



купить книгу

http://books.mesi.ru/showTov.asp?FND=&Cat_id=61065

<http://my-shop.ru/shop/books/63667.html>

Микаэл Балинт.

Базисный дефект: терапевтические аспекты регрессии

Издательство: М., Когито-Центр

Серия: Современная психотерапия

Перевод с: Пер. с англ.

Год: 2002

Страниц: 256

ISBN: 5-89353-070-5

Микаэл Балинт. "Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии" / Научный редактор: А. М. Боковиков. Пер. с англ. В. А. Агарков, С. В. Кравец — М.: «Когито-Центр», 2002.

Впервые опубликованная в 1968 г. книга Микаэла Балинта «Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии» послужила основой для широкомасштабной реформы психоаналитической теории и техники. Книга Балинта чрезвычайно важна для понимания таких центральных проблем психоаналитической теории, как природа самости, последствия нарушений в развитии, ценность эмпатии.



Микаэл Балинт (Michael Balint)

БАЗИСНЫЙ ДЕФЕКТ: ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕГРЕССИИ

Содержание:

Часть I. Три области психики

- Глава 1. Терапевтические процессы и их локализация
- Глава 2. Интерпретация и проработка
- Глава 3. Два уровня аналитической работы
- Глава 4. Область базисного дефекта
- Глава 5. Область созидания

●Глава 6. Резюме

Часть II. Первичный нарциссизм и первичная любовь

●Глава 7. Три теории Фрейда

●Глава 8. Изначальные противоречия

●Глава 9. Клинические данные о нарциссизме

●Глава 10. Шизофрения, злокачественная зависимость и другие нарциссические расстройства

●Глава 11. Пренатальные и ранние постнатальные состояния

●Глава 12. Первичная любовь

●Глава 13. Взрослая любовь

Часть III «Пропась» и реакции аналитика на нее

●Глава 14. Регрессия и ребенок в пациенте

●Глава 15. Проблема языка в воспитании и в аналитической ситуации

●Глава 16. Ограничения классической техники

●Глава 17. Недостатки метода последовательных интерпретаций

- Глава 18. Недостатки техники управления регрессией

Часть IV доброкачественные и злокачественные формы регрессии

- Глава 19. Фрейд и представления о регрессии
- Глава 20. Симптоматология и диагноз
- Глава 21. Удовлетворение и объектные отношения
- Глава 22. Другие формы терапевтической регрессии
- Глава 23. Разногласия между Фрейдом и Ференци и их последствия

Часть V Регрессировавший пациент и его аналитик

- Глава 24. Терапевтическая регрессия, первичная любовь и базисный дефект
- Глава 25. Ненавязчивый аналитик
- Глава 26. Преодоление «пропасти»

Часть I. Три области психики

Глава 1. Терапевтические процессы и их локализация

Первая часть этой книги в основном состоит из достаточно независимых глав, посвященных отдельным частным вопросам. Хотя это может несколько затруднить чтение, тем не менее я решил остановиться на такой структуре, поскольку хотел бы сначала прояснить некоторые установившиеся взгляды и мнения относительно вполне достоверных клинических данных и только потом приступить к рассмотрению последующих тем.

Давайте договоримся перед тем, как отправиться в путь, что все мы, — и читатели, и автор — являемся достаточно компетентными и опытными аналитиками, не делаем элементарных ошибок. Это означает, что все мы способны давать достаточно корректные интерпретации в весьма подходящий для этого момент, а также по мере возможности прорабатывать материал переноса и реальной жизни наших пациентов на генитальном и нескольких догенитальных уровнях.

Договорившись об этом, мы могли бы, наверное, согласиться с тем, что иногда нашими vis-a-vis бывают трудные пациенты, которые вызывают у нас сомнения и замешательство; мы не станем также отрицать и то, что, согласно слухам, циркулирующим в каждом отделении нашей Международной ассоциации, даже самые опыт-

ные и самые искусные аналитики среди нас порою сталкиваются с неудачами.

Почему так происходит, как мы можем объяснить этот неприятный факт? В целом причины наших трудностей и неудач могут быть разнесены по трем рубрикам. Это может быть связано: (а) с неадекватностью нашей техники, (б) с особенностями личности пациента и его заболевания и (в) с «нестыковкой» между нашими адекватными в других обстоятельствах техническими приемами и симптомами конкретного случая, при других условиях поддающимися лечению.

Первый вопрос, который мне хотелось бы обсудить, звучит так: почему одних пациентов лечить гораздо труднее, чем других, или почему в одних случаях аналитик и его пациент получают от анализа большую отдачу, чем в других? Чтобы разобраться в этом вопросе, сформулируем его иначе: какова природа терапевтических процессов, в какой области психики они разворачиваются, что именно в этих процессах служит источником тех трудностей, с которыми мы, аналитики, сталкиваемся?

Несмотря на то, что эта проблема занимает нас уже более шестидесяти лет, все еще остается без ответа основной вопрос определения структурных составляющих психического аппарата и степени их доступности для психоанализа. Используя нашу терминологию, можно было бы так сформулировать этот вопрос: в каких именно областях психики протекают терапевтические процессы? Несмотря на то, что эти две формулировки не совсем идентичны, они тем не менее имеют много общего.

Общепринято, что терапия должна оказывать — и, по сути, оказывает — влияние на Супер-Эго. У нас даже есть представления о том, что происходит в этой части

психики, мы знаем о терапевтических процессах, протекающих в этой области, и о происходящих там изменениях. Например, нам известно, что Супер-Эго в основном состоит из интроектов, важнейшими источниками которых являются возбуждающие, но никогда не приносящие полного удовлетворения сексуальные объекты младенчества, детства и пубертатного периода. Можно было бы сказать, что Супер-Эго в известном смысле представляет собой сумму психических шрамов, оставленных этими объектами. С другой стороны, во взрослой жизни Супер-Эго может быть преобразовано через приобретение новых интроектов — убедительным примером такого изменения является психоаналитическое лечение, во время которого пациент частично или полностью интроецирует психоаналитика. Здесь я хотел бы провести грань между интроекцией и другим процессом, более важным для образования Супер-Эго — идентификацией, которую можно рассматривать как следующий за интроекцией шаг. Индивид не просто вбирает в себя возбуждающий и фрустрирующий сексуальный объект, но с определенного момента воспринимает его как неотъемлемую часть самого себя. Часто идентификация предваряется идеализацией или непосредственно связана с ней, однако высокая степень идеализации может послужить серьезным препятствием для идентификации с интроецированным объектом. Все это достаточно хорошо известно, однако вряд ли нам что-то известно о процессах, ведущих к аннулированию интроекции, идеализации или идентификации.

Итак, мы располагаем некоторыми представлениями о процессах, приводящих к образованию новых интроектов и идентификаций, но нам, кажется, ничего неизвестно о том, как можно избавиться от существующих уже интроекций и идентификаций. Это вызывает сожаление, потому что для эффективности нашего метода

было бы крайне важно знать, как помочь пациенту избавиться от некоторых частей его Супер-Эго.

Далее, большинство психоаналитиков согласны с тем, что аналитическая терапия должна стремиться к тому, чтобы Эго стало сильнее, хотя наши представления об истинной природе такого усиления и техники, позволяющие этого достичь, до сих пор остаются довольно неопределенными. Наши знания об этом аспекте терапии могут быть суммированы следующим образом. В процессе терапии должна быть усилена та часть Эго, которая находится в ближайшем контакте с Ид, то есть та часть, которая может наслаждаться удовлетворением влечений, выдерживать значительное увеличение напряжений, способна к проявлению заботы и внимания, может принимать и переносить неудовлетворенные желания и ненависть, которая может исполнять функцию проверки реальности — как внутренней, так и внешней — и старается учитывать ее требования. Вместе с тем нет никакой необходимости в укреплении той части Эго, которая не может и не смеет испытывать удовольствие от сильного чувства удовлетворения влечения, которая должна защищать себя от любого увеличения эмоционального напряжения посредством отрицания, торможения, через обращение в противоположность или создание реактивных образований — то есть той части Эго, которая приспосабливается к внешней реальности и к требованиям Супер-Эго за счет внутренней реальности. Наоборот, доминирование этой части Эго в жизни пациента должно быть ослаблено в результате терапии.

Вопрос, являются ли двумя более или менее независимыми процессами укрепление Эго и ранее обсуждавшаяся трансформация Супер-Эго или это два аспекта одного процесса, не был ни четко сформулирован, ни должным образом проработан. Наиболее часто используемая формула гласит, что Эго, следуя директивам Супер-Эго,

должно играть роль посредника между внешней реальностью и Ид. Все еще остается открытым вопрос, обладает ли сам по себе этот посредник способностью оказывать влияние на установившийся баланс и какие именно терапевтические процессы могут воздействовать на эту способность.

Еще большая неопределенность царит в наших представлениях о возможных способах влияния на Ид. Едва ли у нас есть какие-либо представления о том, возможно ли такое вообще, а если возможно, то каким именно образом этого можно было бы достичь. Те аналитики, которые признают существование первичного влечения к смерти, а также первичного садизма, первичного нарциссизма и деструктивности, вынуждены согласиться с тем, что Ид может быть подвергнуто изменениям при помощи нашей терапии. Еще Фрейд в работе «Конечный и бесконечный анализ» (1937) назвал один из аспектов этого вероятного преобразования «приручением влечений». Для особого случая первичного садизма это означает, что интенсивность деструктивных импульсов — иногда называемых деструдо — должна быть снижена во время и посредством аналитического лечения или воспитана через изменения в самих их истоках, то есть в Ид, либо через слияние этих импульсов с большим количеством либидо. Так как теоретические понятия «слияние» и «расслоение» не имеют четкого определения, то почти невозможно соотнести их с достаточной степенью надежности ни с Ид, ни с Эго. Кроме того, не говоря уже о том, что сами термины выбраны неудачно, мы так и не смогли составить какого-либо представления о тех механизмах и процессах, которые они определяют. Наверное, единственное, что можно здесь утверждать, так это то, что расслоение и фрустрация, по-видимому, довольно тесно связаны между собой. Однако остается не совсем ясным, справедливо ли то же самое и для чрезвычай-

чайно важных с точки зрения техники, дополняющих друг друга понятий слияния и удовлетворения.

При таком положении дел нет ничего удивительного в том, что никто не смог предложить надежные методы воздействия на эти процессы. Если все же анализ и может воздействовать на слияние и расслоение, то с определенностью можно сказать, что такое влияние осуществляется при переносе, то есть, по существу, через объектные отношения. Вместе с тем из этого следует, что процессы, инициируемые в аналитической ситуации, по-видимому, являются настолько мощными и интенсивными, что они в состоянии достичь глубинных слоев психики и произвести там фундаментальные преобразования. Действие механизмов этого процесса — как это происходит, каковы характеристики и какова интенсивность тех объектных отношений, которые, возможно, способствуют решению этой задачи — не нашло должного отражения в нашей литературе.

Так мы приближаемся к ответу на вопрос, с которого начали наши рассуждения: отчего даже у самых опытных из нас есть трудные пациенты и случайные неудачи? Несмотря на то, что мы располагаем некоторыми теоретическими представлениями о процессах, протекающих в психике в условиях психоаналитической терапии, все еще не найдены очевидные, достаточно надежные связи между нашими теоретическими представлениями и техническими методами. Другими словами, наши теоретические представления о терапевтических процессах и их локализации все еще не позволяют нам четко определить пригодность или неуместность тех или иных технических методов в какой-либо конкретной ситуации. В этом заключается *raison d'être* (основание фр.) сосуществования в психоанализе различных школ, каждая из которых пользуется своим собственным методом, значительно отличающимся от методов других школ, притом,

что все школы разделяют одни и те же базисные идеи относительно структуры психики. Важно отметить, что аналитики разных школ, все без исключения, имеют свои успехи, свои трудные случаи и свою изрядную долю неудач. Велика вероятность того, что случаи, в которых адепты разных школ добиваются успеха или терпят неудачу, весьма отличаются друг от друга. Более того, различия в методах могут влиять на тип успеха или неудачи. Именно поэтому беспристрастное, но критическое исследование в этой области могло бы внести существенную ясность в нашу теорию и практику. К сожалению, независимого исследования такого рода не было проведено. История попытки статистического исследования, предпринятой Американской психоаналитической ассоциацией — очень деликатной, даже чрезвычайно деликатной попытки, от которой пришлось отказаться, — наглядно продемонстрировала тот уровень тревоги и сопротивления, который вызывают такие исследования.

Глава 2. Интерпретация и проработка

Как я уже попытался донести до читателя, топический подход, по-видимому, не очень-то способствует продвижению в решении наших теоретических трудностей, и, конечно же, не предлагает нам надежных критериев для оценки корректности конкретного терапевтического шага, предпринятого в данных обстоятельствах, хотя этого и можно было бы ожидать. Мы не должны забывать, что последний пересмотр нашей теории психических структур и топологии был предпринят Фрейдом в начале 1920-х годов, более сорока лет назад. С тех пор не было предложено новой равноценной теории психического аппарата (впрочем, Фэйберном, Гартманном и Винникоттом были созданы новые концепции Эго-психологии). Однако наш технический потенциал и наше реальное мастерство за минувшие сорок лет, бесспорно, сущест-

венно возросли. Вместе с тем увеличилось и количество наших технических проблем. Я привел обзор новых течений в моем докладе на конгрессе в Цюрихе (1949), основное содержание которого заключалось в попытке обоснования идеи взаимообусловленности техники и теоретических концепций Фрейда.

Фрейд в своих знаменитых монографиях «Я и Оно» (1923) и «Торможение, симптом и страх» (1926) отмечает, что он положил в основу своего метода и теории опыт клинической работы как с обсессивными пациентами, так и с пациентами, страдающими меланхолией, поскольку—я привожу его собственные слова — психические процессы и конфликты этих пациентов в значительной степени «интернализированы». Это означает, что исходные конфликты, защитные механизмы, а также процессы совладания с конфликтами стали для этих пациентов — и, по существу, остаются — внутренними событиями. И наоборот, у этих пациентов катексис внешних событий довольно слаб. Таким образом, в первом приближении можно принять, что все важные события, происходящие с такими пациентами и связанные с их патологией или терапией, почти исключительно относятся к их внутреннему миру. Именно такое положение вещей и позволило Фрейду описать изменения, происходящие в процессе терапии, в более или менее простой форме. Тогда при условии, что психоаналитики придерживаются некой «разумной» аналитической техники, изменения в констелляциях внешних событий и объектов, характерные для разных аналитиков, будут иметь ничтожно малое значение в силу того, что катексис внешних событий и объектов довольно слаб. Забывая о том, что все это верно только в рамках определенного случая и только в качестве первого приближения, некоторые аналитики пришли к идее «правильной техники», то есть техники, которая хороша для всех пациентов и

для всех аналитиков независимо от их индивидуальных качеств. Если я верно представляю себе положение вещей, то «правильная техника» — это химера из ночного кошмара, фантастическая компиляция несовместимых фрагментов реальности.

Для того чтобы выдерживать и сохранять напряжения, которые вызывает интернализация, в качестве необходимого условия требуется достаточно хорошая структура Эго, при этом оно не должно разрушаться и не должно прибегать к защитам (что можно было бы назвать экстернализацией) типа отыгрывания, проекции, замещения, отрицания, деперсонализации. Известная аналогия, использованная Фрейдом применительно к пациентам, которые могут совладать с интернализацией, является точным определением того, что происходит во время аналитического лечения. Большую часть времени аналитик, по существу, играет роль «хорошо отполированного зеркала», он просто отражает то, что сообщает ему пациент. Более того, как видно из всех описанных Фрейдом случаев, материал, предоставляемый аналитику во время аналитической работы такого рода, в основном представлен в виде слов; отсюда следует, что и при отражении такого материала используются именно слова. В этом процессе продукции и отражения материала обе стороны — пациент и аналитик — примерно одинаково понимают то, что ими произносится. Конечно, аналитик сталкивается и с сопротивлением, которое порой обладает высокой интенсивностью, однако всегда можно найти опору в надежном и разумном Эго, способном принять вербальную продукцию и позволить словам оказать свое воздействие. То есть Эго может справиться с тем, что Фрейд называл «проработкой».

Так мы подходим ко второму ответу на поставленный перед нами вопрос. Приведенное здесь описание аналитической техники прежде всего подразумевает, что для

пациента и аналитика интерпретации являются именно интерпретациями, а не чем-то иным. Может сложиться впечатление, что здесь утверждается очевидное, но позже, я надеюсь, необходимость такого акцентирования станет ясна.

Психоаналитическая психотерапия даже в классическом варианте «хорошо отполированного зеркала», по существу, представляет собой объектные отношения. Все, что в ходе терапии приводит к изменениям в психике пациента, инициируется событиями в сфере отношений между двумя персонами, — между двумя людьми, а не внутри одного из них. Этот фундаментальный факт мог отрицаться только до тех пор, пока в фокус внимания исследования попадали главным образом те пациенты, которые по большей части использовали интернализацию, то есть пациенты, обладающие достаточно сильной структурой Эго.

Такие пациенты могут «принять» то, что им предлагает аналитик, и то, что они переживают в аналитической ситуации. Они также могут экспериментировать со своим новым опытом. Их Эго достаточно сильно для того, чтобы справиться — по крайней мере на какое-то время — с возникающими напряжениями. Напряжения и дискомфорт, связанные с интерпретациями, могут быть порой довольно сильными, но все же эти пациенты в состоянии справиться с ними. По крайней мере, именно такую картину воспроизводят опубликованные случаи из практики Фрейда.

Итак, мы подходим ко второму вероятному источнику трудностей и неудач в анализе. Наша техника создана для пациентов, которые воспринимают интерпретации аналитика именно как интерпретации. Достаточно сильное Эго таких пациентов позволяет им «принять» интерпретации и совершить то, что Фрейд назвал процессом

«проработки». Нам известно, что не все пациенты могут справиться с этой задачей. Как раз с такими пациентами мы и испытываем затруднения.

Глава 3. Два уровня аналитической работы

Обычно в психоаналитической литературе для того, чтобы охарактеризовать атмосферу, свойственную уровню, на котором происходит классическая терапевтическая работа, используют термины «эдипов уровень» и «гени- тальный уровень», в оппозиции к ним находятся такие определения, как «доэдипов», «догени- тальный», «до- вербальный уровень». По моему мнению, эти более поздние термины сами по себе уже несут некую смысло- вую нагрузку. Я хочу предложить здесь новый ясный и однозначный термин, который, как я надеюсь, освободит нас от некоторых скрытых влияний, однако прежде обратимся к общепринятому значению вышеупомянутых терминов.

Эдипов комплекс был одним из величайших открытий Фрейда, справедливо считавшего его центральным ком- плексом, лежащим в основе развития всех аспектов сферы человеческого бытия - здоровья и болезней, ре- лигии и искусства, цивилизации и закона и т. д. Хотя эдипов комплекс характерен для довольно раннего эта- па развития, Фрейд без колебаний прибегал к языку взрослых людей при описании психического опыта ре- бенка, эмоций и чувств, возникающих на этом этапе. (Я намеренно ухожу от вопроса определения границ этого раннего возраста, так как не хочу касаться проблемы хронологии. Для моих целей достаточно указать на то, что это очень ранний возраст.) На самом деле предпо- ложение Фрейда было явной проекцией, дерзкой экст- раполяцией. Неявно, без дальнейших обоснований, он

принял допущение как о сходстве эмоций, чувств, страстей, страхов, инстинктивных импульсов, состояний удовлетворения и фрустрации у маленьких детей и у взрослых людей, так и об идентичности взаимных отношений между этими элементами у детей и у взрослых. Именно на этих двух посылах основано представление о правомерности использования языка взрослых людей для описания детских переживаний.

Я повторяю, принятие этих посылок было довольно смелым шагом, но впоследствии как наблюдения за нормальными детьми, так и клинический опыт анализа детей, страдающих невротами, подтвердил корректность этого шага. Наряду с этим необходимо отметить, что накопление данных, подтверждающих правильность этого предположения, начатое еще в описании анализа Маленького Ганса (1909), совпало по времени с последним пересмотром Фрейдом теоретических концепций психического аппарата, который он предпринял в 20-е годы.

Для того чтобы избежать возможного недоразумения, я бы хотел пояснить, что аналитик, работая на эдиповом уровне, конечно же, не игнорирует и не отвергает догенитальный материал. Однако он использует язык взрослых людей для его проработки, то есть поднимает этот материал до эдипова, или вербального уровня. Это является очень важным моментом для нашего метода, поскольку здесь мы сразу же сталкиваемся с такой проблемой: что должен предпринять аналитик, если пациент не понимает или не принимает догенитальный материал, выраженный средствами языка взрослых людей? Что делать, когда нет прямого пути, ведущего пациента от довербального к эдипову уровню?

За время, прошедшее с 20-х годов, наш метод в значительной степени усовершенствовался. У нас есть все основания утверждать, что мы можем лечить пациентов,

которые в прежние времена считались неизлечимыми. Несомненно, мы можем лучше — гораздо глубже и с большей достоверностью, чем наши коллеги сорок лет назад — понять обычного пациента. В процессе этого развития мы собрали богатый урожай как клинических наблюдений, так и сбивающих с толку проблем. Все они имеют отношение к тому, что происходит и наблюдается в аналитической ситуации. На первый взгляд, этот материал может быть описан в терминах эдипова конфликта, средствами языка взрослого человека. Однако *pari passu* (наряду лат.) с углублением нашего опыта и совершенствованием наших возможностей наблюдения мы сумели распознать в аналитической ситуации некие коллизии, которые ставят серьезные проблемы для наших теоретических представлений, а также для нашего метода.

Например, мы узнали, что некоторые пациенты испытывают огромные затруднения в «принятии» всего, что увеличивает их внутреннее напряжение. Вместе с тем пациенты другого типа могут «принять» все, что угодно, так как их сокровенная самость, по-видимому, остается по большому счету незатронутой. Пациенты, которые принадлежат к одному из этих двух типов, создают, как я только что отметил, серьезные теоретические и технические трудности, возможно, в силу того, что их отношение к аналитику существенно отличается от того, которое мы обычно ожидаем на эдиповом уровне.

Пациенты, о которых мы только что говорили, представляют собой лишь небольшую выборку из всей совокупности пациентов, которых обычно называют «глубоко нарушенными», «имеющими глубинное расщепление», «тяжелыми шизоидами», «имеющими слишком слабое или незрелое Эго», «в высшей степени нарциссическими» или страдающими от «глубокой нарциссической раны» и т. д. При этом подразумевается, что истоки их расстройства лежат дальше и глубже уровня эдипова

конфликта. Используя терминологию часто обсуждаемой теоретической проблемы, мы можем сказать: неважно, достигают ли они эдипова уровня в процессе развития уже больными либо более поздние травматические события обнаруживают несостоятельность защитных механизмов, принадлежащих этому периоду, вынуждая пациентов к регрессии или отклонению за эдипов уровень. В этом контексте, по сути, важным является само признание существования двух различающихся уровней аналитической работы.

Чтобы пояснить, с какими именно проблемами приходится сталкиваться на этом уровне, я хочу сослаться на часто цитируемый пример из совершенно иной области. На наших исследовательских семинарах, посвященных общей медицинской практике (Balint M., 1964), врачи довольно часто докладывали о такой типичной ситуации. В беседе с пациентом они достаточно четко объясняли ему суть его заболевания, а затем, когда реальные итоги их разъяснений сопоставлялись с ожидаемыми, на удивление часто оказывалось, что объяснения были понятны только доктору. Для пациента они ничего не проясняли — часто слова доктора вовсе не воспринимались как разъяснение. Всякий раз после доклада какого-нибудь врача, в котором звучали заверения в том, что он предлагал четкие объяснения, обычно следовал вопрос: «Да, четкие, но для кого?» Это расхождение между намерением и результатом было вызвано тем, что одни и те же слова имеют совершенно разное значение для сочувствующего, но невовлеченного доктора и для его глубоко вовлеченного пациента.

