выражают псевдо-формы сексуальной природы, представляется вероятным, что здоровые «бытие» и «делание» выражают подлинную сексуальную сущность мужчины и женщины. В каком смысле «бытие» является характерно «женским», а «делание» — характерно мужским? И в каком смысле «женское» характеризует женский пол, а «мужское» — мужской пол, так как чисто женский и мужской элементы не означают женщину и мужчину, ибо оба элемента должны естественно развиваться у обеих полов? Мы должны ожидать, что у женщин, в их конституциональном складе, «перевес» будет на стороне «чисто женского элемента», а у мужчин сходным образом «перевес» будет на стороне «чисто мужского элемента», с наличием элемента противоположного пола. Патологический «перевес» наблюдается в мужском протесте у женщины и в изнеженности у мужчины. Как станем мы описывать «перевес» у здоровых людей? Он берет свое начало от дифференциации полов и их различных функций в деторождении и воспитании детей. С самого начала термины «бытие» и «делание» представляются подходящими для описания этих функций, при этом матери, по сути, приходится играть более важную роль. Женщина получает то, что мужчина дает в сексуальном акте, и, беременной, она живет не столько ради «делания», сколько для «бытия» ради ребенка. Она не должна «делать» ничего особенного, но если она прекратит «быть», ребенок также прекратит «быть». Ее бытие и бытие младенца

неразрывно связаны, и *это «единство» переносится в начала психической жизни младенца. Лишь постепенно он начинает выносить сепарацию на основе единства*, в некотором смысле сохраняемого психически, после физической сепарации, как основу возможности «взаимоотношений».

Тем временем роль отца заключается в поддержании «бытия» как матери, так и младенца посредством своего «делания» как охотника, добытчика пропитания и защитника, без которого они бы, по всей вероятности, умерли. Вначале его роль не столь глубинно важна *для развития личности ребенка*, как роль матери, хотя с течением времени значимость его роли возрастает. Позднее мать должна развивать свои способности «делания» ради ребенка и совместно с ним, по мере того как ребенок развивает отдельную индивидуальность и личные взаимоотношения с отцом, последний также должен обладать материнской способностью просто «быть» как основой для безопасного развития ребенка. «Мужской» и «женский» являются, таким образом, не сексуальными терминами в узком смысле. Половое функционирование отражает тотальное функционирование личности матери и отца. Мужчина и женщина, выражающие свою совместную любовь в сексуальной связи, будут чередовать реакции на основе как женского, так и мужского элементов. Мужчина и женщина, страстно занимающиеся любовью, оба реагируют своим мужским элементом, активно «делая». Мужчина и женщина, тихо и спокойно лежащие в объятиях друг друга, просто знают о взаимном благополучии и безопасности и оба реагируют, исходя из своего женского элемента, испытывая каждый безопасное существование и таким образом чувствуя совместную безопасность — до такой степени, до какой они могут это себе позволить без риска для своих индивидуальностей, забывать о своей отделенности и переживать идентичность и единение так же, как они

испытывают подобные чувства на пике взаимного сексуального оргазма. Это заново возрождает на взрослом уровне ту первичную идентификацию, которую каждый из них в младенчестве имел с матерью, если все шло хорошо. Кроме того, один из них будет мужчиной, активно «делая», в то время как другой будет женщиной, находясь в состоянии спокойного и рецептивного «бытия», каждый в свою очередь.

Такое колебание обоих партнеров между мужским и женским элементом не только характеризует их сексуальные отношение, но также все отношения в браке. Каждый из них, в той мере, в какой они являются интегрированными зрелыми людьми, будет способен общаться друг с другом и со своими детьми на основе как «женского бытия», так и «мужского делания». Тем не менее, *способность к «бытию» является фундаментально женским и материнским элементом, потому что связь матери с ребенком организуется на таком уровне, который недоступен отцу.* Винникотт иллюстрирует это, ссылаясь на две разновидности объектной связи: (а) объектная связь как стремление к получению удовлетворений, подразумевающая отделенность, активность, делание, и (б) объектная связь как идентификация, переживание субъект-объектной идентичности как основы способности «быть». Первая — это мужская связь, вторая — женская. Винникотт пишет: «Мужской элемент *делает*, в то время как женский элемент (у мужчин и женщин) *живет*». Вначале младенец настолько зависим, что сама возможность его эго-развития основывается целиком на способности матери «быть» адекватным источником безопасности. Он пишет:

> «Каким бы сложным, в конечном счете, ни было чувство самости и становление идентичности в ходе развития ребенка, никакое чувство самости не

возникает иначе как на основе этой связи в чувстве бытия».

«Чувство бытия» — это дар стабильных матерей как мужчинам, так и женщинам, и основа сильного эго-роста, и поэтому психического здоровья, в начале жизни.

Один мужчина-пациент сказал: «Я всегда представлял себе настоящую мать не как суетливую, занятую делами, организующую женщину, которая "ведет" домашнее хозяйство, а как женщину с тихим, безмятежным, теплым, глубоким характером, само присутствие которой порождает у членов семьи чувство безопасности». Такая женщина вполне способа к «деланию», но, по всей видимости, будет при этом производить мало шума и не казаться чрезмерно занятой. То же самое справедливо для стабильного мужчины. Мы должны сказать, что у обоих полов типично мужской элемент «делания» должен покоиться на типично женском элементе «бытия», и чувство «бытия» следует рассматривать как женское, потому что оно зависит для обоих полов от адекватного материнского ухода с начала жизни. Мать сначала должна позволить своему младенцу почувствовать надежность его собственного безопасного существования, будучи таким человеком, с которым младенец может разделять ее безопасное «бытие». Лишь тогда у младенца может в полной мере развиться способность выражать себя в спонтанной невынужденной активности, потому что у него есть и самость, которую он может выражать, и сильное эго для активных действий. Старая дева на шестом десятке лет, которую ненавидела собственная мать и жизнь которой была долгой борьбой за свое существование, сказала: «Я не могу справляться с жизнью. У меня нет никаких ресурсов, которые помогали бы мне справляться с жизнью». Она говорила не о способностях, которые у нее были, а об отсутствии внутреннего чувства своего

бытия как бытия целостного реального человека. Борьба за то, чтобы заменить «бытие» «деланием», всегда ближе к точке распада, чем это считает пациент. Это заставило одного мужчину-пациента сказать: «Я лишь тонкий поверхностный слой интеллектуального профессионала, скрывающий хаос глубокой внутренней пустоты, ужаса и жестокости».

Мужская и женская связь и понимание: размышление и чувство

«Мужской способ объектной связи» не представляет никакой трудности при определении. Это активный способ «делания» — и в значительной доле развлечений, сексуальной активности, рабочего сотрудничества, интеллектуальных стремлений и научного исследования как мужчины, так и женщины связаны со своим мужским элементом, используя свои способности и делая что-то с кем-то. «Женский элемент» играет поддерживающую роль, варьируя в своей активности. Определение «женского способа объектной связи» представляет некоторую трудность. У Винникотта явно существуют две точки зрения на этот счет. Он пишет:

> «Мне хотелось бы сравнить и противопоставить чистые мужской и женский элементы в контексте объектной связи... Тот элемент, который я называю "мужским", проявляется либо в активных действиях, либо подвергаясь воздействию со стороны внешнего мира, каждое такое взаимодействие подкрепляется инстинктами (врожденными пусковыми механизмами)... По контрасту, чистый женский элемент связан с грудью (или с матерью) в том смысле, что этот объект (грудь) воспринимается младенцем как субъект... Здесь, в этой связи чисто женского элемента с грудью находит практическое

воплощение идея о субъективном объекте (грудь), и такое переживание мостит дорогу объективному субъекту (становлению самости) — т. е. идее самости, чувству собственной реальности, которое проистекает от обладания идентичностью... Никакое чувство самости не возникает кроме как на основании этой связи в чувстве бытия... Термин "первичная идентификация", вероятно, использовался именно для этого... Когда эго начинает формироваться, то этот процесс, который я называю связью между чисто женскими элементами матери и младенца, определяет то, что является, возможно, самым простым из всех переживаний — переживанием "бытия"».

Тем не менее, он позднее пишет:

«Этот чистый женский элемент не имеет ничего общего с объектными связями. Объектные связи принадлежат к мужскому аспекту личности, не загрязненному женским элементом».

Имеет место двусмысленность в использовании им термина «связь», так что он одновременно и утверждает и отрицает, что «выделяемый женский элемент» является способом связи.

Такая двусмысленность переносится на проблемы «коммуникации» и «знания». Он проводит различие между «мужским элементом» груди и «женским элементом» груди. «Мужской элемент» груди характеризуется «деланием», когда идет активное кормление ребенка. По контрасту, «женский элемент» груди не является *деланием чего-то для*, а является *бытием для* ребенка, просто бытием «здесь» как безопасный, надежный, теплый, успокаивающий контакт; предоставление не пищи, а свя-

зи, любви, заинтересованности, внимания, всего того, что позволяет младенцу чувствовать себя безопасно «в бытии», защищает его от нарушения равновесия, прежде чем он сможет с ним справиться. Вначале младенец не знает никакого различия между собой и грудью, но чувствует, что он «есть», потому что грудь «есть». Здесь лежит исток всякого «знания посредством идентификации». Таким образом, имеются два способа «знания». *Мужской способ знания* в своем наивысшем развитии является объективным аналитическим научным исследованием. *Женский способ знания* в своем наиболее полном смысле является интуитивным знанием матерью своего ребенка. Так, Винникотт пишет:

> «“Первичная материнская сверхозабоченность”... является как раз тем, что наделяет мать присущей ей особой способностью поступать правильным образом. Она знает, что может чувствовать ребенок. Никто другой не знает этого. Доктора и сестры могут многое знать и о психологии, и о здоровье и болезни тела. Но они не знают, как чувствует себя ребенок в ту или иную минуту, потому что находятся вне этой области опыта» (*Семья и индивидуальное развитие*, p. 15).

Они являются учеными, а не матерями. Таким образом, мы можем сказать, что *«чувство» — это женский элемент, состояние бытия, бытия в контакте, знания посредством идентификации, в то время как «думание» это мужской элемент, интеллектуальная деятельность.* Как мужчины, так и женщины способны и к мышлению, и к чувствованию. И те и другие могут исключительно концентрироваться на интеллектуальной деятельности и оставаться неразвитыми в своей женской и материнской способностях, что ведет к обеднению их личностей

и их способности «знать» в более глубоком смысле. Марджори Бриэрли, как было процитировано выше, пишет:

> «Я совершенно уверена в одной вещи: мы чувствуем прежде, чем думаем, даже в образах, и чувствование является поэтому нашим средством понимания того, что с нами происходит, задолго до того, как мы становимся способными к строго когнитивному различению».

Это двоякое понимание «связи» и «знания» в отношении с женским элементом, как мне кажется, дает ключ к проблеме (обсуждаемой в восьмой главе), рассмотренной Винникоттом в работе «Коммуникация и ее отсутствие»: «Является ли индивид в конечном счете и в своей основе изолированным существом?» Он утверждает:

> «Хотя здоровые люди вступают в коммуникацию и наслаждаются ею, в равной мере справедлив и другой факт: *каждый индивид является изолированным существом, постоянно обособленным, постоянно неизвестным, в сущности ненайденным*... В центре каждого человека есть некоммуницирующий элемент... Нарушение ядра самости, изменение центральных элементов самости в коммуникации, просачивающейся через защиты: для меня это будет грехом против самости... Вопрос состоит в следующем: как быть изолированным, не будучи при этом разобщенным?»

Он суммирует это следующим образом:

> «Некоммуникабельность центральной самости, всегда свободной от принципа реальности и всегда молчаливой. Здесь коммуникация является невербальной... абсолютно личной. Она принадлежит к

живому бытию... Именно из нее естественным образом вырастает вся остальная коммуникация».

Здесь, однако, наличествует та же самая двусмысленность в значении термина «коммуникация». Винникотт на самом деле не считает, что центральная самость не коммуницирует, однако считает, что она коммуницирует не «мужским» образом:

> «Здесь коммуникация является невербальной... абсолютно личной... Именно из нее естественным образом вырастает вся остальная коммуникация (т.е. вербальная коммуникация, основанная на "мужском" мышлении)».

Различие проходит не между коммуникацией и некоммуникацией, а между вербальной и невербальной коммуникацией, на основе мышления и чувствования, мужского и женского способов связи, знания и коммуникации. Если центральная самость действительно была бы некоммуницирующей, она была бы изолированной, и это разрушило бы тот процесс, о котором говорит Винникотт:

> «никакое чувство самости не возникает иначе как на основе этой *связи* в чувстве бытия»,

а также «знания» и «коммуникации», вовлеченных в базисные взаимоотношения первичной идентификации «мать—младенец». Так как центральная самость может коммуницировать невербально, личностным образом, стало быть, она не может быть изолированной. Определение «изолированный» также имеет двоякий смысл.

«Центральное ядро личности» – это то же самое, что и «не коммуницирующий женский элемент, который приводит нас к бытию». «Делание» — это вторичное

развитие. «Ядро самости» не коммуницирует вербально, «мужским» образом, и не вступает в активные объектные связи, а коммуницирует личным и довербальным образом и вступает в объектные связи «женским» образом. Имеются два способа связи: знание и коммуникация. *Мужской элемент* — это связь посредством активного «делания», знания посредством мышления и коммуникации посредством вербальных символов и идей. Он центрирован на интеллектуальных процессах. *Женский элемент* — это связь посредством идентификации и разделения чувства бытия, знания посредством чувства и коммуникации посредством эмоциональной эмпатии. Таков способ обращения матери с младенцем, и он позволяет младенцу устанавливать свою эго-идентичность. Лишь когда разрушается такой способ связи, младенец действительно растет «изолированным» в своей сердцевине, неспособным коммуницировать и испытывающим ужас как при обнаружении своей подлинной самости, так и в том случае, если он «останется ненайденным» (утратит контакт с миром). Все это можно усмотреть в знакомых строках: «Мысли, которые оказывают воздействие, часто лежат слишком глубоко для слез», — о, что не выразить словами — переживание блаженства от самого раннего общения с матерью, глубинной дружбы и подлинной супружеской любви. Могут сказать, что это подразумевает экстрасенсорное восприятие, но такая точка зрения лишь ставит телегу впереди лошади. Сенсорный опыт играет свою роль как в эмоциональных, так и в интеллектуальных процессах. В первых он трансформируется в чувства; во втором случае он служит основой образов, идей и мыслей.

Мы можем суммировать эти идеи следующим образом: «делание», естественным образом вытекающее из безопасного чувства «бытия», является частью сбалансированного и интегрированного зрелого развития нашей бисексуальной оснастки. «Делание» не порождает и не поддерживает чувства «бытия», а выражает и удов-

летворяет потребности и интересы эго, которое может воспринимать свое безопасное и надежное бытие как нечто само собой разумеющееся, потому что мать заботилась о нем физически, и, что даже еще важнее, ментально. Младенец может расти без необходимости усердно поддерживать свое ментальное функционирование и чувство живого бытия. Когда активность вынужденно направлена на это, возникающее в результате напряжение, перегрузка и истощение блокируют полное свободное развитие.

Проблема женского элемента «бытия» и мужского элемента «делания» как различных факторов нашей природы, которые должны быть комплементарны, однако могут вступать в конфликт, может проявляться клинически в особой форме. Женский элемент может быть определен как *способность к восприятию того, что чувствуют другие*. Он крайне необходим для матери, если она хочет понимать своего ребенка и его чувства. По контрасту, мужской элемент воспринимается как необходимость предпринимать практические шаги в часто трудном и опасном мире и, если это необходимо, ожесточать свое сердце для совершения неизбежного, что выпадает на долю отца, который не может себе позволить быть излишне сентиментальным. Но обе эти способности нужны как мужчинам, так и женщинам. Никто не сражается более яростно, чем самка, защищающая свое потомство, а мужчина должен брать на себя часть материнского ухода. Однако с точки зрения нашей целостности женский элемент является эмоционально сенситивной самостью, которую можно легко задеть и поэтому она воспринимается как слабость, которой надо сопротивляться, на которую следует негодовать и скрывать за вызывающим внешним видом. Пациенты, не развившие такую жесткую защиту и оставшиеся слишком уязвимыми и восприимчивыми, могут бессознательно ненавидеть свой женский элемент, прятать его и испытывать пугающие

деструктивные импульсы по отношению к маленьким девочкам и женщинам. Так, два пациента, один — женатый мужчина, а второй — незамужняя женщина, оба среднего возраста, еще в детстве стали рабами интересов других людей. У мужчины был срыв, связанный с потребностью ходить в туалет ночью; это вынуждало его проходить мимо спальни его маленькой дочери, и он цепенел от ужаса, что он зайдет в спальню и задушит дочь. Затем он стал бояться, что причинит вред своей жене. Женщина-пациентка имела друзей, у которых была маленькая девочка, дружески к ней настроенная. Пациентка приходила в ужас от мысли остаться с ней наедине, потому что испытала желание задушить ее, а также внезапное побуждение напасть на ее мать.

Таким образом, способность к сопереживанию, столь необходимому для матери, ухаживающей за ребенком, воспринимается как женский элемент человеческой природы и при проецировании может быть либо желательным, либо ненавидимым как слабость, которая должна быть разрушена в некоторой женской личности, присущей индивидууму любого пола.

Представление мужского и женского элементов у Микеланджело

Женский элемент в качестве «бытия» и мужской элемент в качестве «делания» поразительным образом представлен Микеланджело в образах четырех мадонн, созданных между 1503 и 1506 годами, в один из его наиболее ярких творческих периодов. В этих четырех работах явно заметна последовательность бессознательной творческой мысли. Первая работа (мадонна Дони) изображает Марию, Иосифа и Иисуса как очень активную группу. По-видимому, в это время Микеланджело влекло назад, к осмыслению прошлого, к тому, что привело к развитию способности к жизненной активности. За-

тем он создал мраморную статую, The Brughes Madonna, и два мраморных рельефа, Pitti Tondo и Taddei Tondo, в которых он выражает свой ответ на эти вопросы. Можно считать, что его картина четвертая, а не первая работа в этой серии. Статуя Brughes изображает мадонну и младенца в состоянии полного спокойствия. Мадонна сидит абсолютно неподвижно с выражением покоя и мира на лице, что превосходно символизирует «жизнь без активности» или «бытие без делания». Ребенок стоит неподвижно у ее колена в таком же состоянии полного тихого спокойствия. Мать демонстрирует свое «бытие» ребенку, который разделяет ее состояние и может просто «быть» для матери. Они не глядят друг на друга, но показаны «как одно целое» и вместе, таким образом, воплощая наиболее полную и абсолютную безопасность, переживание идентификации и «участие в бытии» матери и ребенка. Здесь мы видим настоящую точку отсчета для развития уверенной в себе витальной активности, и картины такой «активности» разворачиваются в трех его последующих работах. В Pitti Tondo мы наблюдаем движение. Ребенок вновь стоит у колена матери, и мать снова сидит с выражением глубокого и мирного покоя. Однако вместо простой «близости» возникает начало объектной связи. Ребенок развернут к матери и опирается на ее колено. Мадонны Brughes и Pitti изображают закладку основ безопасности и последующей активности ребенка в его отношении к спокойному и стабильному «бытию» матери. Таков женский элемент в человеческом существовании, и поэтому ни в одной из этих двух работ нет изображения мужской фигуры (помимо ребенка).

В третьей работе, или Taddei мадонне, происходит поразительное развитие. Ребенок Иисус начал действовать, и на картине также изображена мужская фигура святого Иоанна. Он протягивает рыбу Иисусу, который, движимый любопытством, привстал, чтобы увидеть, что же это за рыба, а затем внезапно преисполнился тревогой

и отпрянул назад; в то же самое время неохотно покидая это место. Он все еще оглядывается назад, устремляясь к матери за защитой. Мать же сидит спокойно и безмятежно, протягивая сыну руку защиты, в то же самое время подбадривающе глядя на святого Иоанна. Тревога утихает в этом эксперименте «делания» на основе стабильного бытия «мать—ребенок», и мы вновь возвращаемся к первой работе, картине Doni, которая должна рассматриваться как конечный результат переживания Микеланджело связи «мать—ребенок». Теперь мы видим сцену полноценной и несдерживаемой активности со стороны ребенка при активной поддержке не только матерью, но также отцом, мужской фигурой, которая теперь должным образом присутствует в картине, темой которой можно считать мужской элемент «делания». Иисус, сильный и мускулистый маленький мальчик, энергично карабкается на плечо матери, Мария, явно физически сильная женщина, сохраняя свое базисное мягкое материнское качество, поддерживает его на пути наверх, а Иосиф, стоя позади них, протягивает мальчику руку, помогая энергии ребенка перейти в действие; в то же самое время выражение лица Иосифа сохраняет некую материнскую заботу о ребенке.

Эго-идентичность в уединении и во взаимоотношении

В то время как точка зрения Винникотта, что «каждый человек является обособленным... постоянно неизвестным, в сущности ненайденным», представляется мне непримиримой с его фундаментально важным утверждением, что «никакое чувство самости не возникает кроме как на основе связи в чувстве БЫТИЯ», в идентификационной связи матери и младенца, тем не менее Винникотт обращает наше внимание на одну из двух основных

проблем: потребность человека в сохранении своей индивидуальности от вторжения в нее. Взаимосвязь и зависимость не должны приходить в противоречие с отделенностью и независимостью, но должны поддерживать и питать их.

Мать вначале снабжает младенца основой для его «бытия», в то время как он находится в утробе матери, и должна быть способна продолжать это переживание безопасного «совместного бытия» после его рождения, чтобы, когда младенец начинает испытывать свою физическую и психологическую отделенность от матери на сознательном уровне, он был защищен бессознательным сохранением чувства «совместного бытия» от шока, который в противном случае мог бы привести к чувству «отрезанности», утраты, умирания. *Безопасное чувство бытия, разделенное со стабильной матерью как до, так и после рождения, остается в бессознательном как основа, на которой может устойчиво развиваться отдельная эго-идентичность и далее высоко индивидуализированная личность.* Младенец не вынесет без тяжелого расстройства ношу сначала физической, а затем психической отделенности, если он ранее утратил коренное переживание «бытия в контакте», пребывания в совместном бытии», в глубочайшем бессознательном чувстве. Самый могучий дуб растет лишь потому, что его корни глубоко в материнской почве. *Сознательное эго — это эго разделения, «делания», действия и воздействия, и в этом смысле именно здесь мужской элемент личности. Оно должно приобретать свою силу от глубочайшего бессознательного ядра самости, в котором никогда не исчезает чувство «совместного бытия» с материнским источником жизни.* Этот источник внутренней силы может «диссоциироваться» и стать недоступным, если мать плохо ухаживает за младенцем и разрушает его чувство первичной безопасности, мешая идентификации с собой вследствие отвержения или пренебрежения. Два паци-

ента, которые точно отвечали этому описанию, сказали, что чувствуют себя «затерявшимися» в «пустыне» и «отчаивающимися, так как не верят, что их когда-либо найдут». Даже в таком случае на очень глубоком уровне в бессознательном должно оставаться некоторое похороненное воспоминание об этом первоначальном «единстве», и пациент продолжает поиски такого единства, когда проваливается в глубоко регрессивное заболевание, основанное на фантазии возвращения в матку.

Если первичная безопасность взаимоотношения «мать—ребенок» слишком рано становится ненадежной, развитие эго не может получить должного старта или же идет неуверенно и разваливается. Из этого вытекает состояние, в котором психические импульсы не связаны или диссоциированы, потому что эго, выражением которого они должны были бы служить, все еще латентно; нет никакого эффективного эго, которому эти импульсы могут принадлежать. Такой пациент никогда не станет реальной личностью, если не сможет найти обратный путь к отправной точке первичной идентификации, теперь в трасферентной связи с аналитиком в «терапевтической регрессии». Однако процесс эго-развития является, сам по себе, нормальным процессом, в котором ненарушенная психика наращивает свою целостность и дифференциацию в единстве. Чувство «я есть» ведет к вопросу «кто я?», т.е. переживание «бытия» ведет к росту самосознания, знания о себе и самореализации.

У людей, однако, всегда существует некоторое напряжение между потребностью защищать свою индивидуальность и потребностью поддерживать взаимоотношения. Мы видели это в образе жизни «то внутрь, то наружу» шизоидной личности. Мой опыт работы с пациентами говорит о том, что страх изоляции, полного опустошения эго из-за чувства отрезанности от всех объектных связей является более глубоким и подавляющим, чем страх пациента, что его эго испытает насилие

или будет разрушено в объектных взаимоотношениях. Полная сепарация, абсолютно отделенная индивидуальность кажется невозможной, ибо она делает существование бессмысленным. Если эго формирует, а затем утрачивает чувство связи, оно начинает распадаться. Мы начинаем в буквальном смысле как часть другого лица, «природы», и, только если это базисное чувство единства и порождаемая им безопасность становятся постоянной бессознательной основой, мы можем выносить отделенность и индивидуальность без тревоги. Переживание идентификации, единства, чувства принадлежности, «неизолированности» является психологическим замещением чувства безопасности, первоначального органического единства с матерью и «природой». Потребность человека сохранять фундаментальное чувство органического единства, которое в то же самое время является латентным чувством связи и через хороший опыт отношений «мать—младенец» может развиваться в способность к эго-объектной связи в конечном счете с самой вселенной. Должно быть, это являлось центральным религиозным переживанием на протяжении многих веков, сколь бы различными и скоропреходящими ни были его выражения в «исторических религиях»; таково «стремление к космической связи» Бубера, и это нечто иное, чем проецирование отцовского образа на вселенную.

Однако мы должны понять, что индивидуальность и отдельная эго-идентичность, столь бы сильными они ни были, всегда ненадежно защищены против угроз внешнего мира. Практическая эксплуатация этого факта проявляется в практике промывания мозгов, физических и психологических методов огромного давления, используемых тоталитарными политическими системами для слома сопротивления тех людей, которые осмеливаются быть личностями. Когда у людей происходит «нервный срыв» и они чувствуют, что «распадаются» под давлением жизни, то это лишь более распространенная

версия того же самого. Мы не в состоянии выдержать то, что Винникотт называет «насильственным изменением ядра самости в коммуникации, просачивающейся сквозь наши защиты». Если мы хотим оставаться здоровыми людьми, мы должны чувствовать возможность не впускать внешний мир и сохранять свое право на внутреннее уединение, когда мы этого желаем. Мы не можем выносить, когда нас психологически «затопляют» чужие переживания, или же, опять говоря словами Винникотта, не можем вынести реального страдания вследствие пугающего представления, что наше Я может распасться от непереносимой боли. Однако я не могу усмотреть, что это подразумевает, что «ядро самости является изолированным и некоммуникабельным». На мой взгляд, если эго чувствует себя приближающимся к такому состоянию, оно начинает распадаться вследствие противоположных причин: не потому, что оно насильственно изменяется или переполняется, а потому, что оно чувствует себя опустошенным, вынужденным барахтаться в вакууме, без базисной «взаимосвязи эго», которая должна развиваться из первичного единства идентификации. Так, пациент, испытавший неприятное переживание неожиданного физического оскорбления, адекватно защитил себя, однако впоследствии сказал: «Ко мне вернулось прежнее чувство, что мир — это ужасное место, в котором человек не может преуспеть. Я почувствовал себя полностью опустошенным. Я чувствую, что значимая часть меня, которая представляет собой лишь малую часть, действительно совершенно одинока и отрезана и тянет меня на этот уровень».

Две вещи должны оставаться ненарушаемыми, если человеческая личность хочет быть сильной: (1) внутреннее ядро отдельной индивидуальности, «я-йности», эго-идентичности, достаточно сильной как для завязывания связи с кем-либо, так и для принятия коммуникации от кого-либо, или же, при желании, для ухода от внешне-

го мира без тревоги по поводу возможной утраты эго; (2) еще более глубокое первичное ядро «единства» — та почва, на которой может вырастать чувство отделенности. Чувство отделенности и индивидуальности при отрезанности от какой-либо основы «единства» является ужасающим и разрушает эго. Это, однако, вовлекает в себя также противоположную опасность базисной потребности в «единстве», грозящей парализовать и уничтожить отделенность, и тогда неуверенно чувствующий себя индивид защищает свою независимость с фанатической решимостью, потому что боится ее утратить, если позволит себе стать реально зависимым, скажем, от терапевта. *В нашей культуре трудно достичь понимания того, что подлинная независимость коренится в первичной зависимости и растет лишь из нее.*

Винникотт говорит о сложности вопроса о том, является ли центральная самость изолированной: «Это вовлекает меня в огромные затруднения». Но мне кажется, что затруднений можно избежать, если мы не станем делать вывод о том, что взаимоотношения, знание и коммуникация являются только «мужским элементом» деятельности, а «женский элемент» (базисное «чувство» психики, предшествующее росту «мышления и действия») не несет в себе взаимоотношения, знание или коммуникацию. Винникотт в своих работах о взаимоотношениях «мать—младенец» утверждает, что «женский элемент» имеет свои собственные определенные способы взаимоотношений, знания и коммуникации, которые фундаментальны. Он пишет:

> «Чувство бытия является чем-то таким, что предшествует идее совместного бытия, возникая тогда, когда еще нет ничего, кроме идентичности».

Но лишь из переживания единства вообще может возникать чувство бытия и чувство самости. Мы пы-

тались провести различия внутри этого переживания, богатого возможностями и никогда, ни в какой момент времени не являющегося статичным. *Даже судя по тому, как переживаются идентичность и бытие, они связаны с процессом развития переживания совместного бытия и зарождающейся связи, которое является фактической основой возможности их существования. Если таково начало переживаний вообще, ядро самости вряд ли может быть изолированным.*

«Единение» — глубочайшая вещь в человеческой природе. С этой отправной точки психика проходит через сепарацию рождения в «одиночество», которое было бы непереносимо, если бы не существовало это единство ребенка с матерью, и через него с «материнской природой» в том смысле, который приводит Бубер:

> «...евреи говорят: “В теле матери человек познает вселенную, при рождении он об этом забывает”».

Однако в глубине своей души человек никогда об этом не забывает. Это остается скрытой основой спокойствия, безопасности и умиротворенности Brughes мадонны, той основой, которая должна быть сохранена и развита в постнатальном росте через идентификацию к объектным связям.

Бубер пишет:

> «Ребенку дарует время для обмена духовной связью, т. е. для *взаимоотношений*, для естественной связи с миром».

Но в глубочайшем бессознательном эта связь никогда не утрачивается, и люди борются за ее возвращение, когда их эго подвергается самым большим опасностям. Если сохраняется эта основа безопасности, тогда не ста-

новится угрозой столкновение внешней реальности с эго сознания; и два человека могут быть в молчании и при этом знать, что они находятся «в контакте», «связи» и «коммуникации» в чувстве без слов и действий, на этом глубоком уровне.

Этот самый элементарный психический уровень является «женским» элементом чистого чувства, возникающего как переживание «бытия», которое в действительности есть переживание «бытия в контакте с кем-либо» и не может существовать иначе как в актуальном переживании «бытия в контакте с кем-либо». Это отправная точка и постоянная основа эго-идентичности и эго-силы, спокойствия ядра личности, которое должно быть сохранено нерушимым, не затрагиваемым давлениями внешнего мира. Я полагаю, что именно это имеет в виду Винникотт под

> «нарушением “ядра самости”... в коммуникации, просачивающейся через защиты... грехом против самости».

Все это вопрос о «типе коммуникации». Нужно уметь защищать себя от столкновения с «мужским элементом» на сознательном уровне без утраты в глубине «женского элемента» взаимоотношений. Встают серьезные вопросы вследствие попыток психиатров обойти сознательное эго и напрямую контактировать с бессознательным.

Пациент однажды упомянул мне, какое глубокое впечатление произвело на него описание Дэнни Кайэ как вихря активности, остроумия и юмора на сцене, хотя «источником его раппорта с аудиторией было спокойствие в его ядре». Это «ядро самости», включенное в неразрушимое «бытие-в-связи» и коммуникацию особого вида, не вербально, а в чувстве, было источником его раппорта с другими людьми. Лишь если оно диссоции-

ровано, отрезано и недоступно как основа для роста эго (оно не может быть разрушено) из-за слишком плохого материнского ухода, тогда самость насильственно загоняется в изоляцию и становится неспособна развивать чувство «базисной взаимосвязи эго». Таков конечный смысл «эго-слабости» и утраты эго-идентичности. При таком катастрофическом положении базисное «бытие во взаимоотношениях» скрыто в бессознательных глубинах, куда стремится убежать шизоид посредством самоубийства. В здоровом состоянии женский и мужской элементы должны быть интегрированы. Это возможно, потому что сущность женского элемента в том, что он может вступать во взаимоотношения, знать и коммуницировать более фундаментально посредством вчувствования, чем это делает мужской элемент посредством внешних связей и знания. Это основа эго-идентичности, индивидуальности и объектной связи. Проще говоря, безмолвная связь, знание и коммуникация любви — более глубокая вещь в человеческом опыте, чем наука. Наука никогда не «знает человека»; она лишь «имеет информацию о человеке». Наконец, «бытие и делание», чувство и действие не являются неотъемлемо мужскими и женскими биологическими свойствами — это две элементарные составные части личности. Они вне сексуальных различий и принадлежат бытию как элементы целостной личности. В качестве отдельных функций двух полов, каждому из них приходилось «специализироваться» в одной из этих двух составляющих, не теряя при этом способности к другой. *Не может быть полного человеческого бытия без интеграции чувства с мышлением и действием, в котором «делание» спонтанно проистекает из фундаментального переживания «бытия».*

ЧАСТЬ IV

НЕКОТОРЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ

X. РАЗЛИЧНЫЕ УРОВНИ ПСИХОТЕРАПИИ

В предыдущих главах была предпринята попытка провести анализ личности с нарушениями до наиболее глубоких возможных уровней и придти к подлинному пониманию психического недуга. Эту попытку нужно продолжать, и, несомненно, еще очень многое нуждается в нашем понимании. Возможно, наш поиск никогда не приведет к финалу. Когда, однако, мы обращаем внимание на проблемы психотерапии, важно напомнить, что теоретические обобщения здесь уступают дорогу практическим возможностям. Анализ шизоидной проблемы имеет глубокие и далеко идущие последствия для психотерапии, но лишь сравнительно недавно терапевтический анализ смог достичь такой глубины. В психотерапевтической практике мы ограничены тем, что хочет пациент, и тем, что делают возможным его обстоятельства. Психотерапия является функцией по крайней мере трех переменных: личности и опыта терапевта, побудительных причин и природы проблем пациента и содействующего или фрустрирующего окружения. Об этом предупреждает Фрейд, говоря, что многое не может быть поднято из глубин бессознательного одним лишь анализом, и нам часто приходится ожидать воздействия самой жизни для вызова того, что вытеснено. Таким образом, психотерапия на практике не одинакова и определенно не опускается на одни и те же глубины со всеми пациентами. Если бы мы стали рассматривать только самые глубокие проблемы, обнаруженные анализом базисного шизоидного уровня личности, мы бы увидели, что радикальная психотерапия вне пределов наших возможностей. Она может осуществляться, когда терапевт и па-

циент продолжают совместную работу в течение очень длительного времени.

К счастью, существуют различные уровни психотерапии, и нам нет надобности в своей практике быть перфекционистами, мы можем стремиться лишь к возможному. Несомненно, у всех терапевтов, работающих психоаналитическими методами, было много случаев, когда требовалось лишь облегчение симптома, и этого можно было добиться сравнительно быстро. Это можно назвать психоаналитической первой помощью, которая бывает очень полезной. В качестве примера расскажем случай человека, который считал, что он потерял потенцию, потому что перестал испытывать сексуальные чувства к женщине, к которой ранее был крайне сильно привязан. Его первый брак распался, поселив в его душе тревогу, и он был в очень сильной депрессии до тех пор, пока наконец не понял, что должен взять себя в руки и начать снова контактировать с людьми. Он так и сделал и вскоре установил прочные отношения, которые, как он думал, могли бы перерасти в брак, если бы он не стал чувствовать себя эмоционально холодным. Он не понимал, что в основе такого поведения лежало чувство: «Обжегшись на молоке, дуешь на воду; никогда не рискуй больше вступать в близкие отношения; не дай себя увлечь». Когда это стало ему ясно, он смог встретить страх лицом к лицу и преодолеть его, и к нему вернулась его сексуальная восприимчивость. Для этого оказалось достаточно дюжины сессий, и, хотя они открыли наличие личностных проблем, которые также было бы полезно проанализировать, не было основания для того, чтобы отважиться на это. В описании Маланом (1963) экспериментов группы Балинта по спланированному сокращению сроков психоанализа приводятся веские причины, почему мы должны быть скорее практичными, нежели перфекционистами. Во всяком случае, от первоначаль-

ной идеи о «полностью проанализированном человеке» давно уже отказались как от мифа.

Именно с этими оговорками в пользу того, что является практическим, мы можем исследовать возможности «глубинной» психоаналитической терапии еще и потому, что эти ценные находки можно использовать и в коротком анализе. Даже при радикальном лечении есть различные уровни, до которых может продолжаться анализ. Никакая ригидная схема «стадий» не может быть истинной для поразительного разнообразия индивидов, нуждающихся в лечении. Я укажу на три стадии, которые у некоторых пациентов развивались последовательно, а у других наблюдались беспорядочные колебания взад и вперед между этими стадиями, прежде чем был достигнут стабильный результат. Но эта «беспорядочность» лишь кажущаяся, ибо действительный прогресс в каком-либо анализе имеет собственную внутреннюю логику. Однако я замечал у некоторых пациентов вполне последовательный паттерн трех стадий лечения, которые могут быть названы стадиями (1) эдипального конфликта, (2) шизоидного компромисса и (3) регрессии и повторного роста. Все эти стадии являются сложными, и пациенты никогда не прорабатывали их одним и тем же образом или в каком-либо фиксированном порядке. Пациенты могут двигаться взад и вперед между ними, но сами стадии широко узнаваемы.

Прежде чем мы станем более подробно исследовать эти стадии, мне представляется здесь уместным упомянуть о двух общих проблемах. В моей книге (1961) я описал теорию эндопсихической структуры Фэйрберна как «*завершенную теорию* объектных связей личности». Такое утверждение, как я сейчас полагаю, до некоторой степени вводит в заблуждение. Ошибочно можно посчитать, как это сделал один критик, что под «завершенной» теорией я понимал «окончательную», как если бы теория Фэйрберна была «последним словом» в этой трудной

проблеме, что было бы абсурдно. Поэтому теперь я буду описывать его взгляды как «*последовательную* теорию объектных связей личности». Используя слова «завершенный» или «последовательный», я хочу подчеркнуть, что теория «личных объектных связей» Фэйрберна является базисной концепцией в своей целостности и в каждой ее части, чего нельзя сказать о концепции «ид» Фрейда, которое является безличностным. Для Фэйрберна первоначально целостная, хотя и неразвитая инфантильная психика проходит через процессы внутренней структурной дифференциации под действием опыта частичного удовлетворения и частичной фрустрации у младенца в его самых ранних объектных связях. Это приводит к хорошему росту эго как результату переживания хорошего объекта и к процессам расщепления эго как результату переживания плохого объекта. Такая теория явно требует исследования фактов развития эго на самых ранних стадиях младенчества, и работа Фэйрберна по шизоидным проблемам указывает то же направление. Его работа была не только стимулом к общему движению психоанализа в этом направлении, но и сама явилась частью этого движения, приводя нас еще глубже к наиболее фундаментальным проблемам, чем мы это видели в работах Винникотта. Как однажды сказал мне Фэйрберн, «чем больше мы анализируем эго, тем дольше продолжается анализ».

Это приводит ко второй проблеме. При все большей концентрации внимания на эго, его природе, истоках, раннем развитии, его значимости как ядре человеческого бытия «самости в качестве личности» и на борьбе пациента за достижение и сохранение жизнеспособного эго, с которым можно было бы противостоять внешнему миру, психодинамическая наука становится «теорией личности». Стоит рассмотреть рекомендации для психотерапии этой позиции. Это не означает, что мы в каждом случае вынуждены анализировать структуру личности

пациента как целое. Не каждый пациент нуждается или должен быть подвергнут радикальному анализу, если он может достичь достаточной стабильности без анализа. В приватном сообщении Дж.Д. Сазерленд написал:

> «Есть одно затруднение, которое вполне следует принимать во внимание при обсуждении вашего тезиса. Я имею в виду, что при описании вами базисного процесса и его далеко идущей значимости как в глубину, так и в ширину, внутри личности, вас могут обвинить в пренебрежении другими видами патологий, которые лежат в основе традиционных нозологических категорий. Вам сразу же покажется, что данная критика несправедлива, как вы, например, указываете в связи с эдиповым комплексом: то, что изучалось в классическом психоанализе, на ваш взгляд, является конечным продуктом процесса, проистекающего из определенных серьезных конфликтов на ранних стадиях развития.
>
> Мне кажется, что об этом стоит говорить много и по-разному, даже с излишком, подчеркивая, что *базисный конфликт лежит в основании и может быть обнаружен почти во всех состояниях, хотя и осложнен воздействием последующего опыта*».

Это мудрая мера предосторожности, с которой я безоговорочно согласен. В действительности я считаю шизоидную проблему *лежащей в основе* не только для всех проявлений психического заболевания, но и для концепции того, что мы принимаем за психическое здоровье. Это никоим образом не значит, что именно ее нужно всегда анализировать, и в действительности очень часто достигается «достаточно хорошая» стабильность и вне исследования этой проблемы, как с анализом, так и без него. С другой стороны, мы недостаточно глубоко понимаем какое-либо состояние личности, не принимая

во внимание некоторую степень участия в нем этой основной проблемы. Мой клинический опыт, тем не менее, говорит, что даже когда пациент приходит с проблемами шизоидного ухода с самого начала лечения, эдипальный уровень всегда привносится в анализ, и его нельзя обойти в преждевременных попытках разрешить шизоидные проблемы изолированно. *Если шизоидные проблемы представляют собой бегство от жизни, эдипальные проблемы представляют собой борьбу за то, чтобы жить, и два этих типа реакций постоянно взаимодействуют на протяжении всей жизни и в ходе всего психотерапевтического лечения.* Если шизоидные проблемы слабости эго и ухода представляются первичными, их анализ, вполне вероятно, приведет не к безутешному погружению в глубокую регрессию, а к мобилизации защиты против регрессии, возвращая пациента к насущным проблемам его личных взаимоотношений как дома, так и на работе. Лишь позднее, когда будут проработаны эдипальные паттерны пациента с их виной и самонаказанием, для него может оказаться возможным столкновение лицом к лицу с шизоидным бегством от реальности. Слишком раннее выявление шизоидной проблемы не всегда является наилучшим условием для ее разрешения. Личность становится более сильной при проработке эдипальных конфликтов. Если лечение на этом месте не останавливается, то это, вероятно, наилучшая подготовка для работы с еще более ранними проблемами. Так, Винникотт приводит случай женщины, которая до этого прошла эдипальный анализ, однако обратилась к нему за лечением, так как знала, что некие более глубокие ее проблемы все еще нуждаются в проработке (1958b, p. 279). Однажды мне написала пациентка, говоря, что ранее она прошла восьмилетний анализ, который принес ей огромную пользу в том отношении, что для нее стали возможны конструктивные социальные отношения и счастливый брак: однако она сказала, что анализ не устранил то, что

она называла своей «самой ранней тревогой сепарации». Иногда полезно анализировать мягкие шизоидные реакции в период проработки эдипальной амбивалентной любви-ненависти и связанных с виной проблем, и они могут представлять не что иное, как затухание на этой стадии «желания выздороветь» у пациента. Пациенты могут ненавидеть не только людей, плохие объекты, но также болезнь, ощущая глубокое раздражение и гнев из-за фрустрации вследствие жизни с такими ограничениями. Пациент получал в разное время достаточное наслаждение для того, чтобы знать, какой хорошей может быть жизнь, и при этом он находит себя постоянно борющимся за то, чтобы дотянуться до морковки, висящей над ним. Он периодически ощущает усталость и тщетность борьбы, год за годом, всегда надеясь на финальный прорыв к душевному здоровью. Фрейд говорил, что в лучшем случае мы можем помочь пациенту обменять его невротическое страдание на обычное человеческое несчастье. Мне кажется, что это излишне пессимистичный взгляд и что у пациента есть возможность воспринимать себя и жизнь намного более реально и стабильно. Однако нет каких-либо быстрых путей к этой цели, и «откладываемая надежда отдается болью в сердце». Периоды безнадежности, переутомления, стремления сдаться и покончить со всем этим будут сменять друг друга, порождая чувство тщетности и желание уйти от решения проблем. Эти чувства вполне могут включать в себя вновь ожившие настроения детства, не приводя при этом к проработке первичных проблем. Так что мы можем продолжать исследовать три стадии, или уровня, психотерапии, проходя их в таком порядке, который представляется наиболее естественным: эдипальный конфликт, шизоидный компромисс и регрессия, не считая это жесткой схемой[12].

[12] Оставшаяся часть этой главы является переработкой второго раздела работы 'Психодинамическая теория и проблема психотерапии', *Brit. J. med. Psychol.*, 36 (1963), pp. 167—173.

1. *Эдипальный конфликт.* Какой бы диагностический ярлык ни был навешен на пациента: истерия, невроз навязчивости, состояние тревоги, депрессия и т.д., первые несколько лет анализа, весьма вероятно, будут связаны с проработкой проблем ребенка, сражающегося за то, чтобы адаптироваться и сохранить себя в не оказывающей ему помощь семье, с расширением исследования до границ социального окружения. Таков, в широком смысле, «классический эдипальный анализ» защит и конфликтов по поводу амбивалентных объектных связей любви и ненависти, первоначально с родителями и сиблингами, а затем перенесенных в более широкие области жизни. По мере угасания симптомов будут проявляться лежащие в основе конфликты в области секса, агрессии и вины, и мы будем иметь дело с классической депрессией различной силы. Такой анализ может привести к заметным улучшениям, которые крайне желательны, однако иногда оставляют чувство, что все еще остается нечто, что следовало бы проработать. Такой анализ порождает ценные, но недостаточно полные результаты, так как он имеет дело скорее с защитами, чем с первичными причинами. Тем не менее, для пациента может оказаться вполне возможно обрести устойчивость в данной точке лечения, в особенности если его младенчество было хорошим, а расстройство возникло в более поздний период детства.

Так, двенадцать лет тому назад ко мне пришел мужчина, находящийся в очень сильной депрессии после смерти своего отца. Он сказал: «Я могу выделить время и деньги для ста сессий». Я посоветовал ему распределить их на два года, так как развитие требует времени. Вдобавок к его депрессии, он шел по проторенному пути в своей работе, и его бездетный брак вряд ли был счастливым. После ста сессий он чувствовал явное улучшение. Он поменял свою рутинную работу на более интересную, и его дела шли хорошо. Они с женой обсудили свою проблему

и усыновили ребенка. Недавно я услышал, что дела идут у него очень хорошо. Ранее я сказал ему, что полностью его проблему нельзя прояснить за сотню сессий, и он согласился с этим. Он сказал, что у него все еще время от времени бывают периоды плохого настроения, однако он понимает, чем они обусловлены, и может с ними справиться, а его работа и домашняя жизнь идут достаточно сносно. Усыновление оказалось успешным. Это ценный результат, хотя и неполный. На практике бóльшая часть лечения в краткосрочной терапии находится на этом уровне. В ранний период психоанализа казалось, что год адекватное время для лечения. Но хотя мы были бы рады добиться, чтобы проблемы оставались на этой стадии, это вряд ли возможно.

2. *Шизоидный компромисс.* Мы можем обнаружить, что пациент, вместо использования реальных улучшений, лишь проводит время за анализом и сохраняет улучшения, используя рациональный контроль, т.е. модифицированное обсессивное или шизоидное состояние. Даже если удается сохранить такое состояние, оно вполне может представлять «излечение» для практических целей. Однако может оказаться, что оно намного выходит за рамки шизоидного компромисса и представляет собой «наполовину — внутрь — наполовину — наружу» жизнь, в которой пациент не испытывает реального удовлетворения. Пациент не может обойтись без личных взаимоотношений, однако не может полностью в них погрузиться, или же он не может вынести, когда они становятся чрезмерно близкими и затягивающими. Он занимает позицию «посередине», которая, как он надеется, поможет ему продолжать отношения, не будучи в то же время затронутым ими. Если пациент *может* жить таким образом, неправильно копать глубже, ибо это может привести к столкновению с тем, что превышает пределы его выносливости. Тем не менее, нельзя га-

рантировать, что эта относительная стабильность будет прочной, и большинство пациентов, прекращая лечение, хотят быть уверенными, что снова смогут вступить в контакт с аналитиком, если это потребуется. Пациент может уйти и позднее столкнуться со стрессами, которые слишком тяжелы и вновь приводят его к распаду. Или он может завязнуть в анализе, не получая от этого реальной пользы, пытаясь сделать сам анализ своим компромиссным решением, получая достаточную поддержку от сессий, однако не изменяясь серьезным образом. Это может привести к разрыву; пациент чувствует себя фрустрированным, покидает аналитика негодуя и обнаруживает, что его негодование по поводу отсутствующего аналитика является вполне полезным, хотя и вряд ли конструктивным способом поддержания своего эго. Наконец, пациент может застрять в анализе и анализировать свои компромиссы, пока постепенно он не оставляет их позади. Обратится ли он к повторному анализу в связи с новым срывом или же будет упорно продолжать анализ, пока не будут достигнуты глубочайшие уровни, результат во многом будет тем же самым.

Способ, каким пытаются достичь шизоидного компромиссного решения и частые неудачи в этом, можно проиллюстрировать двумя случаями. Пациент-мужчина на шестом десятке лет жизни, который принял решение закончить длительный анализ и переехать в другой город, чтобы начать там жизнь заново, сказал: «Предел моих желаний сейчас в том, чтобы идти по жизни без волнений. Хотя эта цель в какой-то мере негативна, она не столь уж плоха; хоть она несет привкус растительной жизни, некоей пустоты. При таких обстоятельствах вы мало что чувствуете. Но такое состояние предпочтительнее плохого самочувствия. Это большое облегчение — не чувствовать себя напуганным, возбужденным. Однако в таком образе жизни есть чувство утраты чего-то». Последнее замечание подтверждало его понимание, что это

не финальный позитивный результат, а компромиссное решение, направленное на сохранение улучшений. В нем отсутствовало витальное чувство реальности. Однако лишь он знал, мог ли он вынести проработку более глубинных проблем и в конечном счете почувствовать улучшение. В действительности в течение многих лет вплоть до настоящего времени он сообщал об улучшении своего самочувствия после анализа.

Как хорошо обоснованное компромиссное решение может потерпеть крах, видно в случае женщины в конце пятого десятка лет жизни. Она целиком восстановила свое физическое здоровье после длительного анализа и в преклонном возрасте прошла университетский курс для получения профессиональной квалификации, стала независимой от своих родителей, приобрела собственную квартиру и автомашину и добилась значительного прогресса в каждой из этих сфер. Тот факт, что это желанное улучшение и независимость также включали в себя шизоидный компромисс, защищая ее от какого-либо реального вовлечения в личные отношения, стал очевиден, когда она внезапно впала в панику от перспективы замужества. Она сказала: «Я полагаю, что для меня лучше всего будет сохранить свою свободу и независимость, работу и деньги, квартиру и машину и не испытывать слишком глубокие чувства по поводу чего бы то ни было. Я не хочу испытывать любовь или ненависть. Если у меня появляются чувства, я становлюсь ребенком. Когда я скольжу по поверхности, без сильных чувств, я ощущаю себя более взрослой и тогда в некотором смысле больше наслаждаюсь жизнью, особенно когда веду машину. В действительности я ребенок и ничего не хочу делать; я хочу лишь придти домой к матери и отцу. Я рисую в воображении картину нашей семьи, живущей на необитаемом острове и никогда его не покидающей. Я в действительности не могу противостоять жизни. Я никогда не хотела работать; я хотела сидеть дома и зани-

маться хозяйством вместе с матерью. Но я знаю, что родители не могут жить вечно, и мне придется подумать о другом образе жизни. Возможно, я все-таки выйду замуж, хотя и не питая на этот счет никаких иллюзий, и каким-либо образом воспользуюсь замужеством». Связанные с браком требования, однако, делали для нее все более трудным сохранение шизоидного компромисса, и она была вынуждена решиться на более радикальное переживание своих базисных страхов вовлеченности в личное взаимоотношение, и в конечном счете была успешна в браке.

3. *Регрессия и повторный рост.* Проблемы этой стадии совершенно иные, скорее специфически шизоидные, нежели депрессивные. Здесь появляется контакт с преисполненным ужасом младенцем, убежавшим от жизни и прячущимся в своей внутренней цитадели: данной проблеме в ее различных аспектах посвящены главы с первой по девятую. Фэйрберн писал:

> «Такой индивид вовлечен в конфликт между крайним нежеланием отказаться от инфантильной зависимости и отчаянными попытками отказаться от нее; и испытываешь одновременно симпатию и жалость, наблюдая за тем, как пациент, подобно пугливой мыши, попеременно то высовывается из укрытия своей норы, чтобы сквозь маленькое отверстие поглядеть на мир внешних объектов, то со всех ног бежит к своему убежищу» (1952a, p. 39).

Два случая дают убедительную иллюстрацию этого. (1) Замужней пятидесятилетней женщине во время продолжительной истерической фазы приснился голодный, жадный, кричащий младенец, спрятанный под ее фартуком, символическая репрезентация активного орально садистического младенца, которого следует держать под кон-

тролем, так как он всем неприятен. Когда она проработала эту фазу, она стала заметно шизоидной, спокойной, закрытой, молчаливой, с трудом сохраняющей какой-либо интерес к жизни, начинающей каждую сессию словами: «Вы находитесь от меня за много миль». Затем у нее была фантазия о мертвом, или, иначе, спящем младенце, погребенном заживо в ее матке, и ей казалось, что внутри ее живота был некий сгусток, как если бы она была беременна.

(2) Вторым пациентом был мужчина, у которого сначала анализ был связан преимущественно с садомазохистским оральным материалом и сильными конфликтами по поводу сексуальных и агрессивных импульсов, которые он с большим трудом контролировал. Он достиг стадии, где его первоначальная обусловленная виной депрессия постепенно исчезла, и он смог вести успешную, хотя и обсессивную, тяжелую профессиональную работу. Затем тяжелые семейные проблемы вновь породили у него острый кризис. Когда он вернулся к лечению, он явно боролся против могущественного регрессивного стремления, чувствуя себя истощенным и питая фантазии о младенце, вновь помещенном в теплую и уютную матку.

Именно этот материал впервые навел меня на мысль о том, как это излагалось в предыдущих главах, что Фэйрберн называет *либидинальным эго*, соответствующим либидинальному аспекту фрейдовского «ид», зависимому нуждающемуся младенцу, которое само претерпевает дальнейшее и окончательное расщепление. Оно уже расщеплено и изолировано в личности посредством вытеснения фрейдовскими эго и суперэго или тем, что Фэйрберн называет центральным эго и антилибидинальным эго. Это равносильно внутреннему преследованию, на которое инфантильное эго продуцирует двойную реакцию «гнева и бегства», а также «страха и бегства». Это приводит к самому глубокому эго-расщеплению: на активное оральное эго и беспомощное регрессировавшее эго как финальную скрытую опасность. Психоанализ дал

первое описание «превратностей развития в эго» гнева и агрессивных, или противостоящих, импульсов перед лицом угрозы. Он не дал столь же полного описания «превратностей развития в эго» страха и бегства от жизни и подходящего концептуального описания регрессии. На практике в психиатрии к регрессии обычно относятся как к мелочи, на которой не стоит заострять внимание. Это слишком поверхностный взгляд. Регрессивные тенденции, в действительности, проистекают от той части целостной самости, которая испытала глубокий уход, *преимущественно* шизоидного эго, от скрытой самости в шизоидной цитадели. Эго пациента претерпело двухстадийный уход: вначале от преследующего внешнего мира плохих внешних объектов, а затем от преследующего внутреннего мира внутренних плохих объектов, и в особенности из-за преследований со стороны антилибидинального эго (ср. седьмую главу). При подходе к этой глубине мы наконец приближаемся к непробужденному потенциалу подлинной самости пациента.

Психотерапия может достигать ценных результатов, которые во многих случаях для практических целей могут оказаться достаточными; но она не будет радикальной, если не достигнет и не высвободит эту утраченную сердцевину самости, которая не только вытеснена, но и испытывает огромный страх перед повторным появлением на свет. На мой взгляд, хотя мы и подошли к пониманию разными путями, и наша терминология различна, именно об этом говорит Винникотт, когда описывает пациентку, завершившую успешный эдипальный анализ, а позднее пришедшую к нему за лечением, которое Винникотт называет «терапевтической регрессией, направленной на возрождение подлинной самости», необходимой потому, что «классический анализ оставил ядро ее болезни неизменным» (1958, p. 249). Это оправдывает наши собственные слова, что все, что было до сего времени от-

крыто психоанализом, лишь свидетельствует, насколько трудна радикальная психотерапия.

У нас остались две последние проблемы психотерапевтического исследования.

(1) Первая из них — это *сопротивление лечению*. Оно обусловлено не только бессознательной виной по поводу бессознательных деструктивных фантазий и импульсов, сексуальных или агрессивных, но также виной из-за слабости, страха унижения при раскрытии слабости, и самое глубинное — из-за подлинного страха коллапса внутри самости, которая слишком слаба и боится противостоять жизни. Инфантильную зависимость, которую Фэйрберн считал базисной причиной невроза, в современной культуре учат презирать и бояться в процессе взросления как подрывающую возможность исполнять свои взрослые обязанности. Пациент всегда в некоторой степени сопротивляется какой-либо реальной зависимости от терапевта, считая, что такая зависимость скорее отбросит его назад к наиболее слабой части его личности, нежели приведет к эмоциональной безопасности, делая его свободным для повторного роста. То, что Балинт (1952) называет «первичной пассивной любовью», является необходимым отправным пунктом для «нового начала», если базисное эго было слишком сильно повреждено в раннем детстве. Однако пациент часто проводит свою жизнь, сражаясь против этих чувств и испытывая в связи с ними сильно выраженное презрение и ненависть к себе. Именно потому, что истерик, по-видимому, не борется против таких чувств и легко их приемлет, он навлекает на себя так много нетерпимой критики. Это чувство более элементарно, чем моральное суперэго: не страх плохих импульсов, а страх слабости, хотя он также может включать в себя вину по поводу «паразитизма» за счет других людей. Один пациент сказал: «Я теряю всех своих друзей. Они не могут выносить те требования, которые я к ним предъявляю». Я думаю, что

антилибидинальное эго Фэйрберна сохраняет страх испуганного ребенка по поводу своей слабости, его отчаянную борьбу за преодоление этой слабости посредством самопринуждения и отрицания всех потребностей, в особенности пассивных, борьбу, основанную на идентификации с отвергающими лицами в реальной жизни. Таков «либидинальный катексис плохого объекта» (*Fairbairn*, 1952a, pp. 72 и сл.), порождающий сопротивление хорошим терапевтическим взаимоотношениям с аналитиком, в которых могла бы возникнуть контролируемая конструктивная регрессия до той степени, какая необходима, чтобы сделать повторное развитие возможным. «Сопротивление» исследовалось в седьмой главе, но вызванные им осложнения требуют намного большей работы по их преодолению.

(2) Если, наконец, пациент сможет испытать и принять терапевтически контролируемую регрессию, возникает вторая и еще более трудная проблема. Он будет испытывать ужасные состояния отчаяния, полной внутренней отрезанности и безнадежности какого-либо возрождения. В течение длительного времени пациент осциллирует между регрессией и сопротивлением. Анализ эдипальных конфликтов представляется сравнительно простым по сравнению со сложными инфантильными шизоидными страхами и тревогой преследования, которые первоначально мешали росту сильного базисного эго, а теперь не дают дорогу повторному возрождению утраченной сердцевины самости. Одна пациентка сообщила, что однажды, когда она сидела в автобусе, она внезапно испытала странное, чисто ментальное переживание. «Я почувствовала, что я пустое место, ни тело, ни душа или дух. Я почувствовала, что я, реальное “Я”, это сплошная пустота». Здесь мы видим открытие пациенткой базисной потребности в нахождении своей реальной самости.

Данная проблема обусловлена не только существованием страхов преследования, но также сохранением состояния неразвитого, слабого инфантильного эго; по-

рочного круга, в котором страхи блокируют развитие эго, а слабое эго чрезмерно подвержено страхам. Психотерапия некоторым образом должна обеспечить новую безопасность, в которой может начаться новый рост. Как много страхов может быть у пациента, видно из письма женщины-пациентки, в конце пятого десятка лет жизни, о которой упоминалось на стр. 420 и сл.

> «Меня пожирает страх. Я всегда ужасно боялась и до сих пор страшусь чего угодно и кого угодно. Страшусь что-либо делать, слишком испугана, чтобы просто жить. Всю свою жизнь я убегала и пыталась спрятаться. Как раз это я и делаю на своей работе и у себя дома. Я хочу спрятаться, и чтобы меня не тревожил внешний мир и другие люди. Я хочу заснуть, и чтобы мир проходил мимо меня. Однако во мне есть и другая сторона, которая страстно желает *жить* и хочет быть в состоянии действовать и жить интересной жизнью, свободной от *страха*. Но это такая изматывающая борьба — всегда бороться со *страхами*. Перспектива замужества выдвинула эти страхи на передний план. Я отчаянно хочу любить и в то же самое время боюсь принять любовь или даже в нее поверить. Я пыталась заставить себя приспосабливаться к жизни в одиночку, но я отчаянно нуждаюсь в помощи».

Представляется, что те реальные достижения развития ее «эго повседневной жизни», которые были получены в результате ортодоксального анализа в начале лечения, позволили ей смотреть в лицо регрессировавшему младенцу в себе. Но до тех пор, пока этот младенец не вырастет, никакая терапия не может быть завершенной. Безопасно ли и возможно ли заходить столь глубоко в лечении каждого пациента?

В данном месте возникают три практические проблемы: (1) Нас могут спросить, позволит ли нам увеличение знания о регрессировавшем инфантильном эго в шизоидной цитадели быстрее его обнаруживать и таким образом сокращать все удлиняющийся процесс психоаналитического лечения? Я не думаю, что это практически осуществимо полностью. Преждевременная интерпретация существования наиболее ушедшей части сложного эго не приведет к какому-либо результату, так же как преждевременная интерпретация какой-либо другой проблемы. Пациент либо не поймет такую интерпретацию, либо же воспримет ее смысл только разумом. Если пациент приблизился к эмоциональному проявлению этого базисного ухода, прежде чем он сможет это вынести, интерпретация этого ухода лишь усилит его защиты. Нет какого-либо короткого пути. Сильнейшие защиты пациента постоянно мобилизуются для того, чтобы скрывать его регрессировавшее эго и его пассивные потребности, ибо когда они начинают проявляться, он полагает, что действительно «распадается на части». Все эдипальные и компромиссные позиции, вовлеченные в его систему защиты, должны терпеливо прорабатываться, и в ходе этого процесса пациент начинает чувствовать себя достаточно сильным и достаточно хорошо понимаемым и поддерживаемым, для того чтобы столкнуться лицом к лицу с включением переполненного страхом младенца в лечение.

(2) Хоть мы и согласны с тем, что шизоидная проблема является основной, необходимо избежать ловушки, что ничто иное не имеет значения. Если мы пытаемся прямо добраться до этого стержня всех проблем, то лишь подгоняем состояние пациента под нашу теорию и блокируем его развитие, пытаясь заниматься решением проблем не в ходе их естественного развертывания, и в результате не узнаем ничего нового. Это приводит нас к преждевременной попытке свести все проблемы психотерапии к одной, во многом точно так же, как это сделал Ранк

(1929), которому казалось, что он может сразу подойти к «травме рождения» и быстро все прояснить. Это было бы иллюзией. Пациент будет регулировать, как быстро может продвигаться анализ, тем, что и в каком объеме он может выдержать в ходе анализа. Можно иметь дело лишь с тем, что пациент продуцирует, и давать возможность следующей фазе развиваться из этого. Можно лишь тщательно следить за любыми признаками ухода, проявляемыми пациентом, и заботиться о том, чтобы не задерживать анализ, воспринимая конфликты по поводу секса и агрессии как конечные, когда пациент готов углубиться за их пределы. Мы не можем себе позволить концентрировать внимание исключительно на чем-то одном, будь это эдипальная проблема, депрессивная проблема или шизоидный уход и регрессия. Мы можем лишь признавать, что психоаналитическое исследование открывало эти проблемы именно в таком порядке, по мере все более глубокого проникновения. Мы должны использовать все концепции, которые релевантны проявлениям пациента, и принимать то «новое», что он открывает в себе. Психодинамическая теория не подходит к финалу. Когда пациенты начинают с продуцирования шизоидных и регрессивных реакций, они более тяжело больны, и в таких случаях сложность таких реакций огромна, и нам еще слишком мало известно о первичном развитии эго. Поэтому мы не должны превращать теорию в догму, а можем использовать ее в качестве указателя.

(3) Третий вопрос, который может быть здесь поставлен, заключается в том, что регрессировавший шизоидный пациент *хочет*, чтобы к нему относились как к ребенку, а аналитик считает, что пациенту не следует потакать в этом. Это является грубым упрощением. Даже когда истерическая драматизация болезни очевидна, внутри пациента скрывается младенец, подорванное базисное эго, которое *нуждается* в том, чтобы его принимали таким, каков он есть, чтобы ему помогли в той степени «терапевтической

регрессии», которая окажется необходимой. Но в пациенте также наличествует антилибидинальное эго, которое ненавидит этого внутреннего младенца. Если пациент чувствует, что терапевт защищается от его глубочайших потребностей, это может принудить пациента выдвинуть эти потребности на передний план и стать требовательным и манипулятивным по отношению к аналитику (родителю), который отвергает его базисным образом. Если же, однако, он медленно осознает, что аналитик будет принимать и помогать ребенку внутри него, то в таких взаимоотношениях его антилибидинальные защиты могут быть открыто выражены, и пациент сопротивляется лечению, чтобы *не* зависеть от помощи аналитика. Анализ этой ситуации приводит к намного большему реальному прогрессу в движении к безопасной, спокойной, не охваченной тревогой и спонтанно любящей личности. Требовательный пациент, подобно требовательному ребенку, шумно требует любви, в которой, как он считает, ему отказывают. Сопротивляющийся пациент страшится принять любовь, которая, как он подозревает, окажется удушающей. В любом случае вполне вероятно, что пациент будет точно чувствовать базисное отношение аналитика, скрывающееся за его поведением. Вероятно, пациент с наиболее глубокими шизоидными проблемами — это пациент наиболее зависимый, в длительной перспективе, от степени реальной зрелости терапевта для достижения успешного результата. Мы нуждаемся в б`ольшем знании о повторном росте глубоко ушедшего инфантильного эго, спрятанного в глубинах бессознательного, и о том, какая связь с аналитиком требуется пациенту, чтобы сделать это возможным. Один пациент просто сказал: «Если я могу чувствовать, что меня любят, я уверен, что буду расти. Могу ли я быть уверен в том, что вы искренне заботитесь о ребенке во мне?» — утверждение, которое делает ясным, что в конечном итоге пациент ищет родительского руководства, достаточно надежного, чтобы аннулировать результаты ранней неудачи роста.

XI. ШИЗОИДНЫЙ КОМПРОМИСС И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ТУПИК

Шизоидный поиск компромисса в человеческих взаимоотношениях был описан во второй главе, на страницах 80-91, в некоторых наиболее общих проявлениях в повседневной жизни. В десятой главе шизоидный компромисс был рассмотрен с совершенно иной точки зрения как стадии или периодически повторяющейся фазы в психотерапии. Это поднимает так много вопросов о нюансах его проявления, что здесь необходимо рассмотреть эту проблему[13].

Шизоидный компромисс

На первый взгляд, каждый пациент хочет быстро излечиться от невроза, чтобы жить свободным от его оков. Безотносительно к тому, какие «сопротивления», препятствующие излечению, воздвигает пациент, вольно или невольно, несомненно, что его «эго реальности» действительно хочет покончить с болезнью как таковой и как можно скорее. Длительная психотерапия является для пациента тяжелым испытанием. Он чувствует, что его прогресс идет слишком медленно или незначителен и что может пройти вся жизнь, прежде чем он станет способен проживать ее «правильно». Возможно, лучшее понимание вовлеченных в психотерапию проблем сократит время лечения, хотя по своей природе процесс исцеления, который является *процессом* повторного роста, касается ли он психической самости или тела,

---

[13] Нижеследующее является переработанной версией статьи под вышеназванным заглавием в *Brit. J. med. Psychol.*, *35* (1962), pp. 273—287.

не может быть искусственным образом ускорен, как бы сильно нам этого ни хотелось. Все, что мы можем, так это установить связь, в которой пациент может начать чувствовать себя в безопасности, и предоставить «природе» вести свою работу оздоровления с присущей ей скоростью. Временной фактор в психотерапии никогда не бывает во власти терапевта, и намного легче для всех заинтересованных сторон препятствовать лечению и затягивать его, чем сокращать его сроки.

Пациентом обычно не осознается, ни в начале лечения, ни спустя продолжительное время, что он сам играет главную роль в воспрепятствовании излечению, что он делает это по большей части неосознанно и что это неизбежно, потому что такое его поведение обусловлено такого рода заболеванием. У меня был один пациент, который в начале нашей работы сказал: «Я очень боюсь, что в конечном счете разрушу лечение». У большей части пациентов не наблюдается столь глубокого инсайта. Такое положение дел часто порождает критику в адрес психоанализа, что это бесконечный процесс. Психоаналитический исследователь может интерпретировать лишь те текущие клинические данные, с которыми он сталкивается. Это определенно не быстрый и не легкий способ создания зрелой и стабильной взрослой личности из наследия подорванного детства. Это всегда вопрос о том, как глубоко может продвинуться пациент, как сильно он этого желает или каковы его шансы углубиться в исследование своих проблем. Кроме того, пациент, сколь бы сильно он ни был болен, все же является «человеком как таковым». Он болен, потому что к нему не относились должным образом в его детские годы. Он ощущает острую необходимость *защищать* собственную независимость и свободу самоопределения как личности; и ощущает все это тем острее, чем менее, глубоко внутри, он чувствует себя личностью. В некотором смысле он хочет избавиться от болезни, не изменяя знакомую ему само-

идентичность, даже когда он в той или иной мере осознает, что заболевание лишает его подлинной свободы. И все же он не может позволить, чтобы что-либо было ему навязано, даже если это предположительно делается ради его блага. Так как он чувствует угрозу самой сути своей самости, он начинает обороняться от того самого человека, чьей помощи он ищет. Корень всех этих трудностей в том, что для отчужденной шизоидной личности осуществление подлинной связи с каким-либо другим человеком, включая терапевта, временами кажется почти невозможным. В той степени, в какой пациент является шизоидом, он боится людей так же сильно, как и нуждается в них. Такова дилемма, в которой он не может избежать поиска компромиссных решений до тех пор, пока не уменьшатся его страхи, что позволит ему удовлетворять свои потребности. На всем протяжении своего лечения он будет метаться между страхами — изоляции и эмоциональной близости.

Пациент на пятом десятке лет жизни, имеющий семью, который страдал от очень тяжелых тревог по поводу любой разновидности семейной сепарации, говорит следующее: «Я мучаюсь от глубоких страхов, если я не контролирую все наши отношения в связи с сепарацией. Если моя жена поздно возвращается домой или я не знаю, когда она вернется, то я впадаю в панику. Я чувствую, что контролирую ситуацию, если могу быть уверен, что она вернется в установленное время, или если я могу уйти и вернуться, и знаю, что она будет дома. Я не против ее ухода из дома, если я знаю, где она находится, и могу туда добраться, но тогда мне и не хочется идти за ней. Я даже испытываю облегчение, когда нахожусь в одиночестве, до тех пор, когда могу собрать их всех вместе тогда, когда захочу. Но я ненавижу, страшусь и испытываю отвращение к этой зависимой слабой части себя, и это заставляет меня ненавидеть тех, от кого я зависиу». Таким образом, становится важной абсолютная

гарантия того, что тебя никогда не покинут и не оставят одного; однако она также несет с собой страх перед слабостью, обусловленной чрезмерной зависимостью от лица, в котором нуждаешься, страх того, что тебя предательски затягивают в отношения подчинения своему защитнику, в которых собственная индивидуальность будет задушена. В *Ванессе* Хью Вэлноула героиня произносит следующие слова:

> «Мы влияем друг на друга. Жить с другим — значит денно и нощно бороться за собственную целостность. Мне кажется, что, если вы кого-то достаточно сильно любите, вы теряете собственную целостность и считаете, что другой намного лучше вас. Но если вы не любите?..»

Шизоидному человеку такой риск вселяет чрезмерный страх. Этот пациент был вынужден постоянно видеть жену поблизости, однако таким образом, чтобы он мог по собственному желанию как покидать ее, так и возвращаться к ней. Такая разновидность связи, «то внутрь, то наружу программа», описанная во второй главе, типична не только для шизоидных лиц, однако для последних она практически неизбежна. Это единственный способ, каким они могут сохранять жизнеспособный компромисс между, в равной степени, интенсивными *потребностями* и *страхами* личных взаимоотношений. Естественно, у данного пациента в отношениях со мной возникла точно такая же проблема, и это главный «тормозящий момент» в психотерапии. Пациент может испытывать крайне сильную тревогу при мысли, что он вынужден ко мне приходить, однако когда он все же приходит, ему крайне сложно откровенно раскрыть свою «слабую и зависимую самость», наследие своего небезопасного детства. Быть целиком «вне» или целиком «внутри» означало бы погружение в эмоциональный шторм. Он часто приходит

к компромиссу между этими тенденциями и обсуждает вещи рационально, присутствуя физически и интеллектуально, но отсутствуя эмоционально. У меня однажды был пациент, который имел обыкновение говорить: «У меня есть часть, которую я никогда не приношу сюда».

Шизоидные пациенты страдают от того, что Лэнг (1960) называл «онтологической небезопасностью», используя терминологию экзистенциальной философии. Эта философия рассматривает человеческое существование как укорененное в тревоге и небезопасности, и, как можно судить на основании признаков шизоидной ментальной отстраненности и отчужденности в трудах Хайдеггера и Сартра, эта философия является интеллектуальной концептуализацией фундаментального шизоидного состояния практически всех людей, хотя и в различной степени. Я говорил о шизоидных пациентах, но какие пациенты не являются в своей основе до некоторой степени шизоидными? Как отмечал Фэйрберн, шизоидные проблемы намного более распространены в клинической практике, чем классическая депрессия, и, когда пациенты говорят, что они находятся в депрессии, они обычно имеют в виду не перегруженность виной, а чувство апатии, ослабления жизнеспособности, а также чувство тщетности жизни. «Онтологическая небезопасность» означает небезопасность как для бытия индивида, так и для его существования как личности, небезопасность его эго-идентичности, чувство базисной неадекватности, мешающее совладанию с жизнью и неспособность воспринимать себя в каком-либо смысле как равного во взаимоотношениях с другими людьми. Поэтому она влечет за собой неотложные потребности в поддержке и в то же самое время огромный страх тесной связи, которая воспринимается как угроза собственной индивидуальности. Шизоидная личность, в той степени, в какой она является шизоидной, колеблется между *двумя противоположными страхами: страхом изоляции*

в независимости с утратой собственного эго в вакууме переживания и страхом порабощения, лишения свободы или растворения своей личности в личности того человека, к которому пациент устремляется за помощью. Один пациент сказал мне: «Я знаю, что все мои активные чувства по отношению к вам являются лишь защитой против желания быть в безопасности внутри вас». Фэйрберн однажды сказал мне в беседе: «Тот человек, к которому сломя голову бегут, оказывается тем же человеком, от которого затем сломя голову убегают». Такова шизоидная дилемма: одинаковая неспособность как быть вместе, так и обходиться без защитника, в котором испытывают нужду, без родительской фигуры, которую должен иметь внутри ребенок, но которую не может терпеть или принимать борющаяся взрослая сознательная самость. Это представляет величайшее препятствие для психотерапии.

Такое положение дел поразительным образом иллюстрируется случаем женщины-пациентки, которая внешне казалась добродушным человеком, не делающим никакого секрета из своей нервозности, робости и страха нахождения в одиночестве и потребности в постоянной поддержке. Тем не менее, тихо и скрытно она упорствовала в своем стремлении продолжать свою жизнь без какой-либо помощи и ей было трудно реально доверять мне и полагаться на меня. Она хотела этого, но «это не происходило». Она неоднократно жаловалась, что чувствует, как во время сессии от меня исходит поддержка, но ей приходится жить, когда меня нет рядом, так что в действительности я не могу ей быть полезен. Она знала, что всегда может мне позвонить, когда впадает в панику, но по большей части вместо этого прибегала к использованию лекарственных средств. Потребовалось очень длительное время, прежде чем она признала, что проблема заключается не в том, что я не присутствую физически, когда она работает или находится дома, а в

том, что в тот самый момент, когда она выходит из моей приемной, она ментально отвергает меня: «Теперь мне придется обходиться без помощи и делать все самой». Затем она впадает в панику изоляции, в отчаянии ведет со мной, у себя в голове, длинные беседы, и, однако, когда приходит на следующую сессию, ни о чем не говорит. Часто сессия начиналась с того, что она была просто не в состоянии сесть. Она стояла, не двигаясь и ничего не говоря, отчужденная и некоммуникабельная. Как это обычно происходит с такими пациентами, как только сессия должна была вот-вот закончиться, она вдруг испытывала желание столь многое рассказать, что не успевала обо всем поговорить до конца сессии. Но даже тогда это был монолог, в котором мне не удавалось вступить в контакт. Такое постоянное колебание между «близостью и отдаленностью», зависимостью и независимостью, доверием и недоверием, *принятием и сопротивлением лечению, потребностью в дающих безопасность взаимоотношениях и страхом любых взаимоотношений как угрозе собственному отдельному существованию* проявляет себя в тысячах возможных форм на всем протяжении процесса психотерапии. *Когда пациент сможет установить устойчивый компромисс между этими двумя крайностями, результатом будет «заблокированный анализ» и терапевтический тупик.*

Это иллюстрируется двумя сновидениями вышеназванной пациентки:

> «Я обедала наедине с моим другом, как внезапно входит моя сестра со всей своей семьей, и все они начинают есть. На столе было не так много пищи, и никто не заметил, что я осталась без еды».

Ей не приходило в голову, что она сама создала сновидение с таким сюжетом, ожидая такого рода событий. В сновидении открыто проявляется ее желание быть на-

едине во время уютного *свидания* с другом. Было необходимо разрушить это желание, однако не таким образом, чтобы навсегда его заблокировать. Она все еще приходила на сессии, хотя и не была очень глубоко вовлечена в то, что на них происходило. Таково было ее базисное отношение к сессиям. Ей также приснилось, что она пришла ко мне и нашла меня занятым с другими пациентами. Это сновидение повторялось несколько раз, и она выражала ревность к другим пациентам, говоря, что мне следовало бы работать лишь с ней одной. Эти жалобы исчезли, лишь когда я указал на то, что явно выраженная ревность маскирует ее страх каких-либо реальных отношений, а в действительности наличие у меня других пациентов действует на нее успокоительно. Они были как другие члены ее семьи, которых она включила в свое первое сновидение, чтобы подорвать ситуацию личных взаимоотношений и оставить свободу сохранять свою «наполовину внутрь, наполовину вовне» позицию. Она хотела целиком обладать неким человеком, однако скрыто радовалась появлению соперничающих притязаний на внимание данного лица, чтобы не быть проглоченной в данных отношениях.

Формы шизоидного компромисса как защиты против психотерапии

Прежде чем мы попытаемся раскрыть все тщательно скрываемые формы шизоидного компромисса, короткое резюме в общих чертах описанной теоретической позиции введет нас в эту тему. Между прочим, теоретический тупик, превращение теории в ортодоксальность, которая не допускает свежих подходов, тоже своего рода шизоидный компромисс, защита от новой правды, которая привела бы нас ближе к реальной жизни. Мы кратко проследили сдвиг центра психодинамической теории с контроля над импульсами к фундаментальным пробле-

мам роста эго и деформации этого роста, вовлекающего в себя структурное расщепление эго. Важно, что Фрейд в своей последней незаконченной книге «*Очерк о психоанализе*» (1940) внезапно замолкает на незавершенной третьей части на темах «расщепления эго» и «внутреннего мира». Джеймс Стрейчи говорит в своем предисловии, что Фрейд прервал описание на этом месте и не возвращался более к этой теме, обратившись к другой части своей работы, также незавершенной. Может ли так быть, что Фрейд знал, что он поднял жизненно важную проблему для будущих теоретических преобразований, но что еще нет клинических данных для ее решения? Теперь возможно видеть, что с какой бы клинической проблемой мы ни столкнулись, если анализу суждено заходить достаточно далеко, обнаруживается выход за пределы более доступных для анализа конфликтов сексуальных и агрессивных влечений к более глубоким конфликтам в связи с первичными страхами и бегством от жизни слабого и неразвитого инфантильного эго, скрытого глубоко в бессознательном. Здесь мы рассмотрим некоторые затруднения, которые стоят на пути психотерапевтического лечения, когда оно сталкивается с шизоидным фактором в личности. Другими словами, какой свет бросает шизоидный процесс на «сопротивление».

Фрейд сделал ясным, что *каждый* пациент *сопротивляется* лечению, безотносительно к тому, насколько сильно он хочет излечения, и что сопротивление может быть таким серьезным, что приводит к «блокированию анализа». Мы видели, что это нельзя всецело объяснить бессознательной виной по поводу секса и агрессии. Вина также ощущается по поводу слабости и страха и все более и более принимает форму не моральной вины, а презрения и ненависти к той части своей личности, которая, по мысли пациента, «его подводит». Поразительным примером этого является следующий комментарий мужчины-пациента: «Я играю в игру “кошки-мышки” с самим

собой: "Почему ты не можешь перестать быть мышкой?" Затем я все переворачиваю и говорю: "Почему вы не можете оставить меня одного?" Конечно, очень хорошо приходить сюда, однако в глубине души я не хочу, чтобы мне становилось лучше, или лишь часть меня хочет этого». Я высказал предположение, что эта игра в «кошки-мышки» с собой конкурировала с психотерапией, была борьбой за решение проблемы. Он был котом для себя, для того чтобы доказать, что он никто иной, как мышь. Он ответил: «Это похоже на то, чтобы засунуть голову в газовую печь, чтобы увидеть свое имя напечатанным в газетах. Делать что-то очень глупое, чтобы громко заявить о себе. Я уже много лет занимаюсь анализом и буду продолжать это всю жизнь. Я не хочу быть одним из тех, кого можно излечить за полгода. Человек должен чем-то выделяться». Описанная Фэйрберном «внутренняя закрытая система, которая не впускает аналитика», является борьбой за преодоление хронических инфантильных потребностей в зависимости путем внутреннего насилия, а также за то, чтобы заставить обращенную к внешнему миру самость максимально не зависеть от других людей. Здесь шизоидный конфликт между потребностями в человеческих отношениях и страхом перед ними обращается в поиск пациентом лечения, которое он затем не может целиком принять. Он будет болеть и страдать от напастей невроза, не понимая того, что он не может принять собственную предполагаемую слабость, принимая помощь терапевта. Однако на самом деле он слаб, потому что получил серьезные нарушения в младенчестве и детстве, и он постоянно страстно желает найти хорошую родительскую фигуру, с которой мог бы начать заново. Таким образом, *он не может полностью ни принять, ни отвергнуть терапевта, и многие трудности в лечении вытекают из его интенсивной потребности в установлении и сохранении какого-то компромисса.*

(1) Сам заблокированный анализ в качестве компромисса

Сущность шизоидного компромисса состоит в таком способе взаимоотношений, что они не вовлекают в себя полный эмоциональный отклик. Этого результата легко достичь в психоаналитическом лечении. Пациент продолжает приходить, но у него не происходит никакого реального прогресса. Он проявляет повторяющиеся настроения беспокойства, жалуется на чувство «застревания», говорит: «Мы ни к чему не приходим в нашей работе», — и носится с мыслью о прекращении лечения. Однако он не прекращает лечение. Он продолжает приходить, не открывая каких-либо реальных эмоциональных тем для обсуждения в анализе. Некоторые пациенты готовы бесконечно продолжать анализ, получая некоторую помощь от сессий, но не претерпевая никакого реального развития личности. Я считаю подобный продолжительный терапевтический тупик такого рода очень важным признаком тяжести тревог глубочайшего уровня, с которыми пациенту придется столкнуться лицом к лицу, если он осмелится на дальнейшее продвижение. Он не прерывает лечение, ибо в таком случае у него возникают серьезные тревоги, и он также не готов «отпустить вожжи» и погрузиться в подлинный анализ, ибо и в этом случае появляются такие же серьезные тревоги.

Подобная ситуация была характерна для женщины-пациентки, чье сновидение о приближении к громадной стене приведено на 177-й странице. Такое ее поведение просто преграждало продвижение вперед и подразумевало, что внутри нее было что-то, полностью «отрезанное», с чем она не могла столкнуться лицом к лицу. Я высказал предположение, что она говорит об этом, когда утверждает, что нет никакого прогресса в ее лечении. Она была в тупике. То, что она прояснила для себя такое положение дел, спасло ее от утомительного забло-

кированного анализа, однако само по себе не давало ей возможности продвигаться вперед. Увидев свою неспособность продвигаться вперед, она прекращала лечение. Вместо бесплодного монотонного анализа, она на некоторое время прерывала анализ, а затем возвращалась обратно. По поводу этого сновидения она сказала: «Я должна идти вперед, если вы можете это выдержать», и я ответил: «Я смогу это выдержать, если вы сможете». Однако каждый раз, когда должно было произойти нечто важное, она начинала спорить, критиковать, затевать ссору и внезапно прекращала лечение. Затем она впадала в депрессию и спустя несколько месяцев писала мне, прося о возвращении на лечение. Это повторялось несколько раз, пока наконец она не поняла, что не может выносить саму мысль о получении поддержки от другого человека (что происходит в реальных терапевтических взаимоотношениях), ибо при возобновлении анализа в последний раз она рассказала на первой сессии следующее сновидение:

> «Я вошла в трамвайный вагон и зашла прямо в кабину водителя, я отодвинула водителя в сторону и сама начала вести трамвай».

Я сказал ей, что трамвай — лечение, а я водитель, и что она воспринимает ситуацию так, будто она находится в моей власти, как ранее была во власти отца; а этого она не может вынести. Лишь если бы она взяла на себя полную ответственность за анализ и стала вести его сама, она смогла бы продолжать анализ: но в таком случае это не было бы лечением, это было бы просто нападками на меня как на представителя отца, что ничего не изменило бы на самом деле. Она не пришла в следующий раз и закончила свой анализ. Однако в конечном счете она хотела сохранить этот заблокированный анализ, ибо на самом деле не хотела от меня отказываться. Много

времени спустя она прислала мне экземпляр одной из моих книг, на всех полях которой пестрели крайне критические комментарии. Она все еще продолжала свои нападки на меня и на психоанализ в своей голове вместо того, чтобы высказывать их на сессиях. Она все еще «поддерживала свое существование», продолжая теперь интернализованную борьбу за власть с аналитиком *in loco parentis*, которая никогда не приносила каких-либо конструктивных результатов, а лишь содействовала сохранению ее половинчатых, «то внутрь, то наружу» взаимоотношений.

Заблокированный анализ рано или поздно разваливается. Пока он не распался, есть шанс проанализировать те формы компромисса, которые выдвигает пациент, что способствует некоторому прогрессу. Однако по поводу этого нет какой-либо уверенности. Пациент-мужчина, также описываемый на 176-й странице как имеющий фантазию о стене вокруг, внутри которой была заперта сердцевина его личности и ее проблемы, упорно продолжал длительный анализ. Стало ясно, во всяком случае на интеллектуальном уровне, что за стеной скрывалось самость его раннего детства, которая, как он чувствовал, была «жалким маленьким червяком», запуганной психотическим отцом и изголодавшейся по подлинной любви, не получаемой от матери-диктатора. Единственными эмоциональными признаками ее присутствия глубоко внутри было возникающее время от времени ощущение, что для него было бы полезно хорошо поплакать, и внезапные приступы истощения, когда он приходил домой, ложился в постель и, поспав, избавлялся от усталости. В целом он был организованным, обсессивным упорным работником, к нему хорошо относились и его уважали работодатели, по отношению к которым он был честным и преданным. Он не мог заставить себя вступить в какие-либо более тесные человеческие взаимоотношения, хотя всегда хотел жениться. После фантазии о «круговой

стене» он имел обыкновение говорить: «Я не могу позволить, чтобы на этой сессии произошло нечто, что меня расстроит. У меня завтра важная деловая встреча, — и постоянно комментировал: — Что-то в том, как я себя веду, препятствует анализу. Хотел бы я знать, что же это такое». Такое его поведение анализировалось со многих точек зрения, которые все были уместны, но ему так и не удалось отказаться от своей срывающей анализ реакции. Затем однажды он не пришел на сессию, и позже я узнал, что он умер от коронарного тромбоза. Это показывает меру тяжести внутреннего напряжения, которое он запер внутри себя. Если бы у него развилось полное регрессивное заболевание (скажем, воспаление легких) в достаточно ранний период жизни, он, несомненно, мог бы избежать тромбоза и решить свои психические проблемы. Но нелегко добиться принятия и понимания важности регрессивного заболевания: к тому же ему надо было вести свой бизнес. Упорное и решительное продолжение им блокированного анализа было шизоидным компромиссом, и поддержка этого компромисса была единственной помощью, которую он мог принять.

Такой случай делает ясным, что *сопротивление* — это не просто перверсивность, или негативный перенос, или моральная вина, а защита самого существования пациента как личности внутри тех границ, которые возможны для него. Такое сопротивление и заблокированный анализ в той мере, в какой они успешны, могут казаться предпочтительнее, с практической точки зрения, выявлению опустошающих конфликтов для «финального» их разрешения.

Я убежден в справедливости этой точки зрения, наблюдая тяжесть борьбы за возрождение глубоко спрятанного шизоидного эго у многих пациентов, которые оказались в состоянии выйти за пределы защиты компромиссного решения. С одной точки зрения, шизоидный компромисс является борьбой за сохранение стабиль-

ности, а с другой — сопротивлением против дальнейшей психотерапии, раскрывающей тягостные внутренние проблемы для получения шанса на их разрешение. Такая стабильность позволяет избежать более радикальных шагов, однако мы не должны легкомысленно решать, нужно ли пациенту, или даже в состоянии ли он, раскрыть себя для радикального «лечения». Это частично зависит от того, получает ли он то понимание, в котором нуждается, от своего окружения, и то поддерживающее отношение, в котором он нуждается, от своего терапевта, однако в конечном счете это зависит от тяжести его проблем. Согласно моему впечатлению, если пациент может встретиться лицом к лицу со своими проблемами, он это сделает, а если он не в состоянии этого вынести, то никакой объем анализа не заставит его это сделать.

(2) Техники компромисса в «управлении» пациентом ходом анализа

Эти проблемы намного проще, их довольно легко узнать, и они не должны нас задерживать длительное время. Они часто принимают форму попытки перевести анализ в интеллектуальное обсуждение. Один пациент утверждал, что он смотрит на анализ как на «ценный курс по психологии». Другие будут выносить на обсуждение свои размышления по поводу религии, или морали, или человеческих взаимоотношений в обществе, или свои сомнения по поводу психоанализа. Мне не кажется, что такой материал должен с порога отвергаться как защитный маневр. Вполне может быть, что пациент считает, что его интеллект — это единственная часть его личности, которая может функционировать, и если он потеряет возможность использовать свой интеллект на сессиях, он вполне может почувствовать себя «кастрированным» или же низведенным в ничто, деперсонализированным. Это тем более вероятно, если его ранние

попытки сформировать собственные взгляды высмеивались дома. Взрослой самости требуется в анализе поддержка и понимание, как и детской самости, ибо взрослая самость должна выдерживать напряжение, связанное с тем, что она носит в себе ребенка. По этой причине при работе с пациентами, работающими в медицинских, психологических или социальных сферах, я всегда обсуждал некоторые из их собственных «случаев» на сессии, ибо в действительности такое обсуждение всегда приводило к их собственным проблемам. Это идет на пару с желанием пациента-родителя время от времени обсуждать проблемы своих детей, ибо их проблемы являются также его собственными. Врач может быть излишним пуристом в этом вопросе. Пациент, вполне вероятно, искренне нуждается в помощи и действительно считает, что аналитик как человек способен оказать ему эту помощь. Это тем более важно, когда он впоследствии говорит: «Я никогда не мог обсуждать что-либо откровенно со своими родителями». Лучше всего предпринять такое обсуждение и использовать его для того, чтобы помочь пациенту увидеть, где его затруднения в общении с другими людьми обусловлены его собственными проблемами. Тогда подобный разговор может вновь привести в русло должного анализа. Лишь когда подобного рода обсуждение предлагается чрезмерно настойчиво, оно может быть подвергнуто сомнению как шизоидный компромисс, как попытка сохранить внутреннюю самость отчужденной во взаимоотношениях с терапевтом.

Один пациент-мужчина использовал как защиту против анализа длительные рассказы о бесконечных сновидениях, безостановочно описывая их одно за другим на каждой сессии. Это было серьезным навязчивым побуждением, и никакие утверждения, что эти сновидения — пустая трата времени, так как он никогда не использует их каким-либо образом, не производили на него впечатления. Наполняя сессии сновидениями, он пытался

помешать мне сказать что-либо, что могло бы пробудить его тревожность. Когда, наконец, он все же давал согласие на то, чтобы рассмотреть сновидение, прежде чем поспешно переходить к следующему, он начинал рационально анализировать смысл сновидения (он мог это делать, будучи сведущим в символизме) или же, еще, задавал мне вопросы, что, по моему мнению, означало то или это. Я посчитал нецелесообразным не откликаться на эти разговоры и тщательно выбирал моменты, которые комментировал, чтобы помочь пациенту осознать его более глубокие тревоги. Постепенно он стал в состоянии отказаться от этого компромиссного «анализа без анализа», а затем начал «чувствовать», насколько сильно его очень шизоидная личность находится вне реального контакта с окружением. Тема одиночества заняла место сновидений.

Здесь стоит подчеркнуть, что *сновидение является, как отмечал Фэйрберн, шизоидной манифестацией; оно само может стать шизоидным компромиссом и часто пытается «соперничать» с психотерапией.* Вот почему оно, говоря словами Фрейда, — царский путь к бессознательному, но такой путь, на который пациент не всегда позволяет вступить аналитику. Встречаются пациенты, которые время от времени говорят: «Я не собираюсь рассказывать вам свое сновидение. Вы его лишь испортите», — или которые начинают рассказывать сновидение и внезапно по ходу рассказа полностью забывают его содержание. Одному пациенту каждую ночь снились яростные сновидения, однако утром он не мог ничего из них припомнить. Тогда он решил брать карандаш и лист бумаги и записывать свои сновидения в течение ночи, когда он о них ясно помнил. К его удивлению, он просто прекратил видеть сны и после нескольких ночей отказался от мысли брать с собой карандаш и бумагу. И сразу же у него вновь начались яростные сновидения. Неуди-

вительно, что данному пациенту наконец приснилось, что он спускается в свой подвал, чтобы освободить молодого человека, который находился в тисках спрута. Он открыл дверь, а затем вновь закрыл и запер ее и пошел наверх, — и вскоре решил закончить свой анализ. Если пациент знает, что он видит сон, а затем его забывает, он по крайней мере находится в контакте со своей внутренней фантазийной жизнью, что лучше, чем быть совсем от нее отрезанным. Один пациент, рациональный финансовый эксперт, имел лишь около полудюжины сновидений за три года анализа и делал лишь поверхностные, хотя и полезные, личностные приспособления к миру.

Сновидческая жизнь означает сохранение внутреннего мира, ушедшего от внешнего мира, в котором внешнему миру, включая аналитика, может быть не позволено участвовать. Это шизоидный феномен, основанный на том факте, что чрезмерно тревожное или недостаточно сформировавшееся эго само по себе не может поддерживать свое существование без объектной связи. Утрата всех объектов просто приводит к деперсонализации. Поэтому, когда младенец осуществляет ментальный уход от слишком травмирующего внешнего мира, он подвергается громадному риску утраты собственного эго, тем более опасному, чем глубже он убегает внутрь себя. У меня было много пациентов, которые ясно помнили, как в младенческом возрасте у них наблюдались «странные» состояния психики, когда они не знали, кто они на самом деле, и воспринимали все вокруг как нереальное. Лорд Теннисон, будучи мальчиком, по всей видимости, ушел в себя от очень мрачного и крайне депрессивного отца, и однажды его нашли одного, когда он в прострации глядел и механически повторял свое имя: «Альфред, Альфред». Он вырос крайне застенчивым и страдающим от заметно выраженной «рассеянности». В той мере, в какой инфантильное эго не является «базисно взаимосогласованным» в опыте реальной жизни и поэтому в

фундаментальном чувстве (в том смысле, о котором мы говорили в восьмой главе), ребенок должен этому противодействовать, выстраивая в своей психике внутренний мир воображаемых объектных связей, мир сновидения и фантазии. Так, молодой Антони Троллоуп, подвергаемый остракизму в школах Хэрроу и Винчестера по причине его бедности, создал свой внутренний тщательно разработанный фантазийный мир, который он сохранял изо дня в день, и даже из года в год, пока наконец не переплавил его в дар романиста. Эта фантазия является выражением сложного чувства, которое, возникнув в раннем возрасте, развивается в бессознательный структурный аспект самости, продолжающий существовать и повторяющийся в сновидениях.

Две бесспорно реальные части личности, которые должны в конечном счете слиться — это практическая самость повседневной сознательной жизни и переполненное страхом инфантильное эго в состоянии шизоидного ухода глубоко в бессознательное. Промежуточный сновидческий мир в значительной степени становится защитой, помогая сохранять эго перед лицом опасностей и внешней реальности, и внутреннего ухода. Он главным образом выражает желание сохранять свое бытие, когда реальный внешний мир по большей части утрачен для внутреннего ядра самости. Мы, конечно же, испытываем грезы наяву, однако обычно не замечаем их, потому что наше внимание сконцентрировано на внешнем мире. Ночью внешний мир отключен, и наш сновидческий мир — это все, что мы имеем. В той мере, в какой сильны тенденции чувствовать себя деперсонализованным (или базисную взаимосогласованность эго — слабой), ночь и сон воспринимаются как опасный риск утраты эго. Пациенты обычно говорят: «Я боюсь, что никогда не проснусь вновь», — или, как сказал один пациент: «Я вынужден время от времени заставлять себя бодрствовать, чтобы видеть, как идут дела. Так трудно заснуть, потому что

это похоже, что ты отправляешься куда-то, где никого нет, и ты действительно предоставлен самому себе». Тогда сновидение поддерживает бытие эго. Если в анализе слишком «фиксировать» интерес на сновидениях, то это помогает пациенту сохранять свои шизоидные защиты, и вполне может быть, что обширный анализ сновидений, вполне убедительный и полезный, является для пациента намного в большей степени интеллектуальным, чем эмоциональным.

На меня произвело очень большое впечатление, как пациенты начинают эмоционально переживать те состояния психики, которые они вполне ясно выражали в одном или двух примечательных сновидениях год или два тому назад. Когда это происходит, пациент отказывается от использования сновидений в качестве защиты внутреннего мира, перестает таким образом сопротивляться психотерапии и бороться за решение своих проблем самому и приносит свою реальную самость в анализ. Существуют различные уровни сновидческой жизни. На поверхностном уровне пациент готов рассказывать аналитику о своей внутренней жизни через сновидение. На глубинном уровне сновидения принадлежат к «статической внутренней закрытой системе» (по Фэйрберну), к частному миру, который является ответом пациента на «плохой» реальный мир и вторгаться в который он не доверяет никому постороннему: возможна параллель с «ядром самости как изолятором» Винникотта. Таким образом, когда мы узнаем из сновидений все, что может способствовать инсайту пациента вглубь себя, сама сновидческая активность также нуждается в интерпретации как форма его *сопротивления* всему внешнему миру, включая аналитика. В противном случае материал сновидения может быть использован таким образом, который дает пациенту превосходный шанс сохранить его шизоидный компромисс — половинчатый контакт с аналитиком.

Мне следовало бы, возможно, подчеркнуть, что я говорю о сновидческой жизни в том виде, в каком мы сталкиваемся с ней у пациентов. Нельзя сказать, что вся сновидческая жизнь является шизоидной и патологической, даже если она, вероятно, по большей части действительно такова. То же самое и с абстрактным мышлением. Когда мы делаем что-либо, что не представляет никаких затруднений, наше мышление привязано к нашей непосредственной деятельности и прямо ориентировано на внешнюю реальность. Шизоидный интеллектуал, ушедший от прямых взаимодействий с внешним миром, ставит свои теории и безличностные идеи между собой и реальностью, делая мышление самоцелью, и страдает от безжизненного склада мысли. Мышление становится внутренней жизнью, осуществляемой при уходе от реальных объектных связей. Бóльшая часть сновидческой жизни, и определенно сновидения пациентов, именно такой природы. Есть, однако, другая разновидность абстрактного мышления, в которой мыслитель, столкнувшись с нерешенной проблемой, «прекращает деятельность» и «обращается к обдумыванию». Создание научной теории или планирование сражения генералом, который пытается заранее предвидеть, какими могут быть ходы его противника, иллюстрируют это. Это такая разновидность абстрактного мышления, которая не стремится к «уходу от реальности», а является «ментальной подготовкой для последующего действия». Она не принадлежит к замкнутой «статической внутренней закрытой системе», а все время направлена к действию в реальном мире. Нет никаких причин, почему психически здоровый человек не может иногда делать некоторую внутреннюю «подготовку к будущей жизни» в сновидениях. Возможно, точка зрения Юнга, что в некоторых сновидениях есть перспектива на будущее, уместна здесь. Но такие сновидения не будут навязчиво повторяться, подобно сновидениям, полным патологической тревоги.

Один пациент сказал: «Я начинаю понимать, что вы имели в виду, когда сказали, что видение снов является альтернативой психотерапии. Меня не интересует ничто реальное, потому что если вас что-либо интересует, вам приходится вступать в противодействие с другими людьми. Я могу лишь смотреть свои сновидения и проживать свою фантазийную жизнь. Если бы меня интересовали люди, меня интересовало бы множество вещей. Но я боюсь людей. В моем сновидческом мире я действительно всецело сам по себе, и именно вследствиеэтого я и хочу вернуться в этот защищенный мир. Если я погружусь в него слишком глубоко, я могу оказаться не в состоянии из него выйти, но что я буду делать, если перестану видеть сны? Мои реальные интересы столь малы. Мне не о чем думать или говорить». Я напомнил ему о том, что он чрезмерно боялся людей, имеющих какие-либо интересы. Он ответил: «Сейчас я на вас рассердился». Я сказал, что, по-моему, это происходит потому, что я реальный, а не воображаемый человек, и призываю его выйти из его сновидческого мира в реальный мир. Он ответил: «Я сержусь, потому что считаю, что все вами сказанное является вмешательством в мой частный мир. Сновидческая жизнь направлена против психотерапии и против жизни».

Иногда поведение пациента подчеркивает этот компромисс. Одна пациентка испытывала огромные затруднения, решая вопрос, где сесть. Ей казалось, что кушетка — несколько неестественное и изолирующее место, а в кресле — «слишком взрослая» позиция. Сидя рядом со мной, она пугалась. Наконец она нашла компромисс, сев на пол достаточно близко ко мне, однако повернувшись ко мне спиной, очевидно, в одно и то же время ища и все еще отвергая какие-либо взаимоотношения со мной. Другая пациентка использовала маленький стул, который она могла пододвигать ко мне и отодвигать от меня в соответствии с тем, как развивались ее тревоги.

Один пациент-мужчина лежал на кушетке и хотел, чтобы я подвинул свое кресло ближе к нему так он мог меня видеть, что я и сделал. Однако спустя некоторое время он встревожился и захотел отодвинуть мое кресло на другую сторону комнаты. Такой «подход и отход» часто повторяется и должен много раз анализироваться, прежде чем его значимость действительно доходит до пациента. Некоторые пациенты не снимают своих пальто, застегнутых на все пуговицы, выражая свое самоотгораживание и уход от терапевта, даже когда они рядом с ним, и это хороший знак, когда по собственному почину они начинают снимать свое пальто и оставлять его вне приемной.

Шизоидный компромисс в реальной жизни, который не включается в анализ

Иногда обнаруживается, что остановки в анализе связаны с успешными «то внутрь, то наружу» взаимоотношениями, которые пациент сохраняет в реальной жизни, но скрывает это от аналитика. Он, конечно же, опасается, что, проанализировав, ему придется от этого отказаться или же, наоборот, еще глубже увязнуть, и в любом случае он утратит ту относительную стабильность, которую дает ему такое поведение. Иногда обнаруживаешь, что вся практическая жизнь пациента проходит в «балансировании на грани» (ср. р. 88—89). Он не «принадлежит» должны образом чему-либо, а является дилетантом, скорее играя с жизнью, нежели проживая ее. Удивительно, насколько систематическое неучастие проявляется во взаимоотношениях с друзьями, коллегами, в семейной жизни и т.п., так что пациент подобен бабочке, которая то присядет куда-то на время, то вновь вспорхнет. Один пациент мимоходом упомянул, не думая, что это

имеет какое-либо значение, что он никогда не отправлялся дважды в одно и то же место в отпуск. Смысл такого поведения становится ясен, если сравнивать его с действиями другого человека, который всегда приезжает в одно и то же знакомое и потому безопасное место и не думает о поездке куда-либо еще. Обычная жизнь дает много материала для изучения конфликтов между потребностями и страхами тесных взаимоотношений. Одной пациентке сразу же переставали нравиться купленные ею наряды, как только она приносила их домой, как бы сильно до этого ей не хотелось «купить это платье» в магазине. Многим пациентам не приходит в голову упоминать о таких вещах, так как они не хотят рискнуть и увидеть внутренний смысл такого поведения. Они проходят мимо этого как «чего-то несерьезного». Одно такое наблюдение может привести к открытию целых областей успешного компромисса, в котором укрепился пациент.

Нередко встречающимся компромиссом, который скрывается от анализа и действует как успешная защита от реального прогресса, является тайная любовная связь. У одного пациента регулярная сексуальная связь с замужней женщиной обеспечивала эмоциональную поддержку его зависимой инфантильной самости, спасая его и от опасной тесной брачной связи, и от реального вовлечения полной страха инфантильной внутренней самости в лечебное взаимодействие. Такая позиция позволяла ему сохранять в реальной жизни точно скопированную версию шизоидного расщепления между младенцем и взрослым в себе. Младенец в нем, так сказать, «был успокоен» любовной связью, полностью отрезанной от остальной его жизни, и, таким образом, предоставлял свободу его взрослой упорно работающей самости идти своим путем. Две его части находились вне связи друг с другом. Проституция и гомосексуализм — это очевидные случаи шизоидного компромисса в избегании людьми такого плана полной вовлеченности в реальную

связь брака. Это одна из причин, почему их так трудно излечить. Ясно, что при таких условиях нельзя достичь никакого прогресса в анализе. С аналогичной ситуацией иногда сталкиваешься при лечении медицинского работника. Он готов обходиться без аналитика, полагаясь на собственный выбор лекарств, однако все же приходит на сессии. До тех пор пока какой-либо из этих компромиссов удерживается вне анализа, серьезный прогресс заблокирован.

(4) Классический анализ, используемый как защита для «топтания на месте»

Под классическим анализом понимается теоретическая позиция, согласно которой причиной невроза является эдипов комплекс, конфликты в связи с инцестными влечениями пациента к родителю противоположного пола, и страх, вина и ненависть по отношению к родителю своего пола. Эта теория возникла в результате анализа депрессии и была пионерским вкладом Фрейда. Она не была ориентирована на шизоидную проблему, которая еще не была исследована. Та степень успеха, которая может быть достигнута в анализе на этой основе, достаточно иллюстрируется случаем пациента с фантазией о «стене вокруг». Он пришел на лечение по поводу классической депрессии: мрачного, полного вины, негодующего, однако парализованного состояния психики. Он обильно продуцировал эдипальный материал, сновидения о нахождении в постели с матерью, мысли о борьбе и кастрации отца и о собственной кастрации отцом, а также мысли о том, как его волоком тащат в суд чести и осуждают за криминальные деяния. Его сознательные фантазии, и сексуальные и связанные с вождением автомобиля, были во всех подробностях садомазохистскими. Он давал много анального материала, как в своих сновидениях, так и в своих симптомах. Анализ всего этого

материала, несомненно, уменьшил его депрессию, так что его жизнь стала практически более комфортной, а настроения стали меньше препятствовать выполнению работы. На самой первой сессии он сказал: «У меня такое чувство, как будто внутри меня находится куча дерьма, от которой я хочу избавиться, но не могу этого сделать». В течение многих лет он питал эту мысль и не мог от нее отказаться. Эта мысль символически выражала представление о том, что его проблема была связана с чем-то в его личности или характере, что было плохим, грязным, на проявления чего его мать (которая была сторонником строгой дисциплины при привитии чистоплотности) смотрела неодобрительно и что порождало у него чувство вины. Он придерживался такого представления о себе спустя долгое время после того, как растаял его депрессивный настрой. Поэтому не следует удивляться, что он оставался высоко организованным обсессивным индивидом. Его случай был одним из многих других случаев, которые привели меня к мысли о том, что результаты классического анализа не являются фундаментальными и приводят не столько к радикальному изменению, сколько к улучшению паттерна пациента в форме либо *более пригодного для жизни обсессивного характера*, в котором осуществляются очень эффективные самоконтроль и самоуправление, либо делая *шизоидный характер более снисходительным и уживчивым*, в котором анализ застревает на типичном шизоидном компромиссе, когда удается делать повседневную жизнь достаточно социализированной без риска пробуждения какого-либо опасно сильного чувства.

Это означает, что, если бы мы стали побуждать пациентов рассматривать связанные с сексом и агрессией проблемы как первичные факторы, а не как факторы, симптоматически свидетельствующие о более глубинном повреждении эго, мы помогали бы им застревать на стадии улучшенного контроля над импульсами без

осознания этих проблем как защит от крайне примитивных страхов. Конечно, примитивные страхи будут прорываться наружу, но от их интерпретаций зависит, что с ними в дальнейшем произойдет. Если страхи рассматриваются лишь как вторичные феномены, как реакции тревоги на плохие импульсы, тогда обсессивные и шизоидные защиты будут усилены, а первичные страхи похоронены. В некоторых случаях там, где это оказывается возможным, это может в действительности стать наилучшим курсом. Там, где это невозможно, применение только классических аналитических концепций приведет к тупику и фрустрации.