Мы, аналитики, часто оказываемся в похожей ситуации. Мы предлагаем нашим пациентам ясную, немногословную, обоснованную, своевременную интерпретацию, которая — к нашему удивлению, отчаянию, раздражению и разочарованию — нередко либо не оказывает влияния

на пациента, либо оказывает совсем не то воздействие, которое предполагалось. Другими словами, наша интерпретация бывает абсолютно непонятной или даже совсем не воспринимается как интерпретация. Обычно аналитик в целях самоуспокоения прибегает к попыткам рационализации возникающего в результате разочарования; при этом возможны три варианта рассуждений. Аналитик может осуждать себя за ошибку, которую он допустил в определении наиболее важной тревоги в данной ситуации — дескать, он пошел по ошибочному пути, интерпретируя то, что имело второстепенное значение. Вслед за этой самокритикой обычно следуют безумные попытки угадать, что же именно в фантазиях пациента встало преградой на пути понимания интерпретации аналитика. Затем аналитик может реанимировать в себе извечную полемику по поводу относительных достоинств или недостатков интерпретаций содержания материала, защиты или переноса, которая может продолжаться бесконечно. И, наконец, он может успокоить себя, уверившись в том, что сопротивление пациента в данный момент было слишком сильным и поэтому ему, видимо, потребуется значительное время для того, чтобы «проработать» его. Эта последняя формула является самой эффективной, поскольку сам Фрейд в свое время прибегал к ней.

К сожалению, эти формулы самоуспокоения и рассуждения здесь неуместны, так как все они принадлежат эдипову уровню, а это значит, что во всех вариантах подразумевается, что пациент воспринимает интерпретацию аналитика именно как интерпретацию, а не как нечто другое. Именно для такой ситуации Фрейд предложил термин «проработка». Очевидно, что проработка возможна только в той степени, в какой пациент способен принять интерпретацию как интерпретацию и позволить ей оказать влияние на свою психику. В отношении «глу-

боко нарушенных» пациентов это неочевидно. Процесс проработки невозможен, если для пациента интерпретация аналитика не является интерпретацией, то есть фразой, состоящей из слов, обладающих общепринятым значением. Проработка может произойти только в том случае, если слова имеют приблизительно одинаковое значение как для наших пациентов, так и для нас самих.

На эдиповом уровне такой проблемы не существует. Пациент и его аналитик уверенно общаются на одном языке, одни и те же слова имеют для них примерно одинаковое значение. Конечно, пациент может отвергать интерпретацию, может быть раздражен, напуган или задет ею, но в этом случае нет сомнений в том, что это была именно интерпретация.

Третий ответ на вопрос, с которого мы начали, заключается в констатации существования двух разных уровней аналитической работы, и в то же время он ставит нас перед новыми интересными проблемами. Прежде чем перейти к рассмотрению этих проблем, давайте оглянемся на пройденный нами путь из того пункта, где мы сейчас находимся. Мы начали с вывода — или трюизма, — гласящего, что даже наиболее опытные из нас порой имеют дело с трудными или даже очень трудными пациентами. Затем мы поставили перед собой следующие вопросы: что представляют собой терапевтические процессы, в каких областях психики они протекают, что именно в этих процессах является причиной затруднений, и, наконец, последнее, но не менее важное — какими техническими средствами мы можем оказывать на них влияние. Далее мы рассмотрели современные теоретические основания нашего метода и пришли к выводу, что топологический подход не оказался особо эффективным. Двигаясь дальше, мы поняли, что все наши представления о том, что происходит в психике пациента во время терапии, основаны на результатах тщатель-

ного исследования — инициированного самим Фрейдом в начале 20-х годов — пациентов, которые могут принять и «понять» интерпретации аналитика как интерпретации и которые способны к «проработке». И, наконец, мы увидели, что есть по крайней мере два уровня аналитической работы, откуда можно сделать вывод, что и терапевтические процессы протекают на двух уровнях. Одним из аспектов различия между ними является степень, в которой язык взрослых людей может быть пригоден для работы на каждом из этих уровней.

Ференци, в частности, в своем последнем докладе на Конгрессе (1932) и в посмертно опубликованных «Заметках и фрагментах» впервые описал это важное отличие, касающееся использования языка, которое может привести к образованию пропасти между пациентом и аналитиком, а также препятствовать прогрессу в терапии. Он назвал это «путаницей языка ребенка [в единственном числе!] и взрослых [во множественном числе!]». С тех пор — хотя обычно без ссылки на его новаторские работы — разными исследователями было предпринято несколько попыток описания вышеупомянутых феноменов.

Вывод, к которому мы пришли в предыдущей главе, является лишь новой формулировкой давно известного, а именно того, что аналитическая работа происходит по крайней мере на двух разных уровнях: один, называемый эдиповым уровнем, более известен и менее проблематичен, тогда как для описания другого используют такие термины, как доэдипов, догенитальный, довербальный уровень.

Я предлагаю сохранить термины «эдипов период», «эдипов конфликт», «эдипов комплекс», так как они отражают самые важные характеристики уровня, к которому принадлежат. Существуют типичные черты, кото-

рые позволяют дифференцировать в клинике феномены, относящиеся к этому уровню, и феномены иного уровня. Первое отличие состоит в том, что все принадлежащее к эдиповому уровню — будь то генитальные или догенитальные переживания — происходит в рамках тройственных отношений: всегда кроме субъекта в них участвуют еще как минимум два параллельных объекта. Этими двумя объектами могут быть два индивида (как, например, в эдиповой ситуации) или индивид и объект (что характерно для областей анального и, весьма вероятно, орального эротизма). В случае анального эротизма второй объект представлен испражнениями и их многочисленными дериватами, тогда как в качестве элементов орального эротизма, по крайней мере на поздних стадиях, помимо источника пищи или кормильца, всегда выступает пища в качестве второго объекта. Отношения, возникающие здесь — речь идет об анальной фазе и поздних стадиях оральной фазы, — несмотря на то, что две эти сферы по определению являются догенитальными, благодаря своей структуре, характеризующейся наличием субъекта и по меньшей мере двух параллельных объектов, переходят в эдипову область и поднимаются до эдипова уровня. Вторая важная особенность эдиповой области состоит в том, что ей всегда присущ конфликт. За исключением некоторых случаев, конфликт вызван амбивалентностью, возникающей из сложных взаимоотношений между индивидом и двумя параллельными объектами. Несмотря на то, что конфликт является неотъемлемым свойством этой ситуации, он может быть разрешен, во всяком случае он может быть в значительной степени урегулирован. Вероятно, лучше всего изучен такой тип конфликта, при котором авторитет — внешний или внутренний — предписывает или запрещает особые формы удовлетворения. Такой конфликт неизбежно приводит к фиксации, которая связывает определенное количество либидо в тщетной борьбе, являю-

щейся источником непрекращающегося состояния напряжения. В этом случае задача аналитического лечения состоит в мобилизации и освобождении этого связанного либидо либо при помощи интерпретации, либо через предоставление пациенту возможности регрессировать при переносе для поиска лучшего решения. Хотя идеальных решений не существует, так как пациент всегда испытывает некоторое напряжение, все же почти всегда есть возможность найти такое решение, которое приведет к существенному снижению интенсивности напряжения.

Третья важная характеристика этого уровня состоит в том, что здесь язык взрослых является адекватным и надежным средством коммуникации; как всем нам хорошо известно, Эдип был взрослым мужчиной. Если когда-либо возникнет необходимость в том, чтобы ввести новый термин для обозначения этого уровня, я предложил бы называть его уровнем конвенционального, общепринятого языка, или языка взрослых.

В науке часто случается так, что неудачный выбор термина либо является причиной недоразумения, либо создает препятствия на пути непредвзятого исследования проблемы. Для того чтобы избежать такой альтернативы, двум уровням психики должны быть присвоены независимые друг от друга наименования. Термин «эдипов» происходит от одной из важных характеристик этого уровня. Полагаю, что другой уровень должен обладать своим собственным именем и не должен называться «до-чего-то-там-еще». Он не должен называться «до-эдиповым», так как вполне может сосуществовать одновременно с эдиповым уровнем, насколько об этом позволяет судить наш клинический опыт. Сейчас я хочу оставить открытым вопрос, касающийся возможности функционирования психики только на одном уровне, не выходя при этом на иной уровень. Важно отметить, что

другой уровень, несомненно, более прост, более примитивен, чем эдипов уровень. Я предлагаю называть его уровнем базисного дефекта, и я хочу подчеркнуть, что он характеризуется именно как дефект, а не как ситуация, позиция, конфликт или комплекс. Позже я объясню почему.

Уровню базисного дефекта свойственны следующие основные особенности: (а) все, что происходит на этом уровне, находится исключительно в рамках отношений между двумя персонами — здесь отсутствует третья персона; (б) эти двусторонние отношения обладают особенной природой, абсолютно отличной от хорошо изученных человеческих отношений эдипова уровня; (в) природа действующего на этом уровне динамического фактора отличается от природы конфликта и (г) язык взрослых людей часто оказывается либо бесполезным для описания событий, происходящих на этом уровне, либо приводит к неверному пониманию, так как слова не всегда обладают конвенциональным, общепринятым значением.

Хотя смысл сказанного об особенностях этого уровня прояснится только впоследствии, по ходу дальнейшего изложения, развернутого в следующих главах, уже здесь я могу кое-что сказать о некоторых из них. Прежде всего это касается природы примитивных отношений, которые складываются на этом уровне между двумя персонами. При первом приближении они могут рассматриваться как пример первичных объектных отношений, или первичной любви, описание которой я уже приводил в некоторых работах (Balint M., 1932, 1934, 1937, 1959) и повторю в главе 12 этой книги. Любая третья сторона, вмешивающаяся в эти отношения, всякий раз предстает как тяжкое бремя или вызывает невыносимое напряжение. Замечательное отличие между состояниями удовлетворения и фрустрации составляет еще одну

важную характеристику этих отношений. Если удовлетворение — «приспособление», соответствие между объектом и субъектом — приносит с собой состояние тихого, спокойного благополучия, которое можно заметить только с большим трудом, — до такой степени оно естественно и поэтому с трудом поддается наблюдению, то фрустрация — недостаток «приспособления» объекта — вызывает шумную и резкую реакцию (см. также главу 16).

Позже, в главе 4, я вернусь к обсуждению природы динамического фактора, который действует на уровне базисного дефекта. Однако здесь я хотел бы отметить любопытную неопределенность языка, свойственную данному уровню. Это объясняется тем, что каждое слово, когда им пользуются взрослые люди, окружено кластером ассоциаций. На уровне базисного дефекта практически каждый элемент этого кластера может в равной степени претендовать на право владения всем словом. Отмеченная особенность языка не ограничена рамками базисного дефекта, это видно из того, как трудно, практически невозможно, найти точное значение слова, особенно в нашей науке психологии. Чтобы получить-таки точное определение, необходимо очистить слово от всех лишних или нежелательных ассоциаций. Опыт показывает, что это удастся очень редко, так как люди упорно считают (даже настаивают), что слова обычно имеют другие значения, отличные от тех, которые намеревался вложить в них изобретатель термина. (Эта проблема будет обсуждаться далее в главе 20.)

Глава 4. Область базисного дефекта

Приняв умозрительно то, что существует уровень базисного дефекта, мы должны поставить перед собой вопрос: какие именно события в аналитическом лечении

служат индикаторами того, что этот уровень достигнут? Возьмем в качестве примера рядовой случай. Предположим, что в течение некоторого времени лечение протекает довольно гладко: пациент и аналитик понимают друг друга, давления и требования, оказываемые и предъявляемые друг к другу, особенно к аналитику, не выходят за рамки разумного и, что особенно следует отметить, всегда понятны и обоснованны. Затем, начиная с определенного момента, внезапно или постепенно атмосфера аналитической ситуации коренным образом изменяется. Иногда это происходит спустя довольно короткий промежуток времени либо сразу же после начала анализа.

Есть несколько аспектов того, что я обозначу как радикальное изменение атмосферы. Прежде всего в этом ряду следует отметить, что пациент, как уже говорилось в предыдущей главе, перестает воспринимать интерпретации аналитика как интерпретации. Он воспринимает интерпретации как атаку, направленную на него, как какие-то претензии к нему; по сути, эти интерпретации являются для него инсинуациями, измышлениями, ничем не обоснованной грубостью или оскорблением, незаслуженным обхождением, несправедливостью или, по крайней мере, полным отсутствием уважения и т. д. С другой стороны, с той же степенью вероятности интерпретации аналитика могут восприниматься либо как нечто в высшей степени приятное, приносящее удовлетворение, возбуждающее, утешающее, либо как соблазнение; или вообще играть роль неопровержимого свидетельства уважения, привязанности и любви. Обычные слова, которые до сих пор имели общепринятое, «взрослое» значение, использование которых не могло вызвать серьезных последствий, приобретают теперь огромную важность и влияние как в позитивном, так и в негативном аспекте. В такие моменты каждое случайное замечание

аналитика, каждый его жест или движение могут иметь для пациента колоссальный смысл, они могут приобрести значение, которое выходит далеко за рамки действительных намерений аналитика.

Помимо прочего, пациенту каким-то образом удается — и с этим трудно смириться — забраться аналитику под кожу. Ему становится известно многое, очень многое о своем аналитике. Это знание пополняется не из внешних источников информации, а с помощью какого-то вдруг открывшегося сверхъестественного таланта: пациент вдруг становится способен «понимать» мотивы аналитика и «интерпретировать» его поведение. Этот сверхъестественный талант иногда кажется способностью к телепатии или ясновидению, а может быть, и действительно равнозначен им (см. Balint M., 1955). В переживаниях аналитика этот феномен представлен чувством, будто пациент находится внутри него и видит всю его подноготную. То, что пациент узнает об аналитике таким способом, всегда носит в высшей степени личный характер, всегда каким-то образом касается пациента и до известной степени всегда верно и истинно. Вместе с тем это знание переходит всякие границы и поэтому не может быть достоверным, во всяком случае, так чувствует это аналитик.

Если в этом случае аналитику не удастся «включиться», то есть соответствовать ожиданиями пациента, которые появляются при переносе, то реакции гнева, ярости, презрения или критики не возникают, как того можно было бы ожидать на эдиповом уровне. Можно наблюдать только чувства пустоты, потерянности, омертвения, тщетности, несерьезности и т. п., сопровождающие апатичное принятие всего происходящего. По сути, все принимается без заметного сопротивления, но все утрачивает смысл. Другой возможной реакцией на неудачу аналитика в его попытке «включиться» может быть

страх преследования. Оставим за скобками то, что в таких состояниях — в их общепринятой клинической форме — является второстепенным и несущественным. Факт состоит в том, что пациенты считают намеренно созданной любую ситуацию, которая вызывает у них состояние фрустрации. Они не могут допустить мысли о том, что причиной фрустрации их желаний может быть что-то еще, помимо злого умысла, недобрых намерений или, по меньшей мере, преступной небрежности. Несмотря на то, что время от времени в их отношениях с терапевтом могут происходить какие-то позитивные события, состояния фрустрации представляют собой неоспоримое доказательство злобного и враждебного отношения со стороны их окружения.

Интересно, что все это принимается просто как факт, причиняющий боль. Больше всего удивляет, как мало гнева (и воли к борьбе) вызывается этой ситуацией. Но еще большее удивление вызывает то, что почти никогда здесь не появляется чувство безнадежности. Видимо, отчаяние и безнадежность принадлежат эдипову уровню. Возможно, эти чувства являются постдепрессивными. Хотя чувства пустоты и омертвения (ср.: Balint E., 1963) могут быть очень интенсивными, за ними обычно стоит искренняя, спокойная установка принимать вещи такими, какие они есть на самом деле. Это странное сочетание глубокого страдания, отсутствия дешевой драматичности и несгибаемого намерения продолжать анализ делает таких пациентов поистине привлекательными — важный диагностический признак того, что аналитическая работа достигла уровня базисного дефекта.

Реакция аналитика, которая разительно отличается от его реакции на сопротивление при работе на эдиповом уровне, также является характеристикой этого уровня. Я вернусь к этому вопросу в III, IV и V частях книги. Здесь же достаточно будет отметить, что все происходящее за-

трагивает аналитика гораздо глубже, — он обнаруживает, что ему становится довольно трудно сохранять привычное отношение сочувственной объективной пассивности. Фактически он постоянно подвержен угрозе эмоционального личного вовлечения. Некоторые аналитики позволяют себе и даже сознательно предпочитают отдаться на волю этого мощного потока, что впоследствии приводит их к необходимости внести изменения в свой метод. Другие же тщательно и осторожно придерживаются арсенала своих хорошо проверенных технических средств, настойчиво избегая любой возможности вовлечения. Есть и такие аналитики, которые перед лицом угрозы вовлечения занимают позицию — возможно, играющую роль компенсаторного реактивного образования — некой несокрушимой самоуверенности, непрерывно убеждая себя в том, что при помощи своей техники интерпретации они могут справиться с любой ситуацией.

Другую важную группу феноменов можно было бы отнести к рубрике признания ценности работы аналитика и благодарности за нее. На эдиповом уровне, при условии что качество работы аналитика соответствует требованиям стандартов профессии, два чувства — признание и благодарность — являются могущественными союзниками анализа, которые оказывают существенную помощь, особенно в мрачные периоды терапии. При работе на уровне базисного дефекта никто не может знать наверняка, что придет на ум пациенту. И уж совсем мала вероятность того, что пациент признает и оценит мастерство и понимание аналитика, которые тот проявил в недавнем или отдаленном прошлом. Одна из причин такой разительной перемены состоит в том, что на этом уровне пациенты убеждены, что они просто должны получить то, в чем нуждаются. Вскоре я вернусь к рассмотрению этой важной особенности.

Таким образом, в том случае, если аналитик идет на встречу нуждам пациента, то последний принимает это как само собой разумеющееся и вовсе не видит в этом свидетельства профессионального мастерства аналитика, исключительного дара или любезности с его стороны, — поэтому со временем пациент будет выдвигать все больше и больше требований. В современной психоаналитической литературе этот синдром называют жадностью, или даже оральной жадностью. Я не возражаю против использования в данном контексте слова «жадность», но я категорически против использования в этом определении прилагательного «оральная», так как оно вводит в заблуждение. Для понимания данного синдрома главным является не отсылка к оральному компоненту влечения, но тот факт, что истоки феномена лежат в примитивных диадических отношениях, которые могут быть, а могут и не быть «оральными». Среди широкого круга известных злокачественных зависимостей, в которых «жадность, прожорливость» является важной чертой, без сомнения, большое число относится к «оральным». Среди них прежде всего следует назвать курение и алкоголизм. Тем не менее в этом ряду есть множество и не оральных зависимостей, таких, как морфинизм или пристрастие к назальному приему кокаина. Можно также отметить навязчивое расчесывание кожи, как это бывает, например, при чесотке.

На эдиповом уровне аналитик едва ли испытывает искушение оставить свою позицию сочувственной пассивности. На уровне базисного дефекта дело обстоит иначе. Однако если аналитик откажется от своей пассивности, то он может начать соскальзывать по опасной спирали злокачественной зависимости из-за недостатка признательности или вынуждаемый жадностью. Если же он остается непоколебимым, то пациент либо прекращает анализ как безнадежное предприятие, либо после тщет-

ной борьбы встает перед необходимостью идентифицировать себя с агрессором, каковым он воспринимает аналитика. На одном из моих семинаров мне довелось услышать описание подобной ситуации: пациент был вынужден как бы завести в себе нескончаемую долгоиграющую пластинку. В главе 17 я вернусь к этой важной технической проблеме.

Все эти феномены принадлежат исключительно области отношений между двумя персонами, они являются более примитивными по сравнению с коллизиями отношений между тремя персонами, которые характерны для эдипова уровня. Более того, в такого рода отношениях между двумя персонами нет структуры конфликта. Именно в этом заключается одна из причин, почему я предложил называть их «основными, базисными». Но почему же «дефект»? Во-первых, потому, что именно это слово используют многие пациенты для того, чтобы описать такого рода отношения. Один пациент говорил, что он чувствует, будто в нем есть некое нарушение, изъян, дефект, который должен быть исправлен. Это нечто воспринимается именно как дефект — не комплекс, не конфликт, не ситуация. Во-вторых, есть интуитивное предчувствие того, что этот дефект был вызван разлукой или пренебрежением в отношениях пациента с неким лицом. И, в-третьих, этой области неизменно свойственна тревога очень высокой интенсивности, обычно выражаемая в виде отчаянной претензии пациента на то, что в данный момент аналитик не должен — фактически не имеет права — пренебрегать им.

В некоторых точных науках термин «дефект» используют для обозначения состояний, напоминающих те, о которых мы говорим. Так, например, в геологии и кристаллографии это слово используют для определения резкого нарушения целостности всей структуры, изъяна, который при обычных обстоятельствах может оставаться

скрытым, но при воздействии напряжений и внешней силы может стать причиной разрыва, уничтожающего всю структуру без остатка.

Обычно любой динамический фактор, действующий в психике, мы рассматриваем либо как биологическое влечение, либо как конфликт. Однако сила, берущая начало в области базисного дефекта, являясь в высшей степени активной, не имеет отношения ни к влечению, ни к конфликту. Это — изъян, некое нарушение в психическом аппарате, дефицит, который должен быть восполнен. Это не скопление чего-то перед препятствием, которое требует оптимальных путей отвода. Это — отсутствие чего-то в настоящий момент или, возможно, почти во всей жизни пациента. Инстинктивная потребность может быть удовлетворена, конфликт может быть разрешен, базисный же дефект может быть, по-видимому, просто исцелен при условии, что будут найдены недостающие ингредиенты; и даже в этом случае мы можем говорить только о том, что рана затянулась, а на ее месте образовался небольшой безболезненный шрам.

Прилагательное «базисный» в новом термине, который я предложил, означает не только то, что оно относится к более примитивным состояниям по сравнению с теми, что характеризуют эдипов комплекс, но также и то, что их влияние простирается гораздо шире и, возможно, охватывает всю психобиологическую структуру индивида, в разной степени затрагивая его психику и тело. Таким образом, концепция базисного дефекта позволяет нам понять не только различные неврозы (возможно, также и психозы), нарушения характера, психосоматические заболевания и т. д. как расстройства, имеющие общее происхождение, но и — это показали наши исследования в области общей медицинской практики — широкий диапазон обычных «клинических» заболеваний (Balint

М., 1957; Balint M., Balint E., 1961; Lask, 1966; Greco, Pittenger, 1966). Я хочу сказать, что под влиянием разнообразных эмоциональных переживаний, которые вызываются в том числе и медицинским лечением, «клиническое» заболевание может исчезнуть, уступив место специфическому психологическому расстройству, и наоборот.

С моей точки зрения, базисный дефект, по-видимому, образуется на ранних этапах развития индивида, когда обнаруживается значительное расхождение между его психобиологическими потребностями, с одной стороны, и тем количеством внимания и любви, материальной и психологической заботы, которые доступны для него на тот момент — с другой. Так возникает состояние нехватки, дефицита, последствия и отсроченный эффект которого в будущем могут быть обратимыми лишь отчасти. Факторы, обуславливающие эту ситуацию рассогласования на ранних этапах развития, могут быть врожденными, например, уровень психобиологических потребностей ребенка может быть слишком высоким (в случае нежизнеспособных детей, а также при прогрессирующем наследственном расстройстве, подобно атаксии Фрайдриха или кистозной почке); или происходить из внешнего окружения, например, в случае неполного, недостаточного, несистематического ухода за ребенком, отличающегося чрезмерной тревогой, гиперопекой, грубостью, ригидностью, общей непоследовательностью, нерегулярностью, избыточной стимуляцией или просто непониманием и безразличием.

Как видно из вышесказанного, я подчеркиваю важность отсутствия «соответствия» между ребенком и теми людьми, которые составляют его окружение. Так получилось, что и наши рассуждения мы начали с похожего «расхождения», которое наблюдается между корректными при иных обстоятельствах техническими приемами

аналитика и конкретными потребностями пациента; вполне возможно, что именно здесь скрыта основная причина затруднений и даже неудач, с которыми сталкиваются аналитики в своей практике. Более подробно этот аспект будет освещен в части V.