При рассмотрении эдипова комплекса мы должны отмечать, что эдипальная фантазия не является, с одной стороны, ни взрослым браком с обязательствами взрослой жизни, ни, с другой стороны, откровенной регрессивной инфантильной зависимостью. Эдипальные фантазии являются конечным продуктом инфантильной фантазийной жизни и представляют собой борьбу ребенка за преодоление инфантильной зависимости, облекая ее в полувзрослую форму. Однако инфантильная зависимость скрыта лишь поверхностно, как об этом можно судить по комментарию Фэйрберна (1954): истерическая генитальность является исключительно оральной. Мы должны проводить различие между полезно стимулирующей эдипальной фазой в нормальном развитии, где наличествуют хорошие взаимосвязи родитель— ребенок, и патологической эдипальной фантазийной жизнью, которая формирует основу невротических симптомов. Такая эдипальная фантазийная жизнь возникает, когда полный тревоги ребенок уходит от внешнего мира и пытается найти компенсацию своей неспособности достигать прогресса в реальной жизни, выстраивая внутри себя ее субститут. Мы уже видели, что в целом этот внутренний мир становится защитой от опасностей радикального ухода. Патологический эдипов комплекс всегда маскиру-

ет плохие взаимоотношения с родителями в реальности и его анализ должен привести к обнаружению утратившего надежду, запертого, отчужденного инфантильного эго, которое отказалось от реальных объектных связей как от недостижимых и ищет безопасности в регрессии в глубинное бессознательное. В случае одной пациентки, которая действительно была соблазнена своим отцом, данная физическая связь определенно была шизоидным компромиссом с его стороны между неспособностью дать подлинно личные взаимоотношения и попытками полностью ее игнорировать. Для пациентки в детстве эта эдипальная связь была надеждой значить что-либо для своего отца и поэтому ощущать себя человеком. В анализе она естественно продуцировала полностью развитый эдипальный перенос и упрямо его придерживалась, защищаясь от подлинных терапевтических взаимоотношений; ибо это могло означать обращение ее лишенной иллюзий, апатичной детской самости к реальному человеку за реальной помощью в повторном росте, наиболее трудному из всех психотерапевтических переживаний, с которыми можно столкнуться. Сексуальные связи, как в реальности, так и в фантазии, являются часто встречающейся заменой реальных личных взаимоотношений. Один пациент-холостяк, вполне отчужденный и мало что чувствующий, описал свои случающиеся время от времени сексуальные связи как потребность разрядить «пульсирующее биологическое побуждение, которое не имеет со мной ничего общего».

В классическом трансферентном анализе на основе психологии влечений легко перепутать друг с другом здоровую эдипальную фазу и патологическую эдипальную фантазию, которая является шизоидным компромиссом между реальной жизнью и бегством от реальности. Пациент может считать свои патологические эдипальные чувства естественными инстинктивными реакциями, хотя и перенесенными давным-давно с его

родителей. В такой ситуации пациенту можно оказать помощь, сосредоточив его внимание на его фантазиях, как если бы они были реальными чувствами, а также помогая понять, каковы его текущие базисные и вполне реальные чувства к своему аналитику. В глубине, не давая этому открытого выхода, пациент чувствует себя слабым и беспомощным маленьким мальчиком, нуждающимся в помощи и защите своего аналитика, и в то же самое время боящимся, что над ним станут насмехаться и отвергнут, если он покажет эти потребности открыто. Если считать его эдипов комплекс конечной причиной его невроза, внимание пациента будет направлено в сторону от реальной основной проблемы, и шизоидный компромисс будет непреднамеренно сохранен.

Классический эдипальный анализ, однако, имеет намного меньшее распространение в реальной практике, чем это может казаться. Труды Мелани Кляйн продвинули анализ глубже в преэдипальные, прегенитальные уровни, к самым ранним параноидальным и шизоидным проблемам. Здесь мы не имеем дела с ребенком, сражающимся с проблемами социализации в многоперсональной семейной группе; а говорим о первичном взаимоотношении двух лиц — мать—младенец, в котором эго начинает расти и происходит самое раннее расщепление эго и создание внутренних объектов. В течение долгого времени данное положение дел оставалось запутанным, потому что, как отмечал Балинт, теория отставала от практики. В своей работе, написанной в 1949 г., примерно шесть лет спустя после предложенных Фэйрберном изменений, Балинт все еще находил теорию связанной скорее с «психологическим или биологическим уклоном», нежели с «уклоном в сторону объектных связей», и основывал свою работу скорее на данных депрессий и обсессивного невроза, нежели на истерических параноидально-ши-

зоидных феноменах (*Balint*, 1952). То, что я говорил об анализе на основе классической психобиологической эдипальной теории в качестве невольной поддержки сопротивления, просто заново подчеркивает необходимость для теории идти в ногу с практикой. В настоящее время (1966) у нас гораздо меньше оснований для акцентирования на этом внимания в свете той работы, которая была проделана относительно самой ранней связи «мать—ребенок» и ее значимости в определении формирования эго.

Необходимость шизоидного компромисса как промежуточной фазы для проявления регрессировавшего эго

Хотя я и пытался показать, как потребность в компромиссной позиции, в которой пациент полностью ни изолирован, ни вовлечен в объектные отношения, является в целом причиной психотерапевтического тупика и блокировки анализа, необходимо также добавить, что эту ситуацию не следует излишне жестко выставлять напоказ. Она часто является необходимой стадией, через которую пациент должен пройти, чтобы спустя долгое время встретиться, наконец, лицом к лицу сначала с собственным пугающим чувством фундаментальной изоляции, а затем со своими страхами реальных хороших взаимоотношений — отношений, которые могут исцелить его поврежденное инфантильное эго и освободить его, лишенное жизнеспособности, для здорового и мощного роста. Появление первичной ушедшей инфантильной самости является тяжелейшим испытанием для пациента. В предыдущих главах я приводил причины в поддержку точки зрения о том, что пропорционально тяжести болезни пациента определенная часть его самости уходит в бессознательное в состоянии крайней

инфантильной регрессии. Это «регрессировавшее эго» является штаб-квартирой для всех наиболее серьезных страхов и испытывает могущественную потребность в полностью защищенной пассивной зависимости, в которой может произойти восстановление сил и повторный рост активного эго. Тем не менее, *пациент испытывает крайне интенсивный страх, когда это регрессировавшее эго подходит к уровню сознания. Это приносит с собой чувство полного и безнадежного одиночества и страх хорошей объектной связи как удушающей.* Пациент опасается, что его потребность регрессивной зависимости от терапевта повлечет за собой утрату самоопределения, независимости и даже самой индивидуальности. Ему сложно считать такое положение дел отправным пунктом для нового роста в безопасности. В действительности невозможно легко принять потребность в регрессии. У крайне больного человека это часто влечет за собой госпитализацию. У других людей определенная регрессия может переживаться на сессиях, в то время как активная самость продолжает функционировать вне сессий. Регрессия может пониматься и контролироваться, и инсайт может обращать даже нормальный «отдых» дома в намеренную регрессию. Один бизнес-администратор внезапно почувствовал себя настолько истощенным, что, как только это стало возможно, примирился с этим, запер дверь офиса и в течение пятнадцати минут сидел с поднятыми вверх ногами. Ментально он повторял регрессию и пассивную релаксацию, которой он научился на сессиях, и с очень большой пользой для себя, так что со временем такая потребность угасла. В некоторых других случаях выясняется, что не требуется специальная регрессия, и «тенденции ухода» могут быть направлены в обратную сторону к нормальному процессу трансферентного анализа.

Шизоидная проблема и ее компромиссные решения показывают, где лежат основополагающие трудности

для психотерапии и сколь они трудны и почему. Пациент *не может* легко и быстро отказаться от своих неадекватных решений или защит в пользу того, что воспринимается им как сомнительные перспективы, покупаемые ценой столкновения с тяжелыми тревогами. Он может это сделать лишь поэтапно, и в это время использовать возникающие шизоидные компромиссы между принятием и отвержением лечения. В действительности он страдает от других тревог, в попытках идти своим путем, которые столь же тяжки, как и страхи чрезмерной зависимости, и намного более деструктивны. Но так как реальное «излечение» *представляется* ему угрожающим утратой личности в пассивной зависимости от личности другого человека, по крайней мере вначале, мы должны признать, что пациент сталкивается с ужасной перспективой. Часто, если он не может осуществить некоторое компромиссное взаимоотношение, чтобы как-то переждать, пока снова не сможет смотреть в лицо прогрессу, он вынужден прерывать лечение. У меня однажды была пациентка, которая в течение ряда лет *использовала* психиатров как «людей, с которыми можно поспорить», не давая им никакого шанса ей помочь, потому что, так как они оказывались мужчинами примерно ее возраста, ей казалось, что степень вовлеченной в лечение зависимости будет чрезмерно унизительной. Требуется большая культурная революция для создания атмосферы, в которой пациентам будет легче принимать психотерапию; культурной атмосферы, в которой не только исчезло бы «табу на нежность» (по Яну Сатти), но также и его более глубокая импликация: «табу на слабость». Тогда и будет понята потребность «исцелиться в состоянии пассивного восстановления сил», как это уже принимается в отношении болезней тела. Но тогда может быть меньше и душевнобольных людей.

Однако окончательной трудностью является собственный ментальный склад пациента. Двум моим паци-

ентам требовалось прохождение через регрессивное заболевание, которое повлекло за собой госпитализацию. Один пациент с более мягкой натурой, не испытывавший затруднений по поводу принятия помощи, полностью «сдался» на милость этой ситуации и через несколько месяцев добился превосходного выздоровления. Потом он сразу вернулся к своей работе и с меньшей частотой сессий сохранял свое улучшение. Другой пациент, обсессивно упорный и временами агрессивный «трудоголик», не мог быть терпимым к себе, не прекращал свою борьбу за обретение собственного пути. Пройдя через острый кризис, он вышел из госпиталя со все еще огромным напряжением и конфликтом. Его собственный комментарий был: «Я не смог наилучшим образом воспользоваться госпиталем. Я не мог сдаться. Мне казалось, что я должен быть взрослым и продолжать быть активным». Ранее он казался более проницательным в оказании помощи другим пациентам, чем самому себе. Спустя три месяца он был вновь помещен в госпиталь, на этот раз на много более длительный период в связи с глубоко регрессивным заболеванием. Мы можем понять, почему он оказал такое сопротивление: хотя он в свое время преодолел это заболевание и вернулся на работу в лучшем состоянии, у него осталась истерическая зависимость от других людей, которой он страшился и с которой должен был столкнуться лицом к лицу. Там, где для пациента невозможно долго продолжать анализ, выбор может быть между вынужденным распадом или достижением полезного шизоидного компромисса. Если пациент ощущает интенсивную потребность в сохранении своей независимости и свободы для самоопределения, которое, по его мнению, будет скомпрометировано принятием помощи, мы должны признать, что решение этой проблемы потребует длительного времени. Если по каким-либо причинам пациент не может участвовать в таком долгом анализе, ему бывает необходимо помочь принять тот

факт, что он, возможно, не выйдет за определенные рамки в человеческих взаимоотношениях, и должен найти, какие компромиссы между излишней вовлеченностью и чрезмерной изоляцией для него подходят. Однако при наличии достаточного времени и содействующих обстоятельств эта проблема может быть решена в психоаналитической терапии.

Нам нужно сосредоточить наши усилия на исследовании в этом направлении, ибо чувства гнева, фрустрации, попадания в ловушку, которая является их собственной ментальной конструкцией, паутинай трудностей в самом себе и все большей и большей запутанности в борьбе за свое освобождение, является страшной проблемой для всех типов пациентов. Люди с природной энергией, которые не хотят быть холодными, эмоционально нейтральными и, тем не менее, не могут установить стабильных и счастливых человеческих отношений, могут буквально достигать «точки кипения». Они не могут вынести полной фрустрации в связи со своей неспособностью уйти от потребности в компромиссных, половинчатых решениях. Если такой человек не сможет найти какого-либо понимающего и вызывающего доверие терапевта, результатом может быть трагедия, как для него, так и для других. Благотворно, если он находит помощь в подлинных терапевтических взаимоотношениях, что дает ему шанс вырастить некоторую глубокую безопасность, на основе которой он сможет найти выход из этой западни.

XII. ТЕОРИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ И ПСИХОТЕРАПИЯ:

ОБЩИЕ СООБРАЖЕНИЯ

Незаконченная работа Фэйрберна

Если развитие и сохранение эго все в большей степени рассматривается как фундаментальный психодинамический процесс, а эго может развиваться лишь в среде личной объектной связи, тогда из этого следует, что психотерапия на любом уровне, но в особенности на самом глубоком, может возникнуть лишь как результат личной терапевтической связи. Ослабление симптома может быть вызвано с различным успехом неличностными техниками. Но недавно я слышал, как бихевиористски ориентированный терапевт утверждал, что результаты улучшаются, когда лечение осуществляется *одним и тем же* психологом. Таким образом, терапевтическая ценность личной связи не может быть исключена ни из какого типа терапии. Чем бóльшее внимание мы уделяем «симптому», тем большее значение приобретает личная терапевтическая связь. Данное положение не принадлежит исключительно одной какой-либо школе психодинамического направления. Хотя определенно Фэйрберн и Винникотт стоят в центре данного подхода, на ум приходят имена все большего числа терапевтов, работающих в этом направлении.

Необходимо сразу снять возможное непонимание. Время от времени ко мне приходят вопросы, как из Англии, так и из Америки, о том, «куда можно дойти» с помощью «анализа Фэйрберна». В одном письме из США говорится:

«Многих из нас крайне заинтересовала работа Фэйрберна... Желательно показать, как теории Фэйрберна рождают модификации в классической технике — и в типе интерпретаций, и в их «дозировке» и т.д. Кляйнианцы вполне ясно расшифровывают, как они осуществляют анализ в классической традиции, но изменяют лишь способ подачи интерпретаций, используя концепции фантазии... Природа фантазий вполне ясно расшифровывается, что является полезным. Не существует никакой подобной записи техники Фэйрберна. Однако такая запись крайне нужна. Практикующие по методу Фэйрберна, главным образом, используют собственные идеи, одной из которых является максимальное использование интерпретации базисного доверия и недоверия в способности внешнего лица помочь пациенту интегрировать его отдельные части».

Сразу же следует сказать, что нет такой вещи, как «техника Фэйрберна» или «анализ Фэйрберна». В течение примерно пятнадцати лет моего знакомства с Фэйрберном у меня никогда не возникало впечатления о том, что он думал о себе как о создателе отдельной школы психоанализа или что у него было желание создать такую школу. Он был готов содействовать расширению психоаналитического знания, внося в общую копилку те инсайты, которые казались ему новыми и важными. У него была могучая вера в силу важных идей, которые сами позаботятся о своем распространении, и именно это и случилось. Мы очень рады ситуации, о которой мой корреспондент пишет: «Практикующие по методу Фэйрберна, главным образом, используют собственные идеи...» «Школы» склонны к догме. «Свободная циркуляция идеи» содействует свежему мышлению. Мне кажется, однако, что следует заменить название «фэйрберновская

форма анализа» названием «анализ объектных отношений». Фэйрберн считал такой анализ главной практической проблемой, ожидающей своего исследования. Один из аспектов такого анализа определенно состоял в том, что терапевт должен был быть таким человеком, с кем «пациент мог интегрировать свои отдельные части».

Тем не менее, Фэйрберн не стал бы так выражаться. Он был твердо убежден в том, что использование объектной концептуализации как единственной в «научном мышлении», приведет к фальсификации понимания психодинамических движущих сил. Ему претили такие термины, как «ид», «ментальные механизмы», и он не стал бы говорить об отношении «аналитик – пациент» как о «способности внешнего лица помочь пациенту интегрировать его отдельные части». Вот его точка зрения:

> «...Пациент не может отказаться от своих интернализованных плохих объектов до тех пор, пока аналитик не стал для него достаточно хорошим объектом».

Фэйрберн считал, что этого не произойдет, если аналитик не является человеком, который действительно может помочь пациенту. Используя винникоттовское различие между «деланием» и «бытием», техника — это вопрос того, что аналитик «делает», как он использует свой протокол для интерпретаций, и т.д., однако терапевтический фактор заключается именно в том, кем терапевт «является», каково его не осознаваемое им самим «бытие» по отношению к пациенту. Фэйрберн писал, что ему не хотелось бы оставаться без научного руководства в этой области, но я не думаю, что он когда-либо пытался составить протокол для лечения. Однажды он сказал мне при обсуждении этого вопроса, что, по его мнению, самое важное для терапевта — это быть человечным, естественным и «реальным». «Инсайту» нельзя научиться

из учебника, точно так же как музыкальной композиции. Из учебников мы можем узнать нечто полезное и важное для конкретного «выражения» «глубинной интерпретации» (или «симфонической композиции»), которые сами по себе являются спонтанными творческими откликами всей личности, одаренной в этих направлениях. По сути, обучение анализу заключается, главным образом, не в «обучении технике», а в движении к тому, чтобы стать целостной или интегрированной личностью, способной к реальным связям, к подлинной заботе и пониманию пациента, запутавшегося в своих субъективных трудностях. Лишь это может оправдать наше право предлагать другому человеку найти его собственное единство, его подлинную самость в его взаимоотношении с нами.

Образ мыслей Фэйрберна был таким же личностным, этим объясняется тот факт, что он был очень осторожен в терапии, в то время как он был настолько радикален в теории. Его работа поднимает целокупный вопрос о том, какова природа психотерапевтической связи. Вышесказанное, возможно, разочарует некоторых людей, которые нашли в работе Фэйрберна базовые инсайты для переориентации психодинамической теории. Однако будет некорректным сказать, что сам Фэйрберн породил эту переориентацию. Если кто-либо и сделал это, так это Фрейд, поставивший эго-анализ в центр исследования. Возможно, никто в действительности не порождает важные процессы такого рода, они являются частью исторического и социального движения жизни и мысли вокруг нас. Это то, что «находится в воздухе», и многие люди содействуют его развитию, в то время как кто-то то тут, то там выхватывает какой-то аспект процесса и дает ему более ясное определение, порождая в ответ все расширяющиеся круги свежего мышления. В этом деле Фэйрберн сыграл выдающуюся роль, с громадной интеллектуальной ясностью показывая, как психодинамическое мышление продвигалось все дальше и дальше вглубь, за

пределы импульсов и симптомов, эдипальных и депрессивных проблем, к самым ранним превратностям развития инфантильного эго, к той интенсивной потребности эго шизоида в объекте, с которым может быть достигнута безопасность. В особенности он следовал за трудами Мелани Кляйн, показывая, как ее объект-расщепление вовлекало в себя соответствующее эго-расщепление. Его концептуализации не были бы возможны без предшествующей работы Фрейда и Мелани Кляйн и быстро развивающейся психоаналитической терапии детей. Возможно, лишь сейчас, *более четверти века спустя после того, как он начал публиковать свои открытия*, интеллектуальная сила его трудов начинает оказывать должное воздействие на тех людей, умы которых открыты зернам новых идей.

Тем не менее, он не смог довести свою работу до завершения, разработав ее применение в психоаналитической терапии. Первые признаки ослабления телесного здоровья у него начали проявляться еще до последней опубликованной работы *«О природе и целях психоаналитического лечения»* (1958). Он лишь медленно приближался к переходу от теоретической сферы к практической. В то время он сказал мне: «Импликации теории объектных отношений для психотерапии являются настолько далеко идущими, что мы должны продвигаться с величайшей осторожностью». Согласно моему предположению, многие аналитические терапевты более экспериментировали на практике, чем Фэйрберн. Я никогда не обсуждал его методы с кем-либо, кто проходил у него анализ, однако мой собственный опыт восприятия Фэйрберна как аналитика показывает, что он был удивительно ортодоксален. Анализ начинался и продолжался на уровне эдипальных и трансферентных проблем, и я был удивлен тем, что он, по-видимому, мало использовал свою собственную теорию в практическом анализе. Фэйрберн-аналитик помог понять мне теорию Фрейда;

однако именно труды Фэйрберна открывали новые горизонты. Некоторые критики из того факта, что он был известен как очень добрый человек, в некоторых случаях оказывавший крайне нуждающимся пациентам не только аналитическую помощь, и что его теоретические взгляды подразумевали признание и принятие огромной степени зависимости пациента от аналитика, сделали выводы, что он не мог иметь дела с ненавистью, агрессией и негативным переносом или недостаточно понимал и узнавал их. Лично я этого не замечал. Некоторые из моих личных достижений в анализе были прямо связаны с узнаванием им негативного переноса.

Хотя в одной работе он высказал точку зрения, что идея о «свободной ассоциации» была слишком связана с утилитаристской философией XIX века и должна быть заменена более динамической концепцией «максимума свободы выражения, не доходящей до действия» во время сессии, тем не менее, он мог позволять и справляться с некоторым «отыгрыванием». Он рассказал мне об одной женщине-пациентке, которая внезапно набросилась на него и повалила на пол, и добавил: «После этого она почувствовала себя намного лучше». Он также описал мне пациента, который «отыгрывал» сильное напряжение и негодование по поводу обучения чистоплотности, используя маленький стул вместо горшка. Его собственный семейный опыт несомненно позволил ему понять это отыгрывание с конструктивными результатами. Однажды он высказал мне свое мнение о том, что чем ближе взрослый анализ подходит к детскому анализу, тем лучше результат. Мой собственный опыт не оставляет у меня никакого сомнения на этот счет, и также в том, что главным источником сопротивления анализу является то, что взрослый в пациенте находит столь унизительным возвращение к восприятию себя ребенком в контакте с другим взрослым. Замечание Фэйрберна воодушевило меня пройти до конца с пациенткой через

длительный период «отыгрывания» и повторного переживания ее детства на сессиях, начиная с кормления из бутылочки, игр на полу (разрывая бумагу и разбрасывая ее вокруг, рисуя, лепя фигурки всех членов своей семьи, на которые она затем наступала и разрушала их) до рассказов мне о своих отношениях с мужчинами как отцу, с которым она могла свободно говорить без морализаторства и критики. Лечение закончилось, когда она стала способна на серьезное ухаживание и замужество.

С другой стороны, Фэйрберн высказал мне свою точку зрения о том, что чем больше мы анализируем эго, тем длиннее становится анализ. Возможно, это понимание, вкупе с определенным консерватизмом его характера (по большей части не связанным с психоаналитической теорией), с его изоляцией в Эдинбурге, в медико-религиозно-интеллектуальном климате, антипатичном к психоанализу, привело к отставанию его практики от создаваемой им теории в терапии. Он определенно не использовал какую-либо специфическую «фэйрберновскую технику». Он практиковал ортодоксальный психоанализ, в то же время понимая, что теория объектных отношений приводит к дальнейшему развитию терапевтического метода. В соответствии с этим, с годами он явно изменил свое личное отношение к пациентам. Он сказал мне, что в начале своей работы исходил из обычной точки зрения, что контакты с пациентами вне сессий должны быть исключены, поэтому, когда женщина-пациентка собиралась лечь в госпиталь на хирургическую операцию и попросила его навещать ее, он сказал ей, что это было бы плохо для анализа, и отказался. Однако впоследствии он убедился в том, что это было ошибкой, которая затруднила для пациентки восприятие его как реального человека.

Однажды он отказался лечить агорафобического пациента, который хотел, чтобы все сессии проходили в его доме; тем не менее, он взял на лечение крайне рег-

рессировавшую пациентку из-за рубежа, которая ушла от формального аналитика, и, когда спустя некоторое время она не смогла приходить к нему на сессии, он проводил сессии с ней в ее отеле. После примерно двух лет она в достаточной степени восстановилась, чтобы вернуться в свою страну, где с тех пор постоянно работает. Ясно, что Фэйрберн начал специально концентрировать свое внимание на проблеме терапевтической связи, когда здоровье и силы начали его покидать. Когда я с ним познакомился, он собирался написать большую книгу по истерии и для этого собрал большой материал, но был уже не в состоянии выполнить эту задачу. Последняя намечавшаяся им статья, которую он также так и не написал, была им кратко обрисована в беседе со мной. Она была о «психоанализе как науке», и в ней обсуждалась безличностность методов чисто объективной «естественной науки» по сравнению с глубоко личной природой психотерапевтической связи. Я дважды пытался продолжить обсуждение данной статьи, чтобы сделать некоторые записи, однако состояние его здоровья не позволило это сделать.

Рекомендации для терапии вследствиерасширения теории до нижних границ роста эго в настоящее время широко исследуются. «Теория объектных отношений» Фэйрберна, которая связывает рост эго со всеми превратностями его развития в ходе личных взаимоотношений ребенка с окружением, привела к изучению основ таких взаимоотношений в трудах Винникотта о связи «мать—младенец». Здесь «процессы созревания» с их психобиологической оснасткой рассматриваются как полностью зависящие в своем развитии от «содействующего окружения» личных объектных связей, с матерью в качестве первого и крайне важного объекта. Что касается импликаций таких представлений для психотерапии, здесь упомяну лишь проведенное Винникоттом различие между *классическим анализом* психоневрозов на эди-

пальном уровне и *умением справляться,* или «удерживать ситуацию для пациента» в смысле материнской заботы, в таком анализе, который полезен для шизоидных, регрессировавших и потенциально психотических пациентов. Эта проблема управления регрессией остро возникла для Фэйрберна в завершении его работы с одним пациентом, причем от анализа пришлось отказаться, т.к. у пациента развились болезнь Паркинсона и центральный тромбоз. Мы вернемся в следующей главе к этой проблеме, как она представлена в исследованиях Винникотта, но сперва должны бросить более общий взгляд на природу психотерапии в контексте реальной жизни.

Более глубокие уровни терапии и изменения в технике

Мы можем исчерпывающе ответить на вопрос о природе терапевтической связи, лишь если найдем ответ на следующий вопрос: могут ли эдипальные проблемы восприниматься как просто эдипальные, раз мы знаем о существовании более глубокого уровня шизоидных эго-проблем? Винникотт считает, что эти проблемы требуют чего-то большего, чем прямой классический анализ, чего-то такого, что он называет «умением справляться», тесным образом связанного с взаимоотношением «мать—младенец». Не должна ли тогда психотерапевтическая связь *на любом уровне* включать не только трансферентные связи, требуемые классическим анализом, но также, в соответствии с тяжестью заболевания, *ad hoc* (для данного случая) реальное взаимоотношение — поддерживающее, содействующее росту и, наконец, лично освобождающее? Тот факт, что этот вопрос всегда латентно присутствовал в психоаналитическом исследовании, ясен из первоначального ограничения Фрейдом (классического) анализа неврозами переноса. Здесь мы видим признание того факта, что анализ связан лишь с одной

областью человеческих проблем и что рано или поздно будут исследованы более глубокие уровни и рассмотрена их терапия. Аналитики волей-неволей вовлекались в процессы, выходящие далеко за пределы предписанных Фрейдом границ для классического анализа. Концепция классического анализа принадлежит к пионерскому периоду частичного и неполного знания, но так как все выходы за пределы классического психоанализа были в своей основе психоаналитическими, нет оснований ограничивать термин «психоанализ» эдипальными лечениями.

В действительности становится все более трудным делом постигать стандартную психоаналитическую процедуру, и нам приходится удовлетворяться ведущими линиями. Высоко индивидуальная природа каждого анализа требует понимания, так как любые два пациента не могут быть одинаковыми. Каждый человек уникален. Психотерапевтический успех зависит в конечном счете не от теории и не от техники, а от способности терапевта интуитивно понимать данного пациента и осознавать, какова же его подлинная проблема. Теория является огромной помощью, но она не несет нам интуитивных даров понимания и не делает нас терапевтами. Она обеспечивает более или менее полезное руководство. При этом психодинамическая наука отличается от естественных наук, где теория определяет и контролирует точные процедуры. Психотерапия является живой личной связью. «Терапевтическая личность» самого терапевта является основным фактором, вокруг которого группируется комплекс других факторов. Это становится тем более очевидным, чем тяжелее болен пациент. Отсюда вытекает необходимость тщательного отбора пациентов для глубокой терапии.

Внешние и внутренние условия психотерапии

Условия успешной психоаналитической терапии могут быть грубо разделены на внешние (или связанные с

внешним окружением) и внутренние (или психодинамические). Условия, связанные с внешним окружением, не столь важны, если мы имеем дело с достаточно четко выраженным случаем эдипального психоневроза. Эдипальные пациенты могут лучше «выносить» свое внешнее окружение, с которым они сталкиваются в реальной жизни, чем, скажем, это могут делать пациенты с эго-слабостью. Но хотя есть случаи, в которых можно достигнуть адекватной стабилизации на этом уровне без зондирования более глубоких проблем, *в наше время не столь возможно, как это было в прошлом, оставлять вопросы только на стадии решения эдипальных конфликтов*. Ранее говорилось, что «неповрежденное эго» является предварительным условием для психоанализа. Но в свете последних психоаналитических продвижений как раз такое эго трудно обнаружить. В наши дни намного более вероятно, чем в прошлые годы, что мы столкнемся с несомненными признаками базисной эго-слабости, вторгающимися в эдипальный анализ. Я могу судить по опыту своей тридцатилетней работы в качестве психотерапевта. Общее заключение: *глубочайшие исследования современного психоанализа показывают, что «радикальная» психотерапия должна стремиться не просто к разрешению специфических конфликтов, а к фундаментальному повторному росту базисного эго, целостной самости* (с той оговоркой, что такая «радикальная» психотерапия не всегда возможна или даже желательна, хотя и является подлинной целью, в свете которой должно рассматриваться все иное).

Это не значит, что разрешение специфических конфликтов утратило свою важность. Это путь для ликвидации всех симптомов и защит, и мы можем быть благодарны, когда возможно остаться на этом уровне терапии. Но это зачастую приводит к главной проблеме, потребности в возрождении и повторном росте «всей личности». От этого можно легко отказаться как от невозможной

идеалистической цели, хотя, если пациент, терапевт и обстоятельства адекватны, в некоторых случаях ее действительно можно достигнуть. Однако на практике у нас часто нет шанса достичь этой конечной цели, так как редко встречается совпадение необходимых для этого факторов. Это легче всего проиллюстрировать, если мы вначале рассмотрим крайний случай пациента с глубокими нарушениями, который может действительно нуждаться в развитии тяжелого заболевания, прежде чем выйти из затруднительного положения и выздороветь. Обстоятельства его жизни могут быть таковы, что он не может рискнуть пойти по этому пути, а, если это произойдет, потерпит финансовый или профессиональный крах, или его окружение может не оказывать ему поддержки в его затруднительном положении. Ранее я приводил случай пациента, отец которого был психотиком и чрезмерно ригидные защиты которого, вероятно, содержали нечто психотическое в глубинах его собственного бессознательного; он был одиноким холостяком и имел небольшой, но высокоспециализированный бизнес, и некому было присмотреть за ним или за его бизнесом, если бы он заболел. Это случай заблокированного анализа. Не было никакого шанса выяснить, смог бы он или нет смотреть в лицо глубочайшим вытесненным элементам своей психики. Другая пациентка, женщина, находящаяся в подобных обстоятельствах, со схожим психотическим фактором в ядре своих проблем, полагала, что если с ней когда-либо произойдет реальный срыв и ей придется стать пациенткой госпиталя для душевнобольных, то ее станут подозревать в профессиональной неадекватности и она не сможет работать, чтобы обеспечить свое будущее.

Если пациент нуждается в длительном регрессивном заболевании, с которым нельзя справиться дома, он может выйти из анализа и попасть в госпиталь, где его усилия будут направлены на насильственное подавление

своей болезни с помощью лекарственных средств, или электрошока, или госпитальной дисциплины, в то время как у психиатров или обслуживающего состава просто не будет никакой возможности хотя бы мельком взглянуть или понять его глубинные проблемы, а целью станет как можно быстрее поставить его на ноги. С другой стороны, бывают пациенты, длительный анализ которых, будучи достаточно успешным, наконец приводит к раскрытию глубинных уровней, что вызывает такие страдания, что пациент просто не может их вынести и может захотеть избавиться от них с помощью лечения электрошоком или самоубийства. Так, одна замужняя женщина средних лет, чья мать просто игнорировала ее, когда она была младенцем, помимо оказания ей рутинного физического внимания, выросла крайне шизоидной личностью. По сути у нее не было матери, которая испытывала бы к ней какую-либо подлинную личную привязанность, и поэтому у нее не было матери, к которой она сама могла бы испытывать какую-либо личную привязанность; таким образом, у нее не было никакой личной связи, в которой могло бы начаться восприятие ею себя как личности. Она была не единственным членом семьи, который испытывал страдания, однако, будучи самой старшей, страдала больше других. Спустя долгое время после начала лечения она однажды навестила своих родителей и увидела, что отец находится в одиночестве в одной комнате, а мать с другими членами семьи — в другой, и они сидят в гробовой тишине после ссоры. Через какое-то время она не смогла больше выдержать и ушла, а по пути домой внезапно вспомнила: «Но то же самое бывало в прошлом». Примерно в это же самое время младшая сестра заметила ей однажды: «Проблема заключается в том, что в нашей семье не хватает тепла».

После длительного анализа она начала испытывать приступы чувства абсолютной изоляции при пробуждении ночью. У нее появилось склонность к самоубийству,

требующая приема лекарств. Однажды лечивший ее врач общей практики внезапно заявил ее мужу, что у него нет времени на лечение таких случаев, и сказал: «Вычеркните вашу семью из списка моих пациентов и обратитесь за помощью к другому врачу». Это отвержение так сильно ее напугало, что на вызванной этими чрезвычайными обстоятельствами сессии в полдень того же дня я был не в состоянии установить с ней какой-либо реальный контакт. Она была в тисках страха, что другой врач не поймет ее и откажется давать ей то снотворное, в котором она нуждалась. Причем данный страх не был на самом деле столь уж безосновательным. Он породил у нее чувство, что я также бесполезен в такого рода чрезвычайных обстоятельствах и что ее муж окажется не в состоянии справиться с этой ситуацией; и напряжение вызовет у него повторный коронарный тромбоз. В ту ночь она приняла все оставшиеся у нее таблетки, и ее смогли спасти лишь с помощью интенсивного лечения в госпитале. Когда к ней вернулось сознание, первые ее слова были: «Знает ли об этом Г. (то есть я)? Понимает ли он?» Ее муж сказал ей: «Да». Когда позднее она смогла вернуться на анализ, она стала быстро продвигаться вперед, осознав, какие огромные усилия были затрачены для ее спасения, почувствовав, что в конечном счете она должна быть «желанна» в своей семье, и наконец сказала мне: «Наиболее убедительным для меня стало то, что ваше отношение ко мне ни на йоту не изменилось после всего происшедшего. Мне казалось, что вы будете на меня сердиться и откажетесь далее меня лечить».

В течение девяти месяцев она тихо и упорно продвигалась в своем становлении к коммуникативной и дружески настроенной личности. Ее муж и дочери сказали, что дома она стала более счастливым человеком. Затем внезапно, перед приближающимся недельным перерывом в связи с пасхальными каникулами, произошло драматическое изменение. Стало ясно, что, несмотря

на улучшение, ее потребность в больших дозах ночного снотворного означала, что ее глубинный страх полной изоляции все еще остался и нуждался в проработке. Она не смогла придти на последние две сессии перед каникулами, и ее муж позвонил, сказав, что у нее приступ мигрени. И я, и пациентка со своей семьей уезжали на две недели, и я смог только дважды поговорить с ней по телефону перед «разлукой», без какого-либо определенного результата. Во время пасхальных каникул сестре пациентки пришлось обратиться за помощью в госпиталь для душевнобольных и пройти лечение электрошоком от депрессии, а затем вышла из строя и сама пациента. Когда я снова ее увидел, то был шокирован произошедшими с ней изменениями: она стала толстой, отекшей и ментально очень отчужденной. Ее также требовалось госпитализировать. Она приписывала свое состояние шоку от болезни сестры, и по возвращении домой возобновила сессии, хотя раппорт предыдущих девяти месяцев был явно утерян. Я напомнил ей о двух приступах мигрени перед каникулами, и постепенно до нее дошло, что она начала чувствовать себя плохо еще до болезни своей сестры и использовала ее заболевание в качестве предлога, чтобы отвести свою тревогу от себя. Наконец наступил критический инсайт. Она вспомнила, что перед каникулами она долго чувствовала себя гораздо лучше, и внезапно ей пришла в голову мысль, что я скоро скажу ей, что она более во мне не нуждается и ее лечение можно закончить. Эта мысль породила у нее панику, и у нее возникли приступы мигрени, с целью помешать ее посещению сессий, где она могла бы услышать пугающий ее вердикт об окончании лечения.

Как показал конечный результат, ее проблема была более сложной, чем эта. В действительности она страшилась и продолжения анализа, так как это означало бы столкновение лицом к лицу с ее первичным вызывающим ужас чувством изоляции; однако она в равной сте-

пени боялась и прекратить анализ и находилась в затруднительном положении. Приступы мигрени маскировали острое напряжение между страхом прекращения и страхом продолжения анализа, и в комбинации с каникулами они породили у нее чувство, что она меня уже потеряла. Когда продолжился ее возобновленный анализ, я увидел, что она начала вновь испытывать ужасные состояния изоляции, которые она испытывала перед предыдущей попыткой самоубийства. Ее муж встревожился и сказал мне, что она определенно снова скатывается в то состояние психики, которое было у нее ранее. Не было никакого сомнения, что чувство полной изоляции вело свое происхождение от материнского пренебрежения на первом году ее жизни, однако тогда она была в значительной степени защищена от этого чувства тем, что дедушка, который очень любил ее, жил вместе с семьей, заботился и оберегал ее. Он умер, когда ей было примерно четыре года, и она была вновь отброшена к своей базисной изоляции. На данной стадии лечения пациентка отождествила возможную утрату меня в связи с окончанием лечения со смертью дедушки, чья кончина явно усилила ее тяжелый кризис в четырехлетнем возрасте, которого никто не понял и который оставил ее серьезно ушедшим внутрь ребенком. Анализ этих событий привел ее к первоначальному переживанию материнской депривации; и ее чувство полной изоляции и теперь проявило всю свою силу, погружая ее в отчаяние. Она ничего не могла делать, кроме как сидеть дома и горько рыдать, испытывая побуждение к самоубийству, а затем внезапно приняла решение. На следующей сессии она сказала: «Я больше не выдержу такое душевное страдание. Я не могу продолжать анализ. Данное переживание должно быть похоронено, или же я совершу самоубийство. Я хочу ЭЛЕКТРОШОК». Она была не в состоянии услышать, что это не даст ей того, что она хочет, и так как она настаивала, я сделал для этого приготовления. Такова была печальная

развязка. Успешный анализ выявил нечто такое, чему пациентка просто не могла смотреть в лицо.

Электрошок принес ей облегчение от непереносимого душевного страдания, однако ухудшил ее память, так что она не могла вспомнить, по какой причине проводился электрошок и почему она теперь не ходит ко мне на сеансы. Когда несколько дней спустя после электрошоковых процедур она казалась намного спокойнее, психиатр сказал ей, что надеется на стабилизацию данного состояния и что неблагоразумно вновь поднимать все со дна, продолжая анализ. Она подумала, что таким образом ей запрещалось вновь видеть меня, и в ту же ночь ее самоубийственное отчаяние вернулось в полной мере. Ей пришлось вернуться на анализ, и мы нашли, что электрошок несколько затормозил ее кризис в связи с неконтролируемыми эмоциями, что теперь она может вынести движение к более раннему периоду ее жизни, чем смерть дедушки, и что она явно заново переживала базисную травму первичного материнского небрежения. Последующий анализ изолированного младенца, который не мог развить подлинную самость в пустом мире, был изумительным опытом, который я частично опишу в следующей главе. Здесь я могу упомянуть о том, что, когда она в первый раз находилась в госпитале после своей попытки самоубийства, о ней исключительно хорошо заботился и сочувственно ее понимал работавший там консультант, но однажды его более младший коллега по собственной инициативе прочел ей жесткую лекцию, что и у других людей было трудное детство и что ей нужно собрать свою волю в кулак и выбросить из головы всю эту чепуху насчет самоубийства. Так что ему на время удалось испортить все то хорошее, что было сделано.

Факторы окружения, над которыми мы не имеем никакого контроля, могут, таким образом, сильно осложнять регулирование внутренних проблем, которые и сами по себе могут превышать пределы того, что в со-

стоянии выдерживать пациент. Возникает чувство, что, несмотря на продвижения в понимании, практически невозможно обеспечить такие условия, в которых радикальная психотерапия может быть доведена до успешного завершения. Чем глубже мы спускаемся, тем более уязвимым становится пациент к воздействию внешней реальности, в действительности становясь столь же уязвимым, каким он был в младенчестве. Тем не менее, имеют место реальные успехи даже в очень длительных случаях лечения. При благоприятных обстоятельствах некоторые пациенты могут выздороветь, а некоторые нет, но мы должны как можно тщательнее продолжать исследовать эту проблему.

Предостережение Фрейда[14]

Хорошо известно, что, по мере того как Фрейд становился старше, он делался все более и более осторожным в своей оценке терапевтической ценности психоанализа, хотя он сохранял прежнее уважение к психоанализу как к инструменту научного исследования психической жизни людей. Вполне возможно, что научный интерес преобладал у Фрейда над его человеческим интересом, ибо он высказывал очень низкую оценку человеческой природы в целом. У меня мало сомнений в том, что психобиология и теория влечений заставляли его считать свойственными человеческой природе те черты, которые в действительности были обусловлены психопатологическим развитием. Это не является хорошей основой для теории психотерапии. Теперь должно быть очевидно, что на практике психоанализ имеет ценность как инструмент научного исследования наиболее болезненных областей бессознательного чувства и импульса лишь в

[14] Здесь использован переработанный материал статьи "Терапевтический фактор в психотерапии", *Brit. J. med. Psychol.*, до того места, где исследуется взгляд Винникотта на психотерапию, на с. 356. Ch. XIII.

том случае, если у пациента есть основание считать, что этот метод имеет терапевтическую ценность и поможет ему стать той личностью, которой, как он думает, ему не удалось стать. Никто не собирается обнажать свой непереносимый скрытый дистресс для удовлетворения чьего-либо научного любопытства. Люди станут это делать, лишь если они будут твердо убеждены в том, что мы будем оставаться вместе с ними и в конечном счете облегчим их страдания, и даже в таком случае сотрудничеству препятствует громадное внутреннее сопротивление. Если бы вера в терапевтическую ценность психоанализа оказалась необоснованной, он имел бы не больше ценности как научный метод, чем лабораторные методы «объективной» психологии. Исследуемый человек просто не позволяет, чтоб какой-либо из этих методов касался болезненных областей его внутренней жизни. Все это достигается в некоем объективном знании исследователя о пациенте, без вовлечения какого-либо трансформирующего процесса излечения. Научное понимание *динамического субъективного* развития и функционирования человеческой личности будет достигнуто лишь путем совмещения исследования и терапии. Именно на это и претендует психоанализ, не просто наблюдая *поведение* извне, а разделяя болезненные субъективные *переживания,* скрытые за поведением пациента. Такова наша единственная надежда войти в эту тщательно охраняемую, прочно защищенную область страданий приватной жизни пациента.

Это делает осторожную оценку Фрейдом возможности психотерапии еще более проблематичной. Оптимизм и пессимизм терапии чередовались в истории психоаналитического движения, что подтверждает, что аналитики никогда не были слепы по отношению к трудностям. С одной стороны, бывают заблокированные анализы, негативные терапевтические реакции, получение интеллектуального инсайта без сопровождающего его эмоци-

онального изменения: травмы и озлобление человеческой личности могут заходить столь далеко и быть столь глубоко укорененными, что индивид кажется фактически недоступным для исцеляющих воздействий — и всегда существует бессознательное сопротивление лечению. С другой стороны, имеет место тот простой факт, что у многих пациентов действительно возникают важные изменения в личности, которых определенно не было бы, если бы не психоаналитическое лечение; не только исчезают симптомы, но люди становятся более счастливыми и эффективными. Трудно представить на публичное обозрение свидетельства этого, во-первых, потому, что природа нашей работы высоко конфиденциальна, и, во-вторых, потому, что у нас так мало аналитиков и терапевтов, что давление неотложной клинической работы оставляет слишком мало времени для детального исследования результатов. Кроме того, так как пациент продолжает жить дальше, нельзя говорить о *финальных* результатах лечения, а скорее о возможности дальнейшего движения с более глубоким пониманием и продолжая свое взросление. Нередко происходит, что пациенты спустя длительное время после окончания лечения пишут об улучшении. Мужчина-пациент через шесть лет после прекращения анализа написал о том, что он определенно не стоит на месте, постоянно двигаясь к все более глубокому пониманию и улучшению. Ему недавно приснилось, что он находится рядом с царицей (символической матерью) и, «к моему удивлению, она проявила ко мне подлинно дружеский интерес. Я чувствую, что это свидетельствует о благоприятном повороте, так как тот объект, который ранее воспринимался жестоким и вызывающим страх, становится более человечным и теплым». Его мать была холодной и интровертной. Он добавил: «Я все еще потрясен тем количеством страха и небезопасности, которое мы все носим в себе и которое ответственно за нашу слепоту, ложные цели, инер-

тность неправильных суждений и т.д. Это подобно путешествию в густом тумане, где лишь время от времени пробиваются проблески солнечного света, освещающие ландшафт неиспорченного мира». До психотерапии в его внутреннем мире почти исключительно доминировали внутренние плохие объекты и параноидальная атмосфера. Мотив простого сострадания к мучающимся людям, который играет важную роль в намерении человека стать психотерапевтом, лечащего пациентов скорее их «пониманием», нежели «работой над» ними, позволяет не считать виноватым пациента, который из «благодарности к заботе терапевта» не принуждает себя к достижению быстрого улучшения. Следует быть готовым пройти с пациентом весь путь, каковы бы ни были его затруднения, и было бы невозможно делать это год за годом, если бы не свидетельства не только огромных ограничений, но также реальной эффективности этой работы. Проблема природы психотерапии требует непрерывного исследования.

Научное подтверждение психотерапевтических результатов

Здесь может быть полезно бросить короткий взгляд на трудности подтверждения терапевтических результатов. Тем, кто, подобно Айзенку, пытались получить статистическую оценку результатов, предназначенную для выявления неудач психотерапии, следует посоветовать, в каждом случае, представлять такую оценку лишь совместно с параллельным статистическим исследованием неудач психиатрии и бихевиоральной терапии. Госпитальный психиатр недавно сказал мне, что 33% поступающих к ним пациентов — это повторные поступления, и мне приводили и гораздо более высокие цифры, чем эти. В настоящее время психиатры во многих случаях пытаются использовать технические приемы бихевио-

ральной терапии, но ни один из них, насколько мне известно, не опубликовал статистику неудач. Единственное твердое заключение, которое может быть выведено, это о том, что проблемы душевного здоровья являются намного более тонкими и сложными, чем это доступно нашему современному пониманию и методам лечения. Партизанские попытки открытого осуждения любого метода лечения характеризуют критика как человека с ненаучным мышлением и предвзято настроенного. Так, Айзенк (если взять лишь один пример) пытается статистически доказать, что два из трех невротиков излечиваются или получают улучшение в течение двух лет без психотерапии. Однако в 1950 г. автор данной книги провел по радио несколько коротких бесед о «нервах», в ответ пришло свыше 1500 писем от радиослушателей. Большое число пожилых людей сообщали о том, что впервые они испытали нервное расстройство в конце второго или в начале третьего десятка лет жизни и с тех пор у них наблюдаются повторяющиеся рецидивы с интервалами от трех до пяти лет, вплоть до их теперешнего возраста — от пятидесяти до семидесяти лет. Некоторые из этих пациентов неоднократно госпитализировались и лечились разнообразными методами; многие спонтанно выздоравливали, но спустя определенное время все они повторно испытывали рецидив болезни. Все эти случаи были бы включены Айзенком в категорию «излечившихся или получивших улучшение в течение двух лет», что оказывается просто бессмысленным.

Неудивительно, что происходят ремиссии явно выраженного невроза, так как болезнь является эмоциональным кризисом и эмоции неизменно колеблются в своей интенсивности. На тревоги даже глубинного происхождения оказывает сильное воздействие, способствующее их стимуляции или затуханию, любое изменение обстоятельств. Эмоциональные кризисы являются реакциями на изменяющиеся ситуации как внутри психики,

так и во внешнем мире, и естественная и автоматическая защита вытеснения не является фиксированной или постоянной. Продолжается борьба за подавление расстраивающего чувства, и вытеснение ослабляется или вновь усиливается вследствие постоянно изменяющейся жизненной ситуации. Исчезновение симптомов не является «излечением». Столкнувшись с такой громадной проблемой, как массовое ментальное нездоровье в обществе, мы благодарны любому *ослабляющему симптом лечению*, которое может доказать свою полезность, будь то бихевиоральная терапия, лекарственная, электрошок или любая другая; однако *психотерапия принимает на себя ответственность работы над чем-то более фундаментальным; долгосрочными стабилизирующими изменениями во всей личности.* С какими бы разочарованиями мы ни сталкивались, эта цель все еще остается реальной целью психотерапии, даже когда сам психотерапевтический метод может использоваться для ценных краткосрочных улучшений. О психоаналитической терапии можно справедливо судить лишь в свете того, к какой цели она в конечном счете стремится.

Полезно более пристально посмотреть на вопрос научного подтверждения психотерапевтических результатов не только потому, что это прояснит природу психотерапии, но и в особенности потому, что многие психодинамически ориентированные социальные и судебные работники и воспитатели, обученные широкому психоаналитическому подходу, находятся под огнем критики психологов и других коллег, которые имеют теоретическое научное образование и часто прискорбно невежественны в реалиях, находящихся вне рамок «науки» в узком смысле этого слова. Социальные работники обычно подходят к своей деятельности на основании гуманитарного образования и нередко находятся в растерянности, не зная, как реагировать на критику со стороны «ученого», что их работа, якобы, является чисто субъективным

угадыванием и не может быть научно оценена или даже научно обоснована. Это поднимает самую серьезную и глубокую интеллектуальную проблему нашего времени. В течение многих веков мы имели культуру, основанную на «вере», в которой вся реальность была «личностно окрашенной». В последующем эта культура все в большей мере заменялась цивилизацией, основывающейся на «объективном научном знании материальной действительности», и становилась все более обезличенной. Но теперь наконец, и очень во многом благодаря работе Фрейда, с ее яростными интеллектуальными битвами, наука столкнулась с феноменом самой человеческой личности, требующим нового измерения и новых знаний, и очень не хочет признавать эти факты. Научная ортодоксия борется за то, чтобы иметь дело с «человеком» на основе старых «объективных методов исследования», пригодных для изучения материальной действительности. «Научное» исследование «человека» разделилось на два совершенно различных подхода: так называемую «объективную» психологию и «психодинамику», которая изучает «субъективное переживание человека как личности», за которой «объективная» школа не хочет признавать научный статус. Я говорю «так называемая объективная психология», потому что наше субъективное переживание себя как личности в такой же самой степени является объективной реальностью, упрямо существующим фактом, как и любое другое материальное явление или процесс. Тем не менее, личность нельзя изучить извне. Это такой феномен, который мы можем «узнать» лишь изнутри. Психодинамические исследования в наше время распространяются все шире и приводят к еще одной крупной переориентации нашей культуры и цивилизации. Те люди, которые нелепо отрицают научную реальность психодинамических исследований, косвенно подтверждают, что прогресс человеческой мысли подошел к финалу определенного типа научной теории

и философии. Этот вопрос приобретает в наши дни такую значимость, что я более подробно рассматриваю его в 14 главе, посвященной концепции психодинамической науки.

Я лишь добавлю здесь, что в наши дни значительная часть психиатрии и бихевиоральной терапии является скрытой попыткой заставить науку взять на себя ответственность за человеческую жизнь. В то время, когда все философы науки расширяют границы научных представлений, психотерапия должна высвободиться из ложного подчинения ортодоксальному научному взгляду последних нескольких столетий. Дело науки не в том, чтобы заменить нашу личностную сущность, а в том, чтобы снабдить нас инструментами, которые помогали бы осуществлению наших целей. Наука не может взять на себя или обеспечить какую-либо замену в важной сфере создания личных взаимоотношений, в которых мы можем переживать реальность как сами по себе, так и совместно с другими людьми и, таким образом, находить смысл и ценность в жизни. Психотерапия является частью этой сущностной «человеческой жизни», и ее целей нельзя достичь с помощью безличностных технических приемов. Психотерапия должна использовать психодинамическое знание, которое обладает своей собственной объективностью и является подлинно «психологической наукой», будучи инструментом, помогающим человеческой личности устанавливать личные связи такого рода, которые содействуют и «ускоряют» (см. Винникотта) ее зрелость. Нам иногда говорят не только ученые, но и некоторые теологи, что «человек» на данной научной стадии истории наконец «повзрослел». Это явно слепая и невежественная чепуха. Чего мы достигли, так это того, что «естественная наука» сделала для нас доступным знание, значительная часть которого используется деструктивно из-за нашей хронической психологической незрелости. Лишь в наше время работа Фрейда и его исследователей начала

разрушать самодовольство и побуждать нас смотреть в лицо этому факту.

В свете этого мы можем вернуться к статистическим исследованиям психотерапевтических результатов и увидим, что они на самом деле полностью лишены смысла по трем причинам.

(1) Не принимается во внимание желание пациента достичь или не достичь выздоровления. Тесты, которые могут быть применимы к объективным данным, неприменимы к субъективным. Многие пациенты чувствуют свою вину по поводу лечения в связи с противодействием осуждающего такое лечение окружения или потому, что считают , что не должны обсуждать своих родителей и друзей за их спиной, даже для того чтобы выздороветь. Эта вина становится еще более серьезной и препятствует лечению, когда она бессознательна, как на это указывал Фрейд в «Я и Оно». И часть психотерапии состоит в проработке таких проблем, однако успех вряд ли будет неизменным. Некоторые типы пациентов — агрессивных и желающих всегда властвовать над другими людьми или любой ценой быть независимыми — крайне трудно принимают психотерапию. Они всегда тайно хотят фрустрировать и побеждать своего терапевта, даже за счет сохранения своей болезни. Принятие помощи воспринимается как «подчинение», и так как их систематически принуждали «подчиняться» доминирующему родителю, то это последнее, что они готовы когда-либо повторить с кем-нибудь другим. Некоторые пациенты искренне страшатся эмоционального расстройства, с которым они могут столкнуться лицом к лицу при радикальном психоанализе; они, возможно, конституционально обладают малой способностью выносить напряжение и тревогу. Иногда человеческое окружение пациента является столь фрустрирующим, что не возникает какой-либо иной альтернативы, чем болезнь, и поэтому у него нет реальной побудительной причины выздороветь. Одна

очень чувствительная женщина-пациентка, чей муж был жестоким, непредсказуемым человеком, вследствие важных причин считала себя не в состоянии его покинуть, и болезнь была в действительности ее единственной защитой, если она оставалась с ним. По крайней мере, при этом она могла находиться в контакте с врачом, выходя на некоторое время из-под воздействия своего мужа. И опять же, некоторые пациенты начинают психотерапию не потому, что сами действительно ее хотят, а потому, что кто-то другой, врач или родственник, ее рекомендует, а сами они в действительности не представляют, к чему это может привести. По мере понимания пациенты могут откликнуться на лечение или нет.

(2) Статистические исследования не принимают в расчет фундаментальный фактор, о котором мы говорили на протяжении всего нашего исследования. Шизоидный пациент настолько переполнен страхом, что его базисной стратегией в жизни становится избегание всех личных связей, несмотря на потребность в них, и запрет на появление каких-либо чувств, если он в состоянии это сделать. Все это может привести к неспособности установить реальную связь с психотерапевтом, достаточную для успешной психотерапии. Здесь возникает дилемма: пока психотерапия не поможет пациенту меньше бояться взаимоотношений, он не сможет получить большую пользу от лечения, однако до тех пор, пока он не будет в состоянии спонтанно осуществлять эту связь из-за своих тревог, лечение не может продвигаться. Данная проблема не является неразрешимой, иначе психотерапия была бы невозможна, однако она составляет, вероятно, главную трудность в лечении. Можно лишь спокойно продолжать лечение, сочувственно направляя внимание на связанные с взаимоотношениями страхи, делая их сознательными, так чтобы пациент мог неоднократно проверять правомочность их появления в своем опыте

отношений с терапевтом. Каждому терапевту знаком пациент, который только начинает входить в некоторый раппорт, а затем внезапно становится отчужденным. Такое состояние дел приходится снова и снова анализировать. Так как не все пациенты испытывают это затруднение в одинаковой степени, простые статистические сравнения невозможны.

(3) Это приводит нас к наиболее серьезному упущению в каком-либо статистическом анализе психотерапевтических результатов. Такой анализ не может принять во внимание взаимоотношения между пациентом и терапевтом. Если бы терапия была чисто объективной научной процедурой или «методом», это не имело бы значения. Реакция пациента на врача при органическом заболевании не настолько важна, но все меняется, когда мы обращаемся к психосоматическим заболеваниям. Терапевтическая сила прежнего семейного врача в очень высокой степени зависела от его личности и от взаимоотношений между врачом и пациентом. В сфере психологического исцеления это становится крайне важным фактором, который никакой статистический анализ результатов не может ни запротоколировать, ни оценить. Аналитики имеют индивидуальные стили и лучше работают с одними типами пациентов, чем с другими. Это вопрос не только обучения и техники. Пациент и терапевт должны «подходить» друг другу для достижения наилучших результатов. Гроддек отказался бы лечить пациента, если бы тот не подходил ему. «Выбор аналитика» крайне важен с точки зрения пациента. Пациент не может обратиться к какому угодно терапевту с равными шансами на успех, исходя из предположения о том, что «терапевтический процесс» будет идти автоматически. Это осложняет организацию клиник, но тем не менее это факт. Такие факторы слишком трудно определить, чтобы их можно было измерить только лишь статистическими

шкалами. Широкое заключение Айзенка, что «данные не могут подтвердить гипотезу о том, что психотерапия ослабляет или излечивает невротическое заболевание», является скороспелым ненаучным обобщением или предрассудком, основывающимся на неадекватных методах исследования. Вполне может быть, что некоторые ранние нарушения личности стали необратимыми, и нельзя найти психотерапевта, кто бы стал работать с явно склонным к убийству психопатом. Однако нам не требуется доказывать, что психотерапия должна быть стопроцентно эффективной, или даже частично эффективной, в *каждом* случае, для того чтобы показать, что она является реальной ценной возможностью.

Требуется намного более строгое определение психотерапии. Некоторые люди говорят о психотерапии как о «лечении разговором», как если бы любая разновидность разговора, осуществляемая каким угодно психиатром или психологом, сколь бы мало обученным психотерапии он ни был, может рассматриваться как психотерапевтическая практика. Я могу сказать, что психотерапия является единственным методом лечения, который разрешено практиковать врачам без специального обучения. Другие люди говорят о психотерапии как о «консультировании», что может означать все что угодно — в диапазоне от экспертного понимания до «накачки» и авторитарных советов. Психотерапия — это термин, который в настоящее время становится бессмысленным, если он не обозначает глубинное квалифицированное психодинамическое лечение личности. Все иное является «психологической первой помощью», сколь бы ценной и необходимой она часто ни оказывалась на практике. Именно динамические личностные факторы являются ключевым вопросом в психотерапии, как это становится все более ясным, когда мы пытаемся добраться до более глубоких слоев расстройства индивида, и эти факторы в целом слишком трудноуловимы, чтобы они могли при-

ниматься во внимание статистическими исследованиями результатов психотерапии. Такие исследования не предусматривают необходимость изучения личности и развития взаимоотношений между пациентом и терапевтом в *каждом случае*, прежде чем станет возможно оценить природу результатов или причин для успеха или неудачи. Айзенк говорит об «излечении» или улучшении «без помощи психотерапии», однако он не делает никакой попытки придать смысл этой фразе посредством изучения жизненной ситуации и личных связей, среди которых пациент выздоравливает или нет. Нет такой вещи, как улучшение «без помощи психотерапии», ибо в самой жизни имеются свои психотерапевтические факторы, научным осмыслением которых является профессиональная психотерапия. Ячейки статистической сети (смотрите Эддингтона) слишком велики, чтобы отлавливать эти факты межличностных взаимоотношений, но это не причина считать, что они не являются фактами.

В письме к издателю *Ежеквартального бюллетеня британского психологического общества* (апрель 1952) Айзенк сравнил «работы, посвященные научным (экспериментальным и статистическим) исследованиям в аномальной психологии» с «работами, связанными с идеографическими, психоаналитическими и другими «динамическими» темами». Первые он назвал «фактическими», а вторые — «спекулятивными», и последовательно утверждал эту точку зрения в своих публикациях. Ошибка отказа в статусе «факта» тому, что нельзя учесть своим излюбленным методом, должны быть очевидна. Однако такая опасность ограниченности исключительно «научно» ориентированным мировоззрением все еще так широко распространена, что я буду более полно ее рассматривать в 13 главе, которая посвящена психотерапии как практической процедуре, включающей в себя искусство поддержания актуальной личной связи. Она может быть исследована научным образом, но не теми

методами, которые не могут определить крайне важные личностные факторы мотивации, понимания и эмоциональной связи. Сама концепция науки здесь должна быть расширена за рамки чисто объективного исследования «фактов» материального мира. В психотерапии два терапевта могут лечить два схожих типа пациентов, используя одну и ту же технику и интерпретации, и однако то, что в действительности происходит в ходе этих двух лечений, может быть полностью различным, приводящим в одном случае к блокировке прогресса, а в другом — к терапевтическому успеху. Мы были бы введены в заблуждение, если бы стали приписывать терапевтические результаты исключительно нашей технике исследования и/или нашей теории. *Техника помогает нам исследовать те проблемы, которые терапевтическая связь, когда она является подлинно терапевтической, помогает раскрывать пациенту. Это такая связь с терапевтом, которая рождает ситуацию, благоприятную для решения проблем.* Эта «теория терапии объектной связи», которая всегда подразумевалась в различных аспектах проблемы «переноса», была впервые изложена самим Фрейдом, когда он писал о своем решении отказаться от гипноза и отреагирующей[15], катартической техники, следующим образом:

> «Справедливо, что исчезновение симптомов шло совместно с катарсисом, но, как оказалось, общий успех целиком зависел от связи пациента с врачом... Если эта связь нарушалась, все симптомы возникали вновь, как если бы они никогда не были ранее прояснены» (1922, p. 237).

---

[15] Отреагирование (abreaction) – разрядка посредством речи аффектов, связанных с воспоминаниями о перенесенной травме. – *Прим. перев.*

XIII. ТЕОРИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ И ПСИХОТЕРАПИЯ:

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ

В предыдущей главе делался акцент на том, что диапазон «действия» психоаналитической техники зависит от связи между терапевтом и пациентом и что, по словам Фрейда, «общий успех целиком зависит от связи пациента с врачом». Мы должны далее тщательно исследовать те динамические личностные факторы, которые являются ключевыми в психотерапии.

Личная связь пациента и терапевта: перенос

Лучше всего подходить к более глубокому обсуждению связи пациент—терапевт, исходя из отправной точки данного Фрейдом определения феноменов переноса, ибо хотя перенос не определяет всю проблему, он является крайне важной ее частью. Это один из тех вопросов, которые были столь тщательно исследованы, что, возможно, по их поводу трудно сказать что-то новое, но нас интересует возможность их соотнесения с более свежими взглядами на терапевтическую связь. У меня сложилось такое впечатление, что некоторые авторы относятся к переносу, как если бы любые связи были ничем иным, как переносом, и что других взаимоотношений и быть не может. Если бы это было справедливо, то в терапии не могло быть достигнуто никакого прогресса. *Представление Фэйрберна о психотерапии как об «объектных связях» заключается в том, что это процесс, в котором трансферентные связи, как позитивные, так и негативные, прорабатываются до тех пор, пока не приведут к хорошей реальной связи любого возможного*

вида и могут быть удачно использованы терапевтом и пациентом. Некоторые пациенты могут приблизиться к неплохому результату и закончить лечение, приписывая полученный результат чему-либо иному, чем помощь терапевта. Они не хотят быть чем-либо обязаны терапевту. Это показывает, что достигнутые результаты достаточно хороши для практических целей, однако они не полностью разрешили затруднения пациента в человеческих взаимоотношениях. Хотя ни одно лечение не может достичь совершенных результатов, действительно хороший результат должен делать пациента способным на радостное выражение искреннего чувства благодарности и на дружеское чувство к терапевту, совместно с вполне реалистической его оценкой как человека. Возможно, мне лучше всего удастся объяснить, что я имею в виду, на собственном случае. Мой анализ у Фэйрберна привел к возникновению между нами обычной дружбы, с перепиской, обычно по психоаналитическим вопросам, и случающимися время от времени визитами, когда мои дела приводили меня в Эдинбург. У нас было много общего в психологических и философских интересах. Я знаю, что он уважал мое понимание его работы, а я уважал его целостность, стабильность и глубокую человечность. Время от времени он высказывал взгляды, с которыми я не был согласен, и если бы состояние его здоровья в последние годы жизни сделало возможным более энергичное обсуждение, то у меня нет никаких сомнений в том, что мы открыли бы довольно глубокие разногласия и, я думаю, отнеслись бы к этому с уважением, это ни в коей мере не нарушило бы нашу дружбу. Это представляется мне «реальной связью такого рода, которая возможна и уместна между терапевтом и пациентом».

Естественно, не каждое лечение заканчивается такого рода дружбой. Хороших результатов можно достичь и с пациентами, с которыми мы имеем мало общего вне терапевтической ситуации, при условии, что базисная

«человеческая терапевтическая связь» является подлинной. Тем не менее, подлинные дружеские чувства будут существовать. Недавно одна пациентка, лечение которой закончилось пару лет тому назад, написала мне следующее: «Я подумала, вам будет интересно узнать, что моего старшего сына пригласили сыграть пробный матч за молодежную сборную Англии по регби». Меня очень заинтересовала эта информация, так как мне было известно, с какими трудностями ранее сталкивалась эта семья и как она их преодолевала, и у нас произошел очень интересный разговор на эту тему. Успешное психотерапевтическое лечение должно заканчиваться, содействуя чему-то постоянному и подлинно хорошему в человеческих взаимоотношениях в жизни пациента, даже в тех случаях, когда пациент и терапевт никогда более не видят друг друга. Несомненно, что все терапевты испытывают радость, получая время от времени письма от бывших пациентов, свидетельствующие о том, что у них все в порядке и что они не забыли об оказанной помощи. Однако мы забегаем вперед, и нам следует вернуться и сначала взглянуть на перенос.

Фактор личной связи между аналитиком и пациентом был понят Фрейдом и включен в корпус психоаналитического учения под термином «перенос». Фрейд видел, как бóльшая часть эмоциональных реакций пациента на аналитика играет свою роль в лечении, и одно из его главных открытий, которое всегда будет иметь силу, в том, что эти эмоциональные реакции повторяют испытанные пациентом в прошлом, которые он до сих пор бессознательно чувствует по отношению к своему родителю и другим важным фигурам детства. Некоторые пациенты долго по большей части вытесняют свои чувства к терапевту и сохраняют сознательно контролируемые хорошие с ним взаимоотношения, завоевывая и сохраняя одобрение с его стороны. Другие начинают с открытой враждебности и противостояния, связанных с негодо-

ванием по поводу того, что они вынуждены искать помощи из-за своей болезни. Многие терапевты считают, что это намного лучше, когда враждебность откровенно выходит наружу с самого начала лечения. В действительности пациенты испытывают и те и другие чувства, и в то время как один вид реакций является осознаваемым, другой вытесняется в бессознательное. Нет надобности говорить о том, что такое вытеснение некоторых чувств, подобно всякому вытеснению, само является бессознательным и автоматическим. Это просто повторение ранней ситуации детства, как ее переживал конформистский и проблемный ребенок.

Иногда пациент вообще не осознает свои чувства к аналитику, и крайне сопротивляется какой-либо интерпретации его поведения, направленной, чтобы помочь ему осознать эти эмоциональные реакции. Отчужденному пациенту ненавистен сам «соблазн» личной связью. Один пациент сказал: «Я скорее стану вас ненавидеть, чем любить», а другой: «Ненависть намного более безопасна, чем любовь». Однако, если это возможно, они предпочитают вообще ничего не чувствовать, и до тех пор, пока такое положение дел сохраняется, не происходит ничего существенного. Фрейд видел, что пациент «переносит» на терапевта вытесненные и запретные инфантильные реакции как любви, так и ненависти, которые он в детстве испытывал к своим родителям. Он считал, что текущий невроз должен быть заменен неврозом переноса, в котором все эти чувства испытываются по отношению к терапевту, если мы хотим достичь «излечения». Как обычно, Фрейд сделал первый шаг в распутывании крайне сложной проблемы. Не все можно увидеть с самого начала. Фрейд определил значение этого фактора личной связи в лечении, однако он смотрел на него в большей мере с точки зрения реакций пациента на аналитика как субститута родителя, чем того воздействия, которое аналитик оказывает на пациента в текущей *реальности*. Эти

два компонента смешаны между собой, и аналитическое лечение должно их распутывать, чтобы в конечном счете пациент смог начать испытывать подлинные чувства без искажений, вносимых реакциями переноса.

Позднее пришло понимание того, что и аналитики испытывают контрпереносы на своих пациентов, которые должны сходным образом анализироваться. Их интенсивность будет находиться в прямой связи с незавершенностью аналитиком своего личного анализа. Этот личный анализ должен быть, по крайней мере, достаточно продвинутым, чтобы позволять аналитику осознавать и работать над своими контрпереносами. Когда я однажды сказал Фэйрберну: «Контрпереносы должны быть вредны для пациента», он ответил: «Вы можете нанести пациенту больший вред, если вы чрезмерно боитесь контрпереноса». Причина этого, понятно, заключается в том, что если терапевт исключает всякое личное чувство по отношению к пациенту (что на самом деле может быть сделано лишь путем вытеснения, либо в том случае, если аналитик является шизоидным интеллектуалом) в интересах чисто научной объективности, то в таком случае пациент совершенно оправданно будет считать, что он имеет дело с таким человеком, который не испытывает к нему никакого подлинного интереса *как к личности*. Пациенты в любом случае часто переживают подобные чувства. Они говорят: «Вы не можете по-настоящему беспокоиться на мой счет. Для вас я лишь один из толпы пациентов. Для вас я лишь имя в списке случаев заболеваний. Я нуждаюсь в чем-то более персональном, более человеческом, чем анализ. Мне требуется испытывать чувство, что вы заботитесь обо мне, что вы мой друг». Естественно, во всем этом присутствует много от переноса. За всем этим скрывается неудовлетворенное страстное желание родительской любви, и оно может скрытно выражаться в сексуальных фантазиях относительно интимных отношений с терапевтом. Здесь нет ничего, что

не встречалось бы, когда люди знакомятся друг с другом в повседневной жизни, однако аналитику приходится отделять, что исходит из прошлого, а что действительно принадлежит текущей встрече двух людей, из которых один желает помочь другому в нахождении его человеческой сущности. Этот последний момент проясняется лишь по мере избавления от переноса (хотя в человеческой жизни нет какого-либо совершенства, и этот процесс никогда не может быть завершен).

Вытесненные сексуальные фантазии по отношению к терапевту и родителям могут становиться сознательными, если пациент чувствует себя в достаточной безопасности с терапевтом. Иногда они могут быть просто прегенитальными и инфантильными, и тогда быть даже еще более расстраивающими для пациента, как в следующих двух примерах. Замужняя женщина на четвертом десятке лет жизни, имеющая троих детей, чувствующая себя не в состоянии адекватно справляться со своими обязанностями, внезапно ощутила сильное желание прибежать ко мне, взобраться ко мне на колени и, свернувшись калачиком, заснуть, как она это делала раньше, засыпая на коленях у своего отца. Другой пациент, директор школы на пятом десятке лет жизни, испытал сильное желание положить свою голову на мое плечо и чтобы я при этом его обнимал, вспомнив, что, когда его отец держал его на своих руках, он клал голову к нему на плечо. Это переживание было для него столь реальным, что он мог чувствовать запах табака, исходивший от трубки отца. Но должны ли эти чувства анализироваться как просто «ранние эротические желания, от которых следует избавиться»? Не являются ли они драгоценными воспоминаниями о времени, когда взаимоотношения родитель ребенок были хорошими, и поэтому регрессией, под давлением текущего напряжения, к ранней безопасности, которая была утрачена? Возрождение этих чувств в переносе было знаком того, что родителям с того времени

не удалось помочь ребенку продвинуться к более зрелым взаимоотношениям. Отец будущего директора школы, в действительности, стал холодным отчужденным человеком, по мере взросления сына, и они утратили контакт. Пациент нуждался, чтобы я был таким человеком, с которым он мог бы вернуться к моменту, где остановилось его развитие, с тем чтобы освободить себя для дальнейшего роста. Этого нельзя достичь с помощью буквального возрождения первичного взаимоотношения отец—ребенок, но этого можно достичь в принятии и полного симпатии понимании всей его позиции.

Аналитик как экран проекции и как реальный объект

Первоначальное представление об аналитике просто как об «экране проекции» фантазий пациента в настоящее время уже отвергнуто в своей застывшей простой форме, однако все еще должно приниматься во внимание. Пациент испытывает *личные* потребности по отношению к терапевту, которые не исчерпываются переносом инфантильного эротизма, так как он нуждается в том, чтобы терапевт помог ему как личности. Когда анализ переноса имеет успех, возникают эмоциональные потребности пациента по отношению к аналитику, и они ничуть не менее реальны, хотя и возникают сначала в незрелых формах, принадлежащих к тому уровню бессознательной детской жизни пациента, которую открыл психоанализ. Психотерапия зависит в конечном счете от их удовлетворения. Инфантильное эго пациента может расти лишь при наличии подлинных объектных связей. Если терапевт настаивает на том, что на самом деле он проявляет только научный интерес, без какого-либо личного чувства к пациенту, он повторно нанесет пациенту ту первоначальную эмоциональную травму, которую тот получил от родителей и которая заложила основы его болезни. Те пациенты, у которых были сиблинги, скажут:

«Для вас я лишь один из многих пациентов», а другие скажут: «Вам не следовало бы иметь других пациентов, помимо меня». Когда такие реакции анализировались, я часто добавлял следующий комментарий: «Если вы можете быть уверены в том, что вас любят, лишь при отсутствии соперников, вы никогда не будете чувствовать себя в безопасности. Когда вы думаете о том, чтобы заполучить кого-либо в полное ваше распоряжение, вы на самом деле живете в страхе перед появлением соперника, и, если это произойдет, вы станете думать, что человек, в котором вы нуждаетесь, оставит вас ради другого. Вы можете почувствовать себя в безопасности, лишь когда поймете, что вас могут ценить и о вас могут заботиться из-за ваших собственных достоинств, невзирая на присутствие других людей». Эти пациенты ищут связи родитель—ребенок, потому что того, что они получали ранее, было недостаточно для формирования основ сильной личности. Они могут хотеть этого, бессознательно или сознательно, в эротических формах, как инфантильных, так и эдипальных, однако если они получат только это и ничего другого, это будет содействовать сохранению их в эмоционально незрелом состоянии. Несомненно, что именно это и происходит в некоторых браках, где партнеры являются эмоционально инертными.

Однако, если бы пациент на самом деле был лишь «одним из толпы пациентов» для терапевта, как можно было бы ему помочь развивать чувство собственной реальности и ценности как личности? Основой для выздоровления пациента могут стать три следующих стадии. Во-первых, он нуждается в родительской фигуре как защитнике от сильной тревоги. Он может осознавать это или сопротивляться этому, но, сознательно или бессознательно, он воспринимает себя как тонущего человека без спасательного пояса. Психотерапевт сначала является его спасателем от безнадежно проигрываемой борьбы с теми проблемами, которых он не понимает. Если

устанавливается хороший раппорт, пациент испытывает желание сказать: «Мне кажется, что вы первый человек, который меня понимает или пытается меня понять». Как это выразил один пациент: «Аналитик лучше, чем молитвы». Но такая открытая зависимость эквивалентна одному аспекту связи родитель—ребенок. Она является потребностью ребенка в целиком поддерживающей, защищающей, утешающей любви как основе существования. Вторая стадия включает в себя анализ того, что препятствует установлению таких отношений из-за прежних неадекватных связей с реальными родителями и в семейной группе. Все это — настоящий перенос.

Что бы мы ни имели в виду под «излечением», или «взрослением», или способностью завершить лечение, все это предполагает выход за рамки двух первых стадий к третьей стадии. Не то чтобы эти стадии резко отделялись друг от друга, на всем протяжении анализа они трудноуловимым образом перемешаны. Но этот третий аспект должен все более и более доминировать к концу лечения. Здесь пациент начинает, вначале смутно, понимать, что то, в чем он нуждается, это любовь стабильного родителя, с помощью которой ребенок растет к собственной индивидуальности, к созреванию силы собственной самости, отделяется без чувства «отрезанности», и при этом первоначальная связь с родителями развивается во взрослую дружбу. Эти три стадии могут быть суммированы как раппорт, перенос, повторный рост или взросление. Обычно по поводу последней проблемы возникают наиболее критические вопросы. Достаточно ли теперь у данного пациента базисного эго, чтобы он был в состоянии продвигаться к взрослению, или же мы открываем внутреннюю пустоту, потому что первоначальный материнский уход не был достаточно хорош для адекватного эго-развития? Это наиболее трудная терапевтическая проблема, и в этом случае психотерапевт должен контактировать с пациентом таким образом, который позволя-

ет пациенту находить свою собственную реальность и испытывать подлинное «рождение и рост эго», что было невозможно с его родителями. Это нечто более глубокое, чем вопросы по поводу удовлетворения инстинктивных потребностей или конфликтов в связи с ними — эти вопросы являются второстепенными аспектами тотальной самости, зрелой или незрелой. Здесь же мы озабочены самим *существованием* значимой самости как отличной от простого психического существования, утратившего первичное единство. Психотерапевт должен быть способен оказывать пациенту поддержку с неослабевающей заботой и пониманием, в то же самое время не пытаясь ему навязывать своих взглядов, давая ему свободу развивать собственную уникальную самость. Терапевт не сможет помочь пациенту достичь этой цели, если не испытывает по отношению к нему подлинного чувства. Поэтому терапевт не должен бояться подлинно личных связей, в которых нуждается пациент.

Тем не менее, каким бы адекватным ни был терапевт, пациенту все равно требуется длительное время, чтобы принять аналитика как несущую освобождение личность, и еще больше времени нужно, чтобы пациент увидел в терапевте человека, с которым можно найти свою подлинную самость. Нельзя избежать анализа переноса по мере того, как все страхи, недоверие и негодование, испытанные пациентом по отношению к родителям, вновь выходят на поверхность, а его потребности в зависимости противостоит страх вовлеченности со всеми ограничивающими и отвергающими отношениями, проецируемыми на аналитика. Здесь незаменима классическая психоаналитическая техника. Психоаналитический инсайт терапевта должен направлять его интуитивное понимание, основанное на опыте, давая ему возможность помогать пациенту осознавать его проблемы и встречаться с ними лицом к лицу, как на эдипальном, так и на шизоидном уровне. Ибо вполне может быть, что ре-

зультатом открытого анализа эдипальных трансферентных феноменов будет не немедленное освобождение пациента для развития зрелой взрослой любви, а лишение его защит против основной проблемы — глубинного чувства внутренней пустоты, которое показывает, что не было никакого старта в развитии эго. Теперь терапевт должен стать человеком, с которым пациент сможет переживать свою реальность и который может время от времени видеть в пациенте нечто такое, чего тот не может заметить сам, потому что никогда не испытывал этого ранее. Теперь терапевт должен постигать не вытесненные конфликты пациента, а его непробужденные возможности развития личностных связей и творческой активности и давать ему возможность чувствовать себя «реальным».

Этого не получится, если сам терапевт не является «реальной» личностью, дающей пациенту возможность «реальной» связи в ситуации лечения, помимо и вне трансферентных связей. Такие отношения могут развиваться более открыто, опираясь на устойчиво углубляющееся доверие пациента к аналитику, без чего пациент недалеко сможет продвинуться в решении своих проблем, какой бы корректной ни была техника анализа. Он должен иметь *некоторую твердую почву под ногами в текущей реальности*, если он хочет оживить, осознать и проработать проблемы своего прошлого, тем более если эти проблемы возникли на очень раннем младенческом уровне. И даже тогда нет какой-либо гарантии, что пациент сможет или станет использовать помощь аналитика, чтобы выбраться из своей нереальности. В конце концов, он человек, который может преследовать собственные цели, отличные от тех, которые привели его на лечение. Терапевт не может сделать ничего большего, чем дать пациенту возможность терапевтической связи и некоторое основание для чувства, что это стоящая цель. У него нет власти принудить пациента к улучшению против

воли последнего. На всем протяжении лечения пациент постоянно открывает, что следование некоторым целям представляется ему более важным, что выздоровление или решение личностных проблем. Он может быть полон решимости отомстить своей семье или, вследствие переноса, — терапевту. В этом случае он будет использовать анализ для ухудшения своего состояния и станет обвинять терапевта в разрушении всего того, чего он ранее придерживался — верований, идеалов, надежд, иллюзий и т.п. Таким образом, он сможет наконец сказать аналитику: «Посмотрите на тот хаос, который вы произвели в моей жизни, посмотрите, что вы со мной сделали». Он может быть не готов видеть в этом трансферентные элементы, потому что он хочет нанести удар не по памяти мертвого родителя, а по живому, находящемуся перед ним человеку. Негативная терапевтическая реакция дает ему возможность одновременно подставлять под удар как плохого родителя, или даже всю плохую семью, так и «плохого» аналитика.

Ненависть питает свое удовлетворение в деструкции, даже самодеструкции, у тех людей, которые полагают, что они никогда не смогут стать конструктивными. По крайней мере, это иногда дает пациенту возможность чувствовать себя лучше после его отказа от терапевта, хотя подобное чувство может оказаться не очень твердым. Путь от шизоидного и депрессивного состояний к реальности и зрелой самости подобен поверхности, начиненной минами. На каждом шагу встречается спрятанный взрывоопасный материал. Этот путь никогда не может быть легким ни для терапевта, ни для пациента. Тот результат, которого достигает пациент, вполне может быть результатом, которого он тайно хотел, к достижению которого он все это время бессознательно стремился, и может быть крайне трудно спасти его от самого себя успешным анализом этого скрытого желания. Если его цель конструктивна, он в конечном счете

станет реагировать на терапевта, но последний должен быть «реальным» человеком, чтобы пациент смог на него реагировать. Никто не может быть спасен от глубокого расстройства личности путем общения с безличностным проективным экраном. В действительности, трудности, с которыми пациент сталкивается внутри себя, так велики, что он вряд ли сможет их преодолеть, если только в ходе всех подъемов и спадов лечения, он не начнет доверять аналитику и полагаться на него настолько, что для него станет возможно и безопасно быть с терапевтом вполне открытым.

Внутренние трудности, действующие против психоаналитической терапии

В двенадцатой главе, раздел (3), мы кратко обрисовали тот факт, что чем глубже заходит психоаналитическая терапия, тем более зависим становится пациент от внешнего поддерживающего его в данное время окружения, так что внешние факторы легко могут фрустрировать наши усилия. Мы должны теперь более глубоко обрисовать внутренние препятствия, образующие «сопротивление».

(1) Истерическую защиту подмены личностной проблемы телесной обычно легче обнаружить терапевту, чем пациенту отказаться от нее. Упоминаемая на страницах 476—80 пациентка, глубоко регрессировавшая женщина средних лет, уступила серьезной инфекции во время крайне важного периода лечения и вынуждена была лежать в постели и принимать огромные дозы антибиотиков. В это время состояние ее психики стало вполне спокойным, однако затем, по мере выздоровления от физического недуга, ее крайне нарушенное состояние начало возвращаться. В некоторых медицинских кругах все еще бытует отношение к истерику как к прос-

то «ищущему внимания» и как к умышленному «зануде». Конечно, истерики могут вызывать у людей крайнее раздражение, однако они «ищут внимания» в том смысле, в каком «ищет внимания» утопающий. Когда дело доходит до конверсионных симптомов, физическая боль может служить защитой против намного худшей ментальной боли, которая возникает по мере исчезновения физической боли. Если пациент не верит, что терапевт сможет реально помочь ему в связи с его ментальной болью, он не может легко отказаться от физической боли, которую намного легче терпеть и которая в большей степени принимается другими людьми. Профессор Бонами Добри в телевизионной беседе о Киплинге говорил об интересе поэта к душевным переживаниям и о его знании внутренних драм, уровень понимания которых говорит, что они должны были быть «пережиты личным образом». Он упомянул об обвинении, что Киплинг был «бесчувствен к физической боли», однако ответил, что Киплинг знал, «что это был пустяк по сравнению с душевной агонией. О чем он [Киплинг] недвусмысленно заявил в своем *Гимне физической боли*.

«Грозная Мать забвенья,
Когда Ты царишь в тиши,
Стираешь грешную память,
А с ней и страданье души...
Мы славим Тебя за это
И молим Бога в ночи,
Чтоб ты возвратилась снова,
Стирая страданья души».

Такова та ситуация, с которой психотерапевт часто сталкивается при работе с пациентом, и фраза «грешная память» напоминает нам об утверждении Фрейда, что вина, часто глубоко бессознательная, становится истерической защитой против чего-то такого, что намного труднее выносить. Такая ситуация часто возникает ближе к концу лечения (как в том же самом случае глубоко

регрессировавшей женщины), в особенности когда пациент достиг заметного улучшения, за которым в действительности скрывается глубокая и еще не затронутая проблема. Страшась приближения к этой скрытой опасности, пациент может сначала продуцировать «бегство в здоровье», а затем оказывается перед дилеммой закончить лечение с нерешенной проблемой, что может стать спусковым крючком сепарационной тревоги по поводу утраты терапевта, или же продолжать анализ, столкнувшись лицом к лицу с тем, чего он боится. В такой ситуации он вполне может попытаться избежать обеих этих возможностей и у него снова появятся симптомы истерической конверсии, чтобы увести лечение в сторону от главной проблемы. Так как основной проблемой всегда является потребность пациента в личной связи, которая даст ему возможность взрастить реальную самость, последние, самые глубокие проблемы всегда являются разновидностью того или другого из двух финальных страхов, страха отсутствия всяких связей и утраты своего эго в вакууме или страха вступления в связь и возникающего при этом чувства, что собственное слабое эго будет затоплено. При такой дилемме симптомы истерической конверсии особенно подходят для отвода внимания, на определенное время, от проблем связи и переключения внимания на телесные симптомы.

У моей знакомой пожилой женщины после смерти мужа развилась экзема по всему телу. Больше года с помощью медицинских методов удавалось добиваться лишь некоторого улучшения, за которым следовал рецидив болезни. Затем она была излечена доброй пожилой женщиной, знатоком лечебных трав, которая лично втирала ей в кожу целебную мазь в течение часа дважды в неделю. Она была излечена столь эффективно, что экзема больше никогда не вернулась. Это, несомненно, было обусловлено не волшебной мазью, а «материнским уходом», инфантильного рода несущей успокоение заботой

о ее теле со стороны человека, к которому у нее возникло огромное доверие, в ее одиночестве и дистрессе. Тем не менее, аналитик был благодарен за быстрое достижение постоянного результата. Тяжелая утрата обнажила ее глубоко укорененную инфантильную небезопасность, которая ранее была скрыта за ее зависимостью от своего мужа. Так как у нее определенно не было веры в то, что медицинское лечение даст ответ на эту проблему, она не отказывалась от своей экземы: таким образом ее тело кричало о необходимости «материнской заботы». Пациентка не могла отказаться от своей болезни до тех пор, пока на ее месте не возникло что-либо лучшее. Что же такого «лучшего» может дать психотерапевт? Конечно же, не холодную, безличностную научную технику исследования или, как в случае бихевиоральной терапии, «устранение симптома». Определенно верно, что для пожилой женщины больше подойдет материнская забота знатока лечебных трав, чем психоанализ; но когда человек еще молод и хочет добиться радикальных изменений в личности, психотерапевт должен обеспечивать такую личную связь, которая даст возможность базисной психике перерасти эго-слабость и обрести эго-силу.

(2) Дальнейшим и крайне упорным препятствием психотерапии (хотя в действительности это то же самое препятствие, только рассматриваемое более глубоко) является то, что Фэйрберн называл «либидинальным катексисом плохого объекта» (1952a, p.72). В *«Конечном и бесконечном анализе»* Фрейд (1937, p.332) описывает психотерапию как оказывающую поддержку эго пациента против силы его врожденных влечений. Он говорит:

> «Интенсивность силы влечения в свое время противодействовала защитным устремлениям эго; поэтому мы и призвали на помощь аналитическую работу, а теперь та же интенсивность устанавли-

вает предел эффективности этим новым усилиям. При чрезмерной силе влечений эго не справляется с задачей... В этом нет ничего удивительного, поскольку средства воздействия, которыми оперирует анализ, не беспредельны, а ограничены... Путь к достижению нашей терапевтической цели лежит только через усиление аналитической помощи, которую мы хотим оказать эго».

В настоящее время мы продвинулись далеко вперед за пределы этой простой теории влечений и того биологического и терапевтического пессимизма, к которому она нас принуждала. Сейчас безответственно с нашей стороны было бы сказать пациенту, что ему нельзя помочь из-за чрезмерной силы его влечений. Реально существующие импульсы и эмоции наших пациентов, с которыми мы имеем дело, сами по себе не являются врожденными биологическими факторами. Они являются реакциями эго, хотя и ослабленного эго, на лица и ситуации, с которыми индивид сталкивается в процессе жизни, а в психотерапии — на ситуацию, созданную терапевтом. Они соответствуют тому, каким образом эго воспринимает объект, и выражают отношение эго к объекту. В анализе это смесь факторов переноса и того, каков аналитик на самом деле. Измените объект, будь то в реальности или в восприятии пациента, и изменятся импульсы и эмоции. Предположим, что аналитик как реальный человек адекватен терапевтической ситуации, тогда нам следует анализировать связи пациента со своими внутренними плохими объектами в его внутреннем мире. Потому что именно плохие внутренние объекты пациента, а не его влечения, являются причиной его затруднений. Бурные импульсы и эмоции невротика не являются врожденными, это реакции слабого инфантильного эго, находящегося во власти и еще не способного отказаться от вызывающих испуг и фрустрирующих фигур в глубоком бессознательном. Такие люди утратили бы свое

эго, если бы произошло избавление от этих внутренних преследователей.

Но в этом и заключается проблема. Инфантильное эго не может от них отказаться, потому что полагает, что тогда во внутреннем мире никого не останется. Психоанализ не приводит к усилению контроля над влечениями. Как справедливо заметил Фэйрберн, он более похож на изгнание нечистой силы из внутреннего бессознательного мира, той самой нечистой силы, которая часто обнаруживается в сновидениях пациента. Однако, строго говоря, это не изгнание, а более тонкий процесс. Где лежит причина затруднений? Казалось бы, пациент должен быть только рад, если бы изгнали нечистую силу, однако нет ничего более далекого от истины. Так, старой деве в конце шестого десятка лет жизни все еще снилось, как отец порет ее ремнем, и она говорила: «Если бы это происходило на самом деле, по крайней мере, я бы не была стареющей женщиной, живущей в одиночестве». Тридцатилетнему мужчине, который не мог себя заставить уйти из дома, хотя и был там крайне несчастен, приснилось, что:

> «он находится на навозной куче, неистово в ней роясь в надежде найти что-либо ценное. Мимо проезжает мотоциклист, который предлагает пациенту поехать с ним, но он остается на своей навозной куче»

Слово «дерьмо» было одним из эпитетов для его матери. Он не мог отказаться от своей навозной кучи, так как все еще пытался найти в ней что-либо ценное. Другая пациентка сказала: «Мой муж и отец — сущие дьяволы, но я никогда не откажусь от своих дьяволов». Пациенты цепко держатся за свои *внешние* плохие объекты, потому что они представляют собой их *внутренние* плохие объекты, которые они не в состоянии оставить. Расставание

с интернализованными плохими родительскими фигурами запускает две разновидности страха: оно связано с вытесненным желанием смерти для плохого родителя в детстве и бессознательным желанием разрушения этого плохого родителя во внутреннем мире, что приводит к чувству вины и самонаказанию; оно также порождает бессознательное чувство, что ты впервые в жизни остался совершенно один, что приносит с собой страх утраты эго, страх деперсонализации, умирания — до тех пор, пока эти родительские фигуры не будут заменены более предпочтительными. Плохие родители лучше, чем никакие. За утратой интернализованных плохих объектов может последовать как депрессивная, так и шизоидная реакция, как это очень ясно видно в нижеследующем случае.

Старая дева, в середине шестого десятка жизни, у которой в прошлом была крайне плохая мать, была физически очень энергичной, но эмоционально уязвимой и подверженной неистовым взрывам ярости. Ей постоянно снились сны о полных ненависти отношениях между ней и ее матерью, и она проецировала образ матери на любую женщину, поведение которой способствовало такой проекции, часто с катастрофическими результатами для своей повседневной работы. После очень длительного анализа она медленно перешла в фазу, в которой начала терять свою физическую энергию, а затем, в середине одной из сессий, она долго хранила молчание, а затем спокойно сказала: «Теперь я в безопасности. Она ушла. Это поворотный момент. Теперь мне станет лучше». Она ушла, явно чувствуя себя лучше, однако пришла на следующую сессию в заметно депрессивном настроении. Она была удивлена, когда я сказал, что я это ожидал. Она, наконец, отпустила и избавилась от плохой матери внутри себя и теперь чувствовала себя совершенно одинокой, потому что лишилась матери. Она чувствовала себя отрезанной от своих друзей. Я высказал пред-

положение, что как я, так и очень хорошая ее подруга, с которой она жила, а также другая ее превосходная подруга, с которой она познакомилась примерно год назад, еще не были адекватно установившимися фигурами в ее глубинных чувствах, в ее бессознательном, где она была так долго связана со своей матерью. По мере обсуждения этой ситуации снижалась ее депрессия, и в течение двух-трех недель она стала совершенно новой личностью. Она лишилась своей ненависти, и взрывов ярости, и своего громкого резкого голоса, и своей «странной» нетерпимости к обычным вещам и стала, по словам ее подруги, «нормальным, с более здоровой психикой, а также более мягким и приятным человеком, с которым стало намного легче жить»; хотя она все еще продолжала чувствовать себя слабой, подобно маленькому ребенку, заброшенному в мир взрослых. Затем, казалось, она зашла в тупик и чувствовала себя нездоровой, несчастной и обескураженной. Хотя она не утратила завоеванные позиции, она казалась не в состоянии добиться какого-либо дальнейшего прогресса. Затем однажды вечером ее подруга задержалась по дороге домой, и она начала испытывать страх по поводу возможной смерти подруги. Говоря мне об этом, она осознала, что начала питать мысль о том, что люди, которых она любит, должны будут умереть и что у нее появилась необоснованная неприязнь к престарелой матери своей подруги, о которой она довольно странно сказала: «Я буду продолжать ее бояться до самой своей смерти». Я пояснил ей, что она чувствует вину, как если бы она ранее убила в фантазии свою мать, чтобы от нее избавиться, и что, несомненно, активизировались ее детские желания смерти своей матери, и что в настоящее время она считает, что должна быть наказана, что не смогла воспользоваться своей новой свободой; она должна оставаться больной и слабой, ее любимые подруги ее покинут, и в своей неправдоподобной реакции на мать подруги она в действительности вновь возвра-

щает себя под власть матери, на этот раз решая, что сама должна умереть первой. Лишь после выявления этой депрессивной вины, а также первой шизоидной реакции, она свободно смогла наслаждаться устойчивым восстановлением своего физического самочувствия, а также душевной стабильности.

Главным источником сопротивления психотерапии является крайняя цепкость наших либидинальных привязанностей к родителям, какими бы они ни были. Такое состояние дел увековечивается их вытеснением в бессознательный внутренний мир, где они остаются повсюду проникающими плохими фигурами, порождая ограничивающее, угнетающее, преследующее, запрещающее семейное окружение, в котором ребенок не может ни найти свою реальную самость, ни убежать от его воздействия. Есть только три вещи, которые он может делать: отчаянно сражаться, пассивно страдать или убегать, т.е. уходить в себя, разрывать все объектные связи и испытывать «невообразимую тревогу» полной изоляции, в которой он лишится своего эго. Затем, когда пациент преодолевает негативный перенос, т.е. страх вновь столкнуться со своими плохими родителями в облике терапевта, его страх их утраты так возрастает, что он будет воспринимать аналитика как человека, который собирается лишить его родителей, пусть даже и желая, чтобы аналитик избавил его от них. Затем он должен пережить ужасный период, когда он утрачивает свои внутренние плохие объекты, в то же самое время не будучи достаточно уверен, что его терапевт послужит их адекватной заменой. Он будет чувствовать, что сидит между двух стульев, или, как это ярко выразил один пациент, «проваливается в психическую бездну ». Требуется очень длительное время, чтобы пациент смог реально почувствовать, что терапевт является более «хорошим родителем» в том смысле, что дает ему такие взаимоотношения, в которых он может вырастить свою собственную подлинную самость. И дол-

гое время спустя, после того как пациент убеждается в справедливости этого, ребенок, который находится глубоко внутри него, не может этого ощутить. Находясь в такого рода неопределенности и даже принимая помощь терапевта, пациент может все еще испытывать негативные чувства по отношению к своим родителям с сопутствующим возникновением вины, или же он может вновь вернуться к негативному переносу и почувствовать, что опять сталкивается с подавляющими его личность внутренними плохими объектами в лице терапевта.

Так, один пациент, который ранее добился огромного прогресса, вновь ощутил подавление своей спонтанности в семейном окружении. Ему приснилось, что он наблюдал за матерью и маленьким сыном, и мать сказала: «Все, что ты знаешь, принадлежит мне, я дала это тебе». Он пришел в такую ярость, что оттолкнул мать от себя, и сновидение внезапно закончилось. В этом сновидении присутствовала подавляющая мать, а на следующей сессии стало ясно, что он считал, что вновь столкнулся с образом матери в моем лице. Ему приснился сон:

> «Я ехал в старом автомобиле, который у меня был много лет тому назад, и подъехал к месту, где хотел подняться на расположенный выше мост, который был целью моего пути. Я мог бы подняться туда на лифте, но была окружная дорога вверх по крутому холму, по которой тоже можно добраться до моста, и я решил поехать этим путем».

Я прокомментировал: «Представляется, что вы решили не принимать помощь, а добираться своим собственным путем, самостоятельно». Он сказал: «Я испытываю клаустрофобию в лифтах. Там, где я работаю, есть один очень тесный лифт, и часто я не могу в него заходить». Я сказал ему, что, на мой взгляд, у него клаустрофобия

в связи со мной, так как ему кажется, что я подобен его матери в предыдущем сновидении, вкладывающей свое знание в сына, а затем предъявляющей на него права, и что именно так он относился к своей матери, воспитавшей его в крайнем социальном конформизме. Он сказал: «Да, она всегда твердила мне, чтобы я хорошо себя вел, был щедрым, или же, говорила она, ты не узнаешь, что думают о тебе другие люди. Мне часто казалось, когда со мной разговаривали другие люди, что они насильно втискивают в меня свои понятия. Когда вы мне сейчас что-то говорите, я пытаюсь вас не слушать, а потом самостоятельно повторить ваши слова, чтобы заставить себя уловить их смысл».

Но даже когда подобные проблемы преодолеваются, страх разрыва с семейным прошлым может диктовать защиту и оправдание родителей от осуждения всеми посторонними лицами. Как сказала одна пациентка: «Мне иногда кажется, что то, чем мы занимаемся, направлено против моих родителей — что они не воспитали меня должным образом (хотя в действительности она сама говорила как раз об этом) и, во-вторых, что это отдаляет меня от них, чего я не хочу». Она забыла, что ранее в противовес родителям она по собственному почину искала лечения для достижения большей независимости от них. Фэйрберн писал:

> «Сопротивление может быть действительно преодолено, лишь когда перенос развился до точки, в которой аналитик становится настолько хорошим объектом для пациента, что тот готов пойти на риск высвобождения плохих объектов из своего бессознательного» (1943, p. 322).

И далее:

«Лишь вследствие привлекательности хорошего объекта либидо может отказаться от своих плохих объектов... Вполне может быть, что убежденность в "любви" аналитика (в смысле агапе[16], а не эроса) к пациенту является немаловажным фактором, способствующим успешному терапевтическому результату. Во всяком случае, такой результат не будет достигнут, если аналитик не окажется надежным хорошим объектом (в реальности) для своих пациентов» (*там же*, р. 336).

Дж. К. Флюгель писал в 1945:

«Хотя негативная фаза переноса неизбежна, а также существенно важна для «глубокого анализа», именно позитивная фаза является важным средством для достижения терапевтического успеха, ибо лишь посредством проекции более позитивных аспектов суперэго на аналитика пациент может лицом к лицу столкнуться с задачей осознания своих собственных вытесненных импульсов и внутренних конфликтов. Он нуждается в помощи, понимании и безопасности, представляемыми аналитиком, прежде чем он сможет осмелиться ослабить контроль, осуществляемый его суперэго. Это хорошо показано Фэйрберном в его работе "Вытеснение и возвращение плохих объектов"» (Flugel, 1945).

---

[16] Греческая философия выделила два вида любви *эрос* и *агапе*. *Эрос* характеризуется страстью к чему-либо, что могло бы удовлетворить *любящего*. Он включает в себя желание обладать любимым объектом или человеком. *Агапе*, наоборот, характеризуется желанием удовлетворить *возлюбленного*. Такая любовь ничего не требует взамен и хочет только роста и процветания объекта любви. *Прим. перев.*

Здесь, однако, не хватает позиции Фэйрберна, хотя и высказывается ее одобрение. Суперэго пациента может не содержать в себе те «более позитивные аспекты», о которых говорит Флюгель, и пациент может искать их у аналитика. Неверно говорить о том, что пациенту может помочь аналитик, лишь если пациент спроецирует некоторую часть себя на аналитика. Теория объектных отношений требует, чтобы аналитик был хорошим объектом в реальности, сам по себе, так же как мать должна быть хорошим объектом в реальности для своего младенца. Более простое утверждение Флюгеля о том, что пациент «нуждается в помощи, понимании и безопасности, предоставляемыми аналитиком», который должен обеспечить пациента той особой разновидностью родительской любви, которой в начале жизни пациента не смогли обеспечить его родители, является более реалистическим (т.е., говоря словами Фэйрберна, аналитик должен заботиться о пациенте «ради самого пациента и как о самостоятельной личности»). Терапевт должен быть чем-то бóльшим, чем просто проекцией хороших элементов со стороны суперэго пациента. Он должен самой своей личностью привносить нечто *новое*, что пациент не испытывал ранее.

(3) Наша точка зрения на психотерапию состоит в том, что пациент не сможет отказаться от интернализованных плохих родительских объектов и стать независимым от них, и поэтому не может выздороветь и стать зрелым человеком, если не укрепит хорошие взаимоотношения со своим терапевтом как с реальным хорошим объектом; в противном случае он будет чувствовать себя оставленным без всяких объектных связей, испытывая тот крайний ужас, которого всегда страшится ушедший в себя шизоид. Здесь возникает третье фундаментальное препятствие психотерапии на практике, а именно: те сложности, с которыми сталкиваются пациенты во

взаимоотношениях с реальными людьми во внешнем мире, пусть даже и крайне нуждаясь в таких взаимоотношениях. Пациенты одновременно ищут реальную хорошую объектную связь с терапевтом и сопротивляются этому. В депрессивной позиции их проблема заключается в амбивалентности их реакций. Испытывая любовь к аналитику, они одновременно чувствуют возрастание ненависти и агрессии к нему. Однако более глубокой и более трудной проблемой является их реакция в шизоидной позиции. Здесь их потребность в объектах любви является такой насущной и громадной, а их базисное отношение к людям — столь ненасытным, что они чувствуют себя разрушителями, в связи с чем боятся хотеть и любить кого-либо. Все это еще более осложняется потому, что у них были причины с самого начала страшиться своего не приносящего удовлетворения человеческого окружения, а также, как показала Мелани Кляйн, они полагают, вследствие «проективной идентификации», что их объекты питают по отношению к ним точно такие же деструктивные желания. Поэтому они замыкаются в холодном, отстраненном, лишенном чувств отчуждении. Реальные связи воспринимаются как чрезмерно опасные, чтобы на них можно было отважиться, как бы тщательно подобные чувства ни скрывались за демонстрацией готовности к контактам. Подлинный раппорт достигается, чтобы вновь быть утраченным из-за страхов быть разрушенными или поглощенными, если они рискнут установить подлинный и спонтанный доверчивый отклик.

Данное затруднение проявлялось у женщины-пациентки, которая попеременно переходила от отклика к уходу. На более ранних стадиях анализа она ощущала вину из-за нетерпимости к своей семье, и в особенности к матери, если позволяла терапевту помогать ей в достижении какой-либо независимости от них. Долгое время спустя после того, как она перестала ощущать сознатель-

ное чувство вины, следы этого чувства вновь возникали в ее сновидениях при чередовании негативных фаз с позитивными на сессиях. После периода намного большего доверия ко мне, когда она почувствовала, что лечение действительно оказывает ей помощь и в ее работе, и между сессиями, она внезапно вновь отрезала себя от контакта. Она сказала: «Я утратила вас почти сразу же после того, как ушла от вас в последний раз, и всю неделю мне пришлось бороться с обстоятельствами в одиночку». Затем она рассказала сновидение:

> «Я была со своей семьей, а затем оставила их, пошла куда-то одна и заблудилась. Я знала, что они сердятся на меня за то, что я их оставила, но я не могла найти к ним обратный путь».

Здесь мы сталкиваемся с реальным шизоидным затруднительным положением. Даже когда она отказывалась от своих первоначальных неудовлетворительных объектов в их интернализованной форме (в реальной жизни она все еще несла ответственность по отношению к престарелой матери и сестре), она не могла поддерживать содействующие ее личностному росту взаимоотношения с терапевтом и бродила в своем пустом изолированном сновидческом мире.

Еще более радикальное затруднение в связи с полной неспособностью принятия терапевтических взаимоотношений, несмотря на сознательную потребность в этом, проявилось в случае пациента-мужчины, который был исключительно ригидным в своем отчуждении. Когда он однажды пришел на сессию, то заметил: «Я чувствую растущее напряжение, но мне приходит в голову мысль: Я стар, но вы еще более старый. Чем старше становится человек, тем он менее привлекателен физически, и падает вероятность того, что его кто-то полюбит. По мере старения остается все меньше людей, которые могли бы

меня любить подобно родителям. Слабеет поддержка других людей. Я сержусь, но если бы я проявил агрессию, вы бы стали возмущаться, и мы стали бы выяснять отношения. Лишь по той причине, что между аналитиком и пациентом нет личных отношений, я могу говорить о чем угодно». Я объяснил ему, что он хочет, однако боится видеть во мне реального человека, который может по-настоящему заботиться о его благополучии. Он же воспринимает меня как некий безликий профессиональный объект, называемый «аналитиком», для того чтобы терапевтические взаимоотношения не стали эмоционально живыми и реальными, ибо тогда ему придется столкнуться со всеми обусловленными глубоким нарушением затруднениями по поводу личных связей. Это была эффективная защита, которая остановила реальный прогресс в лечении, так что у него было лишь поверхностное улучшение. Я напомнил ему, как он однажды сказал, что может говорить только, если лежит на кушетке, не видя меня и «разговаривая со стеной». В такой ситуации вряд ли может появиться что-либо обладающее эмоциональной значимостью, и он будет в безопасности от приступов тревоги. Он ответил: «Я считаю какую-либо личную связь с другим человеком невозможной. Я действительно не знаю, что все это значит. Я хочу личных взаимоотношений, но я слишком гордый, чтобы попросить об этом, слишком независимый».

Терапевт как реальный хороший объект

Если пациент не может расстаться с плохими психическими объектами в своем внутреннем мире из-за чувств вины и риска утраты эго, в каком смысле должен терапевт становиться реальным хорошим объектом, чья «любовь» поможет пациенту выйти из этой дилеммы к обнаружению его собственной подлинной самости? Гительсон в статье об «Эмоциональной позиции аналитика

в психоаналитической ситуации» (1952) написал о том, что:

> «Недавние продвижения в исследовании психотерапевтических функций психоанализа... указали на большое значение аналитика в качестве реального объекта».

Его статья, однако, ограничивалась, главным образом, рассмотрением контрпереноса, т. е. того, что «аналитик может приносить в аналитическую ситуацию препятствующие лечению эмоциональные факторы». Гительсон утверждает, что для компенсации этих факторов квалифицированный аналитик доводит до пациента

> «интеллектуально сублимированное любопытство... Объектные отношения, которые он устанавливает с пациентом, должны включать в себя эмпатическое сочувствие, которое отличается от симпатической идентификации, и оказывать пациенту реальную поддержку, не считая себя в отношениях с пациентом ни всемогущим, ни беспомощным... Наконец, эмоционально открытую и гибкую [личность] в спонтанном состоянии продолжения самоанализа... (1952, pp. 3—4).

Все это, однако, не приводит к достаточно глубокому продвижению. Гительсон справедливо говорит, что

> «аналитик как простой экран не существует в жизни. Он не может отрицать ни свою личность, ни ее воздействие на аналитическую ситуацию в качестве важного фактора» (p.7).

Поддержка, отличимая от чувства всемогущества и беспомощности, определенно требуется, однако сочувствие, «отличимое от симпатической идентификации», поднимает намного более тонкие вопросы, и здесь Гительсон, по всей видимости, отходит от своей позиции по поводу важности аналитика как реального человека в терапевтических взаимоотношениях. Хоум в *«Концепции психики»* (1966, pp.43-44) пишет:

> «При открытии того, что симптом несет определенный смысл, и основывая свое лечение на этой гипотезе, Фрейд перенес психоаналитическое исследование невроза из мира науки в мир людей, потому что смысл является не продуктом причин, а творением субъекта».