Возвращаясь к основной теме, я хочу, чтобы читатель имел в виду, что и у меня есть собственные предпочтения, которые, по-видимому, сказываются в том, что я использую термины теории объектных отношений, когда описываю процессы, которые в конечном счете приводят к формированию базисного дефекта. С моей точки зрения, все эти процессы разворачиваются в рамках довольно примитивных и специфических объектных отношений, существенно отличающихся от тех объектных отношений, которые обычно наблюдаются у взрослых людей. Несмотря на то, что в этих отношениях участвуют две персоны, значение имеет только один партнер; только его желания и потребности принимаются в расчет и только они должны быть исполнены. Другой же партнер, несмотря на то, что он представляется фигурой, наделенной абсолютным могуществом, имеет значение лишь постольку, поскольку он готов содействовать удовлетворению первоочередных потребностей и желаний первого партнера либо решает фрустрировать их. Вне этого контекста личные склонности, потребности, страсти, желания и т. д. другого партнера просто не существуют. В главе 12 я предлагаю более детально обсудить такие, по сути, двухсторонние отношения и провести границу между этими отношениями и тем, что я назвал первичной объектной любовью, или первичными объектными отношениями.

Глава 5. Область созидания

До сих пор я говорил о двух уровнях или областях, которые, возможно, являются составляющими психики: области эдипова конфликта и области базисного дефекта. Прежде чем перейти к краткому изложению моих идей, касающихся строения человеческой психики, для полноты картины я должен хотя бы упомянуть третью область.

В то время как область эдипова конфликта характеризуется взаимодействием между субъектом и минимум двумя объектами, отличными от него, а область базисного дефекта — весьма специфическими отношениями, разворачивающимися исключительно между двумя персонами, третья область отличается тем, что в ней отсутствует внешний объект. Здесь субъект предоставлен самому себе и главная его забота состоит в том, чтобы создать нечто вне себя самого. Нечто, что должно быть создано, может быть, хотя и необязательно, объектом. Я предлагаю назвать эту часть психики уровнем или областью созидания. Конечно, художественное творчество является наиболее ярким и часто упоминаемым примером, однако к этой группе принадлежат и занятия математикой и философией, постижение, понимание чего-то или кого-то; а также такие два чрезвычайно важных феномена, как ранние фазы физического или психического «заболевания» и спонтанное «выздоровление».

Об этих процессах известно очень мало, несмотря на многочисленные усилия, затраченные на их изучение. Очевидная причина недостаточного знания в этой области заключается в том, что в ней отсутствуют внешние объекты, следовательно, здесь невозможны отношения переноса. Там же, где нет переноса, наши аналитические методы оказываются бессильны, поэтому в наших выводах мы ограничены наблюдениями за субъектом, который уже покинул пределы этой области.

Как только на сцене появляется внешний объект, например, законченное произведение искусства, математический или философский тезис, инсайт или понимание, которое может быть выражено словами, как только болезнь достигает такой стадии, когда индивид может пожаловаться кому-то на свое самочувствие, мы можем приступить к работе, применяя наши аналитические методы.

Отсутствие переноса объясняет нам, почему мы топчемся на месте в наших попытках понять эти важные психические состояния. В большинстве аналитических теорий описание этих состояний следует за языковыми клише, индивид обозначается как некий прародитель. Насколько мне известно, во всех языках для обозначения таких состояний используют выражения, заимствованные из обыденной речи и означающие зачатие, вынашивание плода и рождение ребенка. Субъект, обдумывающий идею, вынашивает ее, испытывает родовые схватки, дает жизнь чему-то, либо происходит преждевременное избавление от плода, выкидыш и т. п. Повидимому, именно по той же самой причине отсутствия переноса психология беременности и рождения ребенка остаются сравнительно неразработанными. И в этом случае мы также пытаемся трансформировать в двухсторонние отношения ситуацию, в которой, очевидно, представлена только одна персона, для того, чтобы получить возможность применить наши надежные средства исследования и привычные способы мышления.

Здесь мы опять сталкиваемся с трудностями, причина которых кроется в нашем конвенциональном языке взрослых. Нам известно, что в области созидания нет «объектов», но мы также знаем, что субъект в этой области почти всегда — или какую-то часть времени — не вполне одинок. Проблема состоит в том, что наш язык не располагает средствами для описания или даже ука-

зания на «нечто», присутствующее в той области, где нет объектов, когда субъект не вполне одинок. Для того, чтобы иметь возможность как-то говорить об этом, я предлагаю использовать термин «протообъект»; подошло бы и выражение «объект-эмбрион»; хорошую службу в качестве термина могло бы сослужить немецкое выражение Objekt-Anlage. Если я правильно понял Биона (1962 и 1963), он столкнулся с той же трудностью; в этом особом случае он предложил использовать термины альфа- и бэта-элементы, и альфа-функция.

Все указывает на то, что «протообъекты», существующие в области созидания, должно быть, являются настолько примитивными, что не могут считаться «организованными» или «целостными». Только после того как работа созидания, в процессе которой им сообщается какая-то «структура» и «целостность», успешно завершится, могут происходить соответствующие «вербальные» или «эдиповы» интеракции между внешними объектами и этими новыми объектами. Возможно, более примитивные интеракции — присущие уровням базисного дефекта и созидания — происходят всегда; однако их довольно трудно наблюдать, еще труднее дать им адекватное описание (Balint M., 1959, см. также главы 8 и 11).

Мы знаем только, что процесс созидания, преобразующий «протообъект» в полноценный объект, является непредсказуемым. Нам неизвестно, почему этот процесс успешно завершается в одних случаях и заканчивается неудачей в других, почему он то длится годами, то проносится, как молния. История художественного и научного творчества предоставляет нам много интересных примеров, но они являются слишком общими и не проясняют этого вопроса. Например, мы знаем, что тема Фауста занимала Гёте всю его жизнь, — он приступил к созданию Прафауста, когда ему исполнился двадцать

один год, и работал над второй частью до самой своей смерти в 1832 году. Флобер обычно писал одну или две страницы в день — ему понадобилось семь лет для того, чтобы завершить *Мадам Бовари*. Вермеер и Джорджоне, как и Бетховен, в целом работали очень медленно. Леонардо писал *Джоконду* в течении пятнадцати лет. Моцарт, напротив, очень быстро сочинял музыку (самым известным примером является история сочинения им увертюры к *Дон Жуану*), то же самое можно сказать о Гайдне и о Бахе. Бальзак писал очень быстро, как и Сименон, производительность которого порой достигала одного романа за две недели. Большая часть наследия Ван Гога была создана за два года. Мы знаем о том, что сильные конфликты на эдиповом уровне могут ускорять или тормозить творческий процесс, но, по-видимому, помимо конфликтов, относящихся к этой области психики, особое значение имеет структура области созидания индивида.

Все же этого очень мало, особенно если сравнивать с нашими знаниями о бессознательных процессах и механизмах, происходящих под влиянием конфликтов. И это вызывает удивление, ведь аналитик обладает уникальной возможностью наблюдения за субъектами, погруженными в область созидания. Здесь я имею в виду неразрешимую для нашей техники проблему — молчащего пациента. Обычно аналитик рассматривает молчание просто как симптом сопротивления какому-то бессознательному материалу, который относится либо к прошлому пациента, либо к ситуации переноса. Необходимо добавить, что такое истолкование почти всегда является корректным; пациент бежит от чего-то, обычно от конфликта. Но верно и то, что он бежит к чему-то, а именно к состоянию, в котором он может находиться в относительной безопасности и предпринять что-либо в отношении того, что его беспокоит или мучает. То, что он в конце концов создаст

конце концов создаст и затем предъявит нам, представляет собой своего рода «произведение» — не обязательно честное, искреннее, глубокое или обладающее художественными достоинствами, но тем не менее являющееся продуктом его творчества. Действительно, мы не можем быть вместе с ним, когда совершается работа созидания, но мы можем быть с ним непосредственно в моменты до и сразу после этого, и, вдобавок, мы можем наблюдать за ним снаружи, когда он совершает эту работу. Возможно, если мы сможем отказаться от нашего подхода к молчанию как к симптому сопротивления и постараемся отнестись к нему как к потенциальному источнику информации, тогда мы сможем кое-что узнать об этой области психики.

Глава 6. Резюме

Итак, мы располагаем по меньшей мере тремя областями психики, каждой из которых, как впервые было предложено Рикманом (Rickman, 1951), присвоен некий порядковый номер. Эти три области можно было бы назвать пространствами, сферами, полями, уровнями, районами или инстанциями, а может быть, и как-то иначе. Каждое из этих слов обладает своим собственным кластером ассоциаций, и я, например, не хотел бы оказывать предпочтение какому-то одному из них как наиболее подходящему. В настоящее время я предпочитаю использовать слова «область» или «уровень», но я должен признать, что для меня самого остается неясным, почему я выбрал эти два слова.

Среди этих трех областей область под номером 3, которую можно назвать областью эдипова конфликта, известна лучше всех. Этот комплекс справедливо считают центральным, ибо все, что касается человека — как в индивидуальных, так и в коллективных аспектах —

должно пройти в своем развитии через эту область, впоследствии навсегда сохранив отпечаток того решения, которое индивид или цивилизация находят в борьбе, присущей этим конфликтам. Отличительным признаком этой области является то, что во все коллизии, которые в ней разворачиваются, помимо субъекта, вовлечены по крайней мере два параллельных объекта. Динамический фактор этого уровня представляет собой конфликт, источник которого, как правило, лежит в амбивалентности, обусловленной сложностью отношений между индивидом и двумя его параллельными объектами. Только об этом уровне нам известно довольно много. Для этого есть две основные причины. Одна заключается в том, что отношения между субъектом и его объектами очень похожи на отношения между взрослыми людьми, другая же состоит в том, что язык взрослых представляет собой вполне адекватное средство для описания происходящих на этом уровне событий.

Вторая область, как я старался показать в этой части книги, кардинально отличается от вышеупомянутой области. Это — область базисного дефекта, которой присвоен номер 2, означающий, что в ней могут находиться две, и только две, персоны. Отношения между ними отличаются от отношений между двумя взрослыми людьми; они являются более примитивными. Помимо этого, отличие между этими двумя областями обусловлено и природой динамических факторов, действующих на этих уровнях. Динамический фактор в области эдипова комплекса обладает структурой конфликта. Структура же фактора базисного дефекта, хотя и в высшей степени динамичного, не является структурой конфликта. Как было упомянуто в главе 4, этот фактор имеет сходство с изъяном, нарушением или недостатком в психике, образующим дефект, который должен быть исправлен. Здесь возникает много технических проблем, которые я пред-

лагаю обсудить в частях III-V. Возможно, самая большая трудность, возникающая при любой попытке теоретического описания этих феноменов, заключается в относительной непригодности для решения такой задачи языка взрослых, о чем мы уже несколько раз упоминали.

И, наконец, мы располагаем областью созидания, которой присвоен номер 1. Здесь нет внешних объектов, следовательно, здесь нет объектных отношений и нет переноса. Именно поэтому наши знания о протекающих здесь процессах столь скудны и неопределенны. В этой области наши аналитические методы неприменимы, поэтому мы вынуждены прибегать к сомнительным выводам и экстраполяциям.

Как располагаются эти области в психике? У меня есть только весьма приблизительный ответ на этот очень интересный вопрос. Безусловно, все три области затрагивают Эго. Я не могу сказать, достигают ли они Супер-Эго или нет, необходимо признать, что такая же неопределенность существует и по отношению к Ид. Все недавние достижения в теории психического аппарата относятся главным образом — или даже исключительно — к Эго; это в равной степени касается работ Фэйрберна, Гартманна и Винникотта, так что, в любом случае, я оказываюсь в неплохой компании.

Перед тем как завершить эту часть книги, я хочу высказать некоторые предостережения. Первое касается релевантности наших клинических наблюдений в рамках общей теории человеческого развития. Обычно допускается, что факты клинического наблюдения феноменов, имеющих место в аналитической ситуации, могут быть приняты в качестве репрезентативной выборки всей совокупности феноменов, относящихся к процессу развития (Balint M., 1956). Фактически эта идея, хотя и не выражаемая в явном виде, задает тон всем нашим

теоретическим построениям. Я полагаю, что она абсолютно неверна. Во-первых, не все, что происходит в процессе человеческого развития, повторяется в аналитической ситуации; во-вторых, то, что действительно повторяется, испытывает сильные искажения со стороны аналитической ситуации, ограниченной определенными рамками. Еще Фрейд рекомендовал проводить аналитическое лечение в условиях воздержания, то есть фрустрации. Хотя, возможно, данной максиме и не следуют так же безоговорочно, как это предполагает ее словесное выражение, однако в целом верно, что пациент должен во время своего лечения испытывать больше фрустрации, чем удовлетворения. Прежде всего необходимо выяснить, имеет ли место подобная диспропорция на всем протяжении процесса развития. До тех пор, пока это остается неясным, было бы разумно согласиться с тем, что в нашей практике мы встречаемся с картиной, в значительной степени искаженной, а также с тем, что это искажение создано нашим испытанным методом, который вводит пациента в состояние фрустрации тем, что препятствует или тормозит переживание чувства удовлетворения. Отвергая влияние этого искажения, психоаналитическая теория неизбежно приходит к преувеличению значения фрустрации и амбивалентности в психической жизни индивида.

При аналитическом лечении события прошлого и настоящего, принадлежащие области эдипова конфликта, все время подвергаются проработке, однако, как правило, это опосредствовано вербальной продукцией пациента. В аналитической ситуации мы непосредственно наблюдаем отношения между двумя персонами и, следовательно, часть области базисного дефекта. Конечно, потом для описания нашего опыта мы используем язык взрослых, а это означает, что мы должны поднять этот опыт до эдипова уровня, то есть уровня общепринятого

конвенционального языка. Я полагаю, что это, по-видимому, также вносит свою долю искажений, и данный факт может объяснить, почему после выхода последней монографии Фрейда наши теория и метод разошлись столь кардинально. В этой части я попытался навести мост через эту пропасть и, используя клинический опыт, разработать новую теорию психического аппарата (прежде всего теорию Эго), в которую войдет как частный случай классическая психология Я Фрейда.

Во-вторых, я хочу подчеркнуть, что я оставил вопрос хронологии полностью открытым, так как полагаю, что наше знание не позволяет на современном этапе решить эту острую проблему. Было бы соблазнительно принять, как я полагаю, ложную точку зрения, согласно которой логически более простое обязательно является хронологически более ранним. Такой подход привел бы нас к следующей хронологической последовательности: сначала уровень созидания, затем уровень базисного дефекта, замыкает ряд уровень эдипова комплекса. Как мы знаем из эмбриологии, часто случается так, что в процессе развития прежде сложная структура постепенно становится более простой или даже полностью упрощается на более поздней стадии (см. Balint M., 1959, глава 7). Поэтому не исключено, что самым ранним может быть уровень базисного дефекта, уровень отношений первичной любви. Затем следуют уровень эдипова конфликта, который появляется в результате развития через дифференциацию, а также уровень созидания, который представляет собой итог развития по пути упрощения.

Мой план состоит в том, чтобы принять эту последнюю идею в качестве рабочей гипотезы, а затем исследовать, действительно ли мы можем, отталкиваясь от нее, продвинуться в понимании наших сбивающих с толку теоретических и технических проблем.

Что касается теории, то мы имеем две старые и в значительной степени пересекающиеся проблемы: нарциссизм и регрессию. Хотя эти проблемы имеют связи с областью эдипова комплекса, по существу, они принадлежат области базисного дефекта. Поскольку этот факт не мог быть оценен должным образом, появление нарциссических или регрессивных черт в ситуации переноса в целом считалось неблагоприятным признаком. В частях II и III нам следует рассмотреть, насколько справедливо это обобщение и в каких случаях оно оказывается неверным. После того как пути будут расчищены, в последних двух частях этой книги я планирую обсудить технические методы.

Часть II. Первичный нарциссизм и первичная любовь

Глава 7. Три теории Фрейда

Тот факт, что в течение многих лет Фрейд придерживался трех взаимоисключающих точек зрения относительно наиболее примитивных отношений индивида и окру-

жающей среды, кажется весьма курьезным, однако его легко проверить. Самая ранняя теория была сформулирована в работе «Три очерка по теории сексуальности», впервые опубликованной в 1905 году, и оставалась неизменной во всех поздних изданиях книги, хотя именно эту работу и еще «Толкование сновидений» Фрейд оставил открытыми для последующей корректировки — он перерабатывал их и вносил поправки с каждым новым переизданием, фиксируя находки, пополнившие его багаж за те годы, что прошли с предыдущего издания. Довольно странно, что в последнем параграфе третьего и заключительного очерка, заголовок которого на немецком языке выглядит так: *Die Objektfindung*, (нахождение объекта) — замечательная выразительная фраза, перевод которой на английский довольно неуклюж: «The Finding of an object» — помещен следующий пассаж (Standard Edition, VII, p. 222).

Фрейд писал: «Когда самое первое удовлетворение было связано с принятием пищи, *сексуальное влечение имело сексуальный объект вне собственного тела ребенка* , в материнской груди. Позже оно лишилось его, может быть, как раз тогда, когда у ребенка появилась возможность получить *общее представление о лице* , которому принадлежит доставляющий ему удовлетворение орган. *Обыкновенно половое влечение становится тогда аутоэротичным* , и только по преодолении латентного периода снова восстанавливается первоначальное отношение. Не без веского основания сосание ребенком груди матери стало прообразом всяких любовных отношений. Нахождение объекта представляет собой в сущности нахождение заново» (курсив мой. — М. Б.).

Я бы добавил два замечания по поводу английского перевода, в других отношениях превосходного. Последняя фраза по-немецки звучит прекрасно: «*Die Objektfindung ist eigentlich eine Wiederfindung*». Английский вариант

является бледной калькой убедительного и категоричного немецкого оригинала. Следующий вариант перевода, несколько вольный, хотя и не представляется вполне корректным, по-моему, находится ближе к истине: «Всякое открытие объекта представляет собой, в сущности, повторное открытие». Другое мое замечание касается упоминания о точке отсчета. В тексте Фрейда это передано посредством выражения *anfanglichste Sexualbefriedigung*, которое несравненно более выразительно, чем корректный в других отношениях перевод на английский: «первоначальное сексуальное удовлетворение»; возможно, более верным переводом был бы такой вариант: «самое первое удовлетворение».

Как уже было упомянуто, этот отрывок остался без изменений, однако в 1915 году Фрейд добавил примечание, для того чтобы привлечь внимание к своему открытию дополнительного, а именно нарциссического способа нахождения объекта. То, что Фрейд в течение многих лет, последовавших после появления психоаналитической теории нарциссизма, не намеревался отказываться от идеи первичных объектных отношений в пользу первичного нарциссизма, представляется очевидным.

В качестве доказательства этого утверждения я приведу два отрывка из его работ этого периода. Один отрывок взят из «Лекций по введению в психоанализ» (из двадцать первой), которые, как мы знаем, в последний раз были прочитаны в 1916—1917 годах и тогда же опубликованы впервые. Во-первых, Фрейд указывал на то, что у некоторых компонентов сексуального влечения, таких, например, как садизм, скопофилия и любопытство, с самого начала есть объект. «Другие, — продолжает он, — более явно связанные с определенными эrogenными зонами, имеют объект лишь в начале, пока они выполняют несексуальные функции, и отказываются от него, когда освобождаются от этих функций». Он упоминает здесь

исключительно оральный компонент влечения; затем он утверждает: «Оральное влечение становится аутоэротическим, каковыми анальный и другие эрогенные влечения являются с самого начала. Дальнейшее развитие имеет, коротко говоря, две цели: во-первых, отказаться от аутоэротизма, снова заменить объект собственного тела на посторонний, и, во-вторых, объединить различные объекты отдельных влечений, заменив их одним объектом» (Standard Edition, XVI, p. 328-329).

Другой отрывок взят из статьи Фрейда о психоанализе в Handwörterbuch der Sexualwissenschaft M. Маркузе. Стоит обратить внимание на то, что это отрывок из параграфа, который называется «Процесс нахождения объекта». «В первую очередь оральный компонент влечения находит удовлетворение, прикрепившись к чувству насыщения пищей, а его объектом является материнская грудь. Затем он открепляется, становится независимым и в то же время аутоэротическим, то есть обретает объект в собственном теле ребенка» (Standard Edition, XVII, p. 234). Нам известно, что эта статья была написана в 1922 году, как раз перед самым Берлинским конгрессом, последним, в котором Фрейд принимал участие, представив свои новые идеи о структуре психики, легшие в основу направления, которое теперь называют Эгопсихологией. Тем не менее, как подтверждает упомянутый выше отрывок, он не отказался от идеи первичных объектных отношений.

Две другие теории, касающиеся наиболее примитивных отношений индивида со средой, впервые были опубликованы в его работе «О нарциссизме» в 1914 году, хотя в публикациях предшествующих лет появились отдельные фрагменты наиболее ранней концепции. В работе 1914 года были приведены положения этой более ранней теории в довольно категоричной манере, без каких-либо дальнейших разъяснений. В первом разделе этой

работы Фрейд так ставит проблему: «как относится [нарциссизм], о котором здесь идет речь, к аутоэротизму, описанному нами как [*некая*] ранняя стадия либидо?» Он предлагает такое решение: «Я намечу следующее совершенно неизбежное предположение, что единство личности Я не имеется с самого начала у индивида: ведь Я должно развиваться, тогда как аутоэротические влечения первичны; следовательно, к аутоэротизму должно присоединиться еще кое-что, еще какие-то новые переживания, для того, чтобы мог образоваться [нарциссизм]» (Standard Edition, XIV, pp. 76-77. Курсив мой. - М. Б.).

Кроме того, от Эрнеста Джонса мы узнаем (Jones, *Sigmund Freud* , II, p. 304), что 10 ноября 1909 года на собрании Венского психоаналитического объединения, впервые, когда упоминание Фрейда о «нарциссизме» было запротоколировано, он вкладывал в этот термин именно то значение, которое было упомянуто выше. Фрейд заявил: «Нарциссизм был необходимой промежуточной фазой на отрезке развития от аутоэротизма к аллоэротизму». Это вполне согласуется с отрывком из анализа Шребера (Standard Edition, XII, p. 60-61. Курсив мой. — М. Б.): «Недавние исследования направили наше внимание на стадию в развитии либидо, которую оно проходит, проделывая путь от аутоэротизма к объектной любви. Этой стадии было присвоено имя нарциссизм... *Эта промежуточная фаза между аутоэротизмом и объектной любовью* , возможно, является в норме неизбежной; но, видимо, многие люди задерживаются необычно долго на этой стадии, а многие ее черты переносятся ими в поздние стадии развития». Кстати, в этом отрывке, опубликованном в 1911 году, Фрейд в третий раз употребил термин «нарциссизм» в печати. Второй был в работе о Леонардо, к первому случаю использования этого термина мы вернемся позже.

Я намерен обсудить здесь два момента. Во-первых, в этих отрывках суждение Фрейда недвусмысленно. Наиболее примитивной формой взаимодействия индивида с окружающей средой является аутоэротизм. Он сменяется стадией нарциссизма, за которой следует развитие объектных отношений. Очевидно, этот путь развития ведет к тому типу выбора объекта, который позже в работе «О нарциссизме» назван нарциссическим. Такой вариант развития должен рассматриваться как альтернативный или параллельный тому, что был описан ранее — в «Трех очерках» и в других его работах, цитируемых выше, — тому, который начинается с установления первичных объектных отношений и ведет к выбору объекта, который Фрейд назвал аналитическим.

Во-вторых, в приведенных отрывках Фрейд утверждает, что нарциссизм по существу и происхождению является вторичным феноменом — «промежуточной фазой». Еще раз процитирую: «К аутоэротизму должно присоединиться еще кое-что, еще какие-то новые переживания для того, чтобы мог образоваться [нарциссизм]». Обратите внимание, что в этом утверждении отсутствует какое бы то ни было определение. Это вызывает еще большее удивление, если учесть, что данный отрывок взят из двух абзацев, следующих сразу же за пассажем, в котором Фрейд впервые привел свое знаменитое сравнение: «Так мы подходим к идее о существовании исходного либидинозного катексиса Я, часть которого позже перемещается на объекты. Вместе с тем катексис Я, в сущности, сохраняется и относится к объектным катексисам, как тело амебы к выпущенным ею псевдоподиям» (Standard Edition, XIV, p. 76). Я должен буду вернуться к обсуждению этого противоречия несколько позже, после изложения третьей теории Фрейда.

Примечательно, что в работе «О нарциссизме», в которой представлена эта теория, не содержится четкого

описания первичного нарциссизма. Однако общеизвестно, что первичный нарциссизм стал нормативной теорией для объяснения наиболее примитивных отношений индивида с внешним миром и что Фрейд неоднократно ссылался на нее в своих более поздних работах. Более того, эта теория совсем не претерпела изменений за последующие двадцать пять лет активной работы Фрейда. Для доказательства этого позвольте мне привести две цитаты. Одна взята из дополнения, внесенного им в третье издание «Трех очерков», вышедшее в свет в 1915 году: «Нарцисстическое, или "Я-либидо", кажется нам большим резервуаром, из которого высылаются привязанности к объектам и в который они снова возвращаются; нарциссическая привязанность либидо к "Я" кажется состоянием, осуществленным в первом детстве, только прикрытым благодаря поздним его отрокам, но в сущности оставшимся неизменным за их спиной».

Другой отрывок взят из последней незаконченной работы Фрейда «Очерк психоанализа», написанной в 1938—1939 годах, из второй главы, с подзаголовком «Теория влечений»: «Трудно что-либо сказать о том, как ведет себя либидо в Оно и в Сверх-Я. *Все, что мы знаем, относится к Я, в котором помещается целостная часть либидо, открытая доступу. Мы называем это состояние абсолютным, первичным нарциссизмом.* Так продолжается до тех пор, пока Я не начинает катектировать либидо в идеи объектов; трансформировать нарциссическое либидо в объектное либидо. В течение всей жизни Я остается величайшим резервуаром, из которого либидинозный катексис посылается объектам и в который он однажды возвращается, — так амеба обращается со своими псевдоподиями. Только когда субъект полностью поглощен чувством любви, основная часть либидо перенесена на объект и объект, до некоторой степени, занимает место Я». (Standard Edition, XXIII, p. 150-151. Курсив

мой. — М. Б.). Приведенная здесь собственная формулировка Фрейда стала официальной версией этого определения, которую изучают кандидаты во всех психоаналитических институтах по всему свету.

Глава 8. Изначальные противоречия

Три теории — первичной объектной любви, первичного аутоэротизма, и первичного нарциссизма — явно противоречат одна другой. Однако, насколько мне известно, Фрейд никогда не обсуждал данные противоречия в печатных работах; наоборот, есть печатное свидетельство, относящееся к 1923 году, что он придерживался трех теорий одновременно. Это может означать только одно: Фрейд не считал эти теории противоречащими друг другу или взаимоисключающими.

Перед тем как приступить к обсуждению этой сложной проблемы, мы должны напомнить себе, что психоанализ, преданно следовавший за Фрейдом, использовал термин «нарциссизм» для описания двух схожих, но далеко не тождественных состояний. Одно из них, то, которое Фрейд назвал основным или абсолютным нарциссизмом, является гипотезой, а не клиническим наблюдением; мы допускаем, что сначала все либидо сохраняется в Эго или в Ид. Другое, обычно называемое просто нарциссизмом, хотя правильнее было бы назвать его вторичным нарциссизмом, можно наблюдать в клинике; этот термин обозначает состояние, при котором некоторая или даже очень большая часть либидо, прежде катектированная во внешние объекты, отводится от них и катектирует Эго — определенно не Ид. Это различие является очень важным для дальнейших размышлений в последующих главах части II.

Фрейд, даже не упомянув о необходимости разрешения или по крайней мере примирения изначальных противоречий, о которых только что говорилось, уже в 1917 году в «Лекциях по введению в психоанализ» предпринял попытку синтеза всех трех концепций. В двадцать шестой лекции, озаглавленной «Теория либидо и нарциссизм», он пишет:

«До сих пор у меня было очень мало поводов говорить с вами об основаниях любовной жизни, насколько мы их узнали; я и теперь не могу этого восполнить. Хочу лишь подчеркнуть, что выбор объекта, шаг вперед в развитии либидо, который делается после нарциссической стадии, может осуществиться по двум различным типам. Или по нарциссическому типу, когда на место собственного Я [Эго] субъекта выступает возможно более похожий на него объект, или по типу опоры (*Anlehnungstypus*, что на английский обычно переводится как «аналитический тип»), когда лица, ставшие дорогими благодаря удовлетворению других жизненных потребностей, выбираются и объектами» (*Standard Edition*, XVI, p. 426).

Я бы добавил еще одну цитату из той же главы: «Таким образом, аутоэротизм был сексуальным проявлением нарциссической стадии размещения либидо» (*Ibid.*, p. 416).

Без сомнения, Фрейд дал нам в этом случае, очевидно, исчерпывающую теорию: самой примитивной фазой является первичный нарциссизм, из которого, как последующие фазы, развиваются все другие формы организации либидо. Несмотря на преимущества простоты и правдоподобия, эта концепция не решает фундаментального противоречия, упомянутого выше; более того, она создает новые проблемы. Для обоснования этого положения я должен привести цитату из любопытного примечания, которое Фрейд добавил к третьей главе «Я

и Оно», впервые опубликованного в 1923 году (в этом же году появилась и его статья в энциклопедии, в которой он еще раз упоминает о первичной природе объектной любви). Название подзаголовка этой главы — «Я и Сверх-Я», упомянутое примечание относится к первой части главы. Здесь Фрейд описывает изменения в Эго, а именно интроекцию и идентификацию, которые могут происходить после того, как Ид — а не Эго, как утверждалось в выше цитированном отрывке из «Очерка психоанализа», — вынуждено отказаться от своих объектов любви: «Согласно смыслу введения в нарциссизм, мы теперь, после отделения "Я" от "Оно", должны признать "Оно" большим резервуаром либидо.

Либидо, протекающее к "Я" путем описанных идентификаций, создает его «вторичный нарциссизм» (Standard Edition, XIX, p. 30).

Далее, в главе 4, Фрейд вновь формулирует эту идею, в еще более, если такое возможно, категоричной форме: «Первоначально все либидо накапливается в "Оно", в то время как "Я" только еще начинает образовываться или еще не окрепло. Одну часть этого либидо "Оно" направляет на эротические объектные нагрузки, после чего окрепшее "Я" стремится овладеть этим объектным либидо и навязать себя "Оно" в качестве объекта любви. Таким образом, нарциссизм Я является вторичным, от объектов отвлеченным» (Ibid., p. 46).

Очевидное предназначение этих двух отрывков состоит в прояснении неопределенной ситуации в свете новых открытий. Это до некоторой степени достигается (как мы вскоре увидим, только временно), а вместе с тем возникают новые проблемы и противоречия. Мы узнаем, что огромным резервуаром либидо является Ид, а не Эго, как утверждалось до и после в «Я и Оно»; далее мы узнаем, что либидинозный катексис Эго, особенно тех его

частей, которые изменены интроекцией и идентификацией, определенно классифицируется как вторичный нарциссизм, на каких бы ранних этапах жизни это ни происходило. Несомненно, может возникнуть следующий вопрос: «А есть ли тогда первичный нарциссизм в Эго?» Интересно, что Фрейд не ставит этого вопроса.

Итак, где же тогда локализован первичный нарциссизм и какова его роль? Могут ли два приведенных здесь отрывка быть согласованы с общепринятым вариантом, как он представлен в отрывке из «Очерка психоанализа», в соответствии с которым все, что мы знаем об этом (либидо), связано с Эго, где первоначально сохранено целостное доступное количество либидо? Мы называем такое состояние «абсолютным, первичным нарциссизмом».

Джеймс Стречи (James Strachey, 1961) предпринял попытку разрешения этого противоречия в редакторском примечании к «Я и Оно», которое он озаглавил «Огромный резервуар либидо». Стречи считает, что Фрейд, возможно, не отметив этого, вкладывал два разных значения в выражение «огромный резервуар либидо»: (а) характеристику функции, сходной с назначением хранилища и (б) характеристику близкой функции, то есть функции источника снабжения. Очевидно, первое относится к Эго, тогда как второе — к Ид. Это очень правдоподобная гипотеза, во многом а la Фрейд и, будучи принятой, она разрешила бы это противоречие. Однако факт состоит в том, что Фрейд никогда так не думал, и, несмотря на то, что Ид здесь определяется как источник первичного нарциссизма, остается нерешенным вопрос, что именно катектировано первичным нарциссизмом. Это не может быть Эго — на ранних стадиях вообще проблематично существование какого-либо Эго, которое могло бы быть катектировано; это не может быть и Ид — такое предположение опять привело бы к путанице ме-

жду «источником снабжения» и «хранилищем», которые Стречи только что так искусно разделил (см. Hartmann, 1953, p. 433).

Еще одну альтернативу предлагает Гартманн, решительно утверждая, что «Фрейд, как это делали другие, использовал термин "Эго" более чем в одном значении и не всегда в том смысле, в котором этот термин был определен. Порой... термин "Эго" становился взаимозаменяемым с выражением "личность субъекта", или "самость"».

Гартманн предлагает различать два значения термина «Эго»: «Одно относится к системе Эго как составной части личности, его функциям и катексису, а другое значение относится к собственной личности субъекта, ее катексису, в противоположность катексису личности другого человека (объекта). Однако термин "нарциссизм" употребляется для обозначения либидинозного катексиса как Эго в качестве системы, так и собственной личности субъекта.

Основания для употребления термина в последнем значении коренятся в расхожем мнении, что в начале жизни все либидо находится в Эго, а затем часть либидо посылается вовне, катектируя объект. В этом случае кажется совершенно ясным, что Фрейд имел в виду именно тот факт, что катексис личности субъекта предшествует катексису объекта — если только по каким-то иным соображениям в данном конкретном случае он не допускал, что с самого рождения существует некая структура, сопоставимая с Эго». Х. Гартманн приходит к такому выводу: «[это] означало бы, что для определения нарциссизма существенным элементом является противопоставление либидинозного катексиса личности субъекта катексису объекта».

Есть несколько возражений по поводу этого утверждения. Во-первых, в нем обходятся разногласия, а спорный вопрос принимается как не требующий доказательств. Озадачивает следующее: наша современная теория психики, а также теория первичного нарциссизма, похоже, приводят нас к неразрешимым противоречиям; и вот Гартманн вместо того, чтобы исследовать, что же является ошибочным в этих двух теориях или, по крайней мере, в одной из них, предпринимает попытку спасения ситуации, выдвигая *ad hoc* еще одну концепцию. Мы должны будем вернуться к этому методологическому ходу несколько позже. Сейчас же давайте рассмотрим содержание новой концепции — «либидинозный катексис собственной персоны». Для этого прежде всего нужно определить, что такое «собственная персона». Представляет ли она собой общую сумму сознания и предсознательного? Включает ли она в себя Эго и Супер-Эго целиком или только те части этих двух структур, которые являются сознательными, при этом полностью исключая Ид? Или Ид также должно быть включено? В этом последнем случае мы должны задать вопрос, как такое может быть, ведь сознание, вообще говоря, не имеет доступа в Ид, поэтому трудно представить себе, чтобы Ид воспринималось как самость. Довольно уверенно можно утверждать, что самость является таким же туманным понятием, как «характер», «личность» и т. д., все эти слова представляют собой неопределенные, расплывчатые термины, полезные, может быть, в острой критической ситуации, но неприемлемые в качестве путеводной нити в случае теоретических затруднений.

Если бы мы приняли новую терминологию, предложенную Гартманном, Крисом и Лёвенштейном, то исчезли бы многие — хотя и не все — внутренние противоречия в теории первичного нарциссизма. Однако сразу же возникают два вопроса: не повлечет ли за собой этот пере-

смотрим терминологию новых осложнений? Согласился бы Фрейд с новой системой терминов? На эти вопросы ответить нетрудно. Определение нарциссизма как либидинозного катексиса самости вынудило бы нас в дополнение к основным формам нарциссизма самости выделить специальные классы нарциссизма Ид, нарциссизма Эго и нарциссизма Супер-Эго и, возможно, первичные и вторичные формы для каждого из них. Может быть, в будущем эта более точная градация могла бы оказаться полезной, обеспечив адекватное определение самости, дифференцировав это понятие от Эго, Ид и Супер-Эго, однако в настоящее время я рассматриваю ее исключительно как излишнее теоретическое осложнение.

Однако новая терминология не разрешает наших сомнений, основанных на клинических данных, относительно первичности всех этих разновидностей нарциссического катексиса. Если мы не допускаем, что некоторые релевантные части Супер-Эго как *Anlage* возникают в филогенезе, то, как это представлено у Фрейда в «Я и Оно», их катексис непременно является вторичным, производным от катексисов объектов, которые должны быть интроецированы в онтогенезе. Если мы принимаем идею Фрейда о становлении Эго через некий процесс созревания, то и катексис Эго развивается примерно в соответствии с этим процессом, то есть такой катексис не может быть первичным. Таким образом, в качестве возможного первичного состояния нам остается только нарциссизм Ид. Не испытывая значительных затруднений, можно представить себе Ид в качестве источника — или даже резервуара — всего либидо, как это сделал Джеймс Стречи, но трудно рассматривать Ид как его исходный объект. Либидо всегда описывают в терминах потока, течения; трудно предположить, что истоки и устье потока совпадают, разве что поток оставит свое начало, выйдет за пределы русла, а затем сменит на-

правление и вернется туда, откуда он начал свой путь; однако этот образ лучше всего подходит к тому, что мы называем вторичным нарциссизмом. С другой стороны, если нет разрядки, то напряжение возрастает, и, по-видимому, именно это имел в виду Фрейд, когда писал: «Но, в конце концов, нам необходимо начать любить для того, чтобы не заболеть, и остается только заболеть, когда вследствие несостоятельности своей лишаешься возможности любить» (Standard Edition, XIV, p. 85).

Проблема топографического определения части психического аппарата, которая катектирована этим гипотетическим первичным нарциссизмом — в отличие от источника всего либидо — так и не была решена Фрейдом. Утверждение же Гартманна, Криса и Лёвенштейна, с моей точки зрения, не предлагает решения этой проблемы, попросту игнорируя ее. В самом деле, если мы сопоставим два отрывка из «Я и Оно» с двумя другими отрывками, например, одним из «Трех очерков», а другим — из «Очерка психоанализа», цитировавшимся выше, то мы должны будем признать, что гипотеза Гартманна, Криса и Лёвенштейна, по-видимому, хорошо обоснована. В этом смысле введение термина «самость» является полезным новшеством, поскольку привносит порядок в очевидно неаккуратную теорию. Однако мы должны спросить себя, дает ли нам это что-нибудь еще? В частности, можем ли мы предсказать, исходя из этой гипотезы, новые клинические факты? Может ли эта гипотеза помочь нам объяснить хорошо известные клинические феномены, которые иначе остаются непонятными? Ответ на оба эти вопроса будет отрицательным. Более того, введение термина «самость» даже не предполагает попытки разрешения важного противоречия в вопросе хронологии, о котором говорится в главе 11.

Несмотря на острую критику Гартманна, Фрейда как автора трудно обвинить в небрежности; должны были быть

какие-то причины для того, чтобы он упоминал о катексисе Эго всегда, когда говорил о нарциссизме. Здесь я согласен с Эдуардо Вейссом, который выражает серьезные сомнения в том, что Фрейд когда-нибудь согласился бы с гипотезой Гартманна, Криса и Лёвенштейна. Фрейд, я думаю, никогда не стремился к тому, чтобы играть роль одержимого теоретика, при этом он, без сомнения, был безупречным наблюдателем-клиницистом; и я всегда обнаруживал, что чем внимательнее изучаешь его клинические описания, тем большее впечатление производят их истинность и глубина. Таким образом, я утверждаю, что истоки внутренних противоречий теории первичного нарциссизма лежат не в небрежном использовании терминов или в отсутствии способности ясно видеть и точно определять, но в нежелании Фрейда исказить данные клинических наблюдений в угоду согласованности теории. Причина, по которой он, говоря о нарциссизме, всегда неизменно возвращался к либидинозному катексису Эго, заключается просто в том, что его можно наблюдать. Все же остальное является спекуляциями, ложными или правдоподобными, а вовсе не наблюдаемыми клиническими фактами.

Глава 9. Клинические данные о нарциссизме

Я предлагаю последовать за Фрейдом, который в своей работе «О нарциссизме» подчеркивал, что не спекулятивные или теоретические «идеи образуют ту основу, на которой зиждутся все построения нашей науки; такой основой является исключительно наблюдение. Идеи же эти составляют не самый нижний фундамент всего научного здания, а только верхушку, крышу его, и могут быть сняты и заменены другими без всякого вреда для целого» (Standard Edition, XIV, p. 77). Следуя этому совету, я хотел бы рассмотреть клинические наблюдения,

к которым Фрейд прибегал в работе, опубликованной в 1914 году, для доказательства существования нарциссизма. Сторонники теории прежде всего будут утверждать вслед за Фрейдом, что клинические наблюдения не могут ни доказать, ни опровергнуть первичный нарциссизм, поскольку это только теория; затем они приведут клинические наблюдения для того, чтобы теория стала приемлемой, как это делал Фрейд. В этой главе я хотел бы показать, что наблюдения, на которых Фрейд, а вслед за ним и эти теоретики основали гипотезу первичного нарциссизма, доказывают только существование вторичного нарциссизма. Теория первичного нарциссизма может быть применена к результатам этих наблюдений, но не вытекает из них.

В своей работе «О нарциссизме» Фрейд перечислил пять клинических фактов, на которых он основал теорию нарциссизма, при этом в аргументации он использовал восемь клинических феноменов. Упомянув сначала об исследованиях шизофрении и гомосексуальности, он продолжает: «Некоторые другие пути, ведущие к более близкому знакомству с нарциссизмом... составляет изучение психологии больного органической болезнью, психологии ипохондрии и проявления любовного чувства у обоих полов» (Ibid., p. 82). Три других фактора, не упомянутых в перечне, но названных в аргументации, представляют собой: (1) различную — как психотическую, так и нормальную — завышенную оценку самого себя и объекта, (2) сон и (3) особенности поведения младенцев и маленьких детей. То, что в случае органического заболевания или ипохондрии нам приходится иметь дело с вторичным нарциссизмом, то есть с либидо, отведенным от объектов, не может вызвать сомнений, однако что же можно сказать о других клинических наблюдениях?

Я хочу начать рассуждения с наблюдений, касающихся гомосексуальности и любовной жизни полов. После ссылки на теорию «нахождения объекта» из «Трех очерков», Фрейд продолжает: «Наряду с этим типом и этим источником выбора объекта, который можно назвать ищущим опоры типом, аналитическое исследование познакомило нас еще с одним типом, которого мы вовсе не ожидали встретить. Мы нашли — особенно ясно это наблюдается у людей, у которых развитие либидо претерпело некоторое нарушение, как, например, у извращенных и гомосексуальных, — что более поздний объект любви избирается этими лицами не по прообразу матери, а по их собственному». Здесь он имеет виду нарциссический тип выбора объекта. Он заканчивает параграф так: «Это наблюдение и послужило самым решающим мотивом, побудившим нас выставить положение, что [нарциссизм] составляет определенную стадию развития либидо» (Standard Edition, XIV, p. 87).

О какой форме нарциссизма здесь говорит Фрейд? Фраза, выделенная мной курсивом, наводит на мысль о вторичном нарциссизме. С этим предположением хорошо согласуется то, что Фрейд, характеризуя аналитический тип, упоминает о развитии, которое может быть названо нормальным, тогда как при описании нарциссического типа он вынужден использовать термины, относящиеся к тяжелой патологии. Если принять первичный нарциссизм как стадию нормального развития, то представляется довольно странным, что производным от этой стадии, видимо, является аномальный тип.

Другое подтверждение моего тезиса о том, что нарциссический тип объектного выбора зависит от вторичного и не зависит от первичного нарциссизма, можно найти в историческом отрывке, в котором Фрейд впервые использует слово «нарциссизм» в печатной работе. Речь идет о примечании, добавленном к «Трем очеркам» в

1910 году: «...Во всех исследованных случаях мы установили, что инвертированные в более позднем возрасте проделали в детстве фазу очень интенсивной, но кратковременной фиксации на женщине (большей частью на матери), по преодолению которой они отождествляют себя с матерью и избирают себя самих в сексуальные объекты, то есть, исходя из [нарциссизма], ищут мужчин в юношеском возрасте, похожих на них самих, которых хотят любить так, как любила их мать» (Standard Edition, VII, p. 145). Здесь опять мы имеем довольно категорическое утверждение. Более того, оно основано на клинических наблюдениях, которые подтвердит любой, анализирувавший гомосексуалистов. Оно составляет самый убедительный аргумент в пользу вторичной природы нарциссического типа объектного выбора.

Кроме того, есть еще одна группа клинических наблюдений, которая, хотя и не упоминается явно в перечне, широко использовалась Фрейдом для доказательства существования нарциссизма. Эту группу составляют все проявления нереалистичных завышенных оценок, начиная от психотических грандиозных преувеличений, следуя к завышенной оценке себя и своего объекта любви и вплоть до идеализации. Очевидно, что в каждом случае завышенной оценки внешнего объекта первый катексис образован объектным либидо, который на следующем этапе может быть усилен нарциссическим либидо; конечно же, это не является доводом *prima facie* в пользу первичного нарциссизма. Аргументация в пользу (*case for*) вторичной природы нарциссизма при психотической мегаломании является еще более неоспоримой. Подобным образом легко показать, что образование Эго-идеала и фактически любая идеализация зависят от вторичного нарциссизма. Любой идеал берет свое начало в интернализации какой-то производной от внешнего объекта, обычно родительской фигуры, и смоделирован

по его образцу. Такая работа называется интроекцией; мы не можем не согласиться с тем, что интроецированы могут быть только важные внешние объекты, то есть те, которые сильно катектированы либидо.

Завышенная самооценка, которая наблюдается у примитивных народов и детей и является феноменом, рядоположенным с феноменом идеализации, в аналитической теории обычно обозначается как «всемогущество». Иногда это выражение намеренно смягчают, добавляя такие определения, как «иллюзорное» или «галлюцинаторное», однако, где бы ни использовался термин «всемогущество», его значение неизменно одно и то же. Само по себе это наводит на мысль, что данный вполне достоверный клинический факт является по своей природе вторичным явлением, последствием фрустрации. Более того, если проходящие анализ взрослые люди, не говоря уже о детях, выказывают тенденции всемогущества, то оно неизменно обнаруживает себя как отчаянная попытка защиты от крушения чувства собственной важности. Насколько мне известно, данные антропологии относительно примитивных народов согласуются с этой точкой зрения. Более того, поскольку наши представления о детском всемогуществе основаны по большей части на экстраполяции наблюдаемых у взрослых и старших детей фактов, то я полагаю, что они подтверждают только существование вторичного нарциссизма, привлечение же их для доказательства первичного нарциссизма требует более глубоких оснований.

Следующим клиническим феноменом, который Фрейд использовал в качестве подтверждения существования нарциссизма, является сон; примечательно, что сон не был включен в перечень феноменов, приведенный выше; Фрейд упомянул его — почти как запоздавшую мысль, пришедшую в последнюю очередь, — в конце обсуждения темы распределения либидо при органических

заболеваниях. Здесь он говорит: «В обоих случаях мы имеем дело не с чем другим, как с изменением распределения либидо вследствие изменения Я-комплексов» (Standard Edition, XIV, p. 83). Это безупречное клиническое описание подразумевает, что данные нарциссические состояния являются вторичными по своей природе.