Под наукой он подразумевает безличностное исследование мертвых фактов, объяснения их в терминах причин, а под миром людей он подразумевает личностное исследование живых субъектов в терминах смыслов и причин. Он утверждает, и я полагаю, справедливо, что мы можем получать знание о «живых субъектах» только посредством идентификации.

> «Это дает нам *понимание* объекта (т.е. живого объекта или живущего субъекта), и в особенности, как он себя чувствует, и поэтому, как он будет себя вести».

При том условии, что понимание является точным и освобожденным от проекций, «познание через идентификацию дает нам точную информацию, и такую информацию, которую нельзя получить никаким другим путем». Именно «такой способ познания используется аналитиком в анализе». Тогда, отрицая, что «эмпати-

ческое сострадание» аналитика — это то же самое, что и «симпатическая идентификация», Гительсон отрицает те единственные средства, с помощью которых аналитик вообще может получать «знание» о своем пациенте в подлинно личностном смысле. Аргументация Гительсона должна была бы логически завершаться утверждением, что психотерапевтическая связь является подлинно личностными взаимоотношениями, однако он отошел от этой идеи, когда написал:

> «Личность [аналитика], однако, далеко не является главным инструментом терапии, которую мы называем психоанализом.
>
> ...Для аналитика первостепенно важно вести себя так, чтобы аналитический процесс продолжался на основании того, что приносится в него пациентом» (1952, p. 7).

Конечно, легко сказать, что Гительсон опасается застревания аналитика в невротической эмоциональной связи с пациентом. Но этого можно избежать лишь посредством зрелости терапевта, а не поддерживая теорию терапевтической связи, которая отрицает ее всецело личностную природу. Личности родителей являются главными инструментами в воспитании ребенка. То, что пациент приносит в анализ, является, в своей основе, скрывающейся за всеми его защитами потребностью в связи с кем-либо, кто в *loco parentis* даст возможность для его роста, потребность, которая должна удовлетворяться тем, что аналитик приносит в анализ.

Гительсон почти, однако, не в полной мере подходит к этому моменту, когда заключает, что

> «поддерживающий — психотерапевтический —фактор в проведении анализа, реальная эго-поддержка, в которой нуждается пациент, лежит в ак-

туальных, опирающихся на реальность отношениях аналитика» (p. 8).

И

> «аналитик должен открывать себя в такой степени, которая требуется, чтобы пациент почувствовал реальность актуальной межличностной ситуации» (p. 7).

Но он все же не говорит о природе специфического элемента в «реальности актуальной межличностной ситуации», которая удовлетворяет потребность пациента. Например, человеку обычно не приходится «открывать себя в столь большой степени» как особого индивида; личные интересы аналитика, его дружеские связи, семейная жизнь, история не слишком важны для пациента. *Что действительно волнует пациента, и на самом деле это единственная вещь, которая по-настоящему его волнует, что бы другое ни возникало в их отношениях, так это то, обладает ли терапевт как реальный человек подлинной способностью оценивать, заботиться, понимать, воспринимать пациента как человека.* Очевидно, каждый терапевт будет чувствовать, что испытывает более естественную близость к одним пациентам, чем к другим, но если он может действительно и по-человечески заботиться и понимать, тогда его отношения становятся терапевтическими. Эта не ищущая выгоды личная «любовь» *(агапе, не эрос) является подлинной родительской любовью*, отношением к ребенку не как к куску глины, из которого надо что-то лепить, и не как к чему-то такому, что должно приспосабливаться к удобству родителей, или должно осуществлять их честолюбивые желания, или нечто в таком роде. Это *способность уважать внутреннюю реальность другого человека и за-*

ботиться о ней (а также его внешнюю реальность) и находить подлинное удовлетворение в помощи другому человеку, будучи при этом самим собой. Необходимо быть достаточно *реальным* человеком для пациента, с тем чтобы дать ему шанс самому стать *реальным* человеком, а не набором защит, или ролью, или конформистской маской, или массой неснятого напряжения. Если пациент не может встретиться с личной реальностью в терапевте, он не сможет отказаться от борьбы за поддельную реальность посредством внутренних плохих объектных связей и внешних принудительных усилий.

Крайняя необходимость в реализации такой потребности, испытываемой одним пациентом в этой связи, была ярко выражена в сновидении:

> «Я искал Христа на морском берегу. Он появился, как если бы он вышел из моря, и я был восхищен его высокой величественной фигурой. Затем я пошел с Ним в пещеру, почувствовал там присутствие духов и испытал полнейший ужас. Однако Он остановился, и я набрался мужества и вошел с ним внутрь пещеры. Затем пещера оказалась домом, и когда Он со мной поднимался вверх по лестнице, он сказал: «Ты доказал, что обладаешь большей храбростью, чем я», — и я почувствовал, что обнаружил в Нем некоторую слабость».

Пациент связал вызывающую восхищение высокую фигуру Христа со своим атлетическим сложенным отцом, а затем сказал: «Я также связываю Его неким образом с вами. Я думаю, что вы тоже можете вселить в меня храбрость смотреть в лицо духам, а затем меня оставите. Мать была фигурой, несущей угрозу. Отец был слаб и беспомощен перед ее нападками. Однажды он сказал, что плохо, когда один родитель постоянно верховодит

над другим на глазах у ребенка, но он никогда не показывал какого-либо гнева».

Здесь пациент колеблется между прежним страхом, что отец его оставит, если он сделает попытку противостоять яростной аффективной фигуре матери, и зарождающейся надеждой на то, что аналитик не бросит его при столкновении с «духом» сердитой матери в его внутреннем мире. В последующем сновидении он столкнулся лицом к лицу с духом матери, выходящим из комнаты, в то время как фигура, представляющая меня, стояла рядом с ним. Он постепенно интернализировал меня в свой внутренний мир в качестве надежной родительской фигуры, вокруг которой он мог выстроить свою безопасность как личности. Как раз такие феномены навели Фэйрберна на мысль о сравнении между аналитиком и заклинателем, изгоняющим духов или нечистую силу, которая преследует пациента в его внутреннем мире; хотя аналитик в действительности не «изгоняет» эти внутренние плохие объекты, он дает пациенту здоровую личную связь, в которой эго пациента может расти в достаточной безопасности, чтобы более не испытывать нужды в такого рода объектах.

Психотерапевт, естественно, не пытается играть роль Христа или Спасителя или вообще играть какую-либо роль, и менее всего — «роль» профессионального терапевта. Однако без него пациент либо не сможет сам справиться со своим нарушенным состоянием психики, либо же откажется от своих внутренних плохих объектов и будет оставлен в одиночестве. Единственная надежда состоит в том, чтобы его внутренние плохие объекты были заменены интернализацией хорошего терапевта, т.е. терапевта, который дает ему взаимоотношения, в одно и то же время и оказывающие ему помощь и оставляющие свободным для развития собственной натуры. К тому времени терапевт становится хорошим родительским заместителем, с которым пациент перерастает

зависимости и страхи детства и достигает такой зрелой удовлетворительной связи, которая не утрачивается и не терпит ущерба по окончании лечения, чтобы зажить своей собственной жизнью, так же как повзрослевший ребенок, оставляющий свой дом.

Центральное значение фактора личной связи в психотерапии в последнее время завоевывает все более прочное признание. На шестом международном конгрессе психотерапии Лэнг (1965) сказал: «Мы живем с надеждой на то, что сможет произойти подлинная встреча между людьми». Лишь когда терапевт находит человека, скрытого за защитами пациента, и, возможно, пациент находит человека, скрытого за защитами терапевта, происходит подлинная психотерапия. Этот фактор взаимоотношения иногда определяется как «большая любовь к пациенту», однако мы должны осторожно относиться к тому, что может под этим подразумеваться. Конечно же, если мы ненавидим пациентов, защищаемся от них и хотим добиться их быстрого выздоровления, чтобы от них избавиться, мы не добьемся ничего хорошего и можем даже побудить их сохранять ненависть как защиту против реального улучшения. С другой стороны, непрофессиональная симпатия к пациенту, сколь бы искренней она ни была, приведет его лишь к безграничной зависимости, которая ничего не меняет. Кроме того, так как основная проблема пациента в том, что он боится вступать с кем-либо во взаимоотношения, то он может бояться взаимоотношений и с аналитиком. Все, что говорил Гительсон о «продолжении самоанализа», крайне уместно. Именно фактор личной связи делает психотерапию самой сложной изо всех терапевтических процедур, в силу чего часто большее предпочтение оказывается более безличностным объективным «научным» методам. Можно наклеивать диагностические ярлыки и давать предписания для осуществления контроля и подавления симптомов на основе знания медицины. Психотерапия

же возможна лишь на основе знания себя и пациента как личностей.

Психотерапию могут проводить лишь те люди, которые готовы подвергнуться воздействию трудноуловимых реакций, возникающих между двумя людьми, которые соприкасаются друг с другом более в эмоциональном, чем в интеллектуальном плане; и которые готовы считать осознание этих реакций существенно важным для лечения. В эмоциональной сфере рождаются страдания пациента, его чувства одиночества, небезопасности его эго и тревоги в связи с жизнью. Психотерапевт не является deus ex machina[17], некоей властью, ставящей диагноз и дающей предписания, находящейся вне личного мира пациента. Психотерапевт должен быть в первую очередь человеком, который в достаточной степени в контакте с самим собой и достаточно хорошо себя понимает, чтобы принести пользу при соприкосновении с приватным миром боли и скорби пациента. Он будет понимать внутреннюю жизнь пациента не потому, что обладает теоретическими знаниями (хотя, если они хорошие, то помогают в работе), а потому, что может разделять с пациентом совместные чувства, а также чувствовать то, что пока пациенту недоступно; и он знает не из теории, а из собственного опыта, через что проходит пациент. Разделяя с пациентом его состояния, он способен отождествлять себя с ним, для того чтобы узнать его. Лишь это дает пациенту возможность более не чувствовать себя одиноким. В одиночку не исцеляют ни любовь, ни инсайт. Фэйрберн отмечал, что глубокий инсайт развивается лишь внутри хорошей терапевтической связи. Это происходит потому, что пациент не может выносить подобный инсайт, если чувствует себя одиноким. Те-

[17] Deus ex machina (лат. Бог из машины) — фигура Бога, поднимаемая с помощью особого механизма над сценой в финале греческих трагедий с целью решения неразрешимого самого по себе конфликта. — *Прим. перев.*

рапевтическим является «момент подлинной встречи» двух людей — новое трансформирующее переживание для одного из них, которое является, как это сказал Лэнг (1965), «не тем, что происходило до [т.е. переноса], а тем, что никогда ранее не имело места [т.е. новым опытом связи]. Так, пациент, у которого ранее имел место параноидально-шизофренический срыв, внезапно сказал мне после 2,5 лет анализа: «Теперь я чувствую себя с вами в безопасности. Ранее я не испытывал ничего подобного».

Но эта встреча двух людей далеко не так легка. Анализ переноса является медленным и болезненным переживанием — «расчисткой почвы» от остатков прошлого опыта, как в переносе, так и в контрпереносе, так чтобы терапевт и пациент смогли наконец встретиться «ментально лицом к лицу» и узнать друг друга как двух людей. Это, несомненно, наиболее важная разновидность связи, на которую способны люди, и ее не следует путать с эротической «влюбленностью». Люди могут страстно влюбиться, а позднее обнаруживают, что между ними как людьми нет подлинной связи. В таком случае сексуальная страсть обычно увядает, и наступает крушение иллюзий. Однако такая глубокая и подлинно личностная связь не обязательно включает в себя сексуальную любовь. Она может существовать между людьми одного пола или разного пола; без нее сексуальные отношения не могут быть полностью удовлетворительными, и она возможна тогда, когда сексуальные отношения невозможны. Это чисто «человеческое личностное» отношение. Оно может существовать в полной мере между родителем и ребенком, потому что ребенок еще не зрелый и не способен к «равным» взаимоотношениям. Но я бы сказал, что идеальную реализацию такого взаимоотношения можно найти там, где ребенок стал взрослым, а родитель остается духовно достаточно молодым, так что они достигают глубокого взаимного нежного понимания друг друга. Это я также считаю идеальной целью

психотерапии, которая с самого начала является, в своей основе, разновидностью взаимоотношений «родитель—ребенок». Мы увидим в следующем разделе, какую глубинную интерпретацию дает в этой связи Винникотт.

Бóльшая часть психотерапевтических сессий состоит из переживаний кратковременных проблесков реальности среди большого объема нереальности. Реальная психотерапия делает многое для взросления как терапевта, так и пациента. Потребность пациента доминирует в данной ситуации, однако терапевт не может удовлетворять ее и при этом оставаться инертным. Он не может притворяться или играть роль. Если он будет так поступать, пациент не сможет его найти и ничего не произойдет. Психотерапия является продвижением от фантазии в реальность, процессом перехода за границы переноса. То, что Фрейд считал секс базовым фактором в объектных отношениях, по моему мнению, породило неправильное понимание и ненужные осложнения в психотерапии, а также оказывает опасное, вводящее в заблуждение влияние на текущую массовую культуру. Если только термин «секс» не используется в таком расширительном значении, что утрачивает весь специфический смысл, нельзя сказать, что он является сутью личностных взаимоотношений. Он должен рассматриваться как биологически врожденная потребность, которая может находить реальное осуществление лишь как часть подлинно личностных взаимоотношений.

Я должен добавить, что подозрительно отношусь к «активной хитрости» техники. Она похожа на осуществление опытов на пациенте, который в таком случае воспринимается как объект, а не как человек. Наилучшим ориентиром могут стать простые вопросы: «Какова подлинная потребность пациента в данный момент, безотносительно к тому, осознает он это или нет? Каким образом могу я помочь ему понять ее и как могу я отнестись к этой его потребности, чтобы помочь ему в продвижении

вперед?» Раз пациенты знают, что они могут раскрывать свои потребности и быть уверенными в понимании и принятии, которых они не могли найти в своем детстве, тогда через многие взлеты и падения начинает происходить встреча двух людей как личностей. Такова та единственная вещь, которая является подлинно терапевтической, позволяя пациенту ощущать себя реальным.

Представляется, что за последнюю сотню лет шизоидный элемент в человеческом опыте стал более выпуклым и узнаваемым, возможно, потому, что это век культурного переходного периода, в который люди подвержены духовному одиночеству. Рост числа психологических романов, начиная с работ Генри Джеймса, является симптомом этого. Недавно один радиокомментатор сказал по поводу книги «Одиночество»: «Одиночество всегда было с нами, но лишь недавно мы стали это понимать. Наш век стал в большей мере осознавать внутреннюю изоляцию индивида и скудную природу связей индивида с другими изолированными индивидами. Экзистенциальное мышление является еще одним симптомом такого состояния дел, с его акцентом на жизни с укоренившейся тревогой и на неожиданной личностной встрече как важном событии для человека. Без этого мы лишь приближаемся к человеческому уровню, и вне такой встречи мы не можем избавиться от нашей тревоги. То, чего экзистенциализм ищет в теории, с тем психотерапия пытается справиться на практике; они являются параллельными выражениями нашей потребности преодолеть отчуждение от самих себя, друг от друга и от всего внешнего мира так, чтобы люди более не прятались внутрь себя, чувствуя собственную небезопасность и чуть оживая лишь в своем внутреннем фантазийном мире, который привязывает их к прошлому, а были способны устанавливать личностные отношения и жить целостной жизнью.

Из этого следует, что психотерапевт не становится хорошим объектом лишь оттого, что хорошо использует

психоаналитическую технику или что он хороший аналитик. Техника психоанализа *как таковая* не излечивает. Она не наделена какой-то мистической исцеляющей мощью. Это только метод психодинамической науки для исследования бессознательного, инструмент исследования. Она играет важную роль в психотерапии, но сама по себе не является терапевтическим фактором. Это способ помочь бессознательному психическому переживанию стать сознательным, предоставляя пациенту возможность говорить с кем-то, с полной свободой высказывания чего бы то ни было без столкновения с неодобрением или возмездием; так что пациент может приводить бессознательные действия своей личности к осознанию и открывать себя себе в самовыражении, с помощью опыта и инсайта терапевта. Но что делать с тем, что становится сознательным? «Отреагирование», «проговаривание», «отыгрывание» дают некоторое временное облегчение в связи с выходом сдерживаемого чувства, и временная безопасность ощущается *ad hoc*[18] в хорошем взаимоотношении, но все это само по себе не приводит к постоянным изменениям. Таким образом, аналитическая техника в большей мере инструмент исследования и временного облегчения, чем инструмент радикальной терапии.

Интерпретации аналитика являются для пациента предположениями, на которые он может реагировать, а не догматическими, руководящими указаниями, которые он должен слепо принимать. Именно подкрепление этого аналитического процесса в развивающихся взаимоотношениях терапевта и пациента на эмоциональном, персональном уровне дает пациенту возможность иметь дело с тем, что осознается. Лишь такое знание о себе, которое достигается как инсайт, которое ощущается, переживается в обстановке хорошей объектной связи,

[18] *Ad hoc* (лат.) — на данный случай. — Прим. перев.

имеет терапевтическую ценность. Инсайт, интеграция, индивидуация[19] и личные взаимоотношения являются лишь различными аспектами одного и того же, что называется «психическим здоровьем» с психиатрической точки зрения и «миром», или «спасением», с религиозной точки зрения. Какая бы терминология ни использовалась, исходя из разных интересов, терапевтическое изменение может происходить лишь в результате хороших взаимоотношений и как прямой его результат. Так это и происходит в реальной жизни. Наилучший шанс для прогрессивного изменения плохих объектов, интернализованных в период младенчества и вытесненных, заключается в переживании ребенком все более хорошей связи с родителями в постмладенческий период, до того как упрочится целостный характер. Таковы основания для психотерапии.

Как радикальный процесс взросление имеет больше возможностей в детстве, чем во взрослом возрасте, но в любом случае взросление личности происходит вследствие естественного роста и развития на основе правильной родительской любви. В младенчестве родительская любовь имеет чувственный элемент и выражается в физическом уходе при осуществлении телесного контакта и заботы. Такая физическая связь глубоко необходима для ребенка, в особенности в самый ранний довербальный период. По мере взросления ребенка этот фактор выполнит свою задачу наделить ребенка элементарным чувством безопасности и сокращается до меньших пропорций, так, что в конечном счете ребенок сможет перенести на другого свой эротический отклик и стать способен на вступление в брак. Родительская любовь изменяется в неэротическую, несобственническую, недоминирующую привязанность, которая оказывает ребенку поддержку в его развитии как отдельной и независимой личности.

[19] Индивидуация – нахождение человеком собственного уникального пути, т. е. его самоосуществление. – *Прим. пер.*

Ребенку оказывают поддержку и побуждают думать, чувствовать и действовать самостоятельно, исследовать, экспериментировать, идти на риск, использовать и развивать собственные возможности, и ему помогают «быть самим собой». Такая разновидность родительской любви, уместная в латентный период и в период юности, в конечном счете приводит к замене ранних эротических связей, которые обусловлены зависимостью ребенка и поддержкой взрослого, зрелыми отношениями взаимного уважения, равенства и дружеской привязанности. Затем повзрослевший ребенок может без тревоги или вины вступить в эротическую связь с партнером вне круга семьи и сформировать другие важные личные связи, в которых происходит подлинная встреча родственных душ без эротического элемента, и может далее развивать активную и спонтанную личность, свободную от тормозящих страхов. Такая разновидность родительской любви, которую греки называли *агапе* и отличали от *эроса*, и является как раз той любовью, которую психотерапевт должен давать своему пациенту, потому что последний не получил ее от своих родителей в адекватной форме.

Точка зрения Винникотта на базисные психотерапевтические взаимоотношения

В девятой главе я пытался связать работу Винникотта с эволюционными фазами психоаналитической теории. Его теория о первичной связи «мать—младенец» в качестве незаменимой среды, в которой психика младенца начинает осознавать свои потенциальные возможности роста эго и достижения подлинной самости, является движением вперед за пределы трудов как Мелани Кляйн, так и Фэйрберна. Она выходит за пределы работ Кляйн, так как в полной мере опирается на связь с объектами. Она спасает нас от имплицитно присутствующего солипсизма и субъективизма кляйнианского взгляда на внутренний

мир младенца, который, как утверждалось Кляйн, формировался главным образом в ходе взаимодействия целиком врожденных, субъективных сил, унаследованных инстинктов жизни и смерти. Я посвящаю более подробному рассмотрению кляйнианской метапсихологии пятнадцатую главу. Здесь достаточно сказать, что объективный мир в ее системе вторичен. Он функционирует как экран, на который проецируется фантазия младенца, чтобы отсюда быть снова интроецированной, так что объектный мир никогда не может восприниматься сам по себе. В теории Винникотта, с другой стороны, первостепенное значение имеет первичный объект, «грудь» и «грудь-мать» — реальный объект, непосредственно влияющий на младенца и всецело ответственный за его безопасность. Лишь мать, способная на «первичную материнскую озабоченность» и «идентификацию» со своим младенцем, дает здоровое начало его эго-развитию, причем ее воздействие столь реально, что эго младенца будет слабым или сильным в той степени, в какой эго-поддержка матерью младенца является слабой или сильной. Согласно этой точке зрения, человеческая личность взращивается непосредственно в персональных «объектных связях» в качестве отправной точки всякой человеческой жизни, до развития внутреннего мира фантазии, по Кляйн.

Теория Винникотта также выходит за пределы работы Фэйрберна, так как анализ Фэйрберна принимает существование эго за нечто само собой разумеющееся, чтобы проследить те расщепления, которые оно претерпевает в своем раннем опыте хороших и плохих объектных связей. Винникотт идет еще глубже к самым элементарным переживаниям, в которых происходят первые смутные и неопределенные начала эго-роста как результат жизни младенца в особо близкой первичной связи «мать—младенец». Если принять все это во внимание, то становится ясно, что работа Винникотта должна была оказать очень большое воздействие на психотерапию, где последней и

самой глубокой проблемой, с которой приходится иметь дело, всегда является базисная эго-слабость пациента. Винникотт действительно это понимал, не оставляя у нас никаких сомнений в своих взглядах на эту проблему. Лишь когда теоретический анализ и терапевтическая практика относятся к самому начальному периоду, проявления личностной природы терапевтической связи выражают себя в своей простейшей форме и становятся вполне ясными. Краткосрочное лечение более мягких неврозов может успешно осуществляться в честном сотрудничестве пациента и терапевта. Чем более ранними являются причины затруднений пациента, тем более фундаментальна слабость его эго, и чем далее мы выходим за пределы психоневроза к глубоким шизоидным, пограничным и психотическим проблемам, тем более важным становится качество терапевтической личной связи, пока в конечном счете не встает вопрос о *возмещении* неудачи первоначального материнского ухода.

Именно на этом глубоком уровне Винникоттом сделан крайне важный вклад. Он провел различие между «психоанализом» для «эдипальных случаев» и «помогающей терапией» в работе с «преэдипальными случаями», где нельзя рассчитывать на достаточно хороший первоначальный материнский уход. Тем не менее, Винникотт не исключал анализ эдипальных отношений из лечения преэдипальных случаев. Даже в связи с самыми ранними переживаниями пациент нуждается в интерпретации этого опыта, если хочет приобрести инсайт и интегрировать этот опыт в контексте взаимоотношений «терапевт—пациент». И Винникотт не отказывается от классического психоанализа. В своей работе о «*Целях психоаналитического лечения*» (1962) он говорит:

> «Когда мы приобретаем доверие к стандартной технике, используя ее в подходящих случаях, у нас возникают мысли о возможности ее применения в

неизменном виде при работе с пограничными случаями, и я не вижу причин, почему не может быть предпринята такая попытка».

Однако он делает важную оговорку, которая выдвигает на первый план аспект личной связи в лечении. Он говорит об аналитиках, которые:

> «имеют дело с более примитивными психическими механизмами; посредством интерпретации мер возмездия со стороны частичных объектов, проекций и интроекций, ипохондрических и параноидальных тревог, нападок на связи, расстройства мышления и т.д. и т.д. они расширяют область воздействия и диапазон тех случаев, которые они могут пытаться вылечить. Таков исследовательский анализ, и опасность заключается лишь в том, что *потребности пациента в терминах инфантильной зависимости могут быть упущены в ходе работы аналитика.* (Op. cit., p. 169; курсив мой — Г.)

При таком упоминании о «потребности пациента в терминах инфантильной зависимости» поднимается *основная психотерапевтическая проблема*, а именно: *как начать рост эго, который до сих пор не был начат должным образом.* Винникотт основывает свое представление о психотерапии на этой глубине, исходя из своей точки зрения о природе связи «мать – младенец». Я кратко обобщу его точку зрения, прежде чем процитирую его слова. Мать находится рядом с ребенком так, что младенец чувствует себя в контакте с ней, разделяет ее психическое состояние безопасного бытия еще до того, как становится способен к проведению различия между нею и собой. Здесь, в самом начале, закладываются основы безопасности эго в ситуации, воспринимаемой матерью как ее состояние «первичной материнской озабоченнос-

ти» в связи с младенцем, и младенцем — как его состоянием «первичной идентификации» с матерью. Младенец должен быть способен активно кормиться у «мужской» груди (ср. главу 9), которая что-то для него делает, или, в противном случае, он должен выражать протест по поводу своей депривации; но он может спать, не испытывая тревоги, на «женской» груди, которая просто «находится здесь» для него, и здесь начало безопасного чувства «совместного бытия», эго-идентичности, которое по мере своего роста младенец может начать воспринимать как нечто само собой разумеющееся, о чем не надо беспокоиться и для сохранения чего не надо прилагать огромные усилия. Лишь мать может в начале жизни младенца обеспечить его такого рода опытом, в то время как задача отца заключается в «делании» того, что необходимо для защиты и оказания поддержки паре «мать—младенец» в их очень специфической формирующей связи. В психотерапии на самом глубоком уровне эта ситуация должна быть восстановлена с аналитиком, удовлетворяющим потребность пациента как в матери, так и в отце. Так, одна женщина-пациентка, в конце шестого десятка лет жизни, уже будучи бабушкой, но оставаясь крайне шизоидной всю свою жизнь, сказала после длительного анализа: «Теперь я не хочу анализа. Я просто хочу быть здесь, в безмятежном настроении, зная, что вы находитесь рядом, и впитывать в себя эту атмосферу». Вскоре после этого она рассказала сновидение:

> «Я открыла стальной выдвижной ящик, и внутри был крошечный голый младенец, который пристально глядел широко раскрытыми глазами, как если бы он вглядывался в некую пустоту».

Внезапно она увидела бюро для хранения документов в углу моей комнаты и сказала: «Стальной выдвижной ящик выглядел примерно так же». Таким образом, ее

бессознательная фантазия и переживание были связаны с рождением от меня и с принесением ко мне своей младенческой самости просто для того, чтобы дать начало чувству безопасности и реальности. «Анализ» является мужской функцией — интеллектуальной деятельностью интерпретации, но он основан на женской функции интуитивном постижении, приобретаемом, как об этом напоминает Хоум, в идентификации. В конечном счете «нахождение здесь ради блага пациента», в стабильном состоянии, является женской, материнской и подлинно терапевтической функцией, которая дает пациенту возможность почувствовать свою реальность и находить свою подлинную самость.

Винникотт пишет:

> «В матери младенца есть нечто такое, что позволяет ей защищать своего младенца на этой стадии уязвимости и содействовать позитивным потребностям младенца. Мать способна выполнять эту роль, если чувствует себя в безопасности... (Ее) способность основывается не на знании, а проистекает от чувственного настроя, который она приобретает по мере развития беременности и который она постепенно утрачивает по мере роста младенца» (1965a, p. 3).

> «Мы замечаем у беременной женщины возрастание идентификации с младенцем... Доминирующей чертой может быть готовность, а также способность со стороны матери смещать центр внимания от своей собственной самости на своего младенца. Я ранее говорил об этом аспекте настроя матери как о "первичной материнской озабоченности". По моему мнению, именно она наделяет мать особой способностью поступать правильным образом. Она знает, как может чувствовать себя младенец.

Никто другой этого не знает. Врачи и медсестры могут многое знать о психологии, и, конечно же, им все известно о телесном здоровье и болезни. Но они не знают, как может чувствовать себя ребенок в данный конкретный момент, потому что находятся вне этой сферы опыта» (1965a, p. 15).

В этом отрывке Винникотт проводит ясное различие между интуитивным знанием, или знанием посредством идентификации, посредством эмоционального или персонального раппорта, и интеллектуальным или научным знанием. Квалифицированный врач или сестра подходят к младенцу с точки зрения ученого, исходя из внешнего наблюдения и интеллектуального знания, т. е. такой разновидности знания, которая была описана в девятой главе как «мужской элемент знания». Такое знание ценно, когда стоит вопрос о телесном здоровье младенца, но оно бесполезно для знания о том, «как может чувствовать себя ребенок в данный конкретный момент». Такое «знание матери» проистекает из эмоционального «чувства единства» с младенцем, и, как утверждает Хоум, такое «знание посредством идентификации» нельзя получить никаким другим образом. Хоум считает, что терапевт точно таким же образом «знает» о своем пациенте, и такое знание было описано в девятой главе как типично «женский элемент знания». Много лет тому назад в некрологе, посвященном памяти Дэвида Эдера, Эдвард Гловер утверждал, что настоящий психоаналитический терапевт должен обладать сильным материнским элементом в своем складе характера, каким обладал Эдер.

Соответственно, Винникотт без колебаний взял эту связь «мать – младенец» в качестве основы для психотерапии. Как хорошая мать свободно использует любое ценное интеллектуальное знание о телесных и душевных процессах своего младенца, в качестве дополнения

к своему более интимному личному знанию, точно так же и психоаналитический терапевт свободен использовать любое интеллектуальное знание, которое он получил в своем изучении психодинамической науки, но оно должно дополнять, а не заменять личное знание им пациента — знание эмоционально перцептивное, основывающееся на идентификации и интуиции. Винникотт пишет:

> «В нашей *терапевтической* работе снова и снова мы чувствуем озабоченность пациентом; мы проходим через фазу, в которой мы являемся уязвимыми (подобно матери) вследствие такой нашей озабоченности; мы отождествляем себя с тем ребенком, который временно зависит от нас в пугающей степени; мы наблюдаем за тем, как этот ребенок сбрасывает ложную самость или ложные самости; мы видим начало подлинной самости, подлинной самости с эго, которое является сильным, потому что, подобно матери, мы смогли оказать эго поддержку. Если все идет хорошо, мы можем видеть появление ребенка, чье эго готово самостоятельно себя защитить... Вследствие нашей работы рождается на свет "новое" бытие, реальный человек, способный на независимую жизнь. Я полагаю, что то, что мы делаем в терапии, является попыткой имитации естественного процесса, который характеризует поведение любой матери со своим младенцем. Если я прав, то именно пара "мать—младенец" может научить нас тем базисным принципам, на которых мы можем основывать нашу терапевтическую работу».

Такая точка зрения на базисные принципы психотерапии имеет значение не только для лечения трудных случаев регрессии, где эго может быть столь слабым, что его наличие едва просматривается. Она имеет значение

и для лечения менее тяжелых заболеваний, ибо если психотерапия является более поздней заменой первоначального неадекватного родительства, то такая связь будет проливать свет на весь терапевтический процесс. У терапевта нет другого выбора, кроме глубокой заботы о своем пациенте, которого наконец понуждают отказаться от тщетной борьбы за поддержание своего функционирования на взрослом уровне и который в ходе лечения волей-неволей снова впадает в состояние инфантильного ужаса, изоляции и небытия своего эго. Терапевт должен поддерживать с пациентом столь постоянный и тесный контакт, насколько это по-человечески возможно, в особенности если окружение пациента не такое поддерживающее, как бы этого хотелось. Он должен довести пациента до конечного принятия терапевтической регрессии, из которой пациента надо психически развивать к повторному возрождению и росту реальной самости. Терапевт абсолютно незаменим для пациента на этой стадии.

Все это хорошо видно в случае глубоко регрессировавшей женщины, о которой мы упоминали в этой и предыдущей главах. Сейчас можно сделать несколько заключительных замечаний по этому случаю. Как упоминалось на страницах 479—480, после многих превратностей она начала заново переживать базисную травму своей первичной депривации матерью и своего глубинного чувства полной изоляции. Ее муж адекватно понимал все, что было с этим связано, и мы смогли объединить наши усилия, чтобы удовлетворить ее потребность в безопасности, связанной с материнской заботой. Однако время от времени неизбежно возникали ситуации, когда она оставалась дома одна, и меня ставили об этом в известность. Для нее они представляли опасность, и я делал все возможное, чтобы в таких случаях поддерживать с ней контакт по телефону. Ее состояние психики неизменно напоминало состояние человека, в одиночку

затерявшегося на безлюдной равнине, где не было никаких ориентиров. В разное время она говорила такие вещи, как: «Пока не зазвонил телефон и я не поняла, что вы звоните, я сидела как парализованная, не в состоянии пошевельнуться, испытывая странное чувство, как будто бы в целом мире не было никого, кроме меня». И снова: «Я не могла перестать рыдать, чувствовала, что вокруг не слышно никакого другого звука, кроме звука моего плача». И опять: «Я так рада, что вы позвонили. Я знала, что вы это сделаете, но я так боялась, что что-нибудь вам помешает и что это ужасное одиночество никогда не закончится. Мне было трудно удержаться от паники. И когда зазвонил телефон, я страшно испугалась, что звонит кто-то незнакомый». Ее муж сказал мне: «Сейчас я перестал быть мужем, а веду себя с ней просто как мать». Постепенно мы вступили в контакт с заброшенным и изолированным младенцем в ее глубоком бессознательном, успокоили его и вновь вселили в него чувство безопасности, так что она начала постепенно отказываться от своего сопротивления регрессии, стала принимать помощь мужа, стала чувствовать истощение и потребность во сне, и обнаружила, что она может ложиться спать и быстро засыпать в любое время без всякого снотворного и через три или четыре часа просыпаться, чувствуя себя намного лучше. На этой стадии мука поездки из дома в Лидс стала для нее чрезмерной. Один раз в неделю муж был свободен, так что он мог привести ее ко мне, и я выкраивал время для работы с ней. В такое утро она не принимала никаких лекарств и приезжала на сессию, чувствуя себя совершенно больной, но всегда к концу сессии чувствовала себя намного лучше и полагала, что «человек» лучше, чем «таблетка», что было для нее крайне важным открытием, ибо в течение многих лет она принимала огромные дозы лекарств. В другое время вместо обычной сессии я звонил ей по телефону, и после короткого разговора она ложилась в постель, чувствуя,

что я был ментально с ней, и засыпала (подобно младенцу в коляске, который не может видеть свою мать, однако не сомневается, что она рядом).

Постепенно это должно было дать начало новому внутреннему чувству безопасности, которое отразилось в сновидении. Она крайне боялась попасть в госпиталь для душевнобольных как в такое место, где она не будет понята. Теперь ей приснилось, что она была в этом госпитале, где директор был очень понимающим. Но теперь это был настоящий дом; врачи, сестры и пациенты (т.е. отец, мать и сиблинги) — все находились в дружеских отношениях, и существовала расписанная по ступеням схема, проходя через которую, каждый чувствовал себя лучше, и сама она переходила от первой (вступительной) стадии к следующей. В течение многих лет ее сновидения носили откровенно выраженный характер преследования или были пропитаны тревогой. Здесь же мы видим знаки развития внутренней безопасности, на основе которой постепенно может вырастать новая жизнь. В такие периоды вовлеченность терапевта во внутреннее самочувствие пациента максимально.

Винникотт говорит о «первичной материнской озабоченности» матери по поводу своего младенца, что она является

> «особым состоянием, которое почти напоминает болезнь, однако является выраженным признаком здоровья... Оно является частью нормального процесса, в ходе которого мать восстанавливает интерес к собственной персоне и делает это с той скоростью, с которой позволяет это делать ее младенец... Возвращение в прежнее состояние нормальной матери от поглощенности состоянием своего ребенка похоже на своеобразное отнятие ребенка от груди... мы можем находить параллели всем этим вещам, если взглянем на нашу терапевтическую работу» (1965, pp. 15—16).

Так, степень озабоченности терапевта по поводу своего пациента, как и степень озабоченности матери по поводу своего младенца, будет меняться. Вначале она должна быть адекватна потребности пациента в стабильном родителе, в соответствии с природой и степенью того заболевания, по причине которого он ищет лечения. Если лечение проходит успешно, то постепенно чувство терапевта будет адаптироваться к растущей потребности пациента в большей независимости и будет переходить в поддержку и уважение к развитию его собственной индивидуальности. Психотерапия является личностной связью, на основе которой терапевт может использовать свое интеллектуальное знание, полученное в психодинамическом исследовании. Наши пациенты всегда являются до определенной степени изолированными существами, укрывающимися за своими защитами, в состоянии тревоги и небезопасности. Их «излечение» может произойти лишь в такой терапевтической связи, в которой сможет быть найдено ядро их потенциальной самости, и с ним можно будет вступить в контакт таким образом, что оно будет чувствовать не угрозу, а защиту и помощь в открытии собственной самости и самореализации. На основе вновь найденного обладания самостью и эго-силы пациент может утратить свой шизоидный страх человеческого контакта и вовлеченности и станет находить обогащающие и наполняющие его жизнь смыслом взаимоотношения.

ЧАСТЬ V

ТЕОРИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ И ТЕОРИЯ ЭГО

XIV. КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ НАУКИ

Я упомянул в двенадцатой главе, что социальные работники, которые в наше время обычно обучены на психодинамических концепциях, часто подвергаются критике со стороны коллег-психологов, которые утверждают, что их работа является научной и объективной, в то время как социальные работники заняты субъективным «угадыванием». Поэтому представляется важным дать полное рассмотрение проблемы научной природы и статуса психоаналитического, или, как я предпочитаю называть это в данном контексте, психодинамического, исследования и его взаимоотношений с традиционной «естественной» наукой. Я подробно рассматривал эту проблему с несколько иной точки зрения в седьмой главе книги «*Структура личности и человеческое взаимодействие*», озаглавленной «*Теория процесса и теория личности*». Некоторая аргументация той главы будет повторена здесь в ином контексте, опираясь на книгу Хоума «*Концепция психики*» (1966). Хоум принимает вызов ученого, смело утверждающего, что психоанализ не является наукой, приводя в качестве примера в равной мере необходимое, но совершенно иное «гуманистическое» мышление[20]. Он определил «психику» как «смысл поведения». Мы не говорим о «поведении» *неодушевленных объектов*, мы говорим лишь о физических проявлениях воздействия, потому что они не имеют «смысла». «Смысл» существует лишь для *живых объектов* и представляет собой субъективное переживание их собственных действий и действий других живых объектов в терминах их стремлений и целей. Он рассматривал на-

---

[20] Оставшаяся часть этой главы является переработкой статьи с тем же самым названием в *Int. J. Psycho-Anal.*, *48* (1967), pp. 32—43.

уку (т.е. «естественную» науку) как исследование активностей мертвых объектов. Объективные методы такой науки неспособны иметь дело со «смыслами» субъективного переживания живых объектов, но именно это и предполагается изучать в психоанализе. Хоум абсолютно справедливо говорит, что традиционные методы объективной «естественной» науки неспособны непосредственно иметь дело с субъективным переживанием и его смыслами. Его заключение о том, что психоаналитическое мышление является поэтому не «научным», а «гуманистическим» мышлением, является, однако, открытым для дальнейшего обсуждения, но оно должно начинаться с признания того простого факта, что психоаналитическое мышление основано на нашем субъективном знании нас самих и нашей способности идентифицироваться с другими людьми (и поэтому знать их изнутри).

Возникающая проблема связана со *статусом и природой психодинамических исследований*. Хоум тщательно исследовал один из двух возможных ответов, а именно, что исследование *психо*динамики является не «научным», а гуманистическим. Другим возможным ответом будет расширение традиционного смысла науки. Подобно философу, Хоум доводит аргументацию до ее логического конца и поэтому высвечивает все вовлеченные сюда проблемы. В связи с чем обсуждение концепции психодинамической науки распадается на три части: (1) обсуждение терминов «физической» (науки о природе) и «ментальной» (науки о духе) наук, или «естественных» наук и психологии; (2) вопрос о том, действительно ли у нас есть ментальная» наука?»; и (3) является ли теория объектных связей подлинной психодинамической наукой?

«Физическая» и «ментальная» наука

Мы не должны затуманивать теоретическую проблему ложным противопоставлением научного и человеческо-

го подходов. Хирург может быть способен на симпатию к своему пациенту, сколь бы объективно и безличностно научной ни была его медицинская теория и практика. Ему не требуется субъективное знание о пациенте как человеке для проведения точной хирургической операции, хотя такое знание вполне может помочь пациенту благополучно выйти из послеоперационного состояния. Справедливо, что человек со склонностью к личностному общению может более соответствовать психотерапевтической деятельности, в то время как другим людям более комфортно проводить лабораторные исследования. Это не связано с нашей проблемой, если только мы не сталкиваемся с человеком, который не способен к проведению психотерапии и, ощущая к ней неприязнь, предпочитает научный подход, в котором исключаются персональные взаимоотношения. Так, Айзенк говорит, что психологи объясняют, но не понимают людей. Психиатры нередко говорят о том, что большинство их коллег цинично высказываются о психотерапии как ненаучной деятельности.

Что нас интересует, так это *теоретическое определение науки*. Если психодинамические исследования являются научными, тогда имеют место две разновидности, или два уровня, науки. Есть фундаментальные различия между методами и типами концептуализации, используемыми в физических науках, и в *психо*динамических исследованиях, которые являются теоретической основой психотерапии. Я стану говорить о «физической», или «материальной», науке, а не о «естественной» науке, ибо психические феномены являются столь же «естественными», как и физические. Данный термин является реликтом того времени, когда ученые считали, что психические феномены не заслуживают того, чтобы им был придан статус реальности, так, например, Хаксли называл их эпифеноменом, связанным с телом человека как свисток с паровозом, не играющий никакой роли в его

движении. Паровоз вполне может «обойтись» и без свистка. Лишь физические феномены считались достойными или рассматривались как открытые научному исследованию. Многие люди считают, что эта стадия уже позади. На мой взгляд, это не совсем так. Хоум ставит вопрос о том: является ли, в конечном счете, психодинамическое исследование наукой? Если это так, то мы еще не решили, в каком именно смысле это наука.

Классическое представление о науке все еще сохраняется в головах многих людей. Большие технические успехи физических наук по сравнению с очень скромными достижениями ментальных способствуют этому. Существует также эмоциональная приверженность классическому взгляду на науку, который, в действительности, интеллектуально несостоятелен. По моему мнению, подобный взгляд силен в психиатрии и неким тонким образом присутствует во многих психоаналитических трудах, потому что в этой области наша деятельность более связана с нашей собственной психологической слабостью; в большей мере, чем в сфере физических наук. Даже Фрейд, когда возрастала его тревожность, стремился вернуться в физиологическую лабораторию, где ощущал себя в большей безопасности. Астрономия, физика и химия дают первичную модель, совместно с математикой, того, что должно называться наукой. Возникли также другие разновидности науки, имеющие дело с такими феноменами, которые легче было изучать «научным образом» и которые не вызывали столь сильного субъективного эмоционального сопротивления у исследователя, как в том случае, когда мы изучаем человеческую природу. Физиология, неврология и биохимия были построены по той же самой научной модели. Они имели дело с «материальными» феноменами, и псевдофилософия научного материализма помещала душевные феномены в один класс с религией и вымыслом, как не

только находящиеся вне сферы науки, но и малозначимые, обусловленные простым воображением.

Я буду, однако, говорить здесь о «материальной» и «ментальной» науке. Это не предполагает какого-либо определения «материи» и «психики» как неких отличных друг от друга сущностей. Я просто имею в виду, что материальная наука изучает те аспекты реальности, которые мы исследуем посредством чувственного восприятия и основанных на нем экспериментальных методов. Возможно изучать поведение таким образом и создавать бихевиоральные науки, но это не психология. Здесь ведутся исследования не психики, а лишь относительно внешнего выражения некоторых ее аспектов в поведении, что является крайне неполным для представления целокупной природы «личности» и всего диапазона ее субъективного опыта. По словам Дикса:

> «В то время как поведение является предметом научного наблюдения объективного типа, переживание не является таковым — оно нуждается в разделении другим человеком и понимании».

Ученые, изучающие физические явления, обычно не считают, что психические феномены обладают такой же достоверностью для исследования, как материальные факты. Каким бы образом мы ни постигали собственные мысли, чувства и волнения, мы не можем получить о них знание видя, слыша, прикасаясь, осязая или обоняя, а познаем их посредством *полностью субъективного внутреннего процесса, который мы называем пониманием или осознанием нашего непосредственного переживания.* Они являются тем, что Геллнер называет «ментальными сущностями, интроспективными ментальными переживаниями». Конечно, чувственное восприятие также является субъективным переживанием, но оно связано с чем-то объективным во внешнем мире, что полностью

отсутствует в восприятии нами самих себя. Ощущения являются основой нашего знания о внешнем мире. Наши мысли, чувства и проявления воли (и наши фантазийные образы, сновидения) дают нам знание самих себя, нашей внутренней реальности как субъектов переживания.

Мы знаем, что наши мысли и чувства не имеют какого-либо обязательного объективного дубликата во внешнем мире, но они обладают собственной реальностью, *психической реальностью*. Это прямое непосредственное знание психической реальности отличается от нашего чувственного восприятия внешнего мира. Знание нами собственных мыслей и чувств является нашим восприятием себя в качестве «субъектов». Мы можем ментально знать себя таким образом без какого-либо посредничающего метода или техники исследования. Нет ничего *другого*, что мы можем знать таким прямым образом. Мы можем, и часто это делаем на основании наших собственных мотивов, предавать себя и искажать наше непосредственное восприятие себя ради каких-то целей. В таком случае наше восприятие будет искаженным, но все равно будет нашим. И все же справедливо, что когда мы понимаем, что в этот момент обдумываем данную мысль или чувствуем данную эмоцию, то знание нами этого обладает абсолютной полнотой, которая не может быть поставлена под сомнение. На этом основан метод свободных ассоциаций. Мы никогда в полной мере не знаем, что мы чувствуем, но безотносительно к тому, что может знать или не знать о себе свободно ассоциирующий пациент, он определенно знает, что он *думает* и *чувствует* те самые ассоциации, которые приходят ему в голову во время разговора, и что это знание о нем самом, и что оно заслуживает доверия. Психоанализ основан на том факте, что *психическая реальность обнаруживает себя непосредственно – это основа аналитического метода*. Это справедливо лишь относительно нашего *собственного* переживания, и наша способность знать и понимать

переживания других людей основывается на нашем знании самих себя. Наше понимание других на интеллектуальном уровне является умозаключением, выстраиваемым на основе нашего знания себя, так что оно не может быть более глубоким, чем наше знание себя, и должно подтверждаться в ходе дальнейшего опыта. Вот почему личный анализ незаменим для психоаналитика. *Мы можем знать других людей «изнутри» посредством идентификации, как это подчеркивал Хоум, потому что мы знаем себя непосредственно «изнутри»; и такой феномен полностью отсутствует в сфере физических наук.* В этом смысле у «материальных» объектов нет субъективных или «внутренних» аспектов, и они вполне удовлетворительно могут изучаться объективно.

Мы можем проиллюстрировать это отличие, сравнив огненный взрыв с взрывом гнева. Мы не знаем, как чувствует себя огонь при взрыве, потому что на самом деле ему не свойственны чувства и его взрыв не имеет смысла. Это чисто физический факт, полностью постигаемый в объективном исследовании причины и следствия. Когда у человека происходит взрыв гнева, он порождает напряженную ситуацию, которую мы ощущаем даже до наступления взрыва. И действительно, мы постигаем с помощью наших чувств его напряженное лицо, резкий голос, отрывистую речь, гневные слова и жесты так же, как мы видим искры и слышим сильный хлопок от вспышки огня. Однако нам известно состояние психики такого человека не только по тому, что мы видим и слышим, но также потому, что мы ранее сами испытывали подобное чувство, и, глядя на него, мы вновь можем испытать это чувство. Мы знаем об его психической реальности посредством идентификации, основанной на нашем собственном опыте. Возможно, вследствие такого отличия, многие научно образованные люди не хотят признавать психическую реальность как некий факт. Мэйер-Гросс, Слэйтер и Роут говорят, что

«разнообразие в интерпретации психиатров еще более возрастает вследствие субъективности их оценок и *отсутствия точности психологических данных* [их курсив]. Ментальные явления могут описываться лишь словами, которые сами часто открыты различным толкованиям. Многие термины в психиатрии взяты из повседневного языка и ясно не определены... Значительная часть современной психиатрической литературы обязана своим существованием игре слов и концепций; и научный работник в психиатрии должен постоянно иметь в виду риск многословности и расплывчатости используемых им терминов».

Но на самом деле они выражают недовольство по поводу чего-то более глубокого, чем небрежность в использовании терминов. Они говорят о «разнообразии интерпретаций» исследователей психиатрических феноменов. Интерпретаций чего? Они имеют в виду разность подходов к тому, «что является и не является наукой». Они пишут: «Эта книга основана на убеждении авторов в том, что основы психиатрии должны закладываться *на основании естественных наук* [их курсив]. Предпринята попытка применения методов и ресурсов научного подхода к проблемам клинической психиатрии». Они просто приравнивают науку к «естественным» наукам и отвергают какое-либо описание психической реальности, которое не согласуется с естественнонаучной терминологией как «неясно определенное», «многословное и расплывчатое», а также как «игру слов». Однако не дело ученого пытаться диктовать фактам, какими они должны быть, он должен понимать то, что есть; и психическая реальность, несомненно, входит в число таких фактов, и, кроме того, ее исследование не может проводиться «на почве естественных наук». Мы нуждаемся в «ментальной», или «психодинамической», науке, отличной

от «физической» науки. В поддержку этого заключения высказывается Тэйлор в своей книге *«Объяснение поведения»* (1964).

Он пишет:

> «Предполагать превосходство принципов Галилея в науках о неодушевленной природе и считать, что они *должны* стать моделью для наук о поведении живых существ, — значит совершать спекулятивный скачок» (р. 25).

Он заключает, что «бихевиористская психология» показывает несостоятельность лишь механистического телеологического объяснения поведения; что бихевиоризм это «непсихологическая психология».

Есть ли у нас «ментальная» наука?

Психоанализу было предназначено показать важность и создать определенную концепцию «психической реальности», определяемой столь же прочно, как любой другой факт, в том смысле, что факт — это нечто действительное. Однако это не такой факт, который может быть исследован теми же самыми методами, что используются в физической науке. Мы ничего не приобретаем, избегая употреблять термин «ментальный», пусть даже мы работаем с дуалистической философией и не считаем «психику» отдельной «вещью». *«Материя» и «дух» — это старые и почетные термины, которыми человечество выражало свое прямое признание того факта, что есть два различных аспекта нашего существования.* Однако представляется, что многие люди еще не подняли этот факт на уровень научного мышления. Они все еще страстно стремятся к ложному упрощению в духе «научного материализма». Когда возникла «естественная наука», ученые, движимые обычным человеческим желанием

поставить все под свой контроль и свою власть, просто отрицали «психику» и догматически утверждали, что она была ничем иным, как «мозгом». На память приходят хирурги, которые вскрыли мозг Бетховена после его смерти в попытке обнаружить его музыкальный гений. Глупость такого предположения совсем не очевидна для тех людей, которые обучались исключительно «естественным наукам». Если мы отказываемся сохранять слепоту по отношению к этому неискоренимому дуализму в нашем опыте, тогда у нас остаются лишь два возможных решения: (1) ограничить науку исследованием материальных феноменов и согласиться с Хоумом, что ментальные феномены требуют иного мышления; (2) расширить значение науки до включения в нее исследования «ментальных» феноменов как таковых, и не физическим образом. Но можем ли мы действительно это сделать? Такое исследование удовлетворительно не проводится в социальных и бихевиоральных науках. Они либо смотрят на психоанализ как на поставщика для них психодинамических данных, с которыми они будут работать, либо обращаются к неврологическому обусловливанию, имея дело лишь с поведением и изучая его объективным образом.

Мне также не кажется, что биология обеспечивает тот тип мышления, который отдает должное психическим феноменам. Я согласен с Хоумом, что биология входит в раздел физических наук, хотя я и вижу его колебания в этом вопросе. Он проводил различие между изучением живых и неживых объектов. Слово «объект» охватывает, таким образом, как живые, так и неживые объекты, а это значимое различие для психодинамики. Нас интересуют те объекты, которые способны на бытие и, в действительности, являются *субъектами опыта*. Объекты естественной науки либо не способны быть субъектами, либо, когда они таковыми являются, не имеют значения для науки, которая игнорирует этот аспект их

реальности. Когда живые объекты изучаются в качестве субъектов, мы имеем психодинамическую науку. Когда живые субъекты изучаются лишь как объекты, как это делается в биологии, неврологии, бихевиористской психологии и социологии, тогда мы имеем классическую модель «естественной» науки. В каждом виде исследования и связи есть элемент объективности, но я бы предпочел суммировать вышесказанное следующим образом: *психодинамика исследует свои объекты как «субъекты», в то время как традиционная наука исследует все, что попадает в ее поле зрения, лишь «как объекты». Именно такой исключительно объективный подход классической науки не может воздать должное «лицам» как «субъектам опыта». Психодинамические исследования ставят абсолютно новую проблему для науки, которая не может быть решена классическими научными методами исследования и концептуализации.* Каждая наука в традиционном смысле этого слова обнаруживает свои абсолютные пределы, либо же смысл науки радикально изменится. Я бы не сказал, что такие классические термины, как наблюдение и эксперимент, индуктивное и дедуктивное рассуждение, подвергаются сомнению. В личных взаимоотношениях имеет место как наблюдение, так и эксперимент, и мы можем рассуждать как индуктивно, так и дедуктивно. Это скорее вопрос исследования нового типа «объекта», т.е. субъективного переживания, и нового главного источника информации, не чувственного восприятия внешнего мира, а непосредственного переживания, прямого знания, внутреннего личного мира. В *психодинамике* данные получаются путем субъективного наблюдения самих себя и идентификации с другими. На кону не стоит природа научного мышления. Она остается «объективной оценкой». Отлична лишь природа самих данных и метод их получения. Однако ревизия смысла науки уже предпринимается философами науки, ибо очевидно, что больше нет прежней прочности и про-

стоты в утверждениях о материи, пространстве и времени, которые ранее имели место.

Однако, вероятно, можно сказать кое-что еще по поводу точки зрения Хоума, что наука может иметь дело лишь с неодушевленными объектами, или с живыми объектами, как если бы они были неодушевленными. Есть захватывающий отрывок в книге Биона, «*Научение из опыта*», глава 6. Он называет чувственные впечатления β-элементами, которые гипотетическая α-функция перерабатывает в α-элементы, мысли, которые могут использоваться. Он говорит о некоторых пациентах, что «избегание опыта контакта с живыми объектами посредством разрушения α-функции» делает таких людей неспособными иметь взаимоотношение с чем-либо, помимо *автомата*, т.е. неодушевленного объекта. Он затем замечает:

> «У некоторых ученых, чьи исследования включают в себя жизненный материал, способ мышления схож с мышлением тех пациентов, которые видят в мире только неодушевленные объекты. Нарушение мыслительных процессов у таких пациентов приводит к доминированию ментальной жизни, где их мир населен неодушевленными объектами. Неспособность со стороны даже наиболее продвинутых людей в полной мере использовать свое мышление, так как способность думать недостаточно развита у всех нас, означает, что область научного исследования ограничена распространенностью традиционного подхода к исследованию любых объектов как неодушевленных. Мы утверждаем, что психотическая ограниченность обусловлена болезнью; но аналогичная ограниченность ученого таковой не является... Представляется, что наш способ мышления адекватен исследуемой реальности, когда объект является неодушевленным, а не тогда, когда объек-

том исследования является феномен самой жизни. При столкновении со сложностями человеческой психики аналитик должен быть осмотрительным в следовании даже признанному научному методу; его способ мышления может быть ближе к способу мышления пациента, чем это способно признать поверхностное исследование».