Несомненно, с биологической и с психологической точек зрения состоянию сна присуще множество весьма примитивных черт. Поэтому уже начиная с публикации «Толкования сновидений» сон выступал в качестве наиболее часто упоминаемого примера регрессии. Также обычно указывалось, что состояние сна, особенно глубокого сна без сновидений, должно рассматриваться как одна из ближайших аппроксимаций к гипотетическому состоянию первичного нарциссизма у нормальных индивидов. В качестве другого примера первичного нарциссизма приводилось пренатальное состояние. Фрейд, Ференци и многие другие отмечали, что эти состояния выступают как наиболее впечатляющий аргумент, поскольку они обладают множеством схожих черт.

Никто не оспаривает регрессивную природу сна, однако при этом возникает вопрос: к какой именно точке фиксации соскальзывает спящий человек? Можно сказать, что такой точкой является первичный нарциссизм, однако является ли это единственно возможным вариантом? В качестве ответа я приведу выдержку из очень интересной и наводящей на размышления, но, к сожалению, отвергнутой и почти забытой книги, из первого параграфа главы, озаглавленной «Коитус и сон»: «Мы слишком часто и настойчиво обращались к далеко идущей аналогии между стремлениями, которые реализуются в коитусе и в состоянии сна, чтобы теперь позволить себе отказаться от задачи более тщательного исследования характеристик сходства и различия этих двух состояний, столь важных для биологической адаптации. В моей ра-

боте «Стадии развития чувства реальности» я назвал первый сон новорожденного — окруженного заботливой опекой, в теплых объятиях матери или няни — аналогом внутриутробного состояния. Плачущий ребенок, напуганный и потрясенный травматическим опытом рождения, вскоре затихает, погружаясь в состояние сна, которое создает у него впечатление — как на основе реальности, так и на галлюцинаторной, иллюзорной основе — будто бы шока такой огромной силы вовсе не было. Фрейд утверждал («Лекции по введению в психоанализ»), и я разделяю его точку зрения, что, строго говоря, человеческие существа не являются рожденными вполне; человек не рождается в полном смысле этого слова, поскольку половину своей жизни проводит, так сказать, в утробе матери, отправляясь каждую ночь в постель» (Ferenczi, 1924, p. 73).

Очевидно, что и оргазм при коитусе, и засыпание возможны только в состоянии «гармонии» или, по меньшей мере, согласия между индивидом и его окружением. Состояние такой умиротворенности возникает при условии, что окружение защищает субъекта от любой беспокоящей стимуляции извне и при этом само не оказывает какого-то нежелательного воздействия, вызывающего у субъекта возбуждение или дистресс. С этой идеей хорошо согласуется тот клинический факт, что одним из первых симптомов сексуальной неудовлетворенности является бессонница. Исходя из этого мы можем сделать вывод, что спящий человек в состоянии регрессии стремится приблизиться не к состоянию первичного нарциссизма, а к некоему примитивному состоянию согласия со своим окружением, в котором — используя современное выражение — окружение «поддерживает» индивида.

Из весьма обширной литературы, посвященной сну, я позволю себе выбрать работу еще одного автора, Марка Канцера, поскольку его наблюдения соответствуют теме

нашей дискуссии. Он пишет: «Засыпание не является просто нарциссической регрессией... на самом деле спящий не одинок, он «спит с» интроецированным хорошим объектом. Подтверждение этому мы находим в повторяющихся действиях и требованиях людей, отходящих ко сну, таких, как требование ребенком физического присутствия родителей, для взрослого человека это будет требование присутствия своего сексуального партнера, для невротика — зажженного света, игрушек или ритуалов как предварительных условий сна» (Kанцер, 1955, р. 261). Канцер приводит и другие интроективные модусы поведения взрослых людей перед сном: еда, питье, прием лекарств, принятие ванны; а также детей — требование опеки, убаюкивания или колыбельных песен. Я полагаю, экран сновидения Бертрама Левина аналогичен партнеру по сновидению. «Сон является феноменом скорее вторичного, а не первичного нарциссизма. По крайней мере, после младенческого возраста спящий субъект разделяет свой сон с интроецированным объектом» (р. 265) — подводит итог Канцер.

Таким образом, столь убедительный на первый взгляд аргумент в пользу первичного нарциссизма, каким является сон, представляется весьма сомнительным. Действительно, пытаясь заснуть, субъект уходит из мира объектов и, судя по всему, остается один. Однако при внимательном рассмотрении ухода и одиночества, которые могут быть поняты как нарциссизм, оказывается, что спящий субъект стремится к избавлению от напряжений, возникающих в его обыденных отношениях; он возвращается к более примитивным, более удовлетворительным формам отношений с объектами, интересы которых совпадают с его собственными. Примерами таких объектов являются удобные кровати, подушки, дома, комнаты, книги, цветы, игрушки и другие переходные объекты

(Winnicott, 1951). Конечно, они являются репрезентантами или символами внутренних объектов, которые, в свою очередь, являются производными ранних контактов с окружением — достаточного кормления, теплого, мягкого пеленания, безопасной «поддержки» и материнских объятий, укачивания и убаюкивания и т. п. Наблюдения, о которых говорилось выше, показывают, что спящий субъект регрессирует именно в этот мир, а не в состояние первичного нарциссизма, где невозможны отношения с внешним окружением.

Глава 10. Шизофрения, злокачественная зависимость и другие нарциссические расстройства

Предпоследняя группа клинических фактов, которую Фрейд использовал для обоснования введения термина «нарциссизм», касается шизофренической регрессии. Все согласны с тем, что внешний мир не представляет интереса для больных шизофренией — во всяком случае, они производят именно такое впечатление. Я уже отмечал, что Фрейд, обсуждая динамику шизофренической регрессии, неизменно начинал свою аргументацию с утверждений, подобных следующему: «Либи́до, освободившись вследствие несостоятельности данного лица в жизненной борьбе, не останавливается на объектах фантазии, а возвращается в Я» (Standard Edition, XIV, p. 86). К этой формуле Фрейд прибегал всякий раз, обсуждая проблему шизофрении. Спустя несколько лет после публикации работы «Введение в нарциссизм» появилось другое утверждение, которое довольно часто упоминалось наряду с предыдущим. В «Лекциях по введению в психоанализ» Фрейд говорит о точках фиксации, к которым регрессируют различные неврозы, заявляя, что при шизофрении «столь важная фиксация, которая пролагает... путь к образованию симптомов, находится где-то в

другом месте, вероятно, на стадии примитивного нарциссизма, к которому, в своем конечном итоге, возвращается *Dementia praecox*» (Standard Edition, XIV, p. 421). Это утверждение является теоретической формулой. Более того, оно несет в себе все противоречия, свойственные теории первичного нарциссизма. Каковы же клинические наблюдения?

Относительно вопроса, могут ли быть излечены шизофреники при помощи психоанализа, мнения расходятся; однако достигнут всеобщий консенсус по поводу того, что эти пациенты не так уж недоступны для нашего метода. Конечно, обычная, то есть стандартная, аналитическая техника должна была быть в значительной степени изменена для того, чтобы ее можно было применить в лечении этих пациентов. Сформулированный в теоретических категориях, этот довольно известный клинический факт означает, что (а) впечатление, будто шизофреники покинули внешний мир, верно лишь отчасти; они покинули мир нормальных — то есть тройственных или эдиповых — отношений, но (б) они способны к другому типу отношений, ради которых и осуществляются все изменения техники.

У меня нет возможности привести здесь подробный обзор обширной литературы, которая посвящена этому вопросу. Достаточно будет указать, что такой тип отношений — или техники — требует от аналитика гораздо большего, нежели отношения в рамках стандартной аналитической техники. Имеется в виду не то, что аналитик обязан немедленно и безоговорочно удовлетворять все потребности пациента; предполагается, что он должен быть в состоянии подтвердить, что может понять пациента, может работать в «гармонии» с ним, быть «настроенным» на него.

Это, кстати, верно не только для больных шизофренией, но и для всех регрессировавших пациентов. Все они, по-видимому, чрезвычайно чувствительны к настроению аналитика. Чем больше пациент регрессирует, тем чувствительнее он становится, то, что нормальный или невротический пациент обычно даже не замечает, регрессировавшего пациента глубоко задевает и волнует. Учитывая это, аналитик должен «настроиться» на своего пациента. До тех пор, пока ему это удастся, имеется возможность постепенного продолжения аналитической работы, сопоставимой с постепенным ростом; однако если аналитик не способен поддерживать свой «настрой», то пациент может отреагировать тревогой или отчаянием, проявляя, например, явные агрессивные симптомы.

Эта гармония, или настроенность, должна относиться ко всей жизни регрессировавшего пациента, а не только к его отношениям с аналитиком. Для аналитической ситуации свойственно то, что гармонию можно сохранить только в течение короткого периода; время от времени аналитик должен дистанцироваться от пациента, чтобы «объективно» оценить ситуацию и, возможно, дать хорошо обоснованную интерпретацию. Такие пациенты, как правило, могут устанавливать отношения с реальными внешними объектами только на непродолжительный период времени, и эти периоды не должны пропадать для аналитической работы. Если внешнее окружение, то есть повседневная жизнь, предъявит пациенту слишком большие требования, то значительная часть его либидо, к которому сохранился доступ, будет отнято, а оставшегося количества либидо будет недостаточно для анализа. Потому-то аналитики, работающие с такими пациентами, и требуют от окружения пациентов — порой может быть и чрезмерно — «поддержки» для пациентов, настаивая на том, чтобы окружение находилось

с ним «в согласии». Тогда пациент может концентрировать оставшееся в его распоряжении либидо на более определенных — терапевтических — отношениях со своим аналитиком.

Осознав важность этого условия, мы можем легко понять, почему так много описаний лечения больных шизофренией заканчиваются меланхолическими пассажами подобного рода: «С этого момента под давлением внешних обстоятельств пришлось прервать анализ», или «К сожалению, вмешались родственники, и лечение пришлось прекратить».

Теоретическим аспектом необходимости состояния гармонии является идея «шизофреногенной матери», то есть матери, которая не может быть в гармонии со своим ребенком. Хилл, мудрый и опытный клиницист, пишет по этому поводу: «Любовь этих матерей к своим детям, которые затем становятся шизофрениками, чрезмерна, но вместе с тем и обусловлена. Ребенок никогда не может соответствовать этому условию... Эти матери видят только внешнюю нормальную оболочку детей и нечувствительны к тому, что происходит у них внутри» (Hill, 1955, p. 108-109). В книге Стантона и Шварца (Stanton, Schwarz, 1954) содержится очень интересное клиническое обоснование важности условия гармонического окружения для лечения больных шизофренией. Авторы убедительно показали, что любая дисгармоничность в отношениях с персоналом, принимающим то или иное участие в лечении такого пациента, приводит к ухудшению его состояния.

Отсюда следует, что общеизвестные факты клинических наблюдений шизофренического ухода нельзя использовать в качестве доказательства первичного нарциссического состояния. На самом деле более правильным было бы считать, что больные шизофренией в гораздо боль-

шей степени связаны с окружением и более зависимы от него, чем так называемые «нормальные» люди или «невротики». Однако поверхностные наблюдения за поведением больного шизофренией не позволяют увидеть эту тесную связь и отчаянную зависимость; наоборот, создается впечатление ухода и отсутствия контакта. В этом отношении шизофреническая регрессия может считаться подобием младенческой или эмбриональной фазы, где мы обнаруживаем схожие черты: внешние проявления независимости нарциссического типа, отсутствие осознания внешнего мира, скоротечных и, по видимому, незначительных контактов с частичными объектами, которые образуют лишь тонкий покров, скрывающий отчаянную зависимость и огромную потребность в «гармонии». Все это было продемонстрировано в современных исследованиях, например в исследовании последствий ранней депривации Шпица (Spitz, 1946). Эта тема будет еще обсуждаться в следующей главе, а также в частях III и V.

Отметив странные противоречия в позиции больных шизофренией в отношении к своему окружению, мы могли бы добавить, что она представляет собой лишь заостренную форму позиции, которую мы часто наблюдаем у так называемых нарциссических личностей. Хотя их интерес сосредоточен на собственном Эго, или, согласно Гартманну, самости, хотя в их распоряжении явно недостаточно любви, которую они могли бы дать другим людям, — их никак нельзя назвать уверенными и независимыми, так же как и стабильными, хорошо владеющими собой или самостоятельными. Как правило, они очень чувствительны к любому рассогласованию между своими ожиданиями и тем, как их окружение в действительности обращается с ними; их легко ранить и обидеть, и эти обиды терзают их долгое время. Кроме того, вряд ли мы сможем наблюдать, чтобы в реальной жизни

эти нарциссические люди могли существовать автономно. Обычно они образуют пары со своими отщепенными двойниками по типу таких известных пар литературных персонажей, как Фауст и Мефистофель, Дон Кихот и Санчо Пансо, Дон Жуан и Лепорелло, и т. д. Во всех этих случаях — как было показано много раз в аналитической литературе, начиная с Отто Ранка (Rank, 1924) и заканчивая Хелен Дойч (Deutsch, 1937) — только невзрачный и ненарциссический партнер, способный к объектной любви, может справиться с опасностями повседневной жизни и является действительно независимым. Без его помощи и руководства обаятельный и с виду независимый нарциссический герой влачил бы жалкое существование. В реальной жизни достаточно часто в роли несимпатичного партнера выступает реальная мать нарциссического героя.

Таким образом, мы приходим к выводу, что истинно нарциссические мужчины или женщины в действительности являются своего рода мнимыми величинами. Они в крайней степени зависят от своего окружения, и их нарциссизм может быть сохранен только при условии, что их окружение желает или почему-то вынуждено заботиться о них. И это в общем-то верно как для величайшего диктатора, так и для обыкновенного кататоника.

Анализ алкоголиков, особенно запойных пьяниц, дает нам хорошую возможность для наблюдения за динамикой отношений, довольно быстро сменяющихся в такой последовательности: от взрослых объектных отношений к нарциссизму, затем к примитивным отношениям и обратно. Обычно довольно интенсивные объектные отношения этих пациентов являются тем не менее шаткими и нестабильными. Поэтому эти люди, как правило, легко теряют равновесие, что обычно вызывается конфликтом интересов между ними и кем-то из их важных объектов любви.

Этот конфликт подавляет их настолько, что они остро чувствуют свою неспособность исправить ситуацию; тогда они частично отводят все свое объектное либидо, и теперь уже ничто не имеет значения, кроме их нарциссизма. С одной стороны, они чувствуют себя центром всякого внимания как дружественного, так и враждебного, а с другой — совершенно несчастными и покинутыми.

Именно в таком состоянии обычно начинается запой, хотя, конечно, бывают и другие триггеры. Однако интоксикация независимо от причины, вызвавшей запой, приносит прежде всего чувство благополучия в отношениях между алкоголиком и его окружением. Из своего опыта я знаю, что страстное желание обрести это чувство «гармонии» представляет собой наиболее сильную и значимую причину алкоголизма, как, в сущности, и всех прочих форм злокачественной зависимости. С этого момента все разновидности вторичного процесса содержат угрозу чувству «гармонии», и для того чтобы удержать его или по меньшей мере сохранить хоть что-то от этого состояния, алкоголик в отчаянии пьет все больше и больше.

Самая важная характеристика состояния гармонии, в которое погружается интоксигированный пьяница, состоит в отсутствии людей либо объектов любви или ненависти, в первую очередь людей либо объектов, предъявляющих какие-либо требования. Желанная гармония сохраняется лишь до тех пор, пока пьющий человек способен ограждать себя от требований, предъявляемых к нему окружением; многие запойные пьяницы либо запираются и пьют одни, либо бегут из привычного мира объектов и людей туда, где у них не было контактов и где они свободны от обязательств, особенно же они избегают вероятности прикрепления либидо на длительный период. (В образах фильма Чаплина Огни большого города мы ви-

дим впечатляющее изображение этих двух миров — нормального мира, со стабильным привлечением либидо и мира пьяниц с непрерывной быстрой сменой катексисов.) Люди, обитающие в этом новом мире, созданном алкоголем, терпимы только до тех пор, пока к ним проявляют сочувствие и дружелюбие; а так как пьяница отчаянно нуждается в сохранении своей гармонии с этим миром, то малейшая критика или столкновение интересов провоцируют у него реакции насилия.

К данной проблеме имеет отношение и другая группа клинических наблюдений. Речь идет об аналитической атмосфере, которая, по-видимому, необходима для лечения некоторых трудных пациентов. «Трудным» пациент может быть из-за регрессии, тяжелого нарциссизма, природы заболевания или склада характера; обычно для описания таких пациентов в аналитической литературе используют такие, например, характеристики, как «глубоко нарушенный». О примитивных отношениях с окружением я впервые узнал как раз из работы с такими пациентами. Легко можно возразить мне, что феномены, встречающиеся в процессе терапии, о которых я здесь говорю, обусловлены особенностями не столько пациентов, сколько моей техники. Чтобы поколебать почву под ногами моих критиков, я позволю себе процитировать описание Филлис Гринакр, которая, без сомнений, использовала классическую технику (Greenacre, 1953, p. 48). Вот ее слова: «Я должна указать на методы, с помощью которых, по моему убеждению, можно справиться с крайним нарциссизмом и тревогой, возникающими в ходе анализа — методы, необходимые для того, чтобы Мог продолжаться "правильный" анализ, главный упор в котором ставится на решение проблемы нарушения развития либидо. Избыток нарциссизма в этих случаях представляет для аналитика очевидную и сложную проблему. Однако я склонна полагать, что в воспитании

нарциссизма можно достичь такого уровня, что пациент будет в состоянии переносить боль, связанную с анализом, если только соблюсти достаточную осторожность и уделить должное внимание той слепой тревоге, которая является краеугольным камнем непрочной структуры характера этого пациента». Если сравнить этот отрывок с моим описанием потребностей шизофренического пациента, находящегося в регрессивном состоянии, то станет ясно, что мы говорим об одном и том же клиническом опыте.

Описывая пациентов, которые приходят на анализ в состоянии паники, Гринакр говорит: «На ранних стадиях чрезвычайно важно заручиться осознанным сотрудничеством с людьми, которые все оставшиеся двадцать три часа в сутки находятся в близком окружении пациента, будь то в больнице или дома; многое из достигнутого во время терапевтического часа может быть утрачено из-за враждебности, чрезмерной опеки или слишком активного вмешательства друзей или родственников» (Ibid., p. 54-55). Разумеется, я полностью разделяю это мнение.

Немного далее (Ibid., p. 57-60) Гринакр, по-видимому, ставит знак равенства между «воспитанием нарциссизма» и усилением Эго. Я не возражаю против этих формулировок, но хочу только указать на то, что аналитик, следуя подходу, который отстаивает Гринакр, прежде всего должен «настроиться» на своего пациента настолько, насколько это возможно, и лишь после этого постепенно и осторожно попытаться стать для него нормальным объектом, тем, кто предъявляет требования.

Конечно, «настройка» вовсе не означает, что аналитик всегда должен автоматически удовлетворять вожделения, желания и потребности пациента, однако это определенно означает, что аналитик должен полностью отдавать себе отчет в том, что он и его пациент в своих

отношениях должны максимально близко подойти к тому состоянию, которое я называю «гармоничным скрещением». Более подробно об этом будет сказано в главе 12.

Здесь я хотел бы внести важное дополнение. Описание наблюдаемого в клинических условиях феномена, сделанное Гринакр, без внесения каких-либо изменений может быть расценено и как терапевтическая рекомендация, и как иллюстрация событий, происходящих в области базисного дефекта, о которой говорилось в части I. В этой области устанавливаются отношения между двумя персонами, здесь действует абсолютное требование к одному из партнеров (аналитику) всегда быть «настроенным» на другого (пациента), здесь отсутствует конфликт и в некотором смысле не имеют значения обычные формы интерпретаций и т. д. Я полагаю, что в исследовании клинической картины нарциссических расстройств, их метапсихологии и прежде всего их терапии, наблюдался бы значительный прогресс, если бы они были рассмотрены в свете теории базисного дефекта. Такая попытка будет предпринята в последующих частях III и V.

В недавней работе В. Г. Йоффе и Джозефа Сандлера (Joffe, Sandler, 1965) «Нарциссические расстройства», превосходной работе, если не считать полного игнорирования всей критики концепции первичного нарциссизма, показано, насколько важным может оказаться этот новый подход. Авторы главным образом стремились показать, что для понимания нарциссизма и связанных с ним расстройств необходимо принимать во внимание, помимо удовлетворения (по-немецки *Befriedigung* — буквально «умирение») влечений, также и «отклонение от идеального состояния благополучия... в его аффективном и идеаторном аспектах». Такое «идеальное состояние благополучия» является, как это будет обсуждаться

в главе 12, окончательной целью первичной любви, а по сути, и всех человеческих влечений. Поэтому всякое его серьезное нарушение в ранних фазах развития ведет к образованию специфического базисного дефекта. Авторы без каких-либо доказательств отождествляют «идеальное состояние благополучия» и первичный нарциссизм; им не удастся распознать его объектную природу, так как они упускают из внимания динамическую структуру этого состояния. В остальном, хотя об этом и не говорится явно, дискуссия касается только явлений, принадлежащих к сфере вторичного нарциссизма; поэтому я могу добавить, что согласен со всеми выводами этих авторов.

Подводя итоги размышлениям, представленным в этой главе, мы отмечаем, что больные шизофренией, вопреки теоретическим прогнозам, способны реагировать на свое окружение даже находясь в наиболее регрессивных состояниях и, таким образом, они доступны для аналитической терапии. Однако неодолимая потребность этих пациентов в «гармоничных» отношениях делает реакцию на окружение трудно различимой и неустойчивой. Это дает основания полагать, что их нарциссический уход в качестве последствия фрустрации является вторичным. Другие состояния, вкратце рассмотренные в этой главе, наблюдаемые у алкоголиков и «глубоко нарушенных» или «нарциссических» пациентов, представляют аналогичную картину. Здесь наличествуют та же самая первичная потребность в гармонических отношениях, фрустрация, вызванная настоятельными требованиями партнера вообще и аналитика в частности, и уход во вторичный нарциссизм.

Глава 11. Пренатальные и ранние постнатальные состояния

Рассмотрев клинические факты, использованные Фрейдом для обоснования введения понятия «нарциссизм», мы пришли к выводу, что все они, за исключением двух, представляют собой очевидные случаи вторичного нарциссизма. Мы увидели, что только для объяснения двух феноменов — регрессивных состояний у больных шизофренией и глубокого сна без сновидений — одного представления о вторичном нарциссизме недостаточно. Все же точка фиксации, к которой направлена регрессия в этих двух случаях, по-видимому, не обязательно является первичным нарциссизмом, но, скорее, такими примитивными отношениями, в которых недифференцированное окружение интенсивно катектировано.

Уже в 1914 году клиницист Фрейд верно предвидел это затруднение, утверждая: «Предполагаемый нами первичный [нарциссизм] ребенка, составляющий одну из предпосылок нашей теории либидо, легче *подтвердить путем заключения, исходя из другой точки зрения*, чем опираясь на непосредственное наблюдение» (Standard Edition, XIV, p. 90. Курсив мой.— М. Б.). Убедительная картина внутреннего состояния Фрейда: теоретик оптимистичен и продолжает оперировать своими построениями, тогда как клиницист, мягко говоря, осторожен, если не скептичен.

Более того, в этом отрывке Фрейд говорит о *первичном нарциссизме у детей*, тогда как общепринятая психоаналитическая теория отсылает нас к *первичному нарциссизму пренатального состояния*. В психоаналитической теории вообще довольно распространена тенденция относить все непонятное к прошлому: если гипотеза не согласуется с данными клинических наблюдений, то вместо того, чтобы отказаться от этой гипотезы как от неверной или подвергнуть ее пересмотру, мы, следуя этой тенденции, ссылаемся на еще более ранние фазы

развития, настолько ранние, что они находятся за пределами возможностей клинического наблюдения.