Бион видит, что традиционная наука склонна к деперсонализации человека, или, говоря словами Вордсворта, «мы убиваем, чтобы анализировать». По всей видимости, психотические и научные ограничения встречаются у шизоидного интеллектуала (а таковых много среди ученых), который может размышлять лишь о неодушевленных объектах, а не о живых субъектах, ибо он испытывает чрезмерную базисную тревожность, чтобы пойти на риск идентификации и разделения опыта. Для него, как для могущественных политиков, люди — это вещи. Хоум может считать Биона своим могущественным союзником. Наука ограничена исследованием неодушевленных объектов, что, по всей видимости, подразумевает, что некая другая разновидность мышления должна иметь дело с живыми субъектами.

Тем не менее, я предпочитаю принять проницательное наблюдение Биона по поводу природы научного мышления, или мышления в русле «естественной» науки, и выяснить, не может ли быть расширена концепция науки до включения в нее исследования «живых субъектов». Бион приводит причину, по которой наука в течение столь долгого времени остается связанной с идеологией научного материализма, которую МакМюррей описывал как не научную и не философскую, а как популярный предрассудок, основанный на престиже науки. Но этот предрассудок может иметь более глубокие причины; частично эмоциональные, в том отношении, что люди чувствуют себя более безопасно, когда они *думают* о ма-

териальных фактах, но в большей мере, согласно Биону, из-за ограниченности нашей способности обдумывать факты вне сферы неодушевленного. «Радиус действия» нашей способности «переживать» намного больше, чем «возможность» нашей интеллектуальной способности объяснять. А с этим связано интеллектуальное унижение в связи с тем, что мы не всегда проявляем себя «мыслителями». В соответствии с этим многие естественнонаучные исследователи считают гуманитарные науки, такие как антропология, социология и психология, либо низшим сортом знания, либо не наукой в подлинном смысле этого слова. Критик Тейяра де Шардена неодобрительно относился к его претензии считать себя ученым, потому что антропологические исследования последнего не имели той точности, которая требуется от наук с их математическим инструментарием. По этой самой причине психологии, в ее борьбе за научный статус, всегда приходилось сталкиваться с попытками редуцировать ее до чего-то меньшего, чем психология, — неврологии, биологии или физиологии. Нам известно о той громадной борьбе, которая шла в душе Фрейда, за движение в противоположном направлении.

Мы не можем, однако, свести психодинамику к психобиологии. Из этого вовсе не следует, что мы игнорируем подлинный вклад биологии, как, например, касающийся проблем наследственности, но при этом стараемся избежать мыслительной путаницы, проистекающей от двух различных уровней абстракции. Например, такие термины, как «смысл» и «переживание», принадлежат к психологическому уровню. По-моему, биология имеет дело не с живым созданием как с «субъектом», переживания и действия которого имеют смысл как для него, так и для других, а с объективным феноменом, который должен скорее изучаться извне экспериментальными методами, нежели оцениваться изнутри посредством сходных методов. Биология для большинства ученых,

несомненно, означает нечто биохимическое, так же как психология для ученых-материалистов означает нечто психофизическое. Мне кажется, что в этих сложных терминах важными компонентами являются «химический» и «физический». «Био» и «психо» добавляются в качестве утешительных призов. Несмотря на могучую поддержку аргументации Биона, что научный интеллект слишком ограничен, чтобы иметь дело с чем-либо, что не является неодушевленным, я бы не стал проводить различия, как это делает Хоум, между «живым» и «неживым» как областями исследования соответственно психодинамики и физической науки, ибо это, как мне кажется, указывает лишь на различие между химией и физикой. Нас больше заботит различие между просто живым и личностным, т.е. между личностным и доличностным и безличностным: ибо имеются формы существования, которые являются живыми, но с точки зрения психодинамики не представляют для нас никакого интереса, так как они не личностные (такие как блохи, насекомые, москиты и растения). *Нас интересует изучение «личности» с таким уровнем абстракции, на котором мы говорим о человеке не как о «вещи» или «организме», а как об «уникальном индивиде»*. Мы говорим о личности лишь тогда, когда имеем в виду ее взаимоотношение с окружающим миром и с самой собой осмысленным образом. Различие между этими двумя уровнями мышления ясно видно из того факта, что человек ничего не значит для материальной среды вокруг него, но что эта же среда является для него значимой. Я ничего не значу для гор Glencol, но они очень много значат для меня. Методы традиционной науки не были приспособлены к тому, чтобы иметь дело *с «личностью», с уникальным и индивидуальным «субъектом» значимого опыта. Психодинамика — это наука о персональном субъекте, а не просто об объектах. Психодинамика является пробным камнем в отношении того,*

будет ли психология как таковая действительно признана в качестве науки.

Психотерапевты, как психиатры, подобно Стэку Салливану, так и психоаналитики, подобно Сасу и Колби, выражали энергичный протест против сведения психодинамики к чему-то меньшему, чем она сама. Сас (1956) писал:

> «Математика может функционировать как инструмент в физике и астрономии, и при этом не страдает идентичность этих наук. Но психология не может так использовать математику без соответствующего изменения своей собственной идентичности. По-видимому, в психологии сам процесс выражения переживаний в крайне абстрактных терминах — даже если они имеют отношение к тем феноменам, которые обычно считаются психологическими — изменяет представление индивида о природе данной проблемы».

Салливан и Колби, однако, занимают несколько двусмысленную позицию. Салливэн пишет:

> «Биологические и неврологические термины совершенно неадекватны для полного исследования... Я надеюсь, что вы не будете пытаться выстраивать в своем мышлении взаимосвязи (например, "соматической" организации с психиатрически важными феноменами), которые являются чисто воображаемыми или сравнительно недоказанными, но могут внушить вам мысль о том, что вы находитесь на твердой почве по сравнению с другой, крайне неосязаемой. Если человек действительно полагает, что его знания о нервах и синапсисах и тому подобном имеют приоритет по сравнению с его мыслями о

знаках и символах, то все, что я могу сказать на этот счет: помоги ему Бог».

До сих пор все шло очень хорошо, но затем Салливан исключает исследование «уникальной индивидуальности» человека. Он говорит, что наша индивидуальность — большая ценность для наших жен и детей, но что она не интересует нас в научном плане. Однако для нас важен именно этот вопрос, когда мы рассматриваем, какова природа и статус психодинамических исследований. «Уникальная индивидуальность» как раз то, что нас интересует, ибо в «межличностных взаимоотношениях» Салливана то, кем мы являемся и как мы реагируем, крайне тесным образом связано с тем, кем является для нас другой человек, и наоборот. Салливан говорит, что есть нечто познаваемое, что находится вне сферы физической науки. После заявления о границах физической науки ему не удалось обосновать психодинамическую науку на ее собственном должном уровне, что может служить для нас предостережением.

Колби также показывает неудачу мыслителя, осознающего границы физической науки, удовлетворительным образом обосновать психодинамическую науку. Он говорит об уровнях интеграции в реальности и об абстракции в мышлении и пишет:

> «На каждом уровне интеграции возникают характеристики и новые свойства, которые нельзя целиком объяснить в терминах низших уровней. Ибо для этих новых свойств требуются особые методы исследования и особый язык... На психическом уровне интеграции между нейронным и социальным мы утверждаем, что определенные свойства являются следствием того, что наш язык называет психическими функциями.
>
> ...Чем выше мы поднимаемся в теоретическом абстрагировании и чем далее мы уходим от мате-

> риальных осязаемых веществ, тем более трудным представляется мне уяснение того, что мы имеем перед собой для обсуждения. Многие люди просто не могут понять, что значить теоретизировать на психическом уровне. Мы должны теперь оставить их как рожденных под несчастливой звездой и продолжить исследование на психологическом языке».

Каков же тогда психологический язык Колби? Мы видим, что в конечном счете мы не продвинулись куда-либо дальше. Он говорит:

> «Мы считаем, что психические функции осуществляются гипотетическим психическим аппаратом. Это воображаемая теоретически постулированная организация, конструкт, который помогает нашему пониманию определенных наблюдаемых свойств... Но здесь нет прямого соответствия между психическим аппаратом и мозгом».

Он избегает сведения психологии к физиологии, однако, так и не приходит к подлинной психологии. «Аппарат для исследования наблюдаемых свойств» является понятием физической науки, абсолютно не подходящим для изучения личности. В лучшем случае таким образом можно лишь концептуализировать изучение поведения, а не переживания самости, обладающей уникальной индивидуальностью. «Смысл», который жизненно важен для реальности психического переживания и всего того, что изучает психоанализ, не является «наблюдаемым свойством». Мы можем видеть или слышать, используя определенные общепринятые способы передачи смысла друг другу, однако сам смысл нельзя наблюдать; он может быть лишь субъективно понят, оценен. Иногда, полагая, что высказали нашу мысль кристально ясно, мы обнаруживаем, что кто-то считает, что мы имеем в виду

нечто совершенно иное. Колби исследует схему эндопсихической структуры, которая вполне может годиться в качестве схемы компьютерного или электронного мозга, обрабатывающего входные данные и выдающего выходные данные. Таким образом, даже специалисты, которые понимают, что психодинамика нуждается в новой и более широкой научной концепции, еще не представляют ясным образом, как будет выглядеть подлинно «психодинамическая» наука.

Вклад Е.Х. Хаттена (профессора физики, Лондон) важен в данной связи. Он пишет:

> «[В психодинамике] мы описываем все происходящее в терминах психической реальности и поэтому можем обходиться без той рамки физического пространства-времени, которая неприменима к психическим феноменам».

Он принимает множественность причин и сверхдетерминированность в качестве существенно важных для психологической теории и ни в коей мере не препятствующих ее научному статусу. Приятно встретить профессора физики, который не использует термин «причина» в его старом научном смысле в области психологии. Он говорит:

> «Классическая физика принимается в качестве стандарта, когда говорится, что научная теория должна объяснять данный феномен лишь единственным образом; но на самом деле это не так даже там, не говоря уже о современной физике. Еще ниже находится, по моему мнению, метафизическая вера прошлых веков в механический детерминизм, в соответствии с которым все в мире связано железной цепью необходимости».

Хаттен подтверждает мое представление о том, что интеллектуально устаревший взгляд на науку все еще разделяется из-за бессознательных эмоциональных причин. Как Фрейд говорил, что религиозный человек проецирует образ всемогущего отца на вселенную, чтобы чувствовать себя в безопасности, так же и многие верующие в науку люди проецируют на вселенную «образ железной цепи необходимости», научный материализм, также по причинам безопасности. Тогда они чувствуют себя более безопасно. Мы не можем иметь дело с *психической* реальностью напрямую, отсюда и наша обеспокоенность.

Сам психоанализ во многом развивался под влиянием классического научного взгляда на мир, так что Фрейд в действительности не мог избежать подобной проекции. Таким образом, многочисленные попытки сделать психоанализ научным были в действительности неузнанными попытками загнать психоанализ в конечном счете назад в форму научной теории материального типа. Это становится все более неудовлетворительным по мере того, как современная философия делает очевидным, что физическая наука более не гарантирует существование прежней устойчивой надежной детерминистской вселенной, закрытой системы, в которой нам было сравнительно точно известно, что есть что. Так, Поппер в «*Логике научного открытия*» (1959) пишет:

> «В эмпирическом базисе объективной науки нет ничего абсолютного. Наука не базируется на твердом основании. Над болотной топью вздымаются волны дерзких теорий. Она подобна зданию, воздвигнутому на сваях. Эти сваи погружены в болотный грунт и не достигают какой-либо твердой почвы; и когда мы перестаем забивать их в более глубокие слои, это происходит не потому, что мы достигли твердого основания. Мы просто прекращаем это делать, когда удовлетворены тем, что сваи

достаточно прочны для того, чтобы выдерживать тяжесть структуры, по крайней мере, на данное время».

Я полагаю, что под болотом Поппер понимает область конечного незнания, простирающегося за пределами нашего ограниченного знания или (см. Биона) простирающегося за пределами нашей способности «знать». Высказанное Бертраном Расселом много лет тому назад предсказание о том, что когда-либо наука откроет все и даст нам в руки гигантский указатель, в котором мы сможем найти ответ на любой возможный вопрос, представляется теперь неубедительным: примером отсутствия смирения из-за неспособности ясно видеть собственные интеллектуальные границы. Ясно, что «физические» ученые и философы были столь же догматическими в своих закрытых системах, сколь и теологи, и должны научиться смирению перед лицом предельной реальности. Так как движение науки шло от физического к психическому, то когда мы бываем озадачены психической реальностью, пусть нас успокоит напоминание о том, что физическая реальность является частью такого же болота и что мы лишь пытаемся забивать сваи чуть глубже. Как мы это делаем?

Хаттен полностью исключал физические модели для построения психической реальности, однако я не считаю, что он пришел к полноценной психодинамической науке. Он пишет:

«Обычный язык причинно-следственной реальности не срабатывает, когда мы описываем процессы, в которых не можем сразу выделить некий постоянный элемент исследования. Язык работает лишь тогда, когда процесс является ничем иным, как перемещением постоянной вещи в пространстве-времени под воздействием постоянной силы.

> Это в большой мере справедливо для физики, но даже там встречаются примеры, где это не так... Психоаналитическое объяснение дается по поводу конфликта или процесса... Один и тот же набор данных (может) приводить к прямо противоположным результатам... что показывает, что процессы, лежащие в основе человеческого поведения, являются динамическими в том смысле, что они представляют конфликт или напряжение между двумя противоположными полюсами».

А это как раз и свидетельствует о том, что психоанализ имеет право на собственную терминологию и не может строиться строго по образцу физической науки. Хаттен смотрит в правильном направлении, когда говорит, что в психодинамике мы говорим не о

> «каузальных законах, а об *этиологии* заболевания. Вместо описания и предсказания мы имеем *диагноз* и *прогноз*... В отличие от абстрактного физического тела люди имеют историю, и мы не можем надеяться предсказывать их будущее исходя лишь из их настоящего».

Но мы также не можем надеяться вообще как-либо предсказать их будущее, даже зная их настоящее и их прошлое. Хаттен определил *субъект переживаний как источник психодинамических феноменов*. Если мы не станем думать о «процессах» и «напряжениях» и «противоположных полюсах» Хаттена как о проявлениях жизни субъекта, то обнаружим, что сползаем в некую разновидность физической научной терминологии и более не находимся на должном уровне психодинамики. В то время, когда все традиционные и классические концепции находятся в процессе коренного изменения, мы может утверждать, что подлинно *психо*динамическая теория не

связана с физической концепцией науки, в то же самое время не отказываясь от притязаний быть научной. *Психодинамика призвана концептуализировать то, что наука ранее никогда не считала сферой своей компетенции, а именно: человека в качестве уникального центра высокоиндивидуального переживания и ответственности.*

Является ли «теория объектных связей» подлинной психодинамической наукой?

В каких терминах можем мы строить психодинамическую науку? Я испытываю большую симпатию к точке зрения Хоума, что некоторые метапсихологические утверждения *в буквальном смысле этого слова* ничего не значат, как, например, когда Ганна Сегал говорит нам, что «младенец проецирует инстинкт смерти на грудь». Такое необычное утверждение обусловлено как небрежным использованием слов (если у младенца и есть инстинкт смерти, он определенно не может его проецировать куда-либо еще), так и приводящим к путанице смешением психодинамических и биологических понятий. «Проекция» является психодинамическим понятием, а «инстинкт» — биологическим. Инстинкт не может быть проецирован. Кроме того, хотя Фрейд говорил о том, что «инстинкты являются нашей мифологией» и при первом введении этого термина говорил об «инстинкте смерти» как о спекуляции, он, и определенно Кляйн и Сегал впоследствии, относились к данной концепции просто как к неоспоримому факту. Заслуживающая доверия теория не может быть создана таким образом.

Такое смешение психодинамических и биологических концепций, вероятно, косвенным образом проясняется в утверждении Фоулкса (1965) о групповой терапии, высказанном на шестом психотерапевтическом конгрессе. Он сказал: «Психоанализ — это биологическая теория, которая крайне неохотно изменялась в социальную тео-

рию под давлением психотерапии. Групповая терапия не является психоанализом».

Первое его высказывание, по-моему, абсолютно справедливо. Психотерапия — это проблема социальной, личной связи. Это очевидно для групповой терапии, но не менее справедливо и в индивидуальном анализе. Таким образом, психоанализ, который зародился в результате поиска метода и теоретической основы для психотерапии, в конечном счете, *в своей первоначальной форме*, не обеспечил ни того ни другого. Психоанализ *начался* как биологическая теория, т.е. как стадия в отходе Фрейда от неврологии, и с очень большой неохотой менялся, опасаясь обвинений в ненаучности. Но, тем не менее, он менялся под давлением психотерапии, которая нуждается в теории личных и социальных связей. Огромная разница между разделяемой Фрейдом до 1920 г. биологической стадией и начавшейся с 1920 г. более полной психодинамической стадией объясняется теорией суперэго, которая не имела ничего общего с биологией, а являлась чисто психодинамической концепцией. То, что Фоулкс называет «давлением психотерапии», это отношение к людям как к личностям, для описания которых требуется теория, выходящая за пределы физиологии и биологии к высочайшему уровню абстракции, где мы изучаем уникального индивида не только в проявлениях его незрелости и болезни, но также в проявлениях его зрелости и здоровья. В первый период своей деятельности Фрейд боролся за преодоление границ физиологии и пришел к психобиологии. В свой второй период он начал борьбу за преодоление границ психобиологии и двигался в направлении создания последовательной *психо*динамической теории персональных объектных связей. С введенной им концепции суперэго мы начинаем видеть не организм, в котором доминируют влечения, а эго, которое, помимо других своих различных свойств, об-

ладает и влечениями, формирующимися в нечто целое в матрице человеческих взаимодействий. Однако бремя биологии и построенной на ней метапсихологии оказалось тяжелым, и результат этого виден в трудах Мелани Кляйн. Она уверенно продвигалась к развитой теории объектных связей, одновременно все теснее придерживаясь метапсихологической теории инстинктов, давшей нам злополучный инстинкт смерти, конституционально обусловленную зависть и так далее. Тем не менее, это направление развития требовало переоценки термина «эго», как чего-то большего, чем просто осуществляющего контроль аппарата. В работе Фэйрберна, а теперь и в работе Винникотта, эго становится тем, чем оно является на самом деле, — термином, обозначающим «Я», ядро персональной самости, сущность «всего бытия».

Трудности психоаналитической теории возникают вследствие того, что она остается слишком сильно связанной с классическими концепциями «естественной науки», в особенности с биологическими. Этого нельзя было избежать. Психоанализ возник в эру естественных наук. И лишь работа Фрейда вынудила увидеть психическую реальность в новом свете. Ничего не происходит моментально. Новые инсайты возникают после периодов замешательства, в которых переплетается старое и новое. Но Фоулкс был определенно прав, когда говорил, что давление со стороны психотерапии вынуждало теорию двигаться дальше. Это движение заметнее всего проявляется в работах Винникотта, *целью которых является создание последовательной психодинамической теории уникального индивида в его персональных связях. Именно с этой целью и связано появление «теории объектных связей».*

Мы можем найти аргументацию в пользу создания такой теории при более пристальном взгляде на работу Биона. Он критикует психоаналитические теории за то, что они являются «смесью наблюдаемого материала и

вытекающего из него теоретизирования». Он ищет теорию «практики психоанализа», которая является «чисто научной». Что имеется в виду под «чисто научным теоретизированием»? Абстрактные термины должны быть релевантными тому уровню реальности, на котором осуществляется теоретизирование. Создает ли Бион психодинамическую теорию личности? Его абстрагирование послужило объектом критики Саса, считавшего, что при выражении психологических переживаний в абстрактных символах мы изменяем природу данной проблемы. Тем не менее, *концепции Биона подразумевают динамическое переживание индивида, процессы которого он символически описывает.* Как бы ни оценивали, в конечном счете, его особую концептуальную схему, ее основа в этом отношении является здравой. Он использует символы α и β, чтобы избежать преждевременных оценок, так как мы не знаем многого об этих элементах. Так, он говорит о нашей способности к мыслительной деятельности, как об α-функции, для того чтобы избежать риска преждевременного конкретного определения такой деятельности до получения адекватного знания. Все это абсолютно законно. Он постулирует β-элементы в качестве первичных чувственных переживаний и α-функцию в качестве базисной динамической активности индивидуальной психики. При этом α-функция в действительности воздействует на два различных набора данных: на чувственные впечатления от внешнего объективного мира и на эмоции в качестве непосредственных переживаний нашего внутреннего субъективного бытия. Эти данные являются β-элементами, которые α-функция перерабатывает в элементы, пригодные для мышления. Уиздом указывает на то, что эта теория требует двух уровней как для сознания, так и для понимания: примитивного сознания и понимания β-элементов, или сырого материала опыта, а затем более развитого уровня сознания и понимания, на котором осуществляет свою работу α-функция, про-

изводя «мысли». Если α-функция терпит неудачу, мы не можем думать, ибо у нас нет «мыслей». Здесь опять мы должны проводить различие между двумя уровнями мышления: мышления как процесса, который развивает «мысли», и мышления как процесса, который использует «мысли» — для выражения в конверсионных телесных симптомах, в сновидениях и др. Поэтому представляется, что имеют место *три уровня психической активности: непосредственное переживание (чувственные данные и эмоции), выработка мыслей и отражение опыта (наука).* В нашем актуальном переживании они лишь теоретически различаются, за исключением тех случаев, где патологические состояния искусственно их изолируют. β-элементы являются отправной точкой всякого нашего переживания, α-функция является нашим «перевариванием» такого переживания (термин Биона), а наука нашим отражением данного переживания.

Непосредственное переживание чувственных впечатлений — это сырой материал физической науки, из которого наша α-функция строит то понимание внешнего мира, на которое мы способны. Но это не может быть моделью *ментальной науки, ибо ее сырым материалом должны быть не чувственные впечатления внешнего мира, а эмоции, т.е. наши переживания самих себя как субъектов в связи с объектами.* Наша α-функция вполне может действовать менее адекватно по отношению к эмоциям, чем к чувственным впечатлениям, так что для нас более легким становится построение мыслей об объектах, чем о субъектах. Возможно, здесь лежат врожденные пределы нашей способности к мышлению, о которых говорит Бион. Одним из результатов этой ситуации является то, что трудно говорить о ментальных феноменах каким-либо другим языком, кроме метафорического. Наш язык основан главным образом на чувственном переживании. Мы применяем терминологию чувственного восприятия к психическим феноменам, когда гово-

рим о бессознательном как о расположенном «глубоко внизу», или о шизоидной личности как о «закрытой», или об эго как «расщепленном». Однако сами пациенты описывают свои переживания таким образом, и как можно выразить это более точно для целей «первичного описания»? Именно это, несомненно, имел в виду Хоум, когда говорил, в личном сообщении, что он считает язык психологии обычным языком. В этом высказывании звучит критика Мэйера-Гросса и других исследователей, недовольных тем, что «термины в психиатрии взяты из повседневного языка» и что психическим феноменам «не хватает четкости». Однако *здесь есть своя точность, если мы ищем правильную ее «разновидность»: точность выражения эмоционального, а не чувственного переживания.* «Закрытость» выражает не пространственную связь, а состояние ума, замену объектной связи общением с самим собой, уход в собственную самость из-за страха внешнего мира. Создание мыслительных конструкций является более легким для физической науки, но возможно и для ментальной науки, ибо в конечном счете мы имеем дело с фактами, с фактами психического переживания и реальности.

По Биону, *физическая наука* является результатом гипотетической α-функции, преобразующей наш непосредственный опыт чувственных впечатлений от объектов в мысли об объектах, которые затем развиваются через уровни грез, концепций, научных систем и, наконец, алгебраических исчислений. Но *эта физическая наука является просто описанием более легкой части нашего опыта, который мы можем обдумывать и концептуализировать. Ментальная наука связана с концептуализацией более трудной части нашего опыта — не с объективным миром, а с нами самими как субъектами переживания. Она должна пониматься как α-функция, обращающая β-элементы нашего эмоционального переживания «самих себя в связи с другими», в мысли, кото-*

рые могут быть развиты в психодинамическую науку. Таково различие между наукой об объектах, которые нам известны извне, и о субъектах, известных изнутри. Мы продвинулись дальше в первом направлении, чем во втором. Лично я считаю, что теория объектных связей, из всего того, что у нас пока что имеется, ближе всех подошла к подлинной психодинамической науке. Она еще не целиком научна, но находится на пути к этому. Мне думается, что «гуманистическое мышление» Хоума является описанием нашего непосредственного переживания самих себя на обычном повседневном языке. Если бы оно было названо «психодинамической наукой», я полагаю, что оно стало бы открыто критике Геллнера как «идеографическая наука» (1959):

«...исследование, которое утверждает, что оно знает индивидуальные вещи "в их целокупной индивидуальности", и которое обходится без промежуточных общих терминов или концепций».

У нас должны быть общие концепции, однако полученные от исследования переживания, а не поведения. Должна появиться дополнительная стадия размышления, или мышления по поводу переживания, что и является психодинамической наукой, работающей с общими абстрактными представлениями о персональной, а не о безличной реальности.

Работа Фрейда развилась в исследование субъективной персональной жизни человека, в понимание нашего внутреннего переживания как отличного от объективного описания поведения. Влечения более не имеют первостепенного значения, и центральное место в теории теперь занимает эго, ядро персональной самости, находящееся в живых связях с другими людьми или с самим собой. Высшее достижение Фрейда состояло в выходе за пределы своих научных первоначал и в его требовании к науке перестать относиться к людям как к лаборатор-

ным образцам для исследования и манипуляций и начать видеть в них личности, чьи жизни кое-что значат как для них самих, так и для других людей; личности, которых можно реально узнать и оказать помощь лишь в том случае, если терапевт не просто диагностирует их заболевание и предпишет лечение, но сам знает и некоторым образом разделяет их опыт страдания, совместно с ними пытается его понять и предлагает им связь, в которой они могут заново открыть свою утраченную способность к доверию и любви. Аналитическая сессия и психотерапевтическая связь — это лаборатория, в которой создается психодинамическая наука, и каждый раз она связана с проблемой понимания того, что происходит здесь и сейчас между двумя людьми, как их прошлый опыт «загрязняет» их нынешнюю встречу, как это загрязнение может быть устранено и заменено реалистической зрелой связью; т.е. как два «эго» могут встретиться во всецело разделяемом переживании. Именно эта теория объектных связей, возникшая из трудов Мелани Кляйн и Фэйрберна, находится в процессе исследования и формулирования того, что Мартин Бубер называл «Я—Ты» связью в отличие от научной «Я—Оно» связи.

Прежде чем мы акцентируем внимание на теории объектных связей, необходимо отметить, что до сих пор мы использовали взгляды Биона на «мыслительное построение», на развитие интеллектуальной функции с ее конечным следствием — созданием науки. Это соответствует использованию Винникоттом термина «разум» как отличного от «психики». Разум не присутствует у человека с самого начала, в отличие от психики. Позднее, на первом году жизни созревание мозга делает интеллектуальную активность возможной, и Винникотт затем говорит о «разуме» или о «мыслительной» способности младенца как о постепенно становящейся в состоянии перенять от матери заботу о самом себе. Он рассматривает первичную психику не просто в качестве отражения того

соматического опыта, который может быть у младенца, а как свободно связанную с телом в первые месяцы жизни. Сома и психика являются различимыми аспектами совокупной «личности». Винникотт пишет:

> «Психика нормального младенца может утрачивать контакт с телом, и могут иметь место фазы, в которые для младенца нелегко внезапно возвращаться в тело, например, когда он просыпается от глубокого сна». («*Семья и индивидуальное развитие*», p. 6.)

Психика должна научиться интегрировать соматическое переживание, и она может это сделать лишь в том случае, если окружение адекватно отвечает на потребности младенца. Тот факт, что психика младенца может утрачивать контакт с телом и часто его восстанавливать в течение первых месяцев жизни, свидетельствует об особом значении того, что психоанализ называет «психической реальностью» в отличие от «материальной (соматической) реальности». Психика («первоначальное эго» Фэйрберна), о которой Винникотт говорит, что она «с самого начала... уже является человеком, единством» (*op. cit.*, p. 5), воспринимает сому и развивает к ней внутреннее отношение, приходит к «господству над ней» или чувствует себя с ней как одно целое, и все это является частью интеграции личности по мере развития опыта.

В терминах «связи с объектами» младенческая психика с самого начала потенциально представляет собой эго, еще не дифференцированное в отношении своей внутренней структуры и нуждающееся в хорошем человеческом окружении, чтобы сделать возможным актуализацию в процессе развития в объектных связях. Здесь мы можем вернуться к «эмоциям» Биона как «β-элементам». Он включает в свой список базисных «функций личности» эмоции любви и ненависти. Я не понимаю, почему у него не включен «страх». Он включает в базис-

ные функции личности «движение между параноидально-шизоидной и депрессивной позициями», а страх является основой параноидально-шизоидной позиции так же, как ненависть лежит в основе депрессии. Отсутствие страха в перечне базисных эмоций обусловлено живучестью традиционной психоаналитической точки зрения, что фундаментальный конфликт протекает между любовью и ненавистью. Фрейд считал, что ненависть является первичной человеческой реакцией на окружающую среду, а страх — вторичный результат ненависти. Исследование шизоидной позиции как предшествующей депрессии делает ясным, что справедливо как раз противоположное. Люди ненавидят, потому что они боятся. Если слабый и зависимый младенец не находит в своем окружении необходимой поддержки и встречает враждебность в то время, когда он еще совершенно неспособен защищать и поддерживать себя, страх диктует уход и разрыв связей. Именно страх делает невозможной любовь, и конфликт между любовью и ненавистью становится фундаментальной проблемой. При столкновении с невосприимчивым окружением у младенца остается лишь один выбор: выбор между «бегством» и «борьбой», между шизоидным уходом и развитием ненависти – к тем, кто делает невозможной любовь. Любовь — это прерогатива сильного и стабильного индивида; ненависть является защитой слабости и страха.

Самими простыми элементами наших эмоциональных психических переживаний являются: (1) природная способность доверять хорошему объекту, зависеть от него и *любить* (сначала бессознательно) его, и расти с ним, чувствуя себя в безопасности; (2) *страх* плохого объекта, способствующего шизоидному уходу и разрыву объектных связей, которые могут быть сохранены лишь за счет параноидальной тревоги преследования; (3) ненависть к плохому объекту в попытке исправить ситуацию, принудить его помочь и восстановить объектные

связи (это относится к патологической ненависти; есть и здоровая ненависть, которую ощущает зрелая личность как отклик, скажем, на умышленное злодеяние, умышленную жестокость); (4) *вина*, в той мере, в какой, в отличие от страха, ненависть стремится к причинению боли объектам любви, таким образом побуждая к возмещению; и/или (5) *само-наказание*, само-подавление, садистическое «суперэго» или «антилибидинальное эго», с происходящей в результате утратой физической и эмоциональной спонтанности, и рост ригидности характера и торможения функций. (6) Из этой в своей основе нестабильной и крайне сложной внутренней ситуации, в основе которой лежит страх и утрата способности любить, возникает болезнь личности. Она является не результатом неудачи простого удовлетворения влечений, а результатом напряжения отчаянной борьбы за достижение и сохранение жизнеспособного эго, самости, приспособленной для жизни во внешнем мире. Таковы те эмоциональные переживания, которые α-функция должна «переварить» (Бион) и превратить в «мысли», если мы в состоянии их понимать и строить психодинамическую науку. *Все они являются объектно-обусловленными переживаниями. Нам приходится иметь дело с ростом эго в объектных связях.*

На шестом конгрессе психотерапии Лэнг высказал критику в адрес теории объектных связей, которую мне представляется уместным исследовать в данном месте. Он сказал:

> «Теория объектных связей пытается достичь, по утверждению Гантрипа, синтеза между внутри- и межличностным. Ее концепции внутренних и внешних объектов, закрытых и открытых систем, прошли значительный путь. Однако это все еще “объекты”, а не “личности”, как об этом пишется» (1965).

В первом варианте своей статьи он выразил это еще более радикально: «Объекты в теории объектных связей являются внутренними объектами, а не другими лицами». Последнее представляется мне справедливым в отношении кляйнианской теории, где вначале формируются внутренние объекты, не вследствие внешнего переживания, а вследствие внутреннего действия биологического фактора, врожденного конфликта инстинктов жизни и смерти. Внутренняя жизнь эго развивалась как солипсистски обусловленная этим конфликтом, и внешний мир требовался лишь для того, чтобы служить экраном чистой проекции внутреннего мира. В теории объектных связей Фэйрберна внутренние объекты принадлежат к сфере психопатологии, так как они вначале становятся интернализованными, потому что являются плохими объектами. Все это, по-моему, говорит в пользу точки зрения Биона, что хороший опыт переваривается и перерабатывается α-функцией в мысли. Плохой опыт остается «непереваренным», инородным в психике, который субъект затем пытается проецировать. *В здоровом состоянии, в идеале, наши объекты являются не интернализированными объектами, а реальными людьми (пусть даже в действительности ни один из нас не может быть настолько здоровым).* Однако наши внутренние объекты являются отражениями наших переживаний по поводу реальных лиц с самого раннего младенчества. Психотерапия стремится излечить путем установления реальных связей между людьми как личностями. Психопатологическая связь эго со своими внутренними объектами, обнаруживающаяся в переносе, постепенно изменяется в здоровую, объектно реальную, персональную (эго с эго), связь, которую пациент вначале устанавливает с терапевтом, а затем становится способным расширить ее на всю свою жизнь. «Эго» для Фэйрберна не было ни «аппаратом», ни просто структурной частью психической системы. Оно являлось персональной самостью, так что когда первичное эго претерпевает

расщепление при переживании других реальных людей, каждый его аспект сохраняет качество «эго» как функционирующий аспект базисной самости.

Должны ли мы говорить о «теории объектных связей» или о «персональной» или «эго- теории субъектных связей»? В одном отношении термин «объектные связи» начинает устаревать. Он напоминает нам «сексуальный объект» Фрейда, который присутствовал для удовлетворения влечения, а не для обеспечения двусторонней связи. С другой стороны, нет никакого подлинного возражения против использования слова «объект» в качестве абстрактного термина в психодинамической науке при том условии, что при этом не подразумевается исключительно безличностный объект. И даже тогда наука человеческого переживания должна включать и «Я—Ты»-связь Бубера, и такую эго-объектную связь, где объект является безличностным, так как это законная часть опыта эго, как в смысле научного исследования материальных объектов, так и в смысле, скажем, понимания ценности красоты природы. Тем не менее, то, что действительно интересует психодинамическую науку, так это такое эго-объектное переживание, где объект является другим эго. Лишь тогда мы имеем полную реальность персонального переживания и персональной связи. *Психодинамика является исследованием того типа переживания, в котором существует взаимосвязь между субъектом и объектом,* и переживание утраты эго, когда эта связь нарушена.

Я ясно обрисовал свою точку зрения в семнадцатой главе «*Структуры личности и человеческого взаимодействия*». Я описал незрелые связи как существенно *неравные*, типа «одна-вверх-а-вторая-вниз». Это может быть естественная зависимость в случае ребенка и родителя, однако она является патологической, когда существует между взрослыми, как в садомазохистской связи. В ней каждый скорее *использует* другого, нежели *персонально связан* с другим. Такие связи склонны к паттерну «Я—

Оно (неодушевленный объект)». Зрелые связи являются двухсторонними связями между эмоционально равными сторонами и характеризуются взаимностью, спонтанностью, сотрудничеством, высокой оценкой и сохранением индивидуальности в партнерстве. При такой взаимности не возникает надобности в разрыве взаимоотношений. Каждый член пары продолжает свое бытие и становление, откликаясь на бытие и становление своего партнера, в ходе личных взаимоотношений и взаимного знания. Теория объектных связей еще не концептуализировала это адекватным образом. У нас нет подлинной психодинамической теории развития индивидуального эго в личных связях; но не из-за сложностей самой персональной связи между двумя эго. От эго и суперэго Фрейда, через интернализованные объекты, проекцию и интроекцию Мелани Кляйн к расщеплению как эго, так и объектов в ходе их связи у Фэйрберна и, наконец, при прослеживании Винникоттом абсолютного начала эго в материнской связи, мы получили очень важные новые представления о том, что происходит с индивидуальной психикой под воздействием личных связей в реальной жизни. Однако данная теория еще не концептуализировала должным образом «Я—Ты»-связь Бубера, двух людей, являющихся одновременно эго и объектом друг для друга, и, таким образом, что их реальность как личностей становится, по мере развития их связи, тем, чем никто из них не смог бы стать вне этой связи. Вот что происходит в удачных браках и дружбах. Винникотт описывает ее начала в развертывающемся паттерне хорошей связи «мать—младенец». Это поднимает фундаментальный вопрос: сколь глубоко можем мы познавать друг друга и быть познанными? Именно это и пытается психотерапия сделать возможным для пациента, который не может добиться такой связи в обыденной жизни. Это поднимает вопрос, который, по словам Винникотта (1967), еще не рассматривался психоанализом: «Какова жизнь вне патологии?»

XV. ХАЙНЦ ХАРТМАНН И ТЕОРЕТИКИ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Предпринятая здесь попытка быстрого обзора «базисных теоретических ориентаций» исходя из точки зрения, принятой в последней главе, должна быть ограничена, по соображениям объема, эго-психологией Хайнца Хартманна, столь влиятельной в США, и в общих чертах «объектно-ориентированной» теорией, которая развивалась в Англии из теории «внутренних объектов» Мелани Кляйн. Не стоит говорить о Хартманне и Кляйн как об американской и английской «школах». Это просто историческая случайность. В действительности и структурную теорию Хартманна, и объектно-ориентированную теорию, и теорию целостной личности Кляйн, Фэйрберна, Винникотта следует «рассматривать в совокупности» как части общего поиска все более полной и удовлетворительной теории.

В целом, Хартманн развил уже существующие возможности классической теории, где они были явно не до конца реализованными, в эго-анализе. Английские исследователи «внутренних объектов и объектных связей» углубили представление о тех «персональных связях», которые имплицитно присутствовали в классической теории (как это ясно видно в эдиповом или семейном комплексе и в концепции суперэго), что выходило за пределы ориентации «естественной науки», и вело к науке «психодинамической». Иногда можно обнаружить, как Хартманн и его последователи комментируют, что то или иное положение ведет назад, в конечном счете к физиологии, или что эго-теория способна к корреляции с физиологией мозга. Не оспаривая этого, в качестве грубой аналогии приведем пример, что всю семейную жизнь со

всеми ее социальными особенностями и индивидуальными качествами ее членов можно свести к кирпичам и строительному раствору дома, в котором живет семья, и к его бетонному фундаменту. Конечно, определенная связь существует, однако такой «редуктивный» тип объяснения «естественной науки» мало что нам дает в изучении «личностного». Для нас более важно думать иным образом и утверждать, что «бетонный фундамент, кирпичи и строительный раствор» (физика и физиология) обеспечивают основу для процветания ценной человеческой жизни «целостных личностей» и что это важный аспект реальности. Научное исследование «основ» является необходимым, однако вспомогательным делом для изучения «персональной реальности», которая является особой областью психодинамического исследования. «Личности», которые могут создавать науку об атомах и организмах, более важны, чем материальная основа их существования.

В последней главе я пытался показать, что психодинамическая наука является новым в научном развитии, выходящим за пределы концептуализации безличностных объектов и доличностных организмов, нуждающимся в новом типе концепции. Когда мы имеем дело с «личностями», знакомый тип концепций «естественной науки», которые являются абстрактными концепциями «безличностного», неадекватен. В психодинамике мышление в терминах сущностей, структур, процессов, аппаратов, механизмов перестает быть релевантным и проясняющим. Такой термин, как «структура», может использоваться метафорически лишь с большой осторожностью. Необходимы рассмотрение и концептуализация в терминах «личностного». «Объектно-ориентированные концепции» и «эго-концепции» в смысле «самости» или концепции «целостной личности» являются, по моему мнению, попыткой сделать именно это. Таким образом,

предпринимая критику работы Хартманна, я не занижаю его огромные достижения в детальной разработке эго-психологии классической теории. Я скорее ставлю под сомнение базисные способы концептуализации и ориентации в них обоих как неадекватные для исследования человека как личности, начало и конец существования которого являются его жизнью, связанной с жизнью других людей. А для такого описания адекватно подходит лишь терминология объектных связей.

Психоаналитическая теория никогда не стояла на месте, и вехами этого пути можно назвать работу Фрейда по сновидениям и эдипову комплексу в начале столетия и по эго-анализу и структурной теории после 1920 г. Но Фрейд был не единственным творцом психоанализа, и даже до его смерти в 1939 г., в 30-е годы были проведены важные новые исследования другими учеными. Мелани Кляйн, эмигрировавшая из материковой Европы в Англию, в 1932 г. опубликовала *Психоанализ детей*, а Хартманн передал свое эссе по *Эго-психологии и проблеме адаптации* в 1937 г. венскому психоаналитическому обществу, перед своей эмиграцией в США. Временные связи являются здесь важными, ибо два этих движения мысли в Англии и США частично совпадают, хотя они не начались одновременно. Зародыши идей, заложенных Мелани Кляйн в Англии, можно найти в ее лекциях 1925 г., за 12 лет до эссе Хартманна. Возможно, поглощенность развитием теории объектных связей в Англии объясняет тот факт, что ранее на Хартманна не обращали серьезного внимания. С другой стороны, пристальное внимание к Хартманну означает, что лишь в последние годы американские аналитики стали более серьезно относиться к тому, что происходит в Англии. Теория объектных связей привела к развитию иного типа эго-психологии, чем у Хартманна. В конечном счете, два этих потока должны были встретиться.

Идеи Кляйн активно развивались в 1930-е и 1940-е гг., и Фэйрберн, разрабатывая свою оригинальную линию развития под воздействием ее трудов, завершил свой главный вклад между 1938 и 1946 гг.. Работа Кляйн по «Маниакально-депрессивным состояниям», которая оказала на него столь глубокое воздействие, появилась в 1935 году, за два года до написания Хартманном своего эссе, которое, к сожалению, не было доступно для более широкой англо-говорящей аудитории до 1958 года Из работ, собранных в *Эссе по эго-психологии* (1964), наибольшее развитие прежние идеи получили в четырех важных работах, написанных между 1948 и 1952 гг., об инстинктивных влечениях и эго-психологии. Эта ситуация отражена в моей ранее написанной книге *Структура личности и человеческое взаимодействие*, которая, хотя она не была опубликована до 1961 г., была написана между 1945 и 1958 гг. Главы 1-9 были написаны между 1945 и 1958 гг. Главы 1-9 были написаны между 1945 и 1950 гг., в то время, когда мне приходилось ограничивать себя рассмотрением работы Хартманна, Криса и Лёвенштейна *«Комментарии по поводу формирования психической структуры»* (1946 г.) в шестой главе о «Более поздней фрейдистской структурной теории и анализе эго». В главах 10-18, написанных между 1950 и 1958 гг., когда теория Хартманна набирала силу в сериях эссе, я сосредоточил свое внимание на трудах Кляйн, Фэйрберна и Винникотта и прослеживал общее развитие теории объектных связей в общих чертах в Англии. Я надеюсь, что в данной книге я ясно показал, что *считаю клинически насыщенную теоретическую работу Винникотта, в особенности в последние десять лет*[21], *развивающей объектно-ориентированный тип эго-теории до ее отправной точки в живом переживании, так что теперь возможно плодотворное сравнение с работой Хартманна.*

---

[21] Это написано в 1967 году.

Возможно, здесь уместно вспомнить о критике в адрес трудов Хартманна за их чрезмерную абстрактность. По контрасту, только что указанному мной, труды Винникотта намеренно являются «клинически насыщенными». В своем ценном биографическом очерке о Хартманне (первая глава сборника статей в память Хартманна, озаглавленная «*Психоанализ — общая психология*», под редакцией Лёвенштейна *et al.*,1966), Рут и Курт Эйсслеры нарисовали портрет крайне привлекательной личности: стабильной, невозмутимой, миролюбивой, целостной, высокоинтеллектуальной, либерального гуманиста, с симпатией принимавшего тех людей, которые не были с ним согласны; человека изумительно широкой культуры и далеко идущих интересов, возможно, одного из последних представителей великих энциклопедически образованных либеральных гуманистов девятнадцатого века, с большими способностями к интеллектуальному синтезу. Затем Эйсслеры были вынуждены сказать:

> «Начиная с 1939 г., высказывалась критика, что работа Хайнца Хартманна носила главным образом абстрактный характер, избегая клинического пояснения. Это справедливо и крайне удивительно» (p. 9).

Таковы, несомненно, и мои личные впечатления о трудах Хартманна, и, если бы не описанный Эйсслерами портрет Хартманна, я никогда бы не смог его так представить. Можно подумать, что он был более человечным как терапевт, чем как теоретик. Возможно, что серьезное научное образование и широкая эрудиция либерального гуманиста потребовали от него такой строгой интеллектуальной дисциплины в качестве исследователя, что живой творческий интуитивный человек был задушен *в его трудах* просветителем и теоретиком?

Мелани Кляйн писала, руководствуясь клинической интуицией, а не отвлеченными идеями, и затруднения при чтении ее работ обусловлены происходящей в ней борьбой с живой развивающейся мыслью по ходу написания своих трудов. Фэйрберн, человек очень широкой культуры и интеллектуальной дисциплины, продукт как шотландских, так и немецких университетов, был в большей мере интеллектуальным мыслителем и совершил ошибку, опубликовав свою «Переработанную теорию» до обнародования подкрепляющих ее клинических данных. Тем не менее, его труд определенно ближе к клиническому материалу, чем труд Хартманна.

По контрасту с ними обоими Винникотт является человеком огромной клинической интуиции, и его труды «клинически насыщены». При первом чтении некоторых из его работ у меня было такое чувство, будто я открыл ранее закрытую дверь. Я испытывал аналогичное чувство в большей мере при чтении Фэйрберна, чем при слушании его на сессиях, где его интерпретации были обычно короткими и интеллектуально ясными, хотя и не теоретическими. Именно в своих трудах, как он мне об этом сам сказал, Фэйрберн тщательно работал над описанием инсайтов, которые «просвещали» читателя. У меня не возникало подобных переживаний «просветления», открывающего двери в темную область человеческого переживания, при чтении Хартманна. Книги Хартманна более похожи на учебник философии или описание научной теории, чему Эйсслеры дали название «величественного абстрактного сооружения, построенного Хайнцем Хартманном».

Мои собственные предпочтения находятся на стороне клинически насыщенной работы как более творческой. Сам Хартманн писал: «Прогресс в развитии анализа главным образом основан на клинических открытиях» (*Essays on Ego Psychology*, p.142). Его собственное теоретизирование, однако, далеко от прямого клинического

опыта и крайне абстрактно. В психодинамике абстрактная концепция, сколь бы точно она ни была определена, не связана с фактами непосредственно, если не иллюстрирована релевантным клиническим материалом. Таким образом, фактически, каким бы Хартманн ни был в терапии, тот Хартманн, который известен большинству из нас, является автором абстрактных теорий. А это, по моему мнению, значимым образом связано с тем фактом, что *теория Хартманна дает нам представление об эго как о «системе», части или подструктуре сложной организации, в то время как Винникотт дает нам представление об эго как о «самости», зарождающейся в инфантильной психике и получающей, или же сталкивающейся с препятствием в получении, свое начало во взаимоотношениях с матерью.*

Необходимо продолжить эту дискуссию, обсудив усилия Хартманна расширить психоанализ, чтобы сделать его «общей психологией». Конечно же, психоанализ должен в конечном счете внести большой вклад и в общую психологию, но это вряд ли является его главной задачей, которая заключается в обеспечении основы понимания для психотерапии. Общая психология включает многое, что не является непосредственно важным для психотерапии, а может оказаться более релевантным для образования и социологии. Эти дисциплины главным образом исследуют процессы развития и созревания достаточно или «относительно» нормальных, ментально здоровых людей. В той мере, в какой психическое здоровье ставится под сомнение, педагоги и социологи обращаются за знаниями к психоанализу. Для психоанализа важно понимать, что подразумевается под «психическим здоровьем», если он хочет иметь подлинный критерий того, что такое «психическое расстройство». Но в психоанализе не нужно использовать знание о нормальных эволюционных процессах. Оно связано с правильным ходом развития, в то время как психоанализ главным об-

разом интересуется тем, что шло неправильно и нуждается в коррекции. Когда мы можем помочь нарушенному индивиду преодолеть последствия его внутренних конфликтов, мы можем надеяться, что им на смену придут нормальные эволюционные процессы. Так, меня недавно попросили поработать со студентом университета, который, несмотря на хороший ум, полностью провалился на экзаменах. Он страдал от тревоги, связанной с серьезными семейными проблемами в течение длительного периода времени. Однако шесть месяцев анализа освободили его от интеллектуальной блокировки, и он успешно сдал следующие экзамены. Мне не было никакой надобности заботиться по поводу восстановления у него интеллектуальной способности или по поводу ее функционирования. Это происходило само собой. Этот случай был бы иным, если бы данный пациент был шизофреником с фундаментально расстроенными процессами мышления, однако задача аналитика даже в этом случае не была бы принципиально иной. Она заключалась бы в поиске препятствий на пути нормального развития. Хартманн писал:

> «В настоящее время мы действительно знаем намного больше (относительно эго), чем мы способны это технически использовать рациональным образом» (*Essays on Ego Psychology*, p. 143).

Не обусловлено ли это тем фактом, что часть такого знания является знанием, которое было получено в процессе расширения психоанализа в направлении общей психологии и что поэтому такое знание в действительности не связано с главной задачей психотерапии?

Все научные концепции являются абстрактными, однако в психодинамике они должны вытекать из конкретного клинического опыта. В конечном счете, он всегда восходит к борьбе человека за приобретение эго не в ка-

честве аппарата для осуществления контроля, адаптации и т.д., а эго как «реальной самости». Спустя длительное время наши пациенты приходят к пониманию того, что они чувствуют себя одинокими, пустыми и нереальными в своей сердцевине, потому что в младенчестве у них не было взаимоотношений, которые могли бы дать им прочное чувство «принадлежности» и персональной реальности. *Аппетитивные*[22] *влечения и эго-техники принадлежат к инструментальным аспектам личности; эго как реальная самость принадлежит к ее сущности.*

То, что Эйсслеры называют «абстрактной структурой», до некоторой степени справедливо для значительной части психоаналитической теории до описания проблемы эго как подлинной самости, зарождающейся во взаимодействии «мать—младенец», — этому продвижению, которому психоанализ взрослых обязан главным образом развитию психоанализа детей. Хартманн говорит о более раннем, двусмысленном использовании Фрейдом термина «эго».

> «для обозначения не только того, что мы теперь называем системой эго, но, в то же самое время, и как самости, того, чем обладает данный человек в отличие от других людей» (*op. cit.*, p. 279).

Он полагает, что, к счастью, интерес Фрейда к эго был поддержан его работой над бессознательным и влечениями (*op. cit.*, p.281). Он упоминает, что в средний период творчества Фрейд использовал термин «эго» не в одном смысле, но что в свой третий период, как и в первый, он

[22] Термин «аппетитивный» (букв. «охваченный желанием» берет начало в схоластической философии и основан на определении Аристотеля, который считал желание (по-гречески *epithymia*) атрибутом стремления. Позднее он был заимствован Лейбницем, независимо от Лейбы, использовавшего его в 1930-х годах, введен в психоанализ Гловером (1943). — *Прим. перев.*

вновь считал эго «системой». *Для Хартманна эго определяется как система функций* (*op. cit.*, pp. 286-289). *Он определенно высказывается в пользу эго как «системы», а не как «самости»*. Он пишет:

> «Термин "эго" часто используется крайне двусмысленно, даже среди аналитиков. Определим эго негативным образом, в трех аспектах: "эго" в анализе не синонимично "личности" или "индивиду"; оно не совпадает с "субъектом" как противостоящим "объекту" опыта; и оно никоим образом не является просто "осознанием" или "чувством" собственной самости. В анализе эго — это понятие совершенно другого порядка. Оно является подструктурой личности и определяется своими функциями. Какие функции мы приписываем эго? Список эго-функций будет довольно длинным, длиннее, чем список функций как ид, так и супер-эго. Ни один аналитик никогда не предпринимал попытку дать полное перечисление эго-функций» (*op. cit.*, p. 114).

Хартманн далее заявляет:

«То, что исследование Фрейдом ид предшествовало его подходу к структурной психологии, является одним из важных событий в истории психологии» (*op. cit.*, pp. 113). Все это так, но это можно назвать и одним из наиболее «катастрофических» событий, хоть и неизбежных (в связи с возникшим в 1880-х гг. научным и интеллектуальным климатом того времени). Ибо оно означало, что *Фрейд не начал с утверждения целостности «личности» и не сделал такое ее восприятие основным для теории; и поэтому психоанализу потребовалось более полувека, чтобы начать понимать фундаментальную важность эго-психологии как психологии целостной личности в*

объектных связях. Оценка работы Хартманна должна поэтому проводиться не столько в связи с деталями с ценным анализом функций «системы эго» (хотя мы не можем их игнорировать), а скорее в связи с фундаментальными проблемами, с вопросами ид-эго дихотомии и эго как системы или самости.

Хартманн намеревается (1) исправить игнорирование эго-теории на первой фазе развития теории Фрейда, когда весь акцент делался на так называемом «ид». (Степень этого игнорирования, можно даже сказать, отвержения, очевидна из слов Анны Фрейд, сказанных в 1936 г., что до 1920 г., когда Фрейд собственноручно занялся проблемой эго, «исследованием эго занимались изгои неклассического психоанализа...».) (2) Возникла крупная проблема, порожденная чрезмерным акцентом на влечениях, который оставил аналитиков без каких-либо реальных средств понимания людей как «человеческих» существ, как «лиц», достигающих того, что Шпиц (1957) называл «достоинством человеческого бытия», а Рапапорт (1953) называл «достижением человеческого положения». Но, по словам Гилла и Бренмана (1959),

> «центральное достижение в психоаналитической теории за последние два десятилетия, связанное с концепцией автономии (т.е. эго) (Хартманна, Рапапорта)»

упускает из виду совсем иной тип эго-теории, который возник при ориентации на объектные связи и был основан не на предположении фундаментальной враждебности эго к ид, а на росте психики как «целостной личности». Я считаю, что эта теория в большей степени выходит за пределы теории Фрейда, чем теория Хартманна. Концепция «автономии эго» *является* той ключевой идеей, которая потребовалась для поворота психоанали-

за от психобиологии к психодинамической теории «личности», но лишь в том случае, если под «эго» мы будем понимать нечто большее, чем парциальную систему, орган адаптации. Эго должно означать «возможность реализации» всей психики для развития в качестве целостной самости, личности. В действительности концепция «эго-автономии» Хартманна была бы более значимой, если бы была более адекватной.

Еще в 1937 г. Хартманн убедительно показал, что в эго заключено нечто большее, чем одни защитные механизмы против влечений ид, однако когда он писал:

> «психология ид была и остается «заповедником» психоанализа, а эго-психология является его общей стыковочной площадкой с неаналитической психологией» (1939, p. 6),

то такое утверждение ошибочно. Более важно проводить различие между неаналитической психологией как нединамической наукой о поведении и психоанализом как психодинамической наукой о переживании. Точка зрения Хартманна выросла из его ортодоксального взгляда на психологию как на «естественную науку» и на психоанализ как на одну из биологических наук. На Гительсона (1965) большое впечатление произвело утверждение Хартманна, высказанное им в 1937 г., что:

> «лишь когда мы рассматриваем социальные феномены адаптации в их биологическом аспекте, мы определяем реальное место психологии в иерархии наук, а именно — как одной из биологических наук».

Эта точка зрения была естественной на заре развития психоанализа и существовала длительное время, однако она не отдает должное революционной природе

постепенно развиваемой Фрейдом концепции «динамической психической реальности». Психоанализ вышел за рамки биологической науки и концепция «ид» должна быть преодолена, а с ней и дихотомия «ид—эго». Хартманн, доводя теорию Фрейда до высокого уровня систематизации, особенно в эго-теории, добавил много нового в картину человека, что выходит за рамки конфликта с примитивными инстинктивными влечениями, для достижения подлинного человеческого достоинства в социальной и интеллектуальной сферах, однако он не ставил под вопрос концепцию ид. Он сохранил ее, хотя и был склонен к ее преодолению в своей теории автономного эго. Ид более не является единственным источником энергии, эго — тоже источник энергии. Данную теорию Фэйрберн считал созданной в традициях школы Гельмгольца и устаревшей в научном плане. *Для Хартманна эго обладает своими собственными врожденными источниками энергии, и мы должны рассматривать это как огромный шаг вперед в реалистической концептуализации, если бы только все импликации такого положения были бы полностью проработаны;* но Фрейд всегда считал первоначальную теорию влечений, исходящих из ид, адекватной клинической действительности, а Хартманн никогда не подвергал это сомнению в ходе своих исследований. Его концепция первичной недифференцированной фазы, предшествующей ид—эго, могла бы привести к сомнению в законности традиционной мысли, что влечения и социальный контроль противостоят друг другу, как свойственная человеческой природе дихотомия «ид—эго», которая, согласно ему, отсутствовала у животных. Однако этого не произошло, и концепция ид оставалась ответственной за длительное небрежение эго-теорией и продолжала влиять на исследование Хартманна. Эта модель была не только продолжением многолетней традиции, но так же легко приходила в соответствие с идеологией «естественной науки», в которой был

обучен Фрейд. Когда физиологическое исследование не смогло ответить на психологические вопросы, Фрейд естественно обратился к биологическим концепциям, полагая, что он опирается на научно приемлемые данные при изучении влечений. Он не мог предвидеть, что его работе предназначено открыть новый уровень научного исследования, столь же далеко выходящий за пределы биологии, сколь последняя выходит за пределы физики, а именно «психодинамику», или «науку о *личности*». *Фрейд начал, а Хартманн завершил попытку привить теорию «личности» — как структурную психологию с «эго-системой» — к биологии.* Никто из них не понял, что, так как тело, организм и личность являются одним целым в человеке, мы не должны смешивать различные способы осмысления этих совершенно различных аспектов или уровней абстракции в научном исследовании, чтобы не свести более высокие уровни к более низким. Это произошло в начале развития психоанализа, когда теория ид практически исключила теорию эго во всех отношениях, помимо несущественных. Результатом стало все более тщательно разрабатываемое описание сил, процессов, механизмов, аппаратов и так далее, но нигде значимая «целостная личность» не доминировала в концептуализации, да и не могла доминировать до тех пор, пока она была расколота на ид и эго.

Бихевиоральные науки могут многое узнать из проведенного Хартманном детального анализа эго-процессов. Рэнгелл пишет о том, что Хартманн вышел за пределы исследования конфликта и защиты, и говорит:

> «Хартманн смотрит теперь с более широкой точки зрения общей психологической теории. Таким образом становится более ясно, как возникают способы достижения целей и приспособления к реальности, чем это происходит с точки зрения патологии» (1965).

Однако *«эго-система» Хартманна с собственной энергией (отличной от энергии ид) для адаптации и приспособления к внешней реальности не дает нам «человека» со способностями к спонтанному самовыражению и творческой оригинальности, не просто приспосабливающегося к внешней реальности, но действующего исходя из внутренней реальности.* Я бы кратко суммировал эту точку зрения, сказав, что ограничение термина «эго» значениями «внутреннего защитного эго» и «адаптирующегося к внешней реальности эго» слишком узко. «Ид—эго» дихотомия и враждебность преодолеваются, раз мы видим, что само так называемое ид обладает «эго-качеством», как им должен обладать каждый аспект или часть психического индивида. *Изоляция и описание механизмов эго внешней реальности является вторичным по сравнению с не принимаемой во внимание проблемой (которую мы рассмотрели в главах 8 и 9 в связи с работой Винникотта) — проблемой того, как целостное «эго» в смысле «Я», переживания стабильной самости, как реальной личности в эго-связях, получает безопасный старт в самых ранних взаимоотношениях «мать—младенец».*

Данные, собранные в этой книге, показывают, что единственным, что имеет значение, является стабильное восприятие себя целостной личностью. И именно эго-рост, основанный на первичном психическом единстве и внутренней безопасности, а не удовлетворение влечений или контроль над ними, или даже эго-адаптация к внешней реальности (одним из аспектов которой является «ложная самость на конформистской основе» Винникотта), является основной силой мотивации; и сознательной и бессознательной целью. Вопросы по поводу удовлетворения влечений могут возникать лишь внутри общего контекста.

Работы Хартманна сильно повлияли на изменение взглядов американских аналитиков. (Подтверждением этого могут стать четыре статьи в *International Journal of*

Psycho-Analysis, 1965-66.) Рэнгелл (1965, pp. 5-29) рассматривается большинством исследователей как ведущий современный теоретик в данной области. Холт (1965, pp.151-67) вначале приводит слова Чейна, что «психология должна сделать выбор между двумя представлениями о человеке...: как активном ответственном деятеле... и (научном) взгляде на человека как на беспомощный продукт реакции» на внутренние условия и внешние силы. Затем Холт рассматривает «эго-автономию» Хартманна как представляющую человека ответственным деятелем, «который активно взаимодействует как "третья сила"» с ид и внешним окружением. Однако он продолжает говорить о том, что эта «автономия» является лишь негативной концепцией «свободы *от*» давлений окружающей среды и влечений ид, и утверждает, что «автономия в наиболее привлекательном для нас смысле, наиболее позитивно определяемая как "свобода к", может быть завоевана лишь самим человеком». В подстрочном примечании он утверждает:

> «Рапапорт хорошо это понимал. Он признавал, что не обращает внимания на "свободу к", и откладывает на будущее... жизненно важную задачу исследования мотиваций автономного эго».

Затем Холт явным образом отказывается от своего первоначального утверждения, что Хартманн относится к человеку как к

> «активному ответственному деятелю... Я полагаю [пишет он], что автономия является утопическим идеалом эго-психологии, лозунгом, написанным на знамени эго-психологов в их борьбе против крайностей ид-ориентированного подхода в психоанализе. И действительно, я считаю, что главной причиной появления концепции автономии явля-

ется несбалансированное развитие психоаналитической теории... Если мы попытаемся себе представить, как могла бы выглядеть психоаналитическая теория, если бы она была переписана заново, то скорее всего увидим, что концепция автономии не занимает в ней важного места. Скорее, акцент сместился бы на описание роли влечения, внешних стимулов и давлений и различных внутренних структур в детерминации поведения, а также сложных взаимодействий между ними».

Такое удивительное утверждение, как мне представляется, включает в себя принятие работы Хартманна в целом, но с отрицанием его представления об автономии эго и представления о человеке как «активном ответственном деятеле», в пользу якобы научного представления о человеке как о беспомощном продукте реакций на внутренние и внешние силы и факторы. Все это показывает, как мы нуждаемся в радикальной теории «целостного эго» того вида, к которому привела теория объектных связей. Холт отвергает как раз наиболее прогрессивную концепцию Хартманна. Он все еще является теоретиком психики как аппарата. Он заканчивает свою работу следующими словами:

«Сложные взаимодействия между внешними вкладами, эндогенными вкладами и структурой самого психического аппарата являются объяснительными концепциями, которые, по моему мнению, приведут к снижению роли описательной оценочной концепции автономии в психоаналитической теории... Хотя я согласен с тем, что неправомочно рассматривать отдельно, как эго становится автономным от воздействия ид и влияния внешнего окружения, я полагаю, что данная теория будет развиваться скорее в направлении дальнейшей де-

тализации, нежели в направлении объединительной концепции. Такое развитие, однако, нуждается в прояснении центральных концепций влечения и структуры, которое в свою очередь заранее предполагает фундаментальный пересмотр всей психоаналитической модели».

По-моему, это равносильно аннулированию всех скрытых смыслов психодинамики Фрейда и регрессии к строго физикалистскому[23] способу мышления «естественной науки», который Фрейд всегда пытался преодолеть. Холт специфическим образом исключает единственную концепцию, требуемую для подлинной психологии «личности», а именно концепцию об объединенной автономии эго, которая является ядром самости в целостной личности. Апфельбаум в более детальной критике теории структуры эго приводит следующие слова Сазерленда:

«Как мне представляется, одной из главных проблем эго-психологии является потребность излагать теоретические положения в терминах, которые более подходят для естественнонаучных дисциплин, или, более точно, для других ученых».

Это в еще большей степени имеет отношение к Холту. В «*Эго-психологии, психической энергии и трудностях количественного объяснения в психоаналитической теории*» (1965) Апфельбаум пишет:

«Основным вопросом современной эго-теории является создание ее физикалистски-органической

[23] Физикализм — философский взгляд, для которого все то, что не может быть понято при помощи методов физики и изложено при помощи ее понятий, является бессмысленным. *Прим. перев.*

модели, в надежде на то, что это приведет к объединению с физиологией и общей психологией».

Он считает, что Холт пытается восстановить ранний «Проект» Фрейда, и комментирует:

> «Этот интерес со стороны эго-психологов-теоретиков к восстановлению ранних количественных принципов Фрейда также иллюстрируется и Крис»,

который вновь возвращает нас к принципу постоянства и к текучей модели энергии. То, что это еще более отдаляет нас от нашего подлинного интереса — клинической практики с реальными людьми, очевидно для Апфельбаума, когда он говорит:

> «Упрощенные представления об импульсе и контроле являются определяющей чертой количественного подхода. Это стало бы еще более заметно, если бы Хартманн и Рапапорт чаще использовали клинические примеры. Вместо этого они используют физикалистские и органические визуальные метафоры (как если бы структуры психики действительно можно было бы увидеть) и аналогии, в которых количественные измерения энергии влечений воспринимаются как нечто само собой разумеющееся».

При таком подходе психоанализ отрекается от своей истинной роли, которая заключается в понимании функционирования человека не как организма, а как «личности»: т.е. в том, чтобы не сводить психологию к физиологии, а развивать подлинно психодинамическую науку о личности.

Рэнгелл пишет: «Именно Хартманн больше, чем кто-либо другой, систематизировал существующие фрагменты эго-психологии в сложное целое» (1965). Психология Хартманна устанавливает связи «кусочков» и «частиц» психической жизни друг с другом, влечений ид и аппаратов эго. Не делается акцент на основополагающем значении «целостной личности», процессы развития которой и приводят к формированию таких связей. Такая теория застревает в тех трудностях, о которых говорит Апфельбаум в книге «*Об эго-психологии: критика структурного подхода к психодинамической теории*» (1966). Основная трудность состоит в том, что «ид—эго» анализ влечет за собой постоянное разделение психики. Лишь теория «целостного эго», в которой патологические конфликты воспринимаются как вызывающие расщепление эго, может наделить реальным смыслом интеграцию (как, например, «подлинная и ложная самости» Винникотта, задержанное в развитии инфантильное эго и конформистское полувзрослое эго). Хартманн пишет: «Силы психики "стравливаются" друг с другом», — и что

> «эго должно обращаться с определенными инстинктивными влечениями как с опасностями... Неотъемлемо присущий эго антагонизм к инстинктивным влечениям описан Анной Фрейд (1939, p. 28)».

Это полностью деперсонализированная концепция. В действительности *то, что должно быть концептуализировано, является сосуществованием различных эволюционных уровней переживания внутри одного и того же психического целого, порождающих внутренние нагрузки и напряжения, которые расщепляют единство базисной психической самости.* Психотерапия пытается восстановить целостность и укрепить растущую зрелость эго,

делая возможной осмысленную связь с внешней реальностью.

Хартманн, однако, переносит концепцию «соматических аппаратов для осуществления действия» в психическую реальность в качестве «эго-аппаратов для осуществления действия». Но такой перенос неправомерен. Аппараты не могут быть персонализованы, само эго становится деперсонализованным, механистическим, и здесь нет места подлинной самости. Он пишет:

> «Аппаратам, как врожденным, так и приобретенным, требуется движущая сила для того, чтобы функционировать: психологию действия нельзя понять, не поняв психологии инстинктивных влечений» (1939, p. 101).

Нас снова возвращают к ид как к слепой опасной энергии или влечению и к эго как к чистой структуре, — аппаратам, которые, даже при частичной автономии, все еще должны обращаться к энергии ид для контроля исходящих из ид влечений. Чтобы сделать это возможным, изобретаются спекулятивные концепции, такие как «десексуализированная», лишенная агрессии, нейтрализованная энергия. Апфельбаум кратко описывает суть данной теории:

> «Такова сердцевина современной эго-теории; влечения остаются инфантильными; развивается одно лишь эго. Первоначальная сила влечения может быть ослаблена, видоизменена и облагорожена. Однако на высших уровнях взросления влечение лишь достигает нейтральности... Эго, как интеллект и суждение, должно освободить себя от эмоции как представляющей сторону ид».

В противовес этой теории он умело цитирует Эриксона:

> «Механические действия и независимость от эмоций характеризуют скорее обедненное эго, нежели здоровое эго».

Это же самое, в действительности, было понятно и Рапапорту, когда он признал, что автономное эго слишком напоминает обсессивное эго. Для защиты такого автономного эго, от полной деперсонализации которое спасала лишь нейтральная энергия, ему пришлось ввести «регрессию на службе эго», чтобы вновь сделать возможным приносящее удовлетворение сексуальное функционирование и творческую активность. Здесь «ид—эго» дуализм был аннулирован.

Единственным выходом из такой искусственной теории является отказ от антагонизма «ид-эго» и *расширение последовательной психодинамической теории развития «эго целостной личности» из первоначальной «психики с эго-потенциалом», процесса, который может реально начаться лишь при достаточно хорошем взаимоотношении «мать—младенец»*. Основополагающая забота о «целостной личности», которая жизненно важна для теории объектных связей, также появляется в работе Эриксона. Апфельбаум указывает на его «почти исключительную озабоченность функцией достижения интеграции... возможно, кардинальной эго-функцией»; и идет в русле его описания «ненасытного стремления к независимости, господству и исследованию» у ребенка. Здесь мы видим целостную персональную самость, а не просто комплекс аппаратов. «Синтетическая функция» является абстрактным термином, обозначающим базисную целостность и единство персональной самости, динамической структуры во всех ее аспектах, активно живущей. Так, Апфельбаум отмечает, что даже когда

Эриксон говорит о «фрагментах влечения», эти фрагменты «сами ищут синтеза», что соответствует выраженной мною точке зрения, что «каждая часть целостного, однако расщепленного эго сохраняет эго-качество». И опять

«Эриксон не находит никакой неизбежной оппозиции между эго и влечением и, соответственно, не обращается к идее автономии эго» в смысле Хартманна. Эриксон пишет:

> «“Врожденные инстинкты” человека являются фрагментами влечений, которые необходимо собрать вместе, придать им смысл и организовать во время продолжительного детства» (1950).

Мне кажется, что было бы *еще точнее описывать влечения как свойства динамической психики, которая является потенциальным эго или целостной самостью.* Фэйрберн выразил эту точку зрения, когда сказал, что влечения — это не некие сущности, которые вторгаются в эго извне, «давая эго пинка», он предпочитал употреблять прилагательное «инстинктивный» для того, чтобы избежать опасности овеществления этих аспектов психического функционирования. Точка зрения Эриксона очень близка к концепции «динамической структуры» Фэйрберна, в которой нет никакой сепарации или оппозиции энергии и структуры как ид и эго, хотя Эриксон не отказался от безличностного, не-психологического термина «ид», как это сделал Фэйрберн. Последний отмечал, что такая сепарация является реликтом науки XIX в. в физике Гельмгольца, в которой был выучен Фрейд. Современная физика не находит какого-либо места для концепции энергии без структуры или структуры без энергии. Такие идеи принадлежат к старому понятию «вселенной бильярдных шаров», в которой инертные

структуры сталкивались друг с другом в пространстве с помощью независимой энергии.

Концепция «внутреннего мира», вероятно, является наилучшим местом для перехода от Хартманна к исследователям «теории объектных отношений». Хартманн пишет:

> «В ходе эволюции, описанной здесь как процесс прогрессивной "интернализации", возникает центральный регулирующий фактор, обычно называемый "внутренним миром", который находится между рецепторами и эффекторами[24]... это один из регулятивных факторов эго... Биологическая полезность внутреннего мира для адаптации, дифференциации и синтеза становится очевидной даже при беглом взгляде на биологическую значимость мыслительных процессов. Восприятие, память, воображение, мышление и действие — релевантные факторы в этой связи. Внутренний мир и его функции делают возможным процесс адаптации, который состоит из двух шагов: ухода от внешнего мира и возвращения к нему с улучшенными способностями управления в мире мысли и в мире восприятия... — элементами процесса адаптации, который состоит из отхода от реальности для лучшего господства над ней» (1939, pp. 57—59).

«Внутренний мир» Хартманна в качестве одного из регулирующих факторов эго как органа адаптации к внешнему миру является просто нашей сознательной способностью остановиться и подумать и использовать

[24] Эффектор (в физиологии) — конечный элемент рефлекторной дуги (мышца, железа), изменение состояния которого служит показателем осуществления рефлекса (напр., сокращение мышцы, выделение секрета железой и др.). — *Прим. перев.*

наши доступные интеллектуальные ресурсы для руководства нашими действиями. Такова в действительности «общая психология», далеко ушедшая в сторону от клинической психопатологии и психоанализа как основы для психотерапии. Она далеко ушла от «внутреннего мира», как он постигался Мелани Кляйн, Фэйрберном, Винникоттом и в целом исследователями в русле объектных связей. Их «внутренний мир» является психодинамическим наследием, состоящим изо всех нерешенных проблем нарушенного эго-развития в младенчестве и детском возрасте; это чисто психический мир, в котором живет индивид, по большей мере, если не целиком, бессознательно, где отсутствие у него внутреннего единства как самости проявляется в сновидениях, фантазиях и симптомах как переживании крайне эмоционально заряженных частиц или аспектов себя с интернализованными плохими и хорошими объектами. В этом «внутреннем мире», который является одновременно отодвинутым и вытесненным, хотя он прорывается в сознание как патологическое расстройство, убогое депривированное инфантильное эго настойчиво требует хороших объектов, а сердитое, садистическое инфантильное эго ненавидит свои плохие объекты, и все это вместе пропитано фантазийными страхами разрушения внутренними плохими объектами внутренних хороших объектов, приводящими к депрессии и отчаянию. Этот целый патологически динамический «внутренний мир» является активно бессознательным, и он скрывает феномен регрессировавшей, ушедшей или даже еще едва пробужденной подлинной, или природной, самости, потенциальной самости, ожидающей шанса на повторное возрождение в среде, в которой возможно жить и расти. Работа Мелани Кляйн по фантазии, следующая за работой Фрейда по сновидениям и развивающая ее, дает нам полный обзор «содержания» этого внутреннего мира. Работа Фэйрберна по корреляциям эго-расщепления и объект-

расщепления дает нам глубинное понимание крушения психической «целостности» младенца при слишком плохом раннем окружении, а работа Винникотта поясняет эмпирическое начало, старт роста эго во взаимоотношениях «младенец—мать». Во всех этих работах акцент все время делался на «объектных связях» как *sine qua non* (необходимом условии) развития здоровой, зрелой, целостной, личностной самости. «Внутренний мир» Хартманна является процессом рефлективного суждения, предупреждающего поспешное действие во внешней реальности, точка зрения, которая не приближает нас к исследованию больших динамических проблем личности, с которыми приходится бороться психоаналитической психотерапии. «Внутренний мир», описываемый исследователями «объектных связей», является динамической сердцевиной психического переживания «индивидов» с изменяющимся содержанием при болезни и здоровье. «Ид» Хартманна и классического психоанализа является просто динамическим или энергетическим аспектом этого инфантильного внутреннего мира, абстрактного, деперсонализованного и концептуализованного, не учитывая аспект структурального инфантильного эго.

Проблема состоит не в постижении рациональной интеллектуальной эго-структуры, контролируемой слепыми биопсихическими силами, а является проблемой понимании того, как психосоматически целостный человек, биологически обусловленная инфантильная психика, реализует свою потенциальную возможность стать «личностью», используя всю свою энергию и способности по мере их созревания, при хорошем окружении и материнской поддержке; движется к «идеальной» цели «целостной» зрелой взрослой личности, способной на полноту жизни в персональных взаимоотношениях, без какого-либо патологического расщепления между эмоциями и интеллектом, или между инфантильностью и взрослостью. *Нас не интересуют слепые силы и механически дейс-*

твующие аппараты контроля, что было свойственно способу мышления в науке XIX в. Нас интересует живой целостный человек и то, как он может обладать жизнеспособным эго, реальной самостью, личностным «Я» со всей врожденной энергией, свободно изливающейся как внутренняя спонтанная способность к радости, любви и созиданию. Это может быть теоретически выражено лишь на языке особенностей развития первичной единой психики как «динамической структуры», как целого личностного эго при достаточно хороших объектных связях, начинающихся с пары «младенец—мать». Для прояснения этого я кратко рассмотрю работу Мелани Кляйн, Фэйрберна и Винникотта, лишь с беглым упоминанием работы Фэйрберна, так как я детально описал его вклад в предыдущей книге. Дальнейший обзор работы Мелани Кляйн и последних работ Винникотта существенно важен для понимания вопроса.

Теоретики «объектных связей»

Работа Мелани Кляйн, по моему мнению, знаменует переход от классического к современному психодинамическому исследованию. Так же, как для психологических исследований в целом, где нам приходится рассуждать в терминах «до и после Фрейда», я полагаю, что аналогичным образом историки психоанализа станут мыслить в терминах «до и после Мелани Кляйн». Можно не соглашаться с Фрейдом по фундаментальным вопросам и все же с благодарностью признавать величие его нового курса в исследовании человеческой природы. Сходным образом, можно не соглашаться и по решающим вопросам с Мелани Кляйн и при этом отдавать себе отчет, что без ее работы современный психоанализ не пришел бы ко многим своим фундаментальным инсайтам. В данной книге я уделял больше внимания трудам Фэйрберна и Винникотта, потому что они ближе к прояснению ши-

зоидных проблем, как они мне представляются. Однако в своих исследованиях они опирались на работу Кляйн. На обеде, данном в честь семидесятилетия Фэйрберна, он сам публично заявил, что лишь работа миссис Кляйн о «психогенезе маниакально-депрессивных состояний» 1935-г. года подтолкнула его к собственным творческим работам, с 1938 по 1951 гг. До этого он не сделал какого-либо оригинального вклада в психоанализ. Стрейчи, аналитик Винникотта, специально побудил последнего изучать то, что говорила Мелани Кляйн, недавно приехавшая в Англию. Ни Фэйрберн, ни Винникотт не приняли в целом ее метапсихологию. Они оба были независимыми и оригинальными мыслителями и шли в исследовании собственными путями, но их долг перед Кляйн огромен.

Так как я не описывал подробным образом взгляды Кляйн в этой книге, то считаю, что вследствие огромной значимости ее работы здесь следует сказать о моем согласии и расхождениях с ее взглядами, подчеркнув, что я считаю незаменимым ее базисный вклад. Ее силу подтверждает то, что на критиков ее труды оказывают столь же огромное воздействие, как и на ее учеников. Я провел подробное исследование важных сторон ее теории в главах 10—12 и 16 книги *«Структура личности и человеческое взаимодействие»* (1961). Сейчас я буду опираться в своем обзоре на работу Сегал *«Введение к трудам Мелани Кляйн»* (1964), как дающей возможность оценить то, чем является кляйнианская метапсихология в настоящее время. Данная книга столь ясно написана, что ее приятно читать, что также крайне полезно, так как большинство читателей находят присущий Кляйн стиль написания нелегким для понимания, отчасти потому, что она постоянно боролась за признание своих идей, не уделяя достаточного внимания их прояснению.

Фундаментальным вкладом Мелани Кляйн было развитие новой концепции эндопсихической структуры. До

Кляйн человеческая психика рассматривалась как аппарат для переживания биологических влечений и контроля над ними, зарождающихся вне эго. Эго было поверхностным развитием «на поверхности ид», враждебным к ид и с всего лишь крайне несовершенной способностью к контролю над тем, чему Рапапорт дал название «битвы Титанов», «бурлящим котлом» влечений ид. *После Кляйн стало возможно воспринимать человеческую психику как внутренний мир, мир интернализованных эго-объектных связей, которые частично реалистически, а частично крайне искаженно воспроизводили связи эго с личностными объектами в реальном внешнем мире.* Эта концепция эндопсихической структуры как внутреннего мира личностных объектных связей, открывающей себя сознанию в сновидениях, символически выражающейся в симптомах и представляемой в фантазии, является «великой вехой» в развитии психоанализа. Именно в работе Кляйн объектные связи, а не влечения впервые попали в центр теории. Это сделало возможным тонкое, однако крайне важное изменение «атмосферы» психоаналитического подхода; от *механического* к *личностному*, от исследования психических феноменов, столкновения психических сил к исследованию борьбы человека за самореализацию как личности в личностных связях. Мелани Кляйн как создатель этой концепции однако не смогла понять, что в действительности она заменила предыдущую концепцию психической жизни как сферы контроля со стороны суперэго и эго антисоциальных влечений. Тот факт, что она ввела новую точку зрения, не отказавшись от старой, приводил к заблуждениям, но нельзя было сразу предвидеть всех последствий этого революционного нового подхода. Сам Фрейд, подобно всем мыслителям, совершающим прорыв в неизведанное, столкнулся с той же самой проблемой. Другим исследователям суждено было открыть, какие далеко идущие изменения прежних идей произойдут вследствие нового инсайта. В действи-

тельности взгляды Кляйн на внутреннюю психическую реальность, на внутренние объекты, на внутренние объектные связи породили необходимость создания концепции, в которой более поздний акцент Фрейда на эго-психологии был развит в полной мере.

Понимание значения фантазии в психоанализе берет свое начало в работах Фрейда о сновидениях и в его теории суперэго. Однако именно Мелани Кляйн, имея дело непосредственно с фантазийной жизнью и ее источниками в раннем детстве, показала, что она составляет скрытую сердцевину нашей ментальной самости и проясняет структуру и работу всей личности и связанного с ней невроза. Она показала, каким специфическим образом люди живут во внутреннем мире скрытой жизни, организованной вокруг фантазий о внутренних хороших и плохих объектах; как эта фантазийная жизнь формирует второй мир, конкурирующий с первым, внешним миром; и как взаимодействие между этими двумя мирами посредством проекции и интроекции дает нам ключи, требуемые для понимания проблем психопатологии. Кляйн описала параноидально-шизоидную и депрессивную фазы развития, дающие начало параноидально-шизоидной и депрессивной «позициям», или эволюционным уровням в психике, которые существуют как

> «специфические конфигурации объектных связей, тревог и защит, которые оказывают воздействие на всем протяжении жизни» (*Segal*, p. XIII).

Следует отметить, что Кляйн первоначально говорила о «параноидной» и «депрессивной» позициях, однако работа Фэйрберна по шизоидным проблемам привела к тому, что она приняла термин «параноидально-шизоидный» для обозначения более ранней позиции, хотя и с некоторыми смысловыми отличиями. Для Кляйн шизоидное означает «расщепление», в то время как для Фэйр-

берна оно главным образом обозначает «уход», ту точку, к которой мы должны вернуться. Эта позиция является огромным продвижением вперед в психоанализе, так как она намного ближе к внутренней психической реальности, чем язык влечений и эдипальной теории, которые мостили ей путь. Вклад Кляйн является долговременным, фундаментальным и прочным. Концепция Кляйн о внутреннем бессознательном фантазийном мире выходит за рамки прежней более простой концепции вытесненного бессознательного. Это не просто безличностное бессознательное, в которое выталкиваются импульсы, не согласованные с эго. Это наполненный жизнью бессознательный ментальный мир, существующий помимо той жизни, которой мы живем во внешнем материальном мире, и являющийся сердцевиной нашей личности.

Сегал посвящает первую главу изложению этой концепции «фантазии», потому что она является базисным понятием, признанием «психической реальности» Фрейда. Она говорит:

> «Некоторые психологи ранее возражали против фрейдовского описания психики на том основании, что оно было антропоморфным — странное возражение... так как психоанализ занят описанием человека... Фрейд в своем описании суперэго не подразумевает, что некий маленький человек реально содержится в нашем бессознательном, но утверждает, что это лишь одна из бессознательных фантазий, которые мы имеем по поводу нашего тела и психики. Фрейд никогда не говорил о суперэго специфически как о фантазии, тем не менее он делает ясным, что эта часть личности обусловлена интроекцией — в фантазии — родительской фигуры» (р. 1).

«Формирование фантазии является функцией эго», и Сегал проясняет, что в кляйнианской теории

> «эго приобретает более высокую степень эго-организации, чем это постулировал Фрейд. Предполагается, что эго с самого рождения обладает способностью формирования... примитивных объектных связей в фантазии и реальности. С момента рождения младенцу приходится иметь дело с воздействием реальности... Фантазия является не просто бегством от реальности, а постоянным и неизбежным аккомпанементом реальных переживаний, постоянно взаимодействующим с ними» (pp .2-3).

> «Структура личности в основном определяется постоянными фантазиями, которые эго имеет по поводу себя и тех объектов, которые оно содержит» (p. 9).

Именно эта концепция одновременной жизни людей в двух мирах: внутреннем и внешнем, и их взаимовлияния, делает работу Кляйн такой значительной, и многие исследователи разделяют эти взгляды на характерные черты внутреннего мира хороших и плохих объектных связей. Хотя термин «теория объектных связей» стал применяться в особом смысле к работе Фэйрберна, это слишком ограниченное использование данного термина. «Теория объектных связей» была, главным образом, создана трудами Мелани Кляйн, посвященным внутренними и внешним объектным связям и их взаимодействию в фантазии. Однако понять все импликации такой теории мешало сохранение в ней первоначальной теории влечений Фрейда. Работа Фэйрберна заключалась в специфическом размежевании «теории объектных связей» с «теорией влечений». До тех пор пока это не было сделано,

трудно было оценить все значение и новаторство вклада Кляйн.

Поэтому, исходя из теории объектных связей, возникли фундаментальные отличия во взглядах на то, как формируется бессознательная фантазийная жизнь. Когда Сегал пишет: «Фантазия является ментальным выражением влечений через посредство эго» (р. 2), то здесь нет столкновения с теми проблемами, которые столь активно обсуждались в американской эго-психологии последних лет, с проблемами, которые вытекают из представления об ид как о «постоянно кипящем котле сил или влечений», у которых нет структуры, и о борющемся против них эго, которое, однако, не обладает собственной энергией. Эти проблемы горячо обсуждались, как мы видим, в 1950-е гг. в связи с эго-психологией Хартманна, однако были в полной мере осознаны Фэйрберном между 1940 и 1946 гг. и были причиной его выхода за пределы теории влечений Фрейда и Кляйн к последовательной теории объектных связей. Для того чтобы показать, как все это происходило, мы можем рассмотреть четыре части, которые можно выделить в теории Кляйн.

(1) *Описание внутреннего фантазийного мира* и внутренних объектных связей. Это положение хорошо согласуется с базисными клиническими данными. Кляйн частично подтвердила и существенно развила выводы Фрейда о фантазийной жизни в младенчестве. Критика, что она «переносит» более позднее развитие на более ранние стадии, постепенно сходила на нет. Ее работа принуждала аналитиков делать больший акцент в терапии на анализе *текущей эндопсихической ситуации*, как она проявляет себя в фантазии, чем на генетический и эволюционный анализ, который значим главным образом для понимания существующей структуры личности пациента.

(2) *Процессы эго-защиты.* (Термин «механизмы» не встречается в личностной психологии.) Проекция, интроекция, расщепление, идеализация, отрицание, идентификация — это концепции, общие для всех аналитиков, однако Кляйн особым образом использовала комбинации проекции и интроекции с идентификацией, как естественный результат своей концепции «внутреннего мира». Хотя она продолжала использовать язык «влечений», защита велась против настоящих «внутренних плохих объектов», а не против «влечений»; точка зрения, которая была особенно ясно выражена в работе Фэйрберна о «*Регрессии и возвращении плохих объектов*» (1943).

(3) *Схема эго-развития.* Она намного ближе к требованиям психологии личности, чем более ранняя концепция оральной, анальной и генитальной фаз, основанная на созревании влечений. Схема Кляйн представляет психодинамику персональных объектных связей и является подлинной концепцией роста индивида как «личности». Концепция параноидально-шизоидной фазы, предшествующей депрессивной фазе, т.е. переживания внутренних объектов в терминах сначала страха и ухода, а затем ненависти и вины, приводит к развитию параноидально-шизоидной «позиции», лежащей в основе депрессивных феноменов, и погружает анализ Фрейда на более глубокий уровень. Она поднимает фундаментальную проблему самых ранних истоков роста эго—проблему, которая затем была так глубоко исследована Винникоттом. Нам следует помнить, что психоаналитические теории основаны на психопатологических данных и что ясно очерченные параноидально-шизоидная и депрессивная фазы и последующие «позиции» не обязательно заметны у младенца с адекватным материнским уходом. Они представляют симптомы ментального неблагополучия и являются препятствиями в процессе роста, так как наше

окружение никогда не бывает настолько хорошим, чтобы обеспечить нам полную защиту. По этой причине, несомненно, Винникотт предпочитает термин «стадия тревоги» вместо психопатологической «депрессивной позиции».

(4) *Базисные объяснительные концепции; метапсихология.* Здесь мы сталкиваемся с большими трудностями при анализе взглядов Кляйн. Она не создала полной систематической теории. Это неудивительно, ибо как раз ее собственная клиническая работа породила потребность в теоретических изменениях. Сама она начала свою работу с использования теории влечений Фрейда, как это приходилось делать и другим аналитикам, и никогда не осознавала, как узкие границы этой теории были взорваны ее собственными открытиями. Это в основном было обусловлено тем, что центром всего у нее стало «влечение к смерти» Фрейда, так что она не использовала собственные открытия относительно внутренних объектных связей для продвижения к более удовлетворительной теории, которая принимала бы во внимание эго-расщепление, чего нельзя было сделать при схеме «ид-эго-суперэго». Вероятно, для нее было невозможно зайти настолько далеко в своей работе. Таким образом, ее теория осталась смесью биологии и психологии (подобно Фрейду) без какой-либо подлинной эго-теории в качестве основы для изучения психодинамики эго-объектных связей. Открытые ею внутренние объектные связи нуждались в последовательной психодинамической эго-теории, теории человека как персональной самости.

Метапсихология Кляйн основывается на теории *эго-развития вследствие наследственной предрасположенности*, однако ее работа относительно фантазии требует эго-развития вследствие окружающих объектных связей. Сегал ясно показывает, что кляйнианцы двигались в этом направлении, опираясь на два базисных момента:

(а) с самого рождения наличествует реальное эго (pp. 2-3). (б) «влечения по самому своему определению направлены на объекты». Это явное принятие пересмотра теории Фэйрберном. Он отметил, что еще в 1929 г. Фрейд писал в «*Недовольстве культурой*»: «Любовь ищет объекты», — и при проведении различия между эго-влечениями и объект-влечениями он писал: «Для энергии последних влечений и исключительно для них я ввел термин либидо». Фэйрберн комментировал это в 1944 году: «Тем не менее все возрастающая концентрация психоаналитического исследования на объектных связях оставила без изменения первоначальную теорию о том, что либидо, главным образом, ищет удовольствия» (p. 83). Эта «все возрастающая сосредоточенность на объектных связях» была обусловлена работой Кляйн и привела к «пересмотру психопатологии» Фэйрберном (1941), отрицавшим точку зрения о том, что «ход ментальных процессов автоматически регулируется принципом удовольствия» (*Freud*, 1920). Он утверждал, что «*конечной целью либидо является объект*» (курсив Фэйрберна). Лишь эта точка зрения может быть отправной для подлинной теории объектных связей и эго-психологии, психодинамической теории человека как «личности».

Такая подлинная теория объектных связей имплицитно содержится в трудах Кляйн, однако сохранение ею теории влечений не дало возможности сформулировать это достаточно четко. Это подтверждает следующая цитата из Сегал.

> «По мнению Мелани Кляйн, бессознательная фантазия является ментальным выражением влечений и поэтому, подобно им, существует с самого начала жизни. Влечения по определению ищут объект. Переживание влечения связано в психике с фантазией об объекте, соответствующей данному влечению. Таким образом, для каждого инстинк-

тивного влечения существует соответствующая актуальная фантазия. Для желания есть возникает соответствующая фантазия о чем-то, что может быть пригодно в пищу и что несет удовлетворению этому желанию, — о груди» (р. 2).

Таково незамысловатое утверждение о том, что, подобно биологическому инстинкту, фантазия о соответствующем ему объекте «существует с самого начала жизни», т.е. что фантазия об объекте существует до какого-либо переживания объекта, что у младенца имеется врожденная фантазия о груди еще до того, как он сталкивается с реальной грудью. Это явно недоказуемое предположение. Как раз такие утверждения подвергались критике Лэнга: если бы теория объектных связей действительно была такова, то объекты в такой теории являются внутренними объектами, а не реальными объектами. В кляйнианской теории влечения по самому своему определению ищут не реальный объект, а фантазийный объект. Переживание реальных объектов должно приспосабливаться к этому предопределенному паттерну. Сегал далее не обращает внимания на тот факт, что о влечении к смерти нельзя утверждать, что оно ищет объект, ибо по самому своему определению оно ищет не связи, а деструкции объекта. Клинический опыт подталкивал кляйнианцев к полноценной теории объектных связей, от которой их удерживает теория влечений в целом и «влечение к смерти» в частности. Если бы существовало влечение к смерти, то не могло бы с самого рождения развиваться соответствующее целостное эго, и поиск объекта не был бы в базисной природе нашей врожденной оснастки. Сегал поднимает вопросы относительно влечения к смерти, с которым она не сталкивается непосредственно. А это решающий момент.

Кляйнианцы объясняют, что создание внутреннего фантазийного мира запускается как следствие влече-

ния к смерти, которое входит в нашу психобиологическую оснастку. Они не воспринимают внутренний (фантазийный) мир как порожденный неблагоприятными переживаниями в объектных связях в реальной жизни, хотя данная точка зрения могла бы обладать намного более верифицируемым клиническим смыслом. Влечение к смерти не является в каком-либо смысле гипотезой, выведенной из клинических данных. Это понятие — теоретический конструкт, навязываемый данным и становящийся догмой. Мы должны проводить явное различие между крайне важным клинически описанием личности и невроза, даваемыми Кляйн, и теми теоретическими идеями, которые она использовала для их объяснения. Сама ясность изложения Сегал увеличивает проблему. Кляйнианская «метапсихология» представляет собой перевернутую вверх дном пирамиду, базирующуюся на непрочной верхушке, концепции «влечения к смерти», крайне спекулятивной и субъективно выведенной из идей Фрейда. Она была отвергнута, как показал Джонс, практически всеми аналитиками, за исключением кляйнианцев. Можно было бы поэтому предположить, что Сегал поймет необходимость оправдания этой концепции, однако она считает ее бесспорным, очевидным фактом:

> «[Эго] с самого начала имеет тенденцию к интеграции. Время от времени, под воздействием влечения к смерти и непереносимой тревоги, эта тенденция уничтожается... При столкновении с тревогой, порожденной влечением к смерти... эго расщепляет себя и проецирует ту часть себя, которая содержит влечение к смерти, вовне на грудь. Так что грудь воспринимается плохой и несущей угрозу эго... Первоначальный страх перед влечением к смерти переходит в страх преследования» (р. 12).

Это чистая, недоказанная догма. Единственное доказательство это круговая аргументация: влечение к смерти порождает такой-то и такой феномен, поэтому этот феномен доказывает наличие влечения к смерти. Однако это понятие управляет всей кляйнианской схемой: теоретические положения навязываются клиническому материалу. Эго расщепляет себя из-за страха перед собственным влечением к смерти, без и до какой-либо связи с объектами; «плохость» объекта определяется не в переживании объекта, а в проекции влечения к смерти, и «плохость» самости ощущается не в связи с объектами, а потому, что она частично обусловлена влечением к смерти. Все начинается со страха эго перед собственным влечением к смерти. Результатом является догма о «первичном зле», строго соответствующая теологической догме «первичного греха». Человеческая природа содержит крайне могущественную врожденную деструктивную силу, которая антисоциальна и анти-либидинальна. В течение многих веков данное представление очаровывало людей, от Зороастра, Платона, святого Павла до Фрейда и Кляйн. Если все это так, тогда эго с самого начала является «расщепленным» не вследствие переживания плохих объектных связей, а вследствие своего биологического наследия, «врожденной полярности влечений — непосредственного конфликта между влечением к жизни и влечением к смерти» (p. 12). Так как это расщепление имеет место, таким образом, до какого-либо переживания младенцем объектов, все его переживание объектов становится автоматически и неизбежно расщепленным не вследствие тех или иных качеств объектов, а вследствие собственной природы младенца. Он в действительности не способен воспринимать объекты просто на основании своего опыта их обращения с ним. Воздействие окружения является лишь вторичным и подкрепляющим. Вся кляйнианская психопатология, столь клинически насыщенная, *могла* бы быть построе-

на, метапсихологически говоря, в представлении о внешнем мире, на который проецируется воздействие влечения к смерти.

Сегал пытается избежать такого подразумеваемого вывода. Она пишет:

> «Если бессознательная фантазия оказывает постоянное влияние и изменяет восприятие или интерпретацию реальности, то и противоположное также справедливо: реальность приходит в столкновение с бессознательной фантазией» (p. 4).

Однако дело не в этом. Представляется, что никто не сможет оспорить какое-либо из этих утверждений. Вопрос заключается в том, что идет первым. Для кляйнианцев бессознательная фантазия основывается на врожденном факторе, а не на переживании внешней реальности. Она дается вместе с врожденной оснасткой и как ее часть. Высказав именно это, Сегал пытается смягчить вытекающие из этого выводы: «Окружение, в действительности, оказывает очень сильное влияние в младенчестве и детстве...» (p. 4). Конечно же, каждый человек воспринимает это как нечто очевидное, однако Сегал вынуждена специально это подчеркивать, потому что кляйнианская теория *на самом деле* делает окружение лишь вторичным фактором. Она пишет:

> «Значение фактора окружения может быть правильно оценено лишь в связи с тем, что оно означает на языке собственных влечений и фантазий младенца... Лишь когда младенец находится под воздействием агрессивных фантазий, нападая на грудь, тогда текущее плохое переживание становится тем более важным, так как оно *подтверждает* [мой курсив] не только его представление о том, что внешний мир является плохим, но также

ощущение его собственной "плохости" и всемогущество его гневных фантазий» (p. 4).

Заметьте, что здесь говорится «подтверждает», а не «порождает». Можно подумать, что такое подтверждение является избыточным, настолько злобным созданием является младенец по самой своей природе. Сегал добавляет:

> «Хорошие переживания, с другой стороны, склонны ослаблять гнев, изменять переживания преследования и мобилизовать любовь и благодарность младенца, и его веру в хороший объект» (pp. 4—5).

Такие хорошие переживания, однако, могли приводить лишь к поверхностной редукции «гнева» и т.д.; у них не было никакой возможности порождать какую-либо базисную модификацию во врожденном «влечении к смерти» и его последствиях. В любом случае, согласно этой теории, фантазийная жизнь как с хорошим, так и с плохими объектами существует независимо от переживания внешней реальности, которая лишь «подтверждает» то, что и так уже ощущается тем или иным образом. Но клинические данные скорее говорят в пользу точки зрения о том, что фантазийная жизнь с хорошими или плохими объектами возникает вследствие трудностей, с которыми сталкивается младенец, пытаясь справиться с окружающим его внешним миром. Работа Винникотта, в которой описывается «помогающее окружение», всецело свидетельствует против кляйнианской теории, и в особенности демонстрация им полной зависимости младенца от своей матери для самого старта в развитии эго. Все это, конечно же, клинически поддается проверке в более поздний период жизни. Можно наблюдать, как пациент «отбрасывается» назад в фантазию, когда он не может

совладать с реальностью, а также то, как его фантазия искажает реальность. Естественно ожидать, что именно таким образом патологическая фантазия (в отличии от здорового творческого исследования жизни) начинает свое действие. Кляйнианцы лишь утверждают противоположную точку зрения: они не доказывают ее.

Сегал пишет: «Неправда, что без плохого окружения не будут возникать агрессивные фантазии, а также фантазии преследования и тревоги» (р. 4). Это было бы чрезмерным упрощением данной проблемы. С точки зрения младенца, никакое окружение не может всегда быть совершенным, но, что еще более важно, младенец настолько слаб и беспомощен, что то, что не является плохим с нашей точки зрения, может восприниматься им таковым, потому что он слишком уязвим. Именно поэтому возникает возможность плохих объектных переживаний даже при самых лучших матерях. Опять же, существуют описания некоторых очень дружелюбных и совсем не агрессивных примитивных обществ. Нет никаких клинических оснований приписывать происхождение инфантильной фантазии недоказанной концепции врожденного «влечения к смерти». (Следует заметить, что и данные экспериментальной психологии животных показывают, что «деструктивность» является «усвоенным», а не «врожденным» откликом.)

Когда мы обращаемся к *психотерапии*, логическая импликация кляйнианской теории заключается в том, что мы находимся внутри фиксированных и окончательных границ того, что может быть достигнуто. Что возможен анализ комбинаций влечений к жизни и смерти с защитами эго и чередований между параноидально-шизоидной и депрессивной позициями. Таким образом, могут быть проведены некоторые различия в сложных наслоениях защитных реакций, которое мы всегда находим у людей с нарушениями. Однако нельзя анализировать «влечение к смерти». Если бы оно существовало, то являлось

бы первичным и неискоренимым исходным феноменом, подобно влечению к жизни. Оно препятствовало бы базисному анализу проблем агрессии и любой исцеляющей интеграции расщепленного эго. Таким образом, если зависть является прямой манифестацией влечения к смерти, которое не может быть устранено, тогда невозможно преодолеть также и зависть. Согласно этой теории мы завидуем благополучию другого не потому, что *чувствуем* себя плохими или действительно испытываем плохие эмоции, а потому, что *мы плохи по самой своей природе, испытывая постоянное деструктивное побуждение. Такова эта теория.* Между прочим, она подразумевает, что на самом деле ни у кого другого нет чего-либо лучшего, чему мы могли бы завидовать, ибо внутри всех людей присутствует то же самое неискоренимое деструктивное влечение к смерти. Я упомянул то странное очарование, которым в течение многих веков обладала эта идея о «первородном зле». Из нее следует, что психотерапия может быть лишь вопросом поверхностных приспособлений и улучшений. Мари Бонапарт сделала правильный вывод, когда написала:

> «В той мере, в какой мы имеем дело с агрессией, по-видимому, мало шансов на достижение человеком когда-либо счастья и доброты».

Я считаю, что эта традиционная догма является древнейшим самообманом человека. Мы предпочитаем верить в то, что обладаем «могущественными влечениями» (Фрейд), даже если они плохие или антисоциальные, потому что тогда мы можем верить в то, что сильны. Для людей страшно поверить в то, что мы созданы для социальных отношений и любви и в то же самое время малы и слабы перед лицом подавляющей реальности.

Черчилль был ближе к фактическому положению дел, когда сказал: «Все мы черви, однако я полагаю, что я

яркий червь». Многие из нас, если мы реалисты, думают так же, но вряд ли осмелятся произнести это вслух. Человек может обладать большим умом и во взаимодействии с другими людьми делать великие дела, однако он эмоционально одинок, он беспомощен перед лицом реальности. Все люди знают об этом в глубине души, и теория деструктивного «агрессивного влечения» является попыткой сверхкомпенсации. В действительности агрессия является проблемой для анализа, и ее нельзя в конечном счете похоронить, относясь к ней как к врожденному влечению *per se* (по своей сути). Будет ближе к истине сказать, вместе с одним из моих пациентов: «Когда я сержусь, я чувствую прилив энергии. В противном случае я чувствую себя робким и слабым». Меня не может не изумлять, что кляйнианцы основывают всю свою теорию на такой шаткой концепции о влечении к смерти и врожденной деструктивности, в особенности когда эта унаследованная концепция столь опасно затемняет оригинальные открытия самой Мелани Кляйн.

Наконец, возникает вопрос о смысле термина «шизоидный». Для Кляйн «шизоидный» относится главным образом к «*расщеплению эго*» под воздействием влечения к смерти. При допущении существования к смерти это логично. Эго, которое распадается под воздействием своего влечения к смерти, неспособно осуществлять подлинный контакт с внешней реальностью и кажется «ушедшим» от внешнего мира. Если, однако, расстройство вызвано внешними плохими объектными связями (по Фэйрберну) или неудачей недостаточно хорошей матери в поддержке уязвимого эго младенца (по Винникотту), тогда шизоидный будет означать главным образом «*ушедший* от внешней реальности под воздействием страха». Расщепление эго будет вторичным и будет результатом потребности ухода и одновременного сохранения контакта. В этом случае психотерапия становится реалистической попыткой примирить ушедшее испуганное инфантиль-

ное эго во внутреннем мире с внешней реальностью. Для кляйнианцев, согласно их теории, поиск минимизации воздействия влечения к смерти — лишь сомнительное предприятие. Но так как клиническая практика часто лучше, чем теории, и более человечна, несомненно, могут быть достигнуты более хорошие результаты. А если это так, то они не в пользу теории. Ибо движение к интеграции происходит лишь при выходе за пределы абстрактных представлений о раздельных хорошем и плохом объектах, что дает возможность их повторного слияния в первоначальное целое — хороший и плохой аспекты одного и того же реального человека. Тогда в реальной жизни становится возможно воспринимать реальных людей не как «идеальных любящих» или «зловещих преследователей», а как людей с достоинствами и недостатками, с которыми вполне возможно устанавливать подлинно хорошие связи. Согласно кляйнианской теории, наша фантазийная жизнь не может оказывать такую поддержку реальному развитию, ибо внутренние хорошие и плохие объекты ведут свое происхождение от фиксированных влечений, которые постоянно противостоят друг другу.

К счастью, как и в случае с Фрейдом, гений Мелани Кляйн, интуитивно схватывая реальные бессознательные переживания других людей через знания о внутреннем мире или собственное бессознательное, не мог ограничиться логическими импликациями ригидных теоретических идей. Она переняла от Фрейда представление о влечении к смерти, но это не смогло помешать тому, что она ясно видела интенсивную фантазийную жизнь во внутреннем мире очень маленьких детей: и ее описание этой жизни заложило основы для переориентации теории от психобиологии и физиологии удовлетворения и фрустрации влечений, как если бы вся жизнь состояла из этого, к главенству хороших и плохих объектных связей как значимых переживаний, в которых эго

либо вырастает сильным и зрелым, либо расщепляется и теряет себя.

Это, по моему мнению, наиболее важное направление в психоанализе, которое развивали, каждый по-своему, как Фэйрберн, так и Винникотт. Фэйрберн проследил генезис базисного паттерна расщеплений эго, которое следовало за объект-расщеплением, описанным Кляйн, и сосредоточил внимание на шизоидном состоянии как основной проблеме, которая лежит в основе депрессии и невроза. Винникотт, как я пытался показать в восьмой, девятой и тринадцатой главах, продвинул исследование за пределы паттерна расщепления эго к началу развития эго во взаимоотношениях «младенец—мать» не как аппарата или системы эго, а как целостного эго. Я завершу этот быстрый теоретический обзор указанием на далеко идущую значимость его последних заключений, высказанных в работе «*Значение культурного опыта*» (1967).

Винникотт указывает здесь на пробел в теории Фрейда: «У Фрейда не было места в его топографии психики для связанных с культурой вещей». Не прибегая к какому-либо определению «культуры», отметим, что он имеет в виду результат накопленных на протяжении тысячелетий усилий человечества выразить сущность человеческого знания, «что такое жизнь,» в терминах «личного бытия» и «личных связей». Он пишет:

> «Наши психотические пациенты вынуждают нас уделять внимание такого рода базисным проблемам. Мы видим теперь, что не инстинктивное удовлетворение влечений порождает у младенца начало бытия, чувство, что жизнь реальна, что жизнь стоящее дело».
>
> «...Именно самость должна предшествовать использованию этой самостью влечения. Всадник должен управлять лошадью, а не уноситься ею» (р. 370).

Это утверждение ясно показывает, что развитие теории эго как функции персональных объектных связей произвело к настоящему времени настоящий переворот в психоаналитическом мышлении. Винникотт это понимал, ибо он пишет: «Существующая психоаналитическая литература пока не включает в себя те положения, которые я выдвигаю». Вопрос о том, «что такое жизнь», вызывает изумление, будучи задан в контексте классической психоаналитической теории. Единственный ответ, возможный в рамках этой теории, гласил бы, что смысл жизни связан с уменьшением порожденных инстинктивными влечениями напряжений, в соответствии с «принципом постоянства» (утверждающим, что организм всегда стремится свести напряжения к минимуму). Неадекватность и даже абсурдность такового ответа очевидна, ибо он не передает никакого смысла взаимоотношений и привязанности людей. Он также не дает ключа к ценностям культуры, созданной людьми на протяжении многих веков, о чем и говорит Винникотт.

Чтобы это объяснить, он возвращает нас к знакомой концепции «переходного объекта», краешка одеяла, мягкой игрушки или чего-либо еще, с чем не хочет расставаться младенец. Он говорит:

> «Когда мы наблюдаем за использованием младенцем переходного объекта, первого не-я обладания, то наблюдаем как первое использование ребенком символа, так и его первый опыт игры».

Значимость этого наблюдения осознается сразу же, как только мы припомним, что вся «культура» состоит из продуктов усилий, на протяжении многих веков, достичь «символического выражения» полноты своей «персональной жизни». Культура — это символическое выражение того, что является персональным смыслом, по контрасту с наукой, которая является безличным,

нейтральным, неэмоциональным описанием материальных фактов, которые имеют утилитарную, но не персональную значимость. (Слова, математические знаки и т.д., о которых обычно говорится как о символах, являются таковыми, но в смысле, совершенно отличном от тех символов, которые служат для представления персональной реальности. Есть разница между математическим уравнением и поэмой или картиной, которые содействуют еще более глубинному переживанию нами человеческого бытия.)