Чтобы не усложнять, я коротко изложу идеи Филлис Гринакр, относящиеся к этой теме. Поскольку она является признанным авторитетом в этой области и в своей книге «Травма, рост и личность» (Greenacre, 1953) широко осветила эту тему, мое обращение будет оправданным. Хотя не все идеи, обсуждаемые в этой главе, принадлежат ей, я приведу их, насколько это возможно, в ее формулировке. Ради простоты изложения я сгруппирую обсуждаемые идеи в три блока: (1) те, что в большей степени касаются внутриутробной жизни плода; (2) те, что относятся к изменениям, происходящим при рождении ребенка; (3) те, что касаются самой ранней фазы внеутробной жизни.

Гринакр довольно категорично заявляет: «С биологической точки зрения нарциссизм может быть определен как либидинозный компонент роста» (Ibid., p. 20). Затем, вслед за Фрейдом, она утверждает: «Нарциссизм вообще свойствен жизни... на самом деле мы обнаруживаем нарциссическое либидо повсюду, где есть искра жизни» — или более определенно: «В утробе нарциссизм редуцирован к простейшим элементам, будучи отчасти или полностью лишенным психического содержания» (Ibid., p. 45).

Я вижу здесь проблему в том, что утверждения Гринакр, в целом правдоподобные и имеющие смысл, остаются только предположениями, которые не могут быть ни подтверждены, ни опровергнуты данными наблюдения. Она — а вместе с ней и очень многие аналитики — полагает, что заявления такого рода являются допустимой экстраполяцией, основанной на различных клинических и биологических наблюдениях. Однако ей, без сомнения, следовало бы согласиться с тем, что мы располагаем

только предположениями и туманными идеями, а не твердыми фактами по поводу распределения либидо во внутриутробной жизни, «либидинозного компонента роста» или «нарциссизма, всецело лишенного психического содержания». Я отдаю себе отчет в том, что вырывать отдельные фразы из контекста — означает поступать по отношению к автору довольно некорректно, однако я настаиваю на том, что употребление формулировок такого рода без четкого указания на то, что они не претендуют на объяснение клинических данных, но представляют собой теоретические спекуляции, по отношению к читателю является нечестным.

В своей книге Гринакр приводит превосходные образы, используемые людьми для того, чтобы выразить чувства или «воспоминания», связанные с рождением, которое, например, могло восприниматься как «мост между разными формами бытия», «хиазма», «хиатус», «какой-то провал, очень похожий на смерть» и т. д. (Ibid., p. 20-21).

Гринакр приходит к выводу, что опыт рождения, вероятно, включает в себя все эти образы как исчерпывающие факторы, однако наиболее фундаментальной его характеристикой, видимо, является стремительный, но успешно заверченный переход от одного модуса жизни к другому. Она пишет: «Я могу только представить, каким образом происходит нарушение в общей организации нарциссического либидо плода в процессе рождения: оно состоит в некоем переходе от почти полной зависимости внутриутробной жизни к самому началу индивидуации или, по крайней мере, от полной зависимости внутри утробы к квазизависимости за пределами тела матери» (Ibid., p. 45).

Она повторяет высказывание Фрейда о том, что опыт рождения, по-видимому, структурирует паттерн тревоги

индивида, и добавляет: «Если формирование паттерна тревоги является защитой от опасности, то при организации нарциссизма образуется инструмент позитивной атаки, вызывающий агрессивное влечение» (Ibid., p. 19).

Все эти соображения могут быть — не без труда — интерпретированы как намек на состояние первичного нарциссизма, и именно этот смысл вкладывает в них Гринакр. Однако, по моему мнению, они могут быть интерпретированы без искажения сути как довольно сильные аргументы в пользу гипотезы о раннем взаимодействии между ребенком в утробе матери и его окружением. Рождение означает внезапное прекращение удовлетворяющих до этого момента отношений с окружением, представляющим собой некий неструктурированный «океан», в котором пока еще нет объектов. Мы вернемся к этим рассуждениям несколько позже.

Возвращаясь к книге Гринакр, я опускаю большинство клинических наблюдений относительно связи — предполагаемой или реальной — между травмой рождения и симптоматикой, появляющейся во взрослой жизни, потому что это довольно далеко вышло бы за рамки моей темы. И вместе с тем я отмечаю, что все приведенные Гринакр клинические наблюдения, касающиеся влияния коллизий постнатального периода, могут быть приняты в качестве аргументов в пользу вторичной природы нарциссизма как следствия фрустрации, исходящей от внешней среды. Для доказательства этого я приведу один отрывок из ее работы «Формирование паттернов на догенитальной фазе»: «Вернемся к вопросу об усилении первичного нарциссизма, вызванном ранней повторяющейся избыточной стимуляцией младенца: как было отмечено, такое усиление подразумевает более сильную пролонгированную тенденцию к примитивной идентификации, нарушение в формировании чувства реальности

и наряду с этим возрастание способности тела реагировать на стимулы и регистрировать их» (Greenacre, 1952).

Младенчество часто описывают как недифференцированное состояние, когда еще отсутствуют границы между индивидом и окружением — приемлемый взгляд, который будет обсуждаться далее в главе 12. Согласно альтернативному — или подобному ему — описанию, младенчество является фазой первичного нарциссизма и примитивной идентификации, которая позднее часто определялась как функциональный аспект первичного нарциссизма. Я бы хотел подчеркнуть, что есть логическое противоречие в допущении сосуществования этих двух состояний — если только термин «идентификация» сохраняет здесь свое обычное значение. Как было отмечено выше, Фрейд вполне признавал этот факт и обсуждал это в главе 3 «Я и Оно». Любая идентификация — в обычном смысле — означает изменение Эго под влиянием некоего ранее сильно катектированного внешнего объекта или элемента окружающей среды. Даже самая простейшая идентификация относится к чему-то вне индивида, и для того, чтобы что-то изменить в Эго в соответствии с неким внешним паттерном, этот паттерн должен быть очень важным для индивида. Таким образом, я считаю, что не может быть какой-то простейшей (или первичной) идентификации. Все идентификации должны быть *per definitionem* вторичными по отношению к катексису какого-то объекта или окружающей среды. Следовательно, первичный нарциссизм и простейшая (первичная) идентификация не могут существовать одновременно — если, конечно, они вообще существуют по отдельности.

В качестве другого аргумента в поддержку идеи первичного нарциссизма часто приводят тот факт, что в самые первые дни своей жизни младенец не способен осозна-

вать окружающий мир. Считается, что младенец находится в состоянии первичного нарциссизма, так как для него просто не существует внешнего мира, который мог бы быть катектирован. При этом часто игнорируется то, что этот аргумент вступает в противоречие с наблюдаемыми фактами. Ребенок либо спит, испытывая состояние удовлетворения и, таким образом, он «отрезан» от мира, либо он бодрствует, но тогда мы вынуждены допустить — как, например, это сделал В. Хоффер (Hoffer, 1959), — «что окружение-мать оказывает поддержку первичному нарциссизму ребенка, поэтому у ребенка отсутствуют представления об опасности, тревога или защита, у него все еще не сформировано Эго...» (р. 8). Таким образом, «необходимо сохранять состояние первичного нарциссизма как эквивалент поддерживающих качеств пренатальной матери» (р. 9).

В этой же работе Хоффер поднимает вопрос о возможном влиянии общепринятых в те дни форм ухода за ребенком, а именно пеленания на формирование концепции Фрейда о ранних состояниях. Пеленки, согласно Хофферу, «являются для развивающегося Эго чем-то вроде нарциссического панциря» (р. 10), то есть младенцы защищены от внешней стимуляции, следствием чего, вероятно, является замедление формирования их объектных отношений. «С прекращением пеленания первичный нарциссизм младенца подвергается угрозе, конечно, не на самом деле, а в глазах внешнего наблюдателя, который начинает замечать привязанность к объектам, заслоняющую первичный нарциссизм». Далее он добавляет: «Интересно... не объявляем ли мы прогрессом в науке психоанализа то, что, в сущности, является приспособлением наших концепций к доминирующим взглядам современности (а именно к способу ухода за детьми)» (Ibid., р. 11).

Все эти аргументы едва ли являются чем-то большим, чем претензией на то, чтобы считать спорный вопрос решенным. Во-первых, постулируется существование состояния первичного нарциссизма. Для того, чтобы огрaдить этот постулат от посягательств, далее постулируется, что (а) для защиты состояния первичного нарциссизма окружение-мать должна «поддерживать» ребенка; (б) ребенок не осознает изменений, которые происходят в этом «поддерживании» и (в) любые наблюдаемые отношения с окружением и любая наблюдаемая реакция на изменения в «поддерживании» (например, отсутствие пеленания) должны быть отвергнуты как ложные, так как в противном случае все это теоретическое построение рухнет.

Я думаю, что гораздо проще было бы принять идею о том, что сразу, с первых дней жизни ребенка у него имеются примитивные формы отношений с внешним миром, что младенец может осознавать любые значимые изменения в окружении и реагировать на них. Однако это означало бы — если исходить из аргументов Хоффера — что теория первичного нарциссизма вытекает главным образом из наблюдений за детьми, с которыми обращались равнодушно, туго пеленая их, исполняя рутинные ригидные манипуляции и т. д., и которые вследствие этого на гораздо более ранней стадии были вынуждены развить вторичный нарциссизм, главным образом в ответ на нарушение отношений со своим окружением.

Глава 12. Первичная любовь

Предположение о первичном нарциссизме — хотя и предлагает нам изящную, аккуратную и последовательную концепцию — приводит к неразрешимым противоречиям и неопределенностям. В наших теоретических выкладках мы легко смогли назвать источник либидо, то

есть Ид. Топологическое же определение «огромного резервуара либидо», а также точки фиксации первичного нарциссизма, оказалось невозможно. Различные формулировки, приведенные самим Фрейдом, являются противоречивыми и непоследовательными, Гартманн, Крис и Лёвенштейн, а также Джеймс Стрэчи, выдвинув новые гипотезы, решили некоторые проблемы, но создали новые. Другое неразрешимое противоречие касается хронологии: Фрейд поочередно определил с одинаковой степенью категоричности первичные объектные отношения, первичный аутоэротизм и первичный нарциссизм как самые ранние, наиболее примитивные формы отношений индивида с его окружением.

В этой затруднительной ситуации и аналитическая теория следует по проторенной дорожке, отсылая к более ранним периодам развития. Если Фрейд упоминал о «первичном нарциссизме у детей», то современные теоретики сочли необходимым отнести первичный нарциссизм к внутриутробной стадии. В предыдущей главе я старался показать, что плодом этой попытки является своего рода «чемоданная теория», в которой вы можете найти только то, что вы в нее вложили.

На протяжении всех пятидесяти лет, прошедших после создания психоаналитической концепции нарциссизма, не было приведено новых данных клинических наблюдений, подтверждающих существование или приемлемость первичного нарциссизма. Этот исторический факт наводит на определенные размышления. В то время как литература, посвященная первичному нарциссизму, скудна и не отходит далеко от повторения различных утверждений и предположений, сделанных Фрейдом, литература о вторичном нарциссизме весьма обширна и опирается на великолепные клинические наблюдения.

Хорошая теория должна обладать по крайней мере следующими тремя качествами. Во-первых, она должна быть свободна от внутренних противоречий; как мы уже видели, теория первичного нарциссизма с самого начала не отвечает этому требованию, а настойчивые попытки исправить этот изъян терпят неудачу. Во-вторых, она должна представлять собой эстетическую структуру, позволяющую интегрировать разрозненные наблюдения так, чтобы мы могли понять их более точно; теория первичного нарциссизма претендует на это, но, как показано в предыдущих главах, безуспешно. И в-третьих, теория должна давать возможность делать выводы, заключения или гипотезы, которые затем могли бы быть подтверждены или опровергнуты; насколько мне известно, из теории первичного нарциссизма следуют только теоретические спекуляции (некоторые из них обсуждались выше). Эти спекуляции, от которых нужно было бы отказаться, либо не поддаются возможной верификации, либо оказываются ложными, как, например, в случае предположения о недоступности больных шизофренией для аналитического лечения.

Какова же альтернатива? Мое предложение состоит из двух частей. Во-первых, я намерен показать, что теория первичного нарциссизма оказалась внутренне противоречивой и непродуктивной. Она создает больше проблем, чем помогает решить; пятьдесят с лишним лет напряженных размышлений и критических наблюдений не привели к разрешению внутренних противоречий, свойственных этой теории. Поэтому я не вижу оснований цепляться за нее. Во-вторых, я утверждаю, что необходимо привлечь клинический опыт работы с пациентами для создания новой теории вместо теории первичного нарциссизма, которую более легко по сравнению с последней можно было бы проверить или опровергнуть при помощи данных непосредственных наблюдений. Те, кто

знаком с моими работами, догадываются, что я имею в виду теорию первичных отношений с окружением, или — кратко теорию первичной любви.

Чтобы избежать возможного непонимания, я хочу сразу оговориться, что из названия моей теории — «теория первичной любви» — вовсе не следует, что я считаю, будто садизм или ненависть не имеют места в человеческой жизни либо то, что они играют весьма незначительную роль. Просто я убежден, что они представляют собой вторичные феномены, являются последствиями неизбежной фрустрации. Цель всех человеческих стремлений состоит в установлении — или в восстановлении — тотальной гармонии с окружением, в обретении ничем не нарушаемой любви. Хотя ненависть и садизм, очевидно, несовместимы с этим стремлением, вполне вероятно, что на стадиях, которые непосредственно предваряют вожденную гармонию, агрессивность — и, возможно, насилие — могут использоваться и даже доставлять удовольствие. Исходя из этих соображений, я назвал свою теорию «теорией первичной любви», а *fortiori fiat denominatio* (пусть будет усилено определение).

Мне потребовались многие годы клинической практики для того, чтобы придать моей теории ее настоящий вид; первые предварительные сообщения я сделал еще в 1932 году. Здесь ради краткости изложения я приведу ее в довольно аподектической форме, более подробно о ней говорится в моей книге «Нервное возбуждение и регрессия» (M. Balint, 1959).

Исходя из теории первичного нарциссизма, отношения новорожденного с окружением или минимальны, или их совсем нет. В таком мире до определенного времени существует только один объект, в зависимости от обстоятельств это может быть самость, Эго или Ид; то есть все

либидо размещено либо в чем-то одном, либо одновременно во всех сразу. Уже из биологии нам известно, что плод чрезвычайно сильно зависит от своего окружения, гораздо сильнее, чем младенец или взрослый человек. Следовательно, для благополучия плода и его правильного развития необходимо в первую очередь, чтобы окружение все время как можно полнее отвечало на потребности эмбриона. Значительное расхождение между потребностью и предложением может иметь тяжелые последствия и даже угрожать жизни.

Приняв эту биологическую ситуацию как модель распределения либидо в жизни эмбриона, то есть модель психического состояния, мы приходим к утверждению, что эмбрион, видимо, интенсивно катектирует окружение и этот катексис гораздо более сильный, чем катексис детей или взрослых. Однако это окружение, по-видимому, является недифференцированным: в нем пока отсутствуют объекты, да и вряд ли оно обладает какой-либо структурой. Здесь отсутствуют четкие границы между индивидом и окружением; они пронизывают друг друга, находятся вместе в состоянии «гармоничного скрещения». Примером этого гармоничного скрещения является рыба, обитающая в воде (один из наиболее архаичных и широко распространенных символов). Попытки определить, принадлежит ли вода во рту и в жабрах рыбы морю или же рыбе, представляются праздным занятием; то же самое можно сказать и в отношении плода. По причине того, что плод и окружение-мать представляют собой неразрывное и сложное скрещение плода как такового, околоплодных вод и плаценты, вопросы по гистологии и физиологии на эту тему в экзаменационных билетах медицинских учебных заведений являются сущим кошмаром.

Наконец, стоит вспомнить о том, что наше отношение к окружающему нас воздуху строится в рамках точно та-

кого же паттерна. Мы дышим воздухом для поддержания жизнедеятельности и не можем без него обойтись; делая вдох, мы вбираем в себя какую-то его часть и пользуемся ею по своему усмотрению; затем, выделив в него те вещества, от которых хотим избавиться, мы выдыхаем его, не уделяя этому процессу никакого внимания. В самом деле, воздух просто должен быть в наличии для наших нужд, и пока он есть в достаточном количестве и подходящего качества, мы совсем не замечаем его. Такое окружение просто должно быть, и пока оно есть — например, если у нас достаточно воздуха для дыхания,— мы принимаем его существование как само собой разумеющееся, мы не воспринимаем его как объект, то есть как нечто отдельное от нас; мы просто используем его. Ситуация меняется кардинальным образом, если в окружении происходят изменения (когда, например, человек испытывает недостаток воздуха); в этом случае окружение, которое как будто бы было некатектированным, обретает вдруг огромную важность, а это значит, что истинный латентный катексис становится явным.

В нашем отношении к воздуху, как и в примере отношений рыбы с водой, отсутствуют четкие границы. Попытки определить, является ли воздух, находящийся в наших легких или во внутренностях, нами или нет, представляются праздным занятием; мы просто живем с воздухом в почти гармоничном сочетании. Значимость состояний, схожих с отношениями такого типа, для аналитической техники будет обсуждаться в частях III, IV и V.

Согласно моей теории, индивид рождается в состоянии сильной привязанности к окружению, как биологической, так и либидинозной. До рождения имеет место гармоничное «скрещение» внешней среды и самости — по сути, они проникают друг в друга. Как уже было отмечено, в этом мире пока еще нет объектов, есть только субстанции и пространства без границ.

Рождение представляет собой травматическое событие, нарушающее это равновесие. Оно радикально изменяет окружение и принуждает — под угрозой смерти — к новым формам адаптации. Это дает мощный толчок разделению между индивидом и окружением или по крайней мере значительно его ускоряет. Из смещения субстанций и нарушенной гармонии безграничных пространств начинают появляться объекты, в том числе Эго. Объекты по сравнению с более благорасположенными субстанциями обладают прочными очертаниями и четкими границами, которые отныне нужно признавать и уважать. Теперь либидо уже не изливается из Ид в окружение гомогенным потоком; в его потоке под влиянием возникающих объектов появляются сгущения и разрежения.

Когда развивающиеся отношения с элементом окружения или объектом составляют болезненный контраст с прежним состоянием безмятежной гармонии, являющийся результатом принуждения к новой форме адаптации, либидо может быть отведено в Эго, что дает начало развитию или ускоряет его, — в этом состоит своего рода попытка возврата чувства «тождества», свойственная первым стадиям. Безусловно, эта часть либидо будет нарциссической, но по отношению к исходному катексису окружения — вторичной.

Таким образом, возможны четыре вида либидинозного катексиса, наблюдаемого в раннем младенчестве: (а) часть исходного катексиса окружения переносится на появляющиеся объекты; (б) другая часть исходного катексиса окружения в качестве вторичных средств смягчения фрустрации отводится в Эго — это нарциссический и аутоэротический катексис и (в) повторный катексис, исходит из вторичного нарциссизма Эго. Кроме этих довольно хорошо изученных форм катексиса, есть еще четвертый, в результате которого формируются окнофильческие и филобатические структуры мира (Balint,

1959). Хотя первичный катексис окнофилической структуры мира и соединен с изрядной долей тревоги, он, по-видимому, остается прочно связанным с появляющимися объектами, которые воспринимаются как безопасные и комфортные, тогда как пространство между ними является источником угрозы и ужаса. В филобатическом мире пространства без объектов удерживают исходный первичный катексис, они воспринимаются как безопасные и благорасположенные, тогда как объекты полны угрозы и вероломства.

Так как в отсутствие объектов окнофил чувствует себя потерянным и подвергающимся опасности, то при их появлении он цепляется за них, интроецирует их; по-видимому, он выбирает избыточное катектирование своих объектных отношений. Другой тип, филобат, чрезмерно катектирует функции Эго, он весьма преуспевает на этом поприще. Так как его объекты оказывают ему незначительную помощь либо вовсе не оказывают ее, он должен быть в состоянии поддержать себя без посторонней помощи. Именно на этом основании формируются как эдипов комплекс, так, возможно, и область созидания (см. главу 5). Это последнее обстоятельство может повлечь за собой регрессию к состоянию гармонического скрещения, присущего более ранним стадиям, в качестве первого шага ухода от объектов, которые оказались слишком грубыми и фрустрирующими. За этим следует попытка созидания чего-то лучшего, более доброго, понятного, красивого и прежде всего более последовательного, стойкого и гармоничного, по сравнению с реальными объектами. К сожалению, не всегда эта попытка бывает успешной; гораздо чаще то, что создается, бывает не лучше, но даже хуже горькой реальности.

Возможно, что большинство объектов являются безразличными (индифферентными) или даже фрустрирующими, но некоторые из них приносят удовлетворение; если

забота о ребенке не отличается дефицитом внимания и тепла, то исходный первичный катексис элементов окружения может быть сохранен. Эти элементы становятся тем, что я называю первичными объектами, отношения субъекта с такими объектами или с их производными в более поздние периоды жизни всегда представляют собой нечто особое, точнее, нечто более примитивное, чем отношение к чему бы то ни было еще в этом мире. Первичным объектом является прежде всего мать субъекта; примечательно, что для многих людей такие объекты представляют собой символы архаичной матери: воду, землю, воздух, реже — огонь. Я хотел бы, забегаая вперед, высказать предположение, что на определенных фазах удовлетворительного аналитического лечения аналитик принимает — должен принять — качества первичного объекта. Я вернусь к этой теме в главе 13 и в частях IV и V.

Прежде чем продолжить изложение, я хочу привести некоторые клинические и лингвистические наблюдения Т. Дои (T. Doi, 1962). Он сообщает, что в японском языке есть очень простое, повседневное слово — *атаеру* , непереходный глагол, обозначающий «желать любви или надеяться на нее», при этом имеется в виду первичная любовь. Существительным, производным от этого глагола, является *атае* , а прилагательное *атаи* означает «сладкий». Эти слова настолько общеупотребительны, что «японцы с трудом могут поверить, что в европейских языках отсутствует слово, аналогичное *атаеру* ». Более того, в японском языке есть богатая лексика, охватывающая отношения и настроения, возникающие при фрустрации или необходимости подавления желания *атаеру* . Все эти коллизии известны и на Западе, но мы не можем выразить их при помощи простых слов, разве что прибегая к таким сложным фразам, как например: «Он мрачен или дуется, потому что чувствует, что ему

не позволено выказать свое желание атаеги таким способом, каким ему хотелось бы сделать это; поэтому он затаил в себе душевную боль, имеющую, возможно, мазохистскую природу» и т. д. Дои добавляет, что, согласно его информации, в составе корейского языка, языка айнов и, возможно, китайского есть аналогичные слова.

Теперь вернемся к нашей основной теме. Не исключено, что поддержание примитивных отношений исключительно между двумя персонами требует от младенца на ранних стадиях постнатальной жизни крайнего напряжения его развивающихся способностей. Как обсуждалось в главе 10, возможно, именно здесь находится точка регрессии при шизофрении. На протяжении многих лет я считал, что есть только один тип примитивных отношений между двумя персонами, тип, который теперь я называю окнофилией. В рамках этих отношений в точном соответствии с описанием объект представляется жизненно необходимой поддержкой. Любая возможность сепарации вызывает интенсивную тревогу, в качестве защитной меры в такой ситуации наиболее часто прибегают к цеплянию. С другой стороны, катексис объекта, отвлеченный от первичных субстанций, настолько велик, что от объекта начинают ожидать, что он не станет причиной беспокойства и озабоченности, не будет обладать своими, отличными от индивида интересами; объект просто должен быть в наличии, и это принимается как само собой разумеющееся. Последствиями такого типа объектных отношений являются (а) завышенная оценка объекта, не обязательно связанная с избыточным катектированием нарциссическим либидо, и (б) некоторая задержка в развитии тех навыков индивида, которые могли бы способствовать независимости от объектов.

За последние примерно пятнадцать лет я пришел к выводу о существовании второго типа примитивных объ-

ектных отношений, точнее, отношений с окружением. Для этого типа я предложил термин «филобатизм». В этом случае объекты предстают безразличными или даже коварными и ненадежными, несущими угрозу, их лучше избегать. Поэтому индивид вынужден развивать собственные навыки — то есть свое Эго — для того, чтобы сохранить или снова обрести состояние гармонии или свободу перемещения в пространствах, где нет объектов, в таких, как горы, пустыня, море, воздух и т. п., относящихся к классу потенциально первичных объектов или, правильнее, первичных субстанций. Однако объектные отношения субъекта вместе с тем могут нарушиться.

Общая черта всех примитивных форм объектных отношений состоит в том, что объект в этих отношениях принимается как нечто само собой разумеющееся. Возможность существования нейтрального объекта, который через «работу овладения» должен стать сотрудничающим партнером, даже не подразумевается. В этих гармоничных отношениях между двумя персонами только одна сторона может иметь свои собственные желания, интересы и запросы; то, что другая сторона, объект или поддерживающее пространство, автоматически будет обладать теми же самыми желаниями, интересами и ожиданиями, принимается как некая данность, не требующая проверки. Видимо, поэтому такое состояние часто называют всемогуществом. По-моему, это определение звучит диссонансом, ведь здесь нет чувства власти и, по сути, нет нужды ни в могуществе, ни в усилии, потому что все состоит в гармонии.

Реакция на любую нестыковку или дисгармонию между субъектом и объектом будет состоять в резких и интенсивных внешних проявлениях, которые наводят на мысль об агрессивной, деструктивной и абсолютно дезинтегрирующей природе стоящих за ними процессов,

будто и самость и весь мир разбиты вдребезги, будто индивид затоплен чистыми абсолютными агрессивно-деструктивными импульсами. Напротив, при отсутствии значительных внешних воздействий, нарушающих состояние гармонии, реакция заключается в чувстве покоя, тихого благополучия, которые весьма неприметны, их трудно наблюдать.

Это отличие, выраженное средствами языка взрослого человека, звучало бы приблизительно так: «Меня должны любить и заботиться обо мне все те, кто имеет для меня большое значение. Никто не может требовать от меня за это усилий или какой-то платы. У людей, которые так важны для меня, либо вовсе не должно быть интересов, желаний и потребностей, которые отличались бы от моих собственных, либо они должны иметь второстепенное значение. При этом у моих близких не может возникать чувства негодования или напряжения, потому что, подлаживаясь к моим желаниям, они должны получать удовольствие и радость. Имеют значение только мои желания, интересы и потребности. Если все происходит именно так, то я чувствую себя хорошо, мне приятно, я счастлив, но и только. В противном же случае меня ожидает кошмар, но тогда содрогнется и весь мир».

Помня о том, что продолжающиеся на этой фазе гармоничные отношения между субъектом и объектом или между субъектом и пространством так же важны, как и стабильное снабжение воздухом, мы поймем, отчего имеют место эти резкие, неистовые и агрессивные внешние проявления, когда нарушается гармония между субъектом и его первичным объектом или субстанцией. Первичные отношения настолько важны для субъекта, что всякое вмешательство со стороны, противоречащее его потребностям или желаниям, будет невыносимо для

него, и он будет просто вынужден прибегнуть к отчаянным мерам.

Каким образом в этих отношениях возникает ненависть? Ненависть означает ту же фиксацию безусловной зависимости от первичной любви, с одним отличием: ее знак изменяется на противоположный. Как я отмечал в своей работе «О любви и ненависти» (Balint M., 1951), одних только внутренних изменений вряд ли будет достаточно для того, чтобы освободить индивида от фиксации на его ненависти, здесь необходимо содействие со стороны окружения. В редких случаях какие-нибудь внешние события могут случайно привести к изменениям в окружении индивида, однако для этого необходимо столь редкое стечение обстоятельств, что вероятность такого варианта в реальности очень мала. Единственной ситуацией, в которой от внешнего окружения можно ожидать намеренного и последовательного согласия с придирическими требованиями, является аналитическая ситуация, особенно в фазе «нового начала». Только в том случае, если аналитику удастся правильно реагировать на примитивные, нереалистичные желания пациента, пациент получает поддержку в преодолении тягостного неравенства между ним и его окружением. При этом зависимость пациента от его первичного объекта, которая отыгрывается на начальной фазе аналитического процесса, может существенно ослабеть или даже вовсе исчезнуть. Когда неравенство и зависимость преодолены, необходимость в какой-либо защите против них отпадает. Только тогда, по большому счету, возможно отказаться от ненависти, в результате чего может быть снижена интенсивность агрессивных, деструктивных импульсов.

Если моя теория верна, то можно ожидать, что в каждом случае аналитической терапии, в котором регрессии позволено выйти за определенные рамки, можно встретить все три вида объектных отношений — наиболее прими-

тивное гармоничное взаимное скрещение, окнофилическое цепляние за объекты и филобатическое предпочтение безобъектных пространств. На самом деле я пришел к моей теории кружным путем: я построил эту концепцию, взяв за основу наблюдения из своей аналитической практики, где и обнаружил эти три типа отношений ко мне и к окружению.

Какое же место в этой теории занимает нарциссизм? Я полагаю, что всякий нарциссизм является вторичным по отношению к самому примитивному типу отношений, а именно гармоничному взаимному скрещению. Непосредственной его причиной всегда являются трения между индивидом и его окружением. Это ведет к фрустрации, вследствие чего индивид приходит к дифференциации того, что прежде было гармоничным скрещением самости и окружающей среды, он отводит части своего катексиса от окружения и инвестирует их в развивающееся Эго.

Глава 13. Взрослая любовь

В работе «О нарциссизме» Фрейд писал: «... быть любимым составляет цель и дает удовлетворение при [нарциссическом] выборе объекта» (Standard Edition, XIV, p. 98). Это, конечно же, еще одно безупречное клиническое наблюдение, однако, с точки зрения теории, оно несколько поп *sequitur*. Нарциссический выбор объекта означает, что в качестве объекта любви субъект выбирает самого себя или кого-то, кто представляет субъекта либо является производным от него. В то же время из теории нарциссизма не следует с необходимостью, что субъект должен желать быть любимым другими. Напротив, поскольку он отвел свое либидо от внешнего мира или, выражаясь иначе, не катектирует внешний мир, только он сам или некто, представляющий его, может

иметь значение. Логично было бы предположить, что оставшаяся часть его окружения будет более или менее безразличной для него. В этом состоит еще одно внутреннее противоречие, присущее теории первичного нарциссизма.

Вся клиническая литература, посвященная нарциссизму, то есть вторичному нарциссизму, представляет знакомую картину превосходных, легко поддающихся проверке наблюдений, с трудом размещающихся на прокрустовом ложе первичного нарциссизма. Анни Райх (Annie Reich, 1953), например, говорит, что на догенитальном уровне сексуального развития объекты «эгоистически» используются субъектом для собственного удовлетворения; интересы объектов еще не могут быть учтены; «называем ли мы такое поведение фиксацией на догенитальном уровне, объектными отношениями или нарциссическим поведением, — это вопрос терминологии»? Она добавляет: «На этих ранних уровнях чаще встречаются пассивные установки, чем активное стремление к объекту» (Tbid., p. 22-24).

Я сомневаюсь в том, что могут быть обнаружены логические связи между такими клиническими фактами, как пассивное желание быть любимым, «эгоистическое» использование объектов, неспособность соблюдения их интересов, а также преобладание установок пассивного ожидания над активным стремлением к удовлетворению, и теорией первичного нарциссизма, которая утверждает, что все либидо сконцентрировано либо в Эго, либо в Ид, либо в самости.

Мне также непонятно, почему с точки зрения нашей теории не имеет значения, описываем ли мы эти клинические факты как фиксацию на догенитальном уровне, как объектные отношения или как нарциссизм, и почему все это должно сводиться только к вопросу терминологии.

гии. Наряду с последним утверждением я позволил бы себе повторить, что здесь мы сталкиваемся с естественным следствием применения «чемоданной теории», какой и является теория первичного нарциссизма. Перед тем как отправиться в путешествие, необходимо определиться с тем, что нужно сложить в чемоданы, и упаковаться в соответствии с этим перечнем. Если же впоследствии вдруг окажется, что имеется необходимость в чем-то еще, то не остается ничего другого, как приобрести необходимое уже *en route*.

Перечисленные выше факты хорошо согласуются с теорией первичной любви. Фактически они могут быть предсказаны ею и, таким образом, эти факты можно принять в качестве подтверждающих доказательств. «Пассивные установки» и потребность быть любимым, наряду с «эгоистичными» формами любви и неспособностью учитывать интересы или благополучие объекта, представляют собой неотъемлемую часть отношения к первичному объекту. Как я уже отмечал, претензия субъекта во всех трех формах примитивных отношений — гармоническом взаимном скрещении, окнофилии и филобатизме, — состоит в том, чтобы ему было позволено относиться к своим объектам или окружению как к чему-то само собой разумеющемуся. Первичные объекты просто не могут иметь свои собственные интересы; единственная их забота, чего бы это им ни стоило, должна заключаться в сохранении состояния гармонии.

Таким образом, окончательная цель всех либидинозных устремлений состоит в сохранении или восстановлении изначальной гармонии. Я позволю себе еще раз процитировать Анни Райх, которая так описывает чувство экстаза, сопровождающее оргазм: «В этом состоянии женская индивидуальность будто бы прекращает свое существование, женщина чувствует себя слившейся с мужчиной» (*Ibid.*, p. 27). Она сравнивает это *in*io *mystica* с

тем, что Фрейд назвал океаническим чувством — «слиянием себя с миром, с первичным объектом, и это связано с временным отказом от разделяющих границ» (Ibid., p. 27). Я позволю себе повториться, что это клиническое наблюдение, являясь естественным следствием теории первичной любви, также должно было бы занять свое место в «чемодане» теории первичного нарциссизма.

Именно это *unio mystica* (мистическое соединение), восстановление гармоничного скрещения между индивидом и наиболее важной частью окружения, объектом его любви, и составляет стремление, разделяемое всем человечеством. Чтобы достичь его, нейтральный или даже враждебный объект должен быть преобразован в сотрудничающего партнера посредством того, что я назвал работой завоевания (Balint M., 1948). Так объект становится партнером, который на какой-то малый промежуток времени вынужден согласиться с тем, что его принимают как нечто само собой разумеющееся, считая, что его интересы полностью совпадают с интересами индивида. Люди значительно различаются по своим навыкам, требующимся для этого «завоевания», и, как следствие, не каждый способен к периодическому достижению оргазма или гармоничных партнерских отношений. Все же существует наиболее распространенный способ восстановления первичного гармонического скрещения.

В жизни взрослого человека есть и другие пути для достижения этой окончательной цели, все они требуют определенных навыков и талантов. Это и религиозное вдохновение, и возвышенные моменты творчества художника, а также определенные периоды регрессии у пациентов во время аналитического лечения. Несмотря на то, что во всех этих состояниях создается впечатление нарциссического ухода, — так как индивид сосредоточен на самом себе, — общая их фундаментальная черта состоит в том, что индивид в эти очень краткие про-

межутки времени может испытать переживание истинного и фактического исчезновения всякой дисгармонии, ощутить на мгновение совершенное понимание, полное гармоничное слияние с остальным миром.

Резюме

1. Фрейд предложил с одинаковой степенью категоричности три теории, объясняющие наиболее примитивные отношения индивида и его окружения. К ним относятся теория первичных объектных отношений, теория первичного аутоэротизма и теория первичного нарциссизма. Хотя эти три концепции находятся во взаимном противоречии, Фрейд никогда не обсуждал данный факт в своих публикациях.

2. Вместо того чтобы предпринять попытку синтеза этих концепций, Фрейд отдал предпочтение теории первичного нарциссизма. Аутоэротизм был определен как характеристика удовлетворения на фазе первичного нарциссизма, тогда как любые объектные отношения, независимо от того, к какому типу они относятся, анаклитическому или нарциссическому, рассматривались как вторичные. Такое теоретическое построение содержит в себе несколько внутренних противоречий, и ни одно из них не было признано Фрейдом. В последние годы эти противоречия были замечены, на них указывали Гартманн, Крис и Лёвенштейн, помимо этого, они предложили новую терминологию, которая хотя и разрешила некоторые старые проблемы, но, видимо, создала новые.

3. Пересмотр аргументов в пользу существования первичного нарциссизма, которые приводил Фрейд и следом за ним другие авторы-аналитики, показал, что эти аргументы доказывают только существование вторичного нарциссизма. Регрессивные состояния при шизофрении и во время сна без сновидений являются двумя исклю-

чениями, которые не могут быть объяснены исходя только из представлений о вторичном нарциссизме; оказалось, однако, что даже в этих двух случаях регрессия относится в большей степени к примитивным формам отношений, чем к первичному нарциссизму.

4. Так как клинические наблюдения не могут предоставить достаточно надежного основания для принятия теории первичного нарциссизма, аналитическая теория прибегает к приему отнесения этого феномена к периоду эмбриональной фазы. Тщательное исследование имеющихся данных позволяет предположить, что теория первичного нарциссизма не следует с необходимостью из данных этих наблюдений, хотя и согласуется с ними. Предложена теория первичной любви, которая, по-видимому, более соответствует наблюдаемым фактам.

5. Эта теория позволяет объяснить большее число клинических фактов, открывая путь к их интеграции, что составляет убедительный аргумент в пользу ее надежности. К таким клиническим фактам относятся: опыт терапии больных шизофренией, алкоголизмом, «нарциссических» пациентов, а также различные модификации техники, предложенные несколькими авторами, которые позволяют пациенту установить терапевтически эффективные отношения в аналитической ситуации.

6. И, наконец, в данных исследования эротической жизни человека мы имеем некоторое дополнительное подтверждение теории первичной любви.

Часть III. «Пропась» и реакции аналитика на нее

Глава 14. Регрессия и ребенок в пациенте

Обычно в аналитической ситуации на аналитика ложится груз коммуникаций, которые не всегда осуществляются посредством слов. «Толерантность» к подобным вещам имеет определенные последствия. Наиболее важное, — вероятно, то, что подобная политика открывает двери для отыгрывания, которое тождественно регрессии, ибо слова всегда являются более зрелой формой коммуникации, по сравнению с действием или даже жестом.

Вообще говоря, процесс становления и развития культуры связан с тенденцией к уменьшению физической массы, то есть к уменьшению доли мышечной энергии в выражении какой-то идеи, впечатления или сообщения. Чем меньше задействовано мышечной массы в движении, тем более оно становится утонченным и изящным. Мышцы речевого аппарата, по сравнению с остальными

скелетными мышцами, обладают наименьшей массой и являются самыми тонкими и изящными, поэтому их активация требует, по сравнению с работой других мышц, меньше энергии. Однако процесс созревания на этом не останавливается. Ребенок или первобытный человек прежде всего начинает издавать крики или возгласы вместо того, чтобы совершать какие-то действия, то есть учится выражать эмоции с той же интенсивностью, но при этом обходиться меньшим объемом задействованной физической массы и расходовать меньше мышечной энергии; затем он учится не кричать и вообще меньше шуметь. Сдержанность и дисциплина приносят свои плоды: средства выражения душевной жизни — сознательной и предсознательной — становятся более утонченными и разнообразными. Гипотетически этот процесс может пойти и вглубь, затрагивая область бессознательного; и это было бы еще одним примером того, что Фрейд назвал воспитанием влечений.

Сущность аналитической ситуации состоит в том, что процессы созревания и овладения культурой в каком-то смысле получают обратное направление. Пациент обучается открыто выражать — подчас с первобытной интенсивностью — свои мысли и чувства, вместо того чтобы маскировать их или изъясняться намеками. Вскоре он понимает, что одних только отрывочных фактических описаний недостаточно, сопровождающие их эмоции также должны быть выражены. Тогда пациент начинает варьировать интенсивность и высоту своего голоса, использовать жесты или движения; он может позволить себе оказаться захваченным своими эмоциями. Так он приближается к отыгрыванию при переносе или в аналитической ситуации.

Все это неизбежно открывает путь регрессивной тенденции, которая увлекает за собой как пациента, так и аналитика. С этого момента развитие событий будет оп-

ределяться реакцией аналитика. Конечно, каждый аналитик будет стараться понять смысл того, что пациент пытается передать ему отыгрыванием. Вместе с тем аналитик сможет оказывать влияние на отыгрывание только при условии, что он донесет тем или иным способом до пациента (то есть выразит) свое понимание происходящего. Однако индивидуальные способы выражения понимания или, как я предпочитаю это называть, привычные реакции аналитика на «отыгрывание», «поведение» или «повторение» пациента могут быть совершенно разными. Все эти разные способы выражения, используемые постоянно или время от времени, будут оказывать существенное влияние на «атмосферу» в кабинете аналитика.

Разумеется, первым аналитиком, описавшим атмосферу, которую формировали его устойчивые «реакции», был Фрейд; он сравнил их с отражением окружающего мира хорошо отполированным зеркалом. Это означает, если понимать буквально, что аналитик не привносит никакого постороннего материала в аналитическую работу, он только отражает без искажения то, что исходит от пациента. Однако — хотя это никогда не утверждалось явно — такое возможно только в том случае, если материал, предоставляемый пациентом, состоит почти исключительно из слов, а вклад аналитика в развитие ситуации *a fortiori* (тем более) состоит только из слов. И пациент, и аналитик используют и понимают слова так, как это обычно принято у взрослых людей. Действительно, среди описаний случаев, опубликованных Фрейдом, я не смог найти ни одного упоминания об интерпретации какого-нибудь невербального материала, предоставленного пациентом, однако уже в «Очерках об истерии» (1895) Фрейд фиксировал данные наблюдения невербальных феноменов. Памятуя о том, с какой бескомпромиссной аккуратностью Фрейд описывал свою клиниче-

скую работу, представляются очевидными те ограничения, которые он наложил на себя. Зеркало отражает образ, но не изменяет его природы; следовательно, слова могут быть отражены при помощи слов, перевод же невербального материала в словесную форму выходит за рамки функции зеркала в аналитической работе.

Постепенно мы научились понимать и использовать не только вербальный материал, предоставляемый нашими пациентами, но и то, что я называю «атмосферой», которая отчасти создается словами, отчасти манерой пациента выражаться и отчасти всем тем, что называют «отыгрыванием», «поведением» или «повторением» в аналитической ситуации. Эта последняя группа факторов, как я только что отметил, всегда имеет аспект регрессии.

В клинике это означает, что явления, за которыми стоит регрессия, время от времени будут наблюдаться в процессе аналитической терапии каждого пациента. Однако у аналитиков существует очень широкий спектр мнений по поводу частоты, значения и важности этих феноменов. Мнения расходятся и относительно того, в какой степени причина появления этих феноменов скрыта в самом пациенте, то есть обусловлена его личностью, природой и тяжестью его расстройства, а в какой — индивидуальной техникой аналитика. По моему мнению, и аналитик, и пациент вносят свой вклад в появление этих феноменов, и разобраться в том, кому какая часть «вклада» принадлежит, не так-то просто. Любое объяснение, в котором акцент ставится только на роли пациента, может быть ошибочным с самого начала. Но даже если кто-то и замечает эту ловушку, все равно весьма вероятно, что всякое толкование будет подвержено влиянию индивидуальных предпочтений автора, а особенно его повседневного опыта, который, по крайней мере отчасти, обусловлен его индивидуальной техникой.

Мое описание не является исключением из этого правила.

Конечно, не весь материал, предъявляемый в терапии (как и в научной дискуссии) обеими сторонами, подается на вербальном уровне, хотя, конечно, значимость невербального материала в этих ситуациях разная. Вообще говоря, именно пациент постепенно подталкивается к тому, чтобы представлять свой невербальный материал — в том числе и свои регрессивные тенденции — при помощи слов. Так у пациента происходит «преобразование повторения в воспоминание». Аналитик же, как правило, не испытывает подобного давления. Его профессиональное поведение, то есть элементы его техники, настолько стандартизовано, что представляется ему «естественным», разумным и научно обоснованным, поэтому, имея дело с «нормальными», гладко протекающими случаями, аналитик не будет видеть необходимости в трансформации его «повторения в воспоминание» путем вербализации своего привычного поведения в терапевтической ситуации, что могло бы сделать последнее предметом тщательного исследования. Во многих отношениях такая политика разумна и практична, особенно с точки зрения психической экономии. Аналитик может и далее успокаивать себя тем, что в прошлом, во время обучения, его поведение подверглось такого рода тщательному изучению. Именно таким путем аналитики приходят к идее «классической» или «правильной» техники — в зависимости от ситуации.

Давайте уделим некоторое время этому примеру и начнем с рассмотрения продукции пациента. Что касается регрессии, то пациенты очень сильно отличаются друг от друга в этом отношении. В целом среди них можно выделить два крайних типа, между которыми, конечно, расположено множество переходных. Для достижения удовлетворительных результатов в терапии пациентов,

относящихся к одному из этих крайних типов, регрессия, выходящая далеко за пределы эдипова уровня, не обязательна. С пациентами, относящимися к другому типу, едва ли могут быть получены какие-то реальные стабильные результаты на сколько-нибудь значительный срок; здесь можно говорить только о так называемых краткосрочных трансферентных улучшениях. Реальные терапевтические результаты приходят только после некоторого краткого или продолжительного периода регрессии, природа же регрессивных проявлений в сопоставлении с хорошо изученными феноменами, принадлежащими эдипову уровню, всегда является более примитивной.

Теперь давайте вернемся к реакциям аналитика, которые, как только что говорилось, являются важной составляющей его вклада в формирование «атмосферы». Здесь хорошим примером, выбранным из всего многообразия возможных вариантов, могла бы послужить реакция аналитика на требование пациента увеличить время аналитического сеанса. Обычно продолжительность сеанса составляет 50 минут, и у аналитика, как правило, есть пять-десять свободных минут до приема следующего пациента. Нужно ли пойти навстречу просьбе пациента и позволить ему иногда оставаться на пять-десять минут дольше? Нужно ли компенсировать пяти- или десятиминутное опоздание пациента? Абстрагируясь от того, что аналитик может проявить гибкость в определенных пределах, заданных внешними обстоятельствами (следующий пациент уже может ожидать своей очереди, с другой стороны, может статься, что следующий час после этого пациента у аналитика свободен и пациент каким-то образом знает или не знает об этом, и т. д.), спросим, должен ли он в принципе соглашаться на увеличение времени сеанса, и если да, то какими крите-

риями необходимо руководствоваться в принятии соответствующего решения?

Ситуация становится еще более запутанной, если пациент просит о дополнительном сеансе во время выходных, после окончания рабочего дня или даже во время отпуска аналитика. Я полагаю: независимо от того, каким будет ответ аналитика, неопровержимый факт состоит в том, что в создании «атмосферы» аналитического лечения принимает участие не один только пациент, но также и аналитик. Пример пациента Анны Фрейд, которому было позволено звонить своему аналитику в любое время или даже в выходные дни, представляет собой убедительное свидетельство того, что не существует абсолютной несовместимости между приемами «классической» техники, с одной стороны, и принятием и удовлетворением некоторых регрессивных тенденций (или отыгрывания) — с другой; иначе говоря, последнее не является необратимым параметром.

В качестве примеров здесь приведены довольно очевидные ответы аналитика на отыгрывание пациента при регрессии; я выбрал их из соображений простоты обсуждения, поскольку они обладают несложной структурой. Несомненно, существует неисчислимое множество вариантов ответа аналитика на тонкие формы регрессии пациента, однако попытки их описания сталкиваются с серьезными трудностями. Ответом аналитика могут быть безразличие, осуждение или некоторые едва заметные знаки раздражения. Он может допустить отыгрывание и сразу же вслед за этим предложить корректную и своевременную интерпретацию, благодаря которой пациент одолеет несколько шагов в обучении языку аналитика и будет сдерживать дальнейшее отыгрывание. Он может отнестись к отыгрыванию сочувственно, как к предохранительному клапану, либо спокойно, как к чему-то само собой разумеющемуся, считая, что необходимость интерпретации именно

терпретации именно отыгрывания, то есть вмешательства в него, не больше и не меньше, чем необходимость интерпретации любой другой формы коммуникации, например словесной ассоциации. Очевидно, что только в этом последнем случае отыгрывание и свободные ассоциации в равной степени принимаются как коммуникации, адресованные терапевту.

Аналитик также может принять потребность пациента в регрессии как понятную коммуникацию, как фантазию, которая во всех иных отношениях является совершенно нереалистичной; поэтому реакция аналитика — явная или скрытая — будет означать, что любое удовлетворение таких потребностей было бы несовместимо с аналитической ситуацией. Совершенно иное дело представляло бы признание за потребностью в регрессии права на существование в рамках аналитической ситуации. Наконец, возможен вариант, когда аналитик не только принимает некоторые из этих потребностей как полностью имеющие такое право, но и удовлетворяет их в той степени, в которой удовлетворение совместимо с аналитической ситуацией. Это как раз то, что произошло в случае пациента Анны Фрейд, который упоминался выше.

Конечно, все эти реакции — каждая по своему — вносят свой вклад в создание «атмосферы» лечения. Некоторые реакции широко распахивают ворота регрессии, другие оставляют только узкий проход, иные закрывают ей путь. Таким образом, регрессия во время терапии зависит не только от пациента, но и от аналитика. В главах 16-18 мы вернемся к некоторым «стандартным» реакциям и их последствиям и рассмотрим их детально. Однако перед тем как приступить к этому, я приведу описание неизбежных последствий регрессии, в которой допускается отход к областям, лежащим глубже эдипова уровня.

Выше было показано, что все без исключения пациенты, испытывая влияние аналитической ситуации, регрессируют до определенной отметки, то есть становятся инфантильными и испытывают по отношению к аналитику интенсивные примитивные эмоции; конечно, все это представляет собой неотъемлемую часть того, что принято называть переносом.

Эти чрезвычайно интенсивные эмоции в отношениях пациента и аналитика приводят к возникновению между ними особого неравенства. Аналитик предстает как могущественная, жизненно важная персона при условии, что он способен или желает удовлетворять либо фрустрировать надежды, желания и потребности своего пациента. За пределами этой сферы аналитик едва ли существует для пациента как реальная, обычная личность. Конечно, у пациента роятся разнообразные фантазии по поводу своего аналитика, но они, как правило, в большей степени имеют отношение к внутреннему миру пациента, чем к реальной жизни и реальной личности аналитика. Несмотря на то, что обычно пациент в сравнении с аналитиком ощущает себя слабым и гораздо менее важным, значение имеет только он (пациент), и это значение приобретает колоссальные масштабы. Все должно вращаться только вокруг его желаний, импульсов и потребностей, только его интересы все время должны находиться в фокусе внимания.

Этот паттерн является основным. Исключений не существует, но его интенсивность и продолжительность могут быть разными у разных пациентов. Некоторые пациенты не заходят за определенную черту; терапевтические процессы, инициируемые в этом случае, оказываются достаточно результативными для того, чтобы гарантировать необходимую реорганизацию, спустя некоторое время пациент спонтанно оставляет область этих примитивных двухсторонних отношений и исцеляется. В слу-

чаях терапии других пациентов вместе с процессами, о которых только что говорилось, протекают и иные процессы.

В части I я обрисовал в общих чертах внешние проявления тех процессов, с которыми может столкнуться аналитик. Здесь я приведу только наиболее важные наблюдения. Слова перестают быть надежным общепринятым средством коммуникации между пациентом и аналитиком; в частности, у пациента обозначается тенденция истолковывать словесные интерпретации аналитика как знаки враждебного отношения и агрессии либо как знаки привязанности. Пациенты начинают слишком много узнавать об аналитике; часто они гораздо больше осведомлены о настроениях аналитика, чем о своих; вместе с тем их интерес к анализу все более и более отделяется от их собственных проблем и страданий, которые и заставили их изначально искать помощи у аналитика; их все больше и больше занимает угадывание «действительных мотивов» аналитика, скрывающихся за его словами, за тем, как тот себя ведет, или за его особым «настроением». Все это поглощает значительное количество либидо и, возможно, именно поэтому в таких ситуациях у пациентов наблюдается заметное ослабление мотива к улучшению своего внутреннего состояния, утрата желания и даже способности изменяться. Вместе с тем их надежды, связанные с аналитиком, вырастают до размеров, которые выходят за любые реалистические рамки, проявляясь как в позитивном аспекте — в симпатии, понимании, внимании, небольших подарках и других знаках внимания, так и в негативном — в яростных атаках, безжалостном возмездии, ледяном безразличии и чрезмерной жестокости. Кратко характеризуя эту ситуацию в одной фразе, можно сказать, что прошлое почти утратило свое значение для пациента; все внимание сосредоточено только на аналитическом настоящем.

В привычных аналитических терминах все это можно описать как обострение невроза переноса, или переноса любви, который полностью подчиняет себе терапевтическую ситуацию, становясь настолько интенсивным, что перестает быть доступным для обычных интерпретаций. Некоторые аналитики полагают, что причиной этого являются паранойяльные фантазии пациента, связанные со страхом преследования, вторгшиеся в перенос. По моему мнению, все эти толкования слишком неубедительны и не затрагивают сути проблемы (Balint., 1958).

Хорошо известно, что иногда даже у наиболее искушенных и опытных аналитиков бывают трудности и даже временные неудачи с пациентами. Мы должны признать, хотя это и неприятно, что из данного правила нет исключения. Я утверждаю, что подавляющее большинство трудностей и неудач возникает при лечении пациентов, демонстрирующих симптомы, о которых только что говорилось. Эти пациенты обычно характеризуются, как «глубоко нарушенные», «глубоко расщепленные», «шизоидные или параноидные», «страдающие от глубокой нарциссической раны», «имеющие слишком слабое или незрелое Эго» и т. д.; все эти характеристики подразумевают, что корень проблем таких пациентов лежит дальше и глубже эдипова комплекса, который обычно находится в фокусе внимания при работе с типичными пациентами.

Чтобы достичь лучшего понимания некоторых трудностей, с которыми мы сталкиваемся в терапевтической работе с пациентами этого типа, в части I я предложил рассматривать человеческую психику — или только ту ее часть, которая называется Эго — состоящей из трех частей: области эдипова комплекса, области базисного дефекта и области созидания. Каждой области свойствен особый тип активного психического фактора и спе-

цифический уровень психических процессов. Итак, подведем итоги.

В области эдипова комплекса типичную структуру составляют трехсторонние отношения, в которые вовлечены субъект и два объекта; источником специфического для этой области активного фактора является конфликт, а уровень психических процессов находится в соответствии с общепринятым языком взрослых людей и может быть адекватно выражен с его помощью.

Превалирующей структурой в области базисного дефекта являются отношения только между двумя персонами, более примитивные, чем отношения, устанавливающиеся между взрослыми людьми. Здесь активный психический фактор не представляет собой конфликт; природа этого фактора будет обсуждаться позже, в частях IV и V. Однако уже сейчас я могу отметить, что при определенных условиях активный фактор, действующий на этом уровне, может стать источником образования состояний злокачественной зависимости, поэтому в нашей литературе для его обозначения обычно используют слово «жадность». Уровень психических процессов и, в частности, то, как они проявляются в терапевтической ситуации, характеризуются при помощи таких терминов, как «доэдипов», «догенитальный», «довербальный» и т. д. В главе 4 я подробно объяснил, почему я считаю, что все эти термины вводят в заблуждение, и почему я предложил называть этот уровень уровнем базисного дефекта.

И, наконец, у нас есть область созидания, которая характеризуется отсутствием каких бы то ни было внешних объектов. Поскольку наш аналитический метод основан на переносе, то есть предполагает обязательное присутствие субъекта и как минимум одного внешнего объекта, то мы не можем ни исследовать уровень психи-

ческих процессов в этой области, ни изучить специфический активный фактор, так как не располагаем прямым доступом в эту область. Тем не менее процессы, происходящие в этой области, очень важны для нашей техники, как это видно на примере — наряду с другими ситуациями — проблемы молчащего пациента.

Итак, можно ожидать, что мы столкнемся с тремя различными типами терапевтических процессов, разворачивающихся в психике, и аналитикам скорее всего понадобятся три разных блока технических приемов, каждый из которых должен быть приспособлен для воздействия на соответствующую область психики. Кроме того, поскольку аналитическая ситуация, по существу, представляет собой отношения между двумя персонами и многие аспекты этих отношений, безусловно, более примитивны, чем отношения на эдиповом уровне, то можно было бы ожидать лучшей (по сравнению с теорией и техникой, имеющими отношение к двум другим областям) основательности и степени проработки теоретических представлений, касающихся области базисного дефекта, а также наших технических методов, служащих для работы с проблемами, возникающими на данном уровне.

На самом деле все, конечно же, наоборот. Наша теория по большей части предназначена для объяснения психических структур и процессов, принадлежащих эдипову уровню; «классическая» аналитическая техника, которая, без сомнения, наиболее обоснована в ряду всех аналитических методов, служит почти исключительно для решения проблем, активным фактором динамической структуры которых является некий конфликт или конфликты; эти проблемы без значительных затруднений могут быть выражены при помощи общепринятого языка, то есть они принадлежат эдиповой области.

Давайте рассмотрим феномен регрессии с несколько иного ракурса, чтобы понять, в чем состоит суть отличия между техническими проблемами, возникающими в эдиповой области, и теми, что возникают в области базисного дефекта. Одним из самых первых зафиксированных фактов клинических наблюдений является прекращение стремления пациентов к сотрудничеству на определенном этапе аналитического лечения. Это может выражаться в отказе от изменений, от продвижения вперед; в очевидной абсолютной неспособности принять какие-либо неблагоприятные внешние обстоятельства или переносить возрастающее напряжение. В том случае, если период отказа от сотрудничества быстро подходит к концу, это истолковывается как прекращение сопротивления или «расщепления», однако, если этот период затягивается, в этом видят доминирование шизоидно-паранойяльных механизмов. Согласно другому варианту толкования, в основе этих состояний лежит неразрешенное чувство обиды, вызванное тем, что пациент не получил необходимого для него количества любви, сочувствия и понимания от матери и тех персон, которые позже ее представляют.

Всегда подразумевается, что в психике каждого пациента есть часть, которая отказывается от сотрудничества. Однако вопрос о критерии для определения степени сотрудничества данного пациента в определенный период времени в конкретной аналитической ситуации освещался очень мало. В случаях глубокой регрессии пациент, по-видимому, не может понять, чего от него ждут (например, согласия с нашим «фундаментальным правилом»); в такие моменты практически бесполезно пытаться напоминать ему о проблемах, которые побудили его искать помощи у психоаналитика, поскольку отношения с аналитиком, то удовлетворение или та фрустрация, которые они могут принести, является единст-

венным, что его интересует. Создается впечатление, будто весь смысл аналитической работы утрачен. Когда становится ясно, что такой перенос, поглотивший почти все либидо пациента, имеет структуру исключительно двухсторонних отношений, в противоположность «нормальному» эдиповому переносу, который всегда тройственен, то перед нами предстает еще один диагностический признак того, что пациент достиг уровня базисного дефекта.

Это подводит нас непосредственно к нашей главной теме, а именно к вопросу, как сделать так, чтобы та часть индивида, которая отказывается от сотрудничества, стала сотрудничать, то есть получать помощь от аналитика. То, о чем я здесь говорю, несколько отличается от преодоления сопротивлений, то есть конфликтов эдипова уровня, а также от преодоления «расщепления». Это что-то похоже, скорее, на поощрение или, может быть, даже создание в пациенте новой готовности к принятию реальности и жизни в ней. Своего рода уменьшение его чувств обиды, безжизненности и т. д., которые проявляются в его неврозе переноса как упрямство, неуклюжесть, глупость, чрезмерный критицизм, раздражительность, жадность, чрезмерная зависимость и т. д.

Итак, для того чтобы объяснить эти столь отличные друг от друга факты клинических наблюдений, я предположил, что существует нечто, что следует обозначить как базисный дефект. Это не комплекс, не конфликт, не расщепление, а дефект базальной структуры личности, нечто похожее на изъян или шрам. Конечно, большинство пациентов не способны указать, что именно стало источником их обиды, безжизненности, зависимости, то есть рассказать о том изъяне или дефекте, который находится в них самих. Тем не менее некоторые могут выразить это, отталкиваясь от противного, то есть фантазируя о совершенном партнере или совершенной гармо-

нии со своим окружением, о совершенном безмятежном счастье, абсолютной удовлетворенности самим собой и своим миром и т. д. Однако чаще всего пациент без конца твердит о том, что он испытывает разочарование, что мир для него ничего не значит, пока он вновь не станет обладателем того, что у него когда-то отняли или утаили от него. В более тяжелых случаях пациент даже настаивает на том, что жить вообще не стоит, если его утрата не будет полностью компенсирована, причем его поведение подтверждает истинность этих заявлений.

В качестве иллюстрации такой атмосферы я хочу привести два сновидения, которые приснились пациентке в одну ночь. (1) Во время прогулки в лесу она внезапно подвергается нападению большой птицы телесного цвета, которая обрушивается на нее сверху и сильно клюет ее в лоб. Пациентка оглушена, она падает на землю без сознания. Самое ужасное состоит в том, что птица так и не оглядывается; ее совершенно не волнует то, что она сделала. (2) В следующем эпизоде пациентка находится в комнате, заполненной ее друзьями, они играют в игры, в которых и она, бывало, принимала участие. Никто не обращает на нее внимания. Ужас состоит в том, что она навсегда остается одна, поскольку не может отделаться от мыслей о том, что птица не оглянулась. Следует добавить, что у нее было много сновидений такого рода во время определенного периода лечения.

Согласно другому сценарию, пациент все время говорит о том, что прежде чем он приступит к сотрудничеству (в чем он видит свою обязанность), его состояние должно улучшиться или даже стать совсем хорошим. Вот тогда он сможет сделать какие-то шаги в этом направлении. В то же время он полностью осознает реалии ситуации, а именно то, что это улучшение невозможно без его сотрудничества; понимание этого только усиливает его отчаяние. Этот порочный круг — по искреннему убежде-

нию пациента — может быть разорван только в том случае, если в нем будет заменено нечто, что пошло по неверному направлению, либо он обретет нечто, чем он уже когда-то обладал, но с тех пор утратил.

Умудренные опытом пациенты — и аналитики — могут назвать то, что было утрачено или испорчено, пенисом или грудью, которые обычно наделяются магическими качествами — в их репликах звучат выражения «зависть к пенису, к груди», а также «страх кастрации». Понятие афанизиса Джонса (Jones, 1927), как и идеи Мелани Кляйн (Klein, 1957) о врожденных ревности и зависти, находятся в этом же русле. Однако при этом почти всегда присутствует непоколебимое и неопровержимое убеждение пациента в том, что он останется неблагополучным, и лучше бы ему сойти с ума или даже умереть, если утраченное не будет восстановлено.

Все эти феномены регрессии, имеющие место в аналитической ситуации, производят однозначное впечатление примитивного поведения, несущего в себе черты раннего детства. Это является сильным аргументом в поддержку мнения, что неврозам или психозам обязательно свойственны некоторые инфантильные черты и что психотерапевт всегда должен понимать, что он так или иначе имеет дело с «ребенком в своем пациенте».

Известно, что мы сталкиваемся с довольно серьезными трудностями, когда «ребенок в нашем пациенте» находится в возрасте эдипова конфликта. Однако между нами, взрослыми людьми, и «ребенком в нашем пациенте» в возрасте базисного дефекта — «инфантом» (infant) в истинном смысле этого слова, то есть тем, кто не может говорить на языке взрослых людей, — пролегла пропасть. Этот разрыв гораздо глубже и шире, чем тот, с которым мы сталкиваемся на эдиповом уровне, где обе стороны хотя бы используют конвенциональный обще-

принятый язык. Тем не менее, продолжение терапевтической работы требует преодоления пропасти, разделяющей пациента и аналитика, несмотря на всю сложность этой задачи. Нужно отдавать себе отчет в том, что пациент — то есть «ребенок в пациенте», находящийся в возрасте, соответствующем базисному дефекту, — не в состоянии преодолеть эту пропасть самостоятельно. Важный технический вопрос заключается в том, как преодолеть эту пропасть. Какая часть этой работы должна быть выполнена аналитиком, а какая оставлена пациенту?

Чтобы избежать возможного недоразумения, я хочу подчеркнуть, что далее я буду обсуждать технические проблемы, возникающие при работе с пациентами, регрессировавшими на уровень базисного дефекта. Возможно, это является единственным видом так называемой «глубокой» регрессии. Я полагаю, что более внимательное аналитическое исследование пациентов, которые действительно больны шизофренией, в отличие от тех, кто обладает чертами «шизоидного характера», может помочь прояснить отличительные особенности «шизофренической» регрессии и той формы регрессии, о которой мы здесь говорим.

Конечно, эти две технические проблемы — преодоление дистанции между нами, взрослыми, и «ребенком в пациенте», а также ситуация, когда пациент не может принять реальность и сотрудничать в клинической работе, — давно известны аналитикам, и различные пути их решения найдены. Однако в литературе, посвященной этой теме, не уделялось достаточного внимания тем опасностям, которые подстерегают аналитика, пытающегося навести мосты через пропасть, разделившую его и регрессировавшего пациента, особенно в тех случаях, когда регрессия достигает области базисного дефекта. Также ничего не говорилось о том, что все эти опасности

обусловлены реакциями аналитика на события, происходящие в этой области.

Я намерен обсудить в главе 15 то решающее влияние, которое оказывает язык на аналитическую ситуацию, а главы 16-18 посвятить описанию некоторых «стандартизованных» реакций аналитика на регрессировавшего пациента и тем последствиям, которые вызывают эти реакции. Затем в частях IV и V последует обсуждение моего клинического опыта работы с регрессировавшими пациентами, а также описание технических приемов, которые я нашел полезным применить в этих ситуациях.

Глава 15. Проблема языка в воспитании и в аналитической ситуации

Довольно часто трудности терапии (хотя это не всегда и не вполне осознается) вызваны тем, что аналитик выражает свою реакцию на регрессию пациента средствами обычного языка. В этом, конечно, заключается только частный аспект проблемы языка в аналитической ситуации. Очевидно, что англичанин или американец, проводящий анализ на английском языке, и его англоговорящий пациент будут понимать друг друга. Даже если аналитик привлекает для работы с разными пациентами несколько своеобразный лексикон, особые выражения и клише, все же, по большей части, эти «диалекты» будут понятны для обеих сторон. Однако для француза или немца они, без сомнения, не будут понятны; сначала они должны быть переведены.

Конечно, отсюда не следует, что английский язык или, например, французский и немецкий языки чем-то лучше других, это означает, что это разные языки. Различия коренятся в прошлом индивида: англичанин, француз и

немец на ранних этапах своего развития обучаются языку у своих родителей.

В целом в разных языках большинство явлений — объектов, отношений, эмоций и т. д. — могут быть выражены одинаково хорошо. Я хочу обратить внимание на то, что выражению средствами языка поддается большинство из вышеперечисленного, но не все. Последнее, в частности, касается тех коммуникаций, которые несут в себе сильный эмоциональный заряд. Хорошим примером является лирическая поэзия или тексты песен — задача перевода некоторых из них является почти невыполнимой. Как хорошо известно, оперы лучше всего исполнять на языке оригинала. Обычно, касаясь этой проблемы, я предпочитаю использовать понятие «кластера ассоциаций», выстраивающегося вокруг каждого слова; кластеры ассоциаций различаются в разных языках и даже в разных типах человеческих отношений, в которых используется один и тот же язык. Очевидными примерами являются почти конспиративные языки разных профессиональных сообществ; сленг, используемый учениками одной школы, военнослужащими одного армейского подразделения, заключенными одной тюрьмы, кандидатами, проходящими подготовку в одном психоаналитическом институте. Еще один убедительный пример представляют собой сложности, связанные с поисками точного определения, особенно в области психологии. Поиск точного определения заключается в том, чтобы очистить слова от всех нежелательных ассоциаций, и полный успех в решении этой задачи достигается очень редко.

Как показывает опыт, ребенок, пациент или кандидат в принципе могут выучить тот или иной язык. Какой именно язык они выучат, зависит от родителей, терапевта или обучающего аналитика. Это не является вопросом выбора индивида; на самом деле у него вообще

нет никакого выбора; он просто обязан овладеть языком своего окружения.

Здесь лежит краеугольный камень нашей аналитической теории и практики — пациенты (и кандидаты) обязаны выучить и действительно учат язык своего аналитика. Конечно, и аналитик всегда учится у каждого своего пациента, однако это обучение, хотя и весьма важное, имеет свои довольно узкие рамки по сравнению с тем, что может узнать от ребенка воспитывающий его родитель. Обучение может затрагивать многие аспекты, однако если родители ребенка — англичане, то его родным языком в конце концов станет английский и никогда, скажем, венгерский или китайский. Это означает, что ребенок сможет легко выразить только те чувства, мысли и переживания, которые его родители обычно испытывали сами и для выражения которых английский язык подходит лучше всего. Но он никогда не сможет сказать о тех чувствах, мыслях и переживаниях, средства для выражения которых отсутствуют в английском языке, тогда как венгерские или китайские дети могли бы с легкостью выразить их на своем родном языке, — и наоборот.

Этот простой факт, я полагаю, подвергается систематическому вытеснению из наших теоретических построений. Обычно в качестве доказательства истинности своих выводов аналитик предъявляет ассоциации своего пациента. Раз и навсегда мы должны признать, что пациент прежде всего желает быть понятым, поэтому он вынужден говорить на языке, который понятен его аналитику и который представляет собой один из диалектов индивидуального языка аналитика. Более того, каждый аналитик, подобно родителям-англичанам, которые никогда не подвергают сомнению мудрость применения английского языка в общении со своим ребенком, будет автоматически использовать свой индивидуальный или

групповой язык в работе со своим пациентом, и для него ничего не может быть естественнее этого.

Итак, каждый аналитик совершенствует аналитический язык, который при этом сохраняет свою базовую структуру, — с тем, чтобы язык становился более выразительным, точным и эффективным, более удобоваримым и понятным для всех тех, кто овладевает им. Со стороны же всякий найдет этот язык странным и вызывающим раздражение. Тем не менее мы всегда должны помнить, что этот язык не приобретает статуса универсального языка (хотя большинству тех, кто пользуется им, очень бы этого хотелось) только потому, что некоторые люди говорят на нем и понимают его.

Признав неизбежность этой ситуации, какие шаги мы могли бы предпринять? В качестве ответа, в том, что касается нашей теории, можно было бы предложить некий план, требующий для своего выполнения больших усилий. Во-первых, для каждого аналитического языка мы должны составить словарь и грамматику, то есть настолько полную коллекцию слов и всех возможных связей между ними, насколько это возможно. Сравнив затем словари и грамматики этих языков, мы увидим, что в каждом языке есть многочисленные непере译имые и свойственные только ему слова, фразы и грамматические структуры. После мы можем сопоставить разные языки, чтобы определить, в каком конкретном случае данный язык предоставляет лучшие средства выражения. К последней, наиболее важной части исследования, можно будет приступить только по достижении определенного уровня в решении двух предыдущих задач.

Однако, помимо всего прочего, каждое слово имеет свой собственный кластер ассоциаций, порой размытый, порой более концентрированный. У одних слов он нечеткий, обширный и изменчивый, у других — плотный,

имеющий четкие устойчивые границы, и все они по-своему неповторимы. Едва ли возможно найти два абсолютно идентичных слова в двух разных языках. Существует множество примеров отсутствия таких соответствий. Для иллюстрации своей мысли я позволю себе упомянуть несколько неуклюжих технических терминов из области нашей собственной науки. Слово *Besetzung* (занятие, оккупация) в английском языке может означать «оккупация, занятие», «заряд», «катексис»; немецкие слова *Lust* (радость, удовольствие, желание) и *Unlust* (неохота, отвращение) просто непереводимы; английское слово «удовольствие» — *pleasure* — означает нечто совершенно особенное