Отсюда следует, что «культура», все искусство и все религии человечества — это «игра». Это означает не упрощенное представление о культуре, а открытие громадной значимости «игры» в начале жизни. В действительности ребенок по-настоящему «живет» именно «играя», а не при осуществлении рутинных биологических функций, таких как еда, дефекация, сон и т.д., которые сохраняют тело живым и здоровым. Игра принадлежат к области развития личности. Ребенок экспериментирует с самим собой и взаимодействует с ровесниками в поисках ответа на вопрос, что такое жизнь и что делает жизнь осмысленной. Вот почему дети играют в матерей и отцов, учителей и ученых, врачей и сестер и пациентов, ковбоев и индейцев. Они исследуют диапазон переживаний в различных личностных связях, так что *есть прямая связь между игрой детей и социальными и религиозными ритуалами взрослых. И те и другие исследуют невесомую реальность человеческого бытия в личных отношениях, сферу реальности, в которой не может действовать наука; ибо когда она пытается это делать, то лишь деперсонализирует бытие, как, например, в бихевиоральной психологии.*

Личность начинает развиваться, когда младенец впервые начинает отделять себя от матери и открывать себя и ее и связь между ними. Я выскажу эту мысль словами Винникотта:

«Переходный объект является символом объединения младенца и матери (грудь матери — это истинный объект). Этот символ может быть размещен в определенном месте. Он помещен во времени и пространстве там, где и когда находится переход от слияния матери (в психике младенца) с младенцем, и переживается как объект, который он может скорее различать, нежели представлять. Использование объекта символизирует бывшее единство двух теперь отдельных вещей, младенца и матери, *в начале их отделения*... Должно быть начало "сборки" в психике младенца образа объекта (матери). Однако ментальная репрезентация во внутреннем мире сохраняет свою значимость (образ во внутреннем мире сохраняется живым) с помощью подкрепления — самим фактом существования актуально присутствующей матери, заботящейся о ребенке... Таково то место, которое я начал исследовать, а именно ту сепарацию, которая является не сепарацией, а формой единства» (p. 369).

Это позитивное утверждение Винникотт подкрепляет негативным, которое я кратко обобщу. «Чувство существования матери» длится сначала лишь в течение определенного времени, скажем, x минут. Если мать отсутствует $x+y$ минут, то ее образ увядает, однако по ее возвращении она может, лаская младенца, исправить его дистресс. Однако если она отсутствует $x+y+z$ минут, то младенец *травмируется*, и возвращение матери не может поправить дела.

«Травма подразумевает, что младенец пережил разрыв в непрерывном течении жизни, так что возникает первая защита от повторения "непереносимой тревоги" или острого спутанного состояния, которое принадлежит к дезинтеграции возника-

ющей структуры эго... Сумасшествие... означает *утрату дифференциации между собственным я и внешним миром.* После "выздоровления" от *x+y+z* депривации ребенку приходится начинать вновь, потеряв свои корни, *непрерывность своего развития*» (p. 369).

Здесь мы имеем окончательное объяснение шизоидного феномена: «персональное начало», ядро подлинного эго, расщепляется, частично вытесняется примитивными защитами, частично уходит в глубокий страх и, однако, сохраняет большой личностный потенциал, который остается непробужденным и неразвитым. Это вопрос степени, однако наихудшие степени ясно вовлекают в себя шизофреническое сумасшествие. Я рассказал о формуле *x+y+z* Винникотта одному пациенту, который был математиком, чтобы посмотреть, как он будет реагировать. После молчаливого размышления он сказал: «Мне не кажется, что мой случай был столь плохим, как *x+y+z*, но он был хуже, чем *x+y*. Он определенно был *x+2y*».

Эта теория имеет далеко идущие импликации. Та стадия, на которой младенец начинает выходить из первичной идентификации с матерью и начинает переживать свою отделенность от матери, является *опасной точкой в развитии*, если мать не дает младенцу адекватной эго-поддержки. И *эта опасность заключается не в том, что не удовлетворяются его инстинктивные влечения, а в том, что утрачивается его базисное переживание эго.* Впоследствии, как раньше или позже жалуются все наши шизоидные пациенты, они ощущают «пустоту», «небытие», в своей сердцевине. Этот подход помогает окончательно прояснить проблему «инстинктивных влечений и самости», «ид и эго». Винникотт ясным образом утверждает эту точку зрения.

«Те феномены, которые я описываю, не связаны с какой-либо кульминационной разрядкой. Это отличает их от феноменов, имеющих инстинктивную основу, где органический элемент играет важную роль и где удовлетворение тесно связано с такой разрядкой. К ним применима концепция нейтрализации Хартманна. А те феномены, о которых я пишу, принадлежат к *переживанию, связанному с объектами*».

Винникотт замечает:

«Я могу видеть, что нахожусь в поле концепции поиска объекта (как противопоставленного поиску удовлетворения) Фэйрберна (1941)» (p. 371).

В той работе, на которую ссылается Винникотт, Фэйрберн утверждал, что его исследование шизоидных феноменов привело в результате к

«возникновению точки зрения, которая, при должном обосновании... будет иметь далеко идущие последствия как для психиатрии в целом, так и для психоанализа в частности... и вызовет значительный пересмотр взглядов... и соответствующие изменения в текущих клинических концепциях различных психозов и психоневрозов».

Именно здесь я несколько расхожусь с Винникоттом по поводу последствий для существующей теории. Он утверждает:

«Психоаналитики, которые справедливо подчеркивали значение инстинктивного переживания и реакций на фрустрацию, не смогли ясно сформулировать огромную интенсивность этих пережива-

ний, лишенных кульминации, которые называются игрой» (р. 370) (т.е. «переживание связи с объектами»).

Он иллюстрирует это образом «электричество», которое, по-видимому, вырабатывается в значимом или интимном контакте... когда два человека любят друг друга». Однако, отличая его от «инстинктивных, оргиастических, кульминационных удовлетворений», он говорит: «К ним применима концепция нейтрализации Хартманна». Однако «нейтрализованная энергия» Хартманна была спекулятивным предположением о том, что энергия сексуального и агрессивного влечений могла быть «десексуализована» и «деагрессивирована» и приведена в распоряжение эго для не инстинктивных целей. Мы видели, что эта идея как таковая ставит под угрозу реальность психического эго-переживания, так что Рапапорт снова высказал мысль о «регрессии на службе эго», возводя ее к энергии не нейтрализованных инстинктивных влечений. Я не могу считать, что «нейтрализованная» энергия Хартманна может порождать какое-либо «электричество» в личной связи. Кроме того, если не оргиастическое переживание связи младенца является примером «нейтрализованной энергии» Хартманна, тогда это будет означать, что переживание связи является вторичным, проистекающим от энергии, отнятой от инстинктивных удовлетворений. Позиция Винникотта, как я ее понимаю, требует прямо противоположного взгляда. *Переживание связи является первичным в том отношении, что одно оно приводит к бытию эго, самости, которая чувствует себя реальной, и лишь тогда наличествует «всадник», который может скакать на «лошади» инстинктивного влечения.* В противном случае инстинктивное влечение является лишь несвязным элементом в психическом хаосе, частичной функцией, которая, как говорит Винникотт, становится «*инстинктивно привлекательной*, если

она не основана на хорошей способности у индивида к полному переживанию». Инстинктивные влечения могут действовать удовлетворительным образом, лишь когда они принадлежат стабильному эго, и поэтому не могут быть источником энергии эго для объектной связи. Представляется более вероятным, что *энергия эго для объектной связи является первичной энергией; как это выразил Винникотт, «либидо ищет объект». В этом смысле либидо является фундаментальной «жизненной энергией», а сексуальная и агрессивная энергии являются специальными аспектами этой энергии,* агрессия является реакцией «целостного персонального эго» на фрустрацию. Я не считаю, что нынешнюю позицию Винникотта можно примирить со старой теорией влечений, обращаясь к Хартманну.

Мне думается, что теория связи с объектами Винникотта может и должна стоять на собственных ногах в своих теоретических предположениях. Он отвергает влечение к смерти и считает переживание объектных связей существенно отличающимся от переживания сексуального оргиастического удовлетворения. Мы знаем, что в действительности сексуальное оргиастическое удовлетворение может возникать при отсутствии подлинной персональной связи и как ее замена. *Какова же тогда та энергия, которая делает «объектную связь» возможной? Это не ненависть, не страх, не секс. Это может быть лишь первичная потребность в получении и давании любви.* Винникотт пишет об объектной связи как возникающей:

«между любым младенцем и человеческой (и поэтому подверженной ошибкам) материнской фигурой, которая отвечает на потребности младенца» (р. 391).

И опять, он пишет о первоначальном объединении и сепарации

«младенца и матери, когда любовь матери, проявляемая как человеческая надежность, действительно дает ребенку чувство доверия к окружению» (р. 372).

Здесь, наконец, мы освобождаемся от некоторых кошмарных интерпретаций человеческой природы, навязанных классической теорией влечений, и можем утверждать, что здоровым и естественным человеческим бытием является любовь, а ненависть и страх (когда они не пробуждаются реальной опасностью) являются психопатологическими. *Материнская любовь и врожденная способность младенца реагировать на нее с доверием, воздавать любовью за любовь, является базисной реальностью*, а не влечением к смерти, в то время как секс будет окрашен тем эмоциональным состоянием, которое доминирует в самости, будь это любовь, или ненависть, или страх.

Винникотт ясно видит, что его теория объектных связей является серьезным вызовом традиционной психоаналитической точке зрения. Он пишет:

«Начиная, как мы это делаем, с психоневротического заболевания и с эго-защит, связанных с тревогой, которая возникает от инстинктивных влечений, мы склонны думать о здоровой личности в терминах состояний эго-защит — мы говорили, что она более здорова, когда эти защиты не являются ригидными, и т.д. Однако когда мы достигли этой точки, мы еще не начали описывать, какова жизнь вне болезни. То есть мы еще не начали обсуждать вопрос о том, *что такое жизнь*».

Однако когда он затем говорит:

> «Эта теория не влияет на то, что мы думаем об этиологии психоневроза или лечения пациентов, которые являются психоневротиками; она также не приходит в столкновение со структурной теорией психики Фрейда в терминах "эго, ид, суперэго". То, что я говорю, действительно влияет на нашу точку зрения о том, что такое жизнь. Вы можете вылечить своего пациента и не знать, что же заставляет его продолжать жить» (p. 370).

Мы можем согласиться, что этиология и лечение психоневроза остается таким, как было в классической теории, при условии, что мы лицом к лицу сталкиваемся с относительно ясно выраженным примером психоневроза, например, с эдипальными конфликтами. Однако «теория объектных связей» действительно влияет на наши представления об этиологии и лечении неврозов более фундаментальным образом. Она показывает, что классически анализируемые психоневрозы являются сравнительно поверхностными феноменами, а когда они таковыми не являются, тогда их анализ приводит нас все дальше в глубину шизоидных проблем. Тогда мы все меньше и меньше озабочены лечением сексуальных и агрессивных симптомов и сопутствующих им тревог и чувств вины и все больше и больше — фундаментальной слабостью эго, природу которой столь полно высветил Винникотт.

Наконец, я не могу согласиться с тем, что теория объектных связей и формирования эго Винникотта не отличается значимым образом от теории ид, эго, суперэго Фрейда. По-моему, *демонстрация первенства объектной связи, выраженной в способности матери к любви и врожденной способности младенца реагировать на любовь, и таким образом в свою очередь становиться способным к любви, является отправным моментом для пересмотра структурной теории.* Мы не можем пре-

тендовать на то, что есть какой-либо быстрый и легкий способ устранения агрессии и деструктивного поведения из человеческого общества. Но если действительно способность любить лежит в основе человеческой природы, тогда данная проблема не является *неразрешимой*. Она может, в действительности, не поддаваться решению во многих случаях (и возможно, быть полностью неразрешимой в случае некоторых психопатов), потому что раз были пробуждены страх и ощущение небезопасности, люди попадают в порочный круг разрушающихся связей, как индивиды, так и классы, нации и расы. Там, где правит страх, нападение кажется лучшей защитой и в свою очередь поэтому порождает те самые опасности, которых страшились. В психоаналитической терапии мы постоянно сталкиваемся с этой ситуацией во взаимоотношениях мужа и жены, где обе стороны страстно желают исправить невыносимую ситуацию, и в то же самое время каждая из сторон боится первой разорвать порочный круг, полагая, что это означает капитуляцию, поражение и утрату личности. Никто из них не может поверить, что потребность любить и быть любимым является его базисной природой, настолько она затоплена однажды возникшим страхом и агрессией.

Тем не менее, этот замкнутый круг может и должен быть разорван, и за сумятицей конфликта обнаруживается воля к миру. Такое происходит в общественной жизни всегда, когда переговоры завершают конфликт. Это же происходит намного более глубоко и полно, когда люди обнаруживают, что они могут, с помощью длительного терапевтического анализа, перерасти свою ненависть и страх и найти «подлинную самость» в позитивной способности устанавливать и сохранять хорошие персональные связи.

Теория «ид, эго и суперэго», с имплицитно присутствующим в ней неискоренимым дуализмом ид и эго, слепых влечений и социального контроля, является ана-

лизом безнадежной ситуации порочного круга, в которой, предположительно, застряли массы людей. Эта терминология способствует пессимизму, ибо термин «ид» остается символом традиционных взглядов, что наши проблемы возникают из-за врожденных антисоциальных инстинктивных сил, единственным ответом на которые является контроль со стороны эго и суперэго. Сам Винникотт говорил, что

> «начиная, как мы это делаем, с психоневротического заболевания и с эго-защит, связанных с тревогой, которая возникает от инстинктивных влечений, мы склонны думать о здоровой личности в терминах состояний эго-защит — мы говорили, что она более здорова, когда эти защиты не являются ригидными, и т.д. Однако когда мы достигли этой точки, мы еще не начали описывать, какова жизнь вне болезни. То есть мы еще не начали обсуждать вопрос о том, *что такое жизнь*» (p. 370).

«Менее ригидные защиты» — это крайне негативное определение психического здоровья, поверхностное и прозаическое. Психическое здоровье должно означать витальность спонтанной и творческой жизни «всей личности» в хороших человеческих связях. Это наполняется практическим смыслом в продемонстрированной Винникоттом связи между матерью и младенцем на самом старте жизни, наполненной любовью и имеющей основополагающую значимость. Структурная теория должна иметь отправной точкой наше латентное природное здоровье, а не формы болезни, накладывающиеся на окружение, не способствующее развитию. «Ид, эго, суперэго» были в лучшем случае первой попыткой концептуализации состояния расщепления эго, ранней утраты психического единства, которая является общим человеческим уделом, хотя она различается по степени от одного инди-

вида к другому. Тем не менее «ид» — это плохой, непсихологический термин для фрустрированного, голодного ребенка, переживающего материнскую депривацию. Если мы представим совершенно зрелого человека, то у него не будет постоянного противостояния влечений и контроля над ними как некой эндопсихической структуры. Он будет целостной личностью, чья внутренняя психическая организация будет представлять его разнообразные интересы и способности, при общем хорошем эго-развитии, в хороших объектных связях.

Мы не можем, тем не менее, надеяться на такое совершенство, однако мы можем надеяться увидеть, и в психоаналитической терапии мы действительно видим, индивидов, которые через длительное страдание и повторяющиеся время от времени разочарования, наконец, находят путь к миру в своей душе, перерастая наследие инфантильных страхов и ненависти и испытывая чувство самоосуществления в возрастающей способности заводить и наслаждаться подлинными дружескими отношениями. Структурная теория должна начинаться не с «ид», а с первичной единой инфантильной психики, способной становиться зрелым любящим человеком в «содействующем» любви окружении. Концептуализация эго-расщепления является тогда нашим диагнозом, что именно идет не так, когда окружение не является «содействующим». Фрейд вначале попытался осуществить это на основе «теории влечений». Фэйрберн предпринял ревизию этой теории в терминах теории «объектных связей». Важно то, что психоанализ пришел теперь к инсайтам, которые делают возможным нечто лучшее, нежели безотрадное повторение страшного расчеловечивания человека, которыми столь полна человеческая история; если стабильность общественной жизни даст возможность для действия этих инсайтов на протяжении серии

поколений, будущие дети имеют большие шансы стать человечными, чем это было для любых предшествующих поколений. Работа Винникотта и психоаналитическая работа с детьми повсюду посвящены задаче сделать по крайней мере доступной такую возможность.

ЛИТЕРАТУРА

Abraham, K. (1911), 'Notes on the psychoanalytical investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions', in *Selected Papers* (London, Hogarth, 1927). APFELBAIM, B. (1965), 'Ego psychology, psychic energy, and the hazards of quantitative explanation in psychoanalytic theory', *Int. J. Psycho-Anal,* 46.

Abraham, K. (1966), 'On ego psychology: a critique of the structural approach to psychoanalytic theory', *Int. J. Psycho-Anal.,* 47. BALINT, M- (1952), *Primary Love and Psychoanalytic Technique* (London, Hogarth; New York, Liveright).

Bibring, E. (1953), 'The mechanism of depression', in *Affective Disorders,* ed. Greenacre (London, Hogarth; New York, Int. Univ. Press).

Bion, W. R- (1962), Learning from Experience (London, Heinemann).

Carstairs, G. M. (1963), This Island Now (London, Hogarth).

Colby, K. M. (1955), Energy and Structure in Psychoanalysis (New York, Ronald).

Dicks, H- V. (1939), Clinical Studies in Psychopathology (London, Arnold).

Edel, L. (1955), The Psychological Novel (London, Hart-Davis). Erikson, E. H. (1950), Childhood and Society (London, Hogarth; New York, Norton, 2nd edition, 1963).

Fairbairn, W. R. D. (1931), 'Features in the analysis of a patient with a physical genital abnormality', in *Psychoanalytic Studies of the Personality* (1952a).

Fairbairn, W. R. D. (1941), 'A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses', *Int. J. Psycho-Anal.,* 22, and (with amendments) in *Psychoanalytic Studies of the Personality* (1952a).

Fairbairn, W. R. D. (1943)) 'The repression and the return of bad objects', *Brit. J.med. Psychol.,* 19, and (with amendments) in *Psychoanalytic Studies of the Personality* (1952a).

Fairbairn, W. R. D. (1952a), Psychoanalytic Studies of the Personality (Amer. title: *An Object-Relations Theory of the Personality)* (London, Tavistock; New York, Basic Books).

Fairbairn, W. R. D. (1952b), 'Theoretical and experimental aspects of psychoanalysis', *Brit. J. med. Psychol.*, 25.

Fairbairn, W. R. D. (1954), 'Observations on the nature of hysterical states', *Brit. J. med. Psychol.*, 27. ——(1958), 'On the nature and aims of psychoanalytical treatment', *Int, J. Psycho-Anal.*, 39 (wrongly quoted in the Bibliography of my previous volume as 29).

Fairbairn, W. R. D. (1963), 'Synopsis of an object-relations theory of the personality', *Int. J. Psycho-Anal.*, 44.

Flugel, J. C. (1945), *Man, Morals and Society: A Psycho-Analytical Study* (London, Duckworth; New York, Int. Univ. Press).

Foulkes, S. (1965), 'Group psychotherapy: the group-analytic view', *Proc. 6th Int. Congress of Psychother,* ed. Pines and Spoerri (New York and Basle, Karger).

Freud, A. (1936), *The Ego and the Mechanisms of Defence* (London, Hogarth, 1937; New York, Int. Univ. Press, 1946).

Freud, S. (1913), 'On beginning the treatment', *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* 12 (London, Hogarth).

Freud, S. (1920), *Beyond the Pleasure Principle. Standard Edition,* 18.

Freud, S. (1922), 'Two encyclopaedia articles', *Standard Edition,* 18.

Freud, S. (1923), *The Ego and the Id. Standard Edition,* 19.

Freud, S. (1933), *New Introductory Lectures on Psycho-Analysis. Standard Edition,* 22.

Freud, S.(1937), 'Analysis terminable and interminable', *Standard Edition,* 23.

Freud, S. (1940), *An Outline of Psycho-Analysis. Standard Edition,* 23.

Gellner, E. (1959), *Words and Things* (London, Gollancz).

Gill, M. and *Brenman, M.* (1959), *Hypnosis and Related States* (New York, Int. Univ. Press).

Gitelson, M. (1952), 'The emotional position of the analyst in the psychoanalytical situation', *Int. J. Psycho-Anal.*, 33.

Gitelson, M. (1965), 'Heinz Hartmann', *Int. J. Psycho-Anal,* 46.

Guntrip, H. (1960), 'Ego-weakness and the hard core of the problem of psychotherapy', *Brit. J. med. Psychol.*, 33.

Gitelson, M. (1961), *Personality Structure and Human Interaction* (London: Hogarth; New York, Int. Univ. Press).

Hartmann, H. (1939), *Ego Psychology and the Problem of Adaptation* (New York, Int. Univ. Press; London, Imago, 1958).

Hartmann, H. (1960), 'Towards a concept of mental health', *Brit. J. med. Psychol.*, 33, and in *Essays on Ego Psychology* (1964).

Hartmann, H. (1964), *Essays on Ego Psychology* (New York, Int. Univ. Press; London, Hogarth).

Hartmann, H. , Kris, E. and Loewenstein, R. M. (1946), 'Comments on the

formation of psychic structure', *Psychoanal. Study Child.*, 2 (London, Hogarth; New York, Int. Univ. Press).

Heimann, P. (1952), 'Certain functions of introjection and projection in early infancy', in *Developments in Psycho-Analysis* by M. Klein *et al.* (London, Hogarth).

Hinsie, L. E. (1944), 'The schizophrenias', in *Psychoanalysis Today,* ed. S. Lorand (New York, Int. Univ. Press).

Holt, R. R. (1965), 'Ego autonomy re-evaluated', *Int. J. Psycho-Anal.*, 46.

Home, H. J. (1966), 'The concept of mind', *Int. J. Psycho-Anal.*, 47.

Horney, K. (1945), *Our Inner Conflicts: A Constructive Theory of Neurosis* (New York, Norton; London, Kegan Paul, 1946).

Hutten, E. H. (1956), 'On explanation in psychology and physics', *Brit. J. Philos. Set.*, 7.

Jones, E. (1957), *Sigmund Freud: Life and Work,* vol. 3 (London, Hogarth; New York, Basic Books).

Klein, M. (1932), *The Psycho-Analysis of Children* (London, Hogarth).

Klein, M. (1960), 'A note on depression in the schizophrenic', *Int. J. Psycho-Anal.*, 41.

Laing, R. D. (1960), *The Divided Self* (London, Tavistock).

Laing, R. D. (1965), 'Practice and theory: the present situation', *Proc. 6th Int. Congress of Psychother,* ed. Pines and Spoerri (New York and Basle, Karger).

Livingstone, R. (1928), *Greek Ideals and Modern Life* (Oxford Univ. Press).

Loewenstein, R. M. et al. (1966), *Psychoanalysis—A General Psychology: Essays in Honor of Heinz Hartmann* (New York, Int. Univ. Press).

Macmurray, J. (1961), *Persons in Relation* (London, Faber).

McDougall, Wm. (1905), *A Primer of Physiological Psychology* (London, Dent).

Malan, D. (1963), A Study of Brief Psychotherapy (London, Tavistock).

Mayer-Gross, W., Slater, E. and Roth, M. (1954), *Clinical Psychiatry, 1*st edition (London, Cassell).

Naght, S. *and Racamier, P C.* (1960). 'Depressive states', *Int. J. Psycho-Anal.*, 41.

Pattee, F. L. (1915), *American Literature since 1870* (New York, Centry Co.).

Rangell, L. (1965), 'The scope of Heinz Hartmann', *Int. J. Psycho-Anal.*, 46.

Rank, O. (1924), *The Trauma of Birth* (London, Paul, Trench, Trubner, 1929).

Rapaport, D. (1951), 'The Autonomy of the Ego', in *Psychoanalytic, Psychiatry and Psychology,* ed Knight and Friedman (New York, Int. Univ. Press, 1954).

Riviere, J. (1952), General Introduction to *Developments in Psycho-Analysis,* by M. Klein *et al.* (London, Hogarth).

Rosenfeld, H. (1960), 'A note on the precipitating factor in depressive illness', *Int. J. Psycho-Anal.*, 41.

Scott, W. C. M. (1960), 'Depression, confusion, and multivalence', *Int. J. Psycho-Anal.*, 41.

Segal, H. (1964), *Introduction to the Work of Melanie Klein* (London, Heinemann).

Spitz, R. (1957), *No and Yes* (New York, Int. Univ. Press).

Sullivan, H. S. (1955), *Conceptions of Modern Psychiatry* (London, Tavistock; New York, Norton).

Swan, M. (1952), *Henry James* (London, Arthur Barker).

Szasz, T. (1956), 'Is the concept of entropy relevant to psychology and psychiatry?' *Psychiatry,* 19.

Taylor, C. (1964), *The Explanation of Behaviour* (London, Kegan Paul).

Winnicott, D. W. (1955a), 'Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytical set-up', in *Collected Papers* (1958b).

Winnicott, D. W. (1955b), 'The depressive position in normal emotional development', *ibid.*

Winnicott, D. W. (1958a), 'The capacity to be alone', in *Maturational Processes and the Facilitating Environment* (1965b).

Winnicott, D. W. (1958b), *Collected Papers* (London, Tavistock; New York, Basic Books).

Winnicott, D. W. (1962), 'The aims of psychoanalytical treatment', in *Maturational Processes and the Facilitating Environment* (1965b).

Winnicott, D. W. (1963), 'Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites', *ibid.*

Winnicott, D. W. (1964), Correspondence: 'Love or Skill?' *New Society,* February.

Winnicott, D. W. (1965a), *The Family and Individual Development* (London, Tavistock).

Winnicott, D. W. (1965b), *The Maturational Processes and the Facilitating Environment* (London, Hogarth).

Winnicott, D. W. (1966), 'The split-off male and female elements to be found clinically in men and women' (unpublished).

Winnicott, D. W. (1967), 'The location of cultural experience', *Int. J. Psycho-Anal.*, 48.

Zetzel, E. et al. (1960). Symposium on depressive illness. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41.

Zetzel, E. et al. (1965), 'The theory of therapy in relation to a developmental model of the psychic apparatus', *Int. J. Psycho-Anal.*, 46.

Именной указатель

Абрахам, К, 26,206,сл., 219, 221 сл.
Адлер, А., 9, 254, 358
Айзенк, Х. Дж., 484 сл., 492 сл.
Апфельбаум, Б., 602 сл., 605
Балинт, М., 74, 123, 174, 179 сл., 411, 424, 458
Бергсон, А., 131
Бибринг, Г., 216 сл.
Бион, В., 23 сл. 181, 257, 561 сл., 569, 573 сл., 578 сл.
Блейлер, Е., 192
Бонапарт, Мари, 627
Боулби, Дж., 60, 155, 181, 219
Бренман, М., 595
Бриэрли М., 326, 394
Бубер, М., 330—331, 403, 406, 578, 583
Винникотт, Д., 10, 13, 14, 39 сл., 60, 74, 78, 88, 91, 97, 103, 109, 115, 122, 129, 155, 172, 175, 181, 187, 212, 215 сл., 247, 251, 256, 266сл., 278, 288 сл., 300, 309, 311, 318, 329 сл., 337 сл., 353 сл., 367, 368, 389 сл., 404, 449, 464, 471 сл., 536-547, 573, 578 сл., 584, 585, 588 сл., 599, 604, 609 сл., 625, 628—643
Вордсворт, У., 561
Геллнер, Э., 553, 577
Гельмгольц, Г., 607
Гилл, М., 595
Гиммлер, 63
Гительсон, М., 522 сл., 529, 596
Гловер, Э., 542
Гоббс, Т., 194
Грин, Грэм, 90
Гроддек, Г., 491
Декарт, Р., 90
Джеймс, Генри, 141 сл., 533
Джонс, Э., 70 сл., 75, 622
Дикс, Х.В., 13, 553
Добри, Бонами, 508
Древер, Дж., 138
Жане, П., 138

Зетцель, Е., 184, 205 сл., 216 сл., 264
Кастэирс, М., 190
Киплинг, Р., 508
Кляйн, Мелани, 22 сл., 30, 60, 73 сл., 77 сл., 92, 99, 112, 118 сл., 124, 173, 181, 185, 203, 207 сл., 213 сл., 218, 254, 256, 294, 366, 458, 465, 468, 520, сл., 571 сл., 578, 582, 584 сл., 587 сл., 590, 609 сл., 611-630
Колби, К., 107—108, 565—566
Крепелин, Э., 192
Крис. Э., 603
Кьеркегор, С., 64
Лэнг, Р., 434, 529, 581 сл., 621
Мак Дугалл, В., 180
Макмюррей, Дж., 13
Малан, П., 411
Малер, М., 219
Марш, Нгао, 51 сл.,
Микеланджело, 398 сл.
Моурер, О.Х., 12
Мэйер-Гросс, 555, 576
Мэлори, Т., 201
Нахт, С., 221 сл.
Платон, 182, 193 сл., 198, 623
Поппер, К., 568 сл.
Пэтти, Ф.Л., 145
Радо, Ш., 207, 219
Ракамьер, П.С., 221 сл.
Ранк, О., 70 сл., 73. 219, 427 сл.
Рапапорт, Д., 595, 309, 605, 613
Рассел, Бертран, 569
Ривьер, Дж., 24
Розенфельд, Г., 205 сл.
Роут, М., 555 сл.
Рохлин, Г., 219
Рэнгелл, Л., 598, 604
Сазерленд, Дж. Д., 414,602
Салливан, Г.С., 179, 269, 564 сл.
Сартр, Ж.П., 64, 434
Сас, Т., 564, 574

Святой Павел, 182, 194, 198 сл., 414
Сегал, Ганна, 571, 612—626
Скотт, Клиффорд, 206
Слейтер, Э., 555 сл.
Стрейчи, Дж., 438, 612
Сатти, Ян, 263, 461
Свэн, М., 142 сл.
Теннисон, А., 447
Томан, У., 11
Троллоуп А., 448
Трейлор, К., 557
Уидзом, Дж. О., 574
Ференци, Ш., 71
Флюгель, Дж. К., 8, 518
Фрейд, А., 254, 604
Фрейд, З., 9 сл., 26, 30, 59 сл., 70 сл., 84, 92, 98, 107, 138, 170, 173 сл., 180, 182 сл., 185 сл., 190 сл., 194 сл., 197 сл., 210, 222, 254 сл., 266 сл., 280, 289 сл., 298 сл., 308, 365, 376, 379, 410, 413, 422, 438, 446, 454, 467 сл., 472 сл., 481 сл., 487, 489, 494 сл., 497 сл., 508, 510, 254, 526, 568, 571 сл., 577, 580, 584, 587, 593 сл., 597 сл., 602 сл., 607, 613 сл., 620, 627, 629, 639,642
Фоулкс, С., 170, 571 сл.
Фромм, Э., 63, 179
Фэйрберн, Р.В.Д., 9 сл., 13, 16, 20, 22 сл., 26 сл.,35 сл., 39, 40, 59 сл., 74 сл., 86, 92 сл., 98, 101, 108, 112, 119, 138, 147, 171 сл., 181, 185 сл., 195 сл., 203, 212, 230 сл., 239 сл., 256 сл., 267 сл., 290, 294, 309, 332, 345, 366 сл., 371, 374 сл., 412 сл., 421 сл., 425, 439, 446, 449 сл., 464 сл., 510 сл., 517 сл., 530, 573, 578 сл., 582 сл., 584, 588, 597 сл., 607 сл., 616, 620, 630, 635, 642
Хайдеггер, М., 64, 434
Хайманн, П., 24
Хаксли, Т.Х., 551
Хартманн, Х., 194 сл., 585—610, 617, 636 сл.
Хаттен Е.Х., 567 сл.
Хинси, Л.Е., 126 сл.
Холт, Р.Р., 600 сл.
Хоум, Х. Дж., 524, 542, 549 сл., 555, 558, 576
Хорни, К., 21, 179
Черчилль, У., 627

Шарко, Ж., 138, 192
Шопенгауэр, А., 84
Шпиц, Р., 60, 207, 219, 595
Эддингстон, сэр А., 493
Эдель, проф. Л., 145
Эдер, Д., 542
Эйсслер К. и Р., 589
Эриксон, Э., 606 сл.
Юнг, К., 9, 191
Якобсон, Е., 207,219

Предметный указатель

Автономия (Эго), 595 сл., 600
Агорафобия, 21, 96, 150
Агрессия, 92 сл., 132, 146 сл., 179, 182, 188, 200 сл., 245, 220 сл., 253, 269, 290, 314, 428, 469, 489, 626 сл., 636, 639
Адаптация, 520, 599, 608
Амбивалентность, 207, 370, 520
Антилибидинальное эго, 100, 106, 109, 122—123,136, 242, 270 сл., 279 сл., 289 сл., 300 сл., 322, 357, 422 сл., 429, 581
Антисоциальные побуждения, 183, 198 сл., 203—204
Апатия, 49, 79, 86, 89, 95, 108, 112,115, 119, 184, 188, 205, 225, 227, 237, 322, 434, 457
Аппараты (Эго), 598-599, 604 сл.
Аппетитивный, 593
Аутоэротизм, 55, 75
Безопасность, 76, 286
Бессознательное, 593, 609
Биология, 558, 562, 571 сл., 596 сл., 608, 623
Бисексуальность, 368, 371 сл.
Бихевиоризм, 464, 482, 484 сл., 510, 553, 557 сл., 566, 596, 598, 632
Болезнь, 281 сл., 298, 318, 328, 356, 369, 416, 4361, 459, 475, 572, 578, 581, 610, 618, 638
Бытие, 368, 373 сл., 383, 386 сл., 466, 630
Взросление, 253, 258, 294, 319, 337 сл., 388 сл., 396 сл., 504 сл., 532 сл., 536 сл., 609 сл.
Вина, 8, 11 сл., 29 сл., 74 сл., 78 сл., 182, 198, 204 сл., 208 сл., 227, 230 сл., 250 сл., 281, 298 сл., 370, 424, 438, 489, 508, 513 сл., 581
Власть, 306 сл., 561
Влечения (аппетитивные), 593, 613
Внутреннее уединение, 404
Внутренние объекты, 22 сл., 55, 60, 74, 101, 106, 116 сл., 186, 188, 217, 224 сл., 300 сл., 302 сл., 318, 371, 484, 528, 585, 609 сл.
Внутренний мир, 17, 20 сл., 24 сл., 57, 92, 206, 124, 142, 295, 302, 308, 528, 608, 613, 617 сл.
Возмещение, 581
Возмещения терапия, 538, 542 сл.

Возрождение, 11, 54, 65, 70, 103, 114 сл., 139, 212, 318, 325, 412, 425, 460, 544
Вытеснение, 148, 179, 193, 198, 208, 226, 256, 286 сл., 309 сл., 322, 379 сл., 422, 609, 615
Галлюцинация, 125 сл.
Гегельянство, 64
Гомосексуализм, 453
Госпитализация, 475, 475
Делание, 374 сл., 387 сл., 466
Деперсонализация, 58, 77, 88 сл., 102-106, 117 сл., 134, 140, 188, 202, 216, 225, 250, 311 сл., 317 сл., 425, 444, 447, 513, 604
Депрессивная позиция, 77-78, 93, 185, 214, 246, 520, 580, 618
Депрессивная тревога, 74, 78, 118, 609
Депрессия, 7, 17, 26 сл., 28, 74, 79, 86, 112, 146, 176 сл., 180, 182, 195 сл., 203, 205 сл., 216 сл., 220 сл., 229, 246 сл.,280, 370, 460, 630
Депривация, 155, 634 сл.
Дереализация, 58, 77, 89, 134
Диссоциация, 377, 378 сл., 383
Доверие, 347, 357, 578, 638
Дуализм, 558, 606
Думание, 89 сл., 313, 377, 393, 450, 558 сл., 574 сл., 578, 608
Женский элемент, 373 сл.
Заблокированный анализ, 436 сл., 440, 442, 459, 475, 482
Забота, 93, 247, 251, 618
Зависимость, 51 сл., 57, 73, 103, 153, 165, 183, 235 сл., 248, 276, 290, 300, 353, 361, 401, 405, 424, 432, 461, 469, 507, 529, 539, 583, 625
Зависть, 573, 627
Закрытая система, 294 сл., 297 сл., 302, 308, 318, 439, 449
Зороастризм, 193, 623
Игра, 631 сл.
Ид, 182, 194, 197 сл., 255, 268, 287 сл., 422, 594 сл., 597, 605, 610, 613, 640 сл.
Идентификация, 51 сл., 65, 296, 301, 304 сл., 334, 372 сл., 393, 402, 523, 537, 540 сл., 555, 561 сл., 618, 634
Идентичность, 369, 372, 374 сл., 392, 400 сл., 404, 407, 434
Идеология, 63

Изоляция, 325 сл., 336 сл., 346, 354 сл., 394 сл., 408, 432, 434 сл., 476, 533, 544
Инкорпорация, 31, 37, 45, 55 сл.
Инсайт, 466, 530, 534
Инстинкт, 70, 179 сл., 182, 200, 226, 268, 316, 511, 582, 604, 607, 620 сл., 629 сл., 634
Инстинкт смерти, 92, 214 сл., 366, 537, 573, 582, 619, 621 сл., 625 сл.
Интеллектуальность, 90, 482 сл.
Интроверсия, 55, 86, 127
Интроекция, 614, 618
Истерия, 8, 26, 126, 136 сл., 138, 180, 184, 203, 280, 311 сл., 424, 428, 507 сл.
Клаустрофобия, 21, 82, 117, 516
Количественные концепции, 602 сл., 631 сл.
Коммуникация, 353 сл., 392 сл., 407
Компромисс (шизоидный), 80 сл., 84, 412, 415 сл., 430 сл.
Конверсионные симптомы, 508 сл.
Консультирование, 492
Контрперенос, 499 сл., 523, 531
Конфликты, 474
Культура, 197, 630 сл.
Либидинальное эго, 100 сл., 106 сл., 212, 242 сл., 269 сл., 278 сл., 289 сл.
Либидо, 92 сл., 131 сл., 147, 173, 253, 269
Личности теория, 412 сл.
Личность, 8 сл., 124, 126, 152, 174, 181, 185, 191, 234, 257, 288, 331, 365, 369, 382, 390 сл., 431, 464, 472 сл., 482, 487 сл., 519, 531 сл., 559 сл., 563, 574, 578, 581, 586, 594, 598 сл., 603 сл., 610 сл., 618, 630
Логический позитивизм, 64
Ложная самость, 109, 186, 256, 266, 275, 282, 335, 599
Любовное ослепление, 52
Любовь, 27 сл., 38 сл., 59 сл., 64 сл., 219 сл., 153 сл., 252, 393, 408, 518, 521, 526, 530, 535 сл., 578 сл., 627, 637 сл.
Мазохизм, 101, 216, 242, 318, 385
Маниакально-депрессивный, 26, 154, 204 сл., 227, 232 сл., 239, 322 сл., 247

Маточные фантазии, 68 сл., 79, 91, 96, 102, 106 сл., 125, 139, 144, 167, 230, 238, 314, 325, 402, 422
Метапсихология, 22, 573
Моральная точка зрения, 7, 10, 78, 93, 179 сл., 192 сл., 270, 298 сл., 424
Мужской элемент, 373 сл.
Нарциссизм, 55 сл., 127, 210
Наука, 408, 473, 481 сл., 484 сл., 493 сл., 524, 542, 549 сл., 559 сл., 575 сл., 631
Нацизм, 63
Негативная терапевтическая реакция, 298 сл., 308, 482, 506
Негативный перенос, 298, 469, 515
Незрелость, 10, 261, 488, 531
Нейтрализованная энергия, 605 сл., 636
Ненависть, 27 сл., 30 сл., 40 сл., 64, 121, 154, 290, 295 сл., 307, 432, 469, 506
Ненависть к себе, 276 сл., 280 сл., 285 сл., 292, 300, 304, 307, 325
Неповрежденное эго, 474
Непробужденный потенциал, 322, 335, 380 сл., 423, 505, 609, 634
Нерешительность, 84
Обсессивные проблемы, 8, 25 сл., 50, 150, 180, 184, 202 сл., 280, 324, 341 сл., 382, 442
Общая психология, 591, 598, 603, 609
Объектные отношения, 19, 49, 52, 66, 69, 72 сл., 78 сл., 97 сл., 116, 131 сл., 153 сл., 166, 181, 185 сл., 188, 207, 231, 256 сл., 286, 300 сл., 346 сл., 358 сл., 369 сл., 374 сл., 388 сл., 391 сл., 412 сл., 536 сл., 579 сл., 609 сл., 611 сл., 611 сл., 635 сл.
Объектных отношений теория, 471, 495 сл., 548, 571 сл., 581 сл., 585 сл., 606, 619 сл., 637 сл.
Объекты, 558 сл.
Одиночество, 58, 144
Оральный садизм, 37, 95, 103
Организм, 9, 191, 563, 603
Отчуждение, 18—19
Отыгрывание, 469, 534
Параноидальная позиция, 77 сл., 146, 214 сл., 246 сл., 251, 297, 308, 580, 618
Паранойя, 26, 484

Пассивность, 108, 125, 132, 139, 177, 212 сл., 226, 239, 243 сл., 250, 317, 383 сл.
Переживание, 482, 549, 553 сл., 562 сл., 596
Перенос, 41 сл., 193, 236, 246, 298, 370, 402, 468, 472, 495 сл., 503, 517, 531
Переходный объект, 332, 631 сл.
Плохие объекты, 23 сл., 28—29, 119, 154, 483, 510 сл., 517, 522, 528, 609, 625
Поглощение, 31, 35 сл., 42, 43 сл., 93 сл.
Подлинная самость, 103, 109, 115, 129, 186 сл., 256, 269, 311, 335, 363 сл., 367, 423, 604, 640
Политика, 62 сл.
Помогающая терапия, 472 сл.,538 сл.
Посягательство, 94 сл., 141, 215, 260, 289, 407
Преступление, 197, 201
Проекция, 99, 520, 537, 571, 614, 618, 624
Проституция, 453
Психиатрия, 556
Психика, 287 сл., 358, 373 сл., 413, 553, 574, 578 сл., 584, 595 сл., 607, 611
Психическая реальность, 99, 124 сл., 554 сл., 565 сл., 573, 579, 597 сл., 615 сл.
Психическое заболевание, 10, 244
Психобиология, 170 сл., 180, 190 сл., 194, 197, 562 сл., 622
Психодинамическая наука, 534, 549 сл., 559, 563 сл., 570, 576 сл., 583, 596, 604
Психоз, 26, 112, 212, 217, 272, 316, 319, 370 сл., 471 сл., 634
Психоневроз, 26, 112, 212, 217 сл., 272, 316, 370, 471 сл., 638
Психопат, 246
Психотерапия, 9, 77, 110 сл., 121 сл., 170 сл., 190 сл., 252 сл., 265, 270, 287, 318, 329, 346 сл., 410 сл., 430 сл., 464, 472 сл., 484 сл., 492 сл., 495 сл., 529 сл., 534 сл., 536 сл., 571 сл., 605, 626 сл.
Расщепление, 55, 75, 88, 98 сл., 103, 106 сл., 125, 138, 180, 184 сл., 195, 212, 216, 242 сл., 247, 272, 277 сл., 284, 289, 316, 360, 366, 371, 375, 413, 438, 604, 623, 627, 630, 642
Реальности чувство, 257, 343, 368, 504 сл.
Регрессировавшее эго, 11, 52 сл., 55 сл., 88 сл., 90 сл., 96 сл., 102 сл., 106 сл., 122 сл., 165 сл., 176 сл., 237 сл., 242 сл., 320 сл., 366 сл., 459 сл.

Регрессия, 59, 66 сл., 94 сл., 102 сл.,109 сл., 111 сл., 132 сл., 135 сл., 138 сл., 184 сл., 205, 207 сл., 218, 228, 309 сл., 314 сл., 318, 349 сл., 368, 371, 402 сл., 412, 421 сл., 442 сл., 459 сл., 470 сл., 544 сл., 606 сл.
Религия, 204, 230, 403, 632
Садизм, 101, 103, 155, 181 сл., 208, 218, 226 сл., 242 сл., 270, 280, 385, 583
Самодостаточность, 57
Самореализация, 288, 402, 547, 613
Самость, 8, 180, 185 сл., 189, 225, 290, 309, 343, 354 сл., 357 сл., 362 сл., 389 сл., 445, 504, 566, 573, 593 сл., 596, 630
Самоубийство, 54, 115, 140, 225, 281, 322 сл., 408, 476
Свободная ассоциация, 469, 554
Секс, 58, 92, 193, 221, 226 сл., 236, 313, 388, 411, 428, 453, 531, 636
Сепарационная тревога, 156, 163 сл., 187, 332, 403, 432, 478 сл., 509, 634
Симбиоз, 330, 372
Символ, 631 сл.
Симптомы, 260, 411, 486, 609
Система эго, 593 сл., 598 сл., 630
Смысл, 549 сл., 562 сл., 566
Сновидения, 314 сл., 343, 445 сл., 450 сл., 609
Сон, 135, 141, 227 сл., 234 сл., 313 сл., 332 сл., 345, 300 сл.
Сопротивление, 111, 193, 260, 274, 275 сл., 294, 424 сл., 438, 443, 449, 469, 483, 507 сл., 515 сл.
Статистические исследования, 490 сл.
Страх, 10 сл., 12 сл., 72, 91 сл., 94 сл., 122, 124, 146 сл., 201, 215 сл., 218, 221 сл., 251 сл., 257 сл., 262 сл., 275 сл., 300 сл., 313 сл., 316, 355 сл., 358 сл., 422 сл., 425 сл., 456, 579 сл., 628, 640
Страх кастрации, 95 сл.
Сублимация, 179, 198
Сумасшествие, 634
Супер-эго, 123, 155, 180, 182, 199, 203, 227, 225, 269 сл., 287 сл., 422, 572, 581, 585, 615
Теория, 170 сл., 530
Терапевтическая регрессия, 110, 122, 135, 402, 544 сл.
Терапевтический фактор, 469 сл., 472 сл., 495 сл., 501 сл., 530 сл., 533 сл., 542 сл.

Техника, 465 сл., 472 сл., 488, 494, 510, 534
"То внутрь, то наружу" программа, 46 сл., 80 сл., 84 сл., 142, 346 сл., 353, 402, 418 сл., 433, 436, 452 сл.
Тревога, 10, 64, 91, 124, 187, 216, 221, 270, 300, 358, 370, 485, 536, 547
Тревога преследования, 73 сл., 78 сл., 92, 94 сл., 101, 106, 117, 215 сл., 425 сл., 546, 580 сл., 626
Тщетность, 32, 64, 144, 416
Удовольствие, 20, 620
Умирания (страх), 320, 346, 350
Утрата жизнеспособности, 224 сл., 228, 459
Уход, 18 сл., 31 сл., 44 сл., 50 сл., 55, 68 сл., 75, 85 сл., 91 сл., 96 сл., 102 сл., 105 сл., 124 сл., 129, 147, 176 сл., 185, 187 сл., 218, 237, 308 сл., 314 сл., 321 сл., 356 сл., 379 сл., 415 сл., 427 сл., 609 сл., 628
Фантазия, 25 сл., 67, 69 сл., 116, 117, 124, 188, 236 сл., 246, 343 сл., 371, 447, 533, 537, 609, 614, 616 сл., 619 сл.
Фобия, 26
Хорошие объекты, 20 сл., 121 сл., 339 сл., 625
Христианство, 198
Целостность, 9, 179, 408, 474, 585, 594 сл., 598 сл., 604 сл., 607 сл., 642 сл.
Центральное эго, 98, 106, 225, 241, 266 сл., 279 сл., 287, 289, 422
Чрезмерная тревога, 228, 234, 383 сл.
Чувство неполноценности, 57
Чувство превосходства, 57 сл., 127
Шизоидная позиция, 77 сл., 185
Шизоидная проблема, 8, 16 сл., 26 сл., 29, 64 сл., 111 сл., 119, 125 сл., 138 сл., 177 сл., 185, 192, 195 сл., 208, 212 сл., 309 сл., 316 сл., 346, 356, 371, 413, 432, 472, 520, 580, 626, 630, 635
Шизофрения, 26, 126 сл., 181, 213 сл., 297, 308, 531, 592
Школьная фобия, 136
Эго, 17, 20, 37, 51, 55, 65, 66 сл., 74 сл., 91 сл., 93 сл., 97 сл.,101, 116 сл., 138, 147, 151, 173, 179 сл., 184, 199, 216 сл., 255, 286 сл., 304, 317 сл., 363, 365 сл., 371 сл., 375 сл., 470, 510 сл., 539, 573, 577, 579, 592, 598 сл., 605 сл., 611
Эго-психология, 9, 171, 173, 179 сл., 184 сл., 208, 210, 219 сл., 252 сл., 329 сл., 365 сл., 585 сл., 590 сл., 593 сл., 613 сл., 617, 619 сл.
Эго-расщепление, 12, 181, 195, 333, 337, 401, 634 сл., 642

Эго-слабость, 8, 73, 94, 122, 138, 140, 148, 153 сл., 154 сл., 165, 181 сл., 197, 201, 208, 216, 218 сл., 234, 246 сл., 258 сл., 309, 316 сл., 319, 335, 346 сл., 408, 434, 438, 474, 510, 538, 639
Эго сохранения система, 320, 448, 464, 599
Эдипальные проблемы, 47, 59 сл., 70 сл., 150 сл., 173 сл., 178 сл., 181, 188, 193, 208, 258, 370, 412, 414, 454, 468, 472 сл., 538, 585 сл., 615, 639
Экзистенциализм, 64, 533
Электрошок, 476, 478
Эмоциональная взаимосвязь, 329 сл., 343 сл., 401
Эндопсихическая структура, 108, 185 сл., 194, 241 сл., 265, 266 сл., 273, 275 сл., 285, 594 сл., 612 сл., 617, 639, 642

Содержание

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ 6
ВВЕДЕНИЕ 7

ЧАСТЬ 1
КЛИНИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ ШИЗОИДНОЙ ЛИЧНОСТИ

I. ШИЗОИДНАЯ ЛИЧНОСТЬ И ВНЕШНИЙ МИР 16
II. ШИЗОИДНАЯ ПРОБЛЕМА, РЕГРЕССИЯ И БОРЬБА ЗА СОХРАНЕНИЕ ЭГО 66
III. РЕГРЕССИРОВАВШЕЕ ЭГО, УТРАТА СЕРДЦЕВИНЫ САМОСТИ И НЕСПОСОБНОСТЬ ЛЮБИТЬ 124

ЧАСТЬ II
ПЕРЕОРИЕНТАЦИЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ

IV. ЧЕТЫРЕ ФАЗЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ 170
V. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ РАМКИ (Маниакально-депрессивная проблема в свете шизоидного процесса) 190

ЧАСТЬ III
ПРИРОДА БАЗИСНОЙ СЛАБОСТИ ЭГО

VI. СЛАБОСТЬ ЭГО, СЕРДЦЕВИНА ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ 246
VII. СОПРОТИВЛЕНИЕ, ПОРОЖДАЕМАЯ САМОСТЬЮ БЛОКИРОВКА ПРОЦЕССА ВЗРОСЛЕНИЯ (1960) 275
VIII. ПРИРОДА ПЕРВИЧНОЙ НЕУДАЧИ В РАЗВИТИИ ЭГО 319
IX. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЭГО-ИДЕНТИЧНОСТИ 365

ЧАСТЬ IV
НЕКОТОРЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ

X. РАЗЛИЧНЫЕ УРОВНИ ПСИХОТЕРАПИИ 410

XI. ШИЗОИДНЫЙ КОМПРОМИСС
И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ТУПИК 430
XII. ТЕОРИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ
И ПСИХОТЕРАПИЯ: 464
XIII. ТЕОРИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ
И ПСИХОТЕРАПИЯ: 495

ЧАСТЬ V
ТЕОРИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ И ТЕОРИЯ ЭГО

XIV. КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ НАУКИ 549
XV. ХАЙНЦ ХАРТМАНН И ТЕОРЕТИКИ ОБЪЕКТНЫХ
ОТНОШЕНИЙ 585

ЛИТЕРАТУРА 644
ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ 649
ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ 653

Институт общегуманитарных исследований

Наши книги вы можете приобрести в магазинах:

«Библио-Глобус», Москва, ул.Мясницкая, д.6/3, стр.1, тел. (495) 781-19-00
«Дом Книги на Новом Арбате», Москва, ул. Новый Арбат, д.8, тел. (495) 789-35-91
«Молодая гвардия», Москва, ул. Б. Полянка, д.28/2, тел. (495) 780-33-70
«Дом Медицинской книги», Москва, Комсомольский проспект, д.25, тел. (499) 245-39-27
«Дом Педагогической книги», Москва, ул. Большая Дмитровка, д.7/5, тел. (495) 629-43-92
«Академкнига», Москва, Мичуринский проспект, д. 12. тел. (495) 932-74-79
«Белые облака», Москва, ул. Покровка, д.4, тел. (495) 621-61-25
«Путь к себе», Москва, ул. Краснопролетарская, д.16, тел. (495) 746-53-47
Книжная ярмарка на Олимпийском, 2 этаж, место 313.
«Санкт-Петербургский Дом книги», С.-Петербург, Невский проспект, д.28, тел. (812) 320-90-64
«Дом книги Екатеринбург», Екатеринбург, район Центр, ул. Антона Валека, д. 12, тел. (343) 253–50–10
«Плиний Старший», Новосибирск, Красный проспект, д.17.

а также на сайте
WWW.NOTABENE.RU

Научное издание

Гарри Гантрип
**Шизоидные явления,
объектные отношения и самость**

Художник Никулин А.Ю.
Перевод Старовойтов В.В.
Литературный редактор Стёпина Н.А.
Компьютерная верстка Кислюк В.

Сдано в набор 20.12.2009.
Подписано в печать 11.02.2010
Формат 84x108 1/32.
Гарнитура Minion Pro. Печать офсетная.
Объем 34,85. усл.печ.л. Тираж 2000 экз.
Заказ № 340.

ООО Издательство
«Институт Общегуманитарных Исследований»
119071, Москва, Ленинский проспект, д.18

Отпечатано с готовых файлов заказчика
в ОАО “Издательско-Полиграфический
комплекс “Звезда”
614990, г. Пермь, ГСП-131, ул. Дружбы, 34.

Гарри Гантрип

Шизоидные явления,

объектные отношения и самость

В данной книге представлено описание клинической картины шизоидной личности и ее проблем. Автором предпринимается попытка понимания природы и причин первичной неудачи развития эго и возникающих в связи с этим терапевтических затруднений при лечении шизоидных пациентов. По мнению Гарри Гантрипа, возрождение и повторный рост утраченной живой основы личности становится основной проблемой психотерапии, потому что психотерапевты имеют дело с людьми, которые, сколь бы тщательно они ни обучались взрослым социальным и моральным обязательствам и ценностям на сознательном уровне их личности, не способны удерживаться на этом уровне, потому что лежащие в основе бессознательные пласты их личностей находятся на доморальном уровне инфантильного страха, эго-слабости и бегства от жизни. Рекомендуется всем страждущим душевного здоровья и всем желающим помогать в этом, а также тем, кому интересны вопросы бытия и смысла жизни.

ISBN 978-5-88230-251-0

9 785882 302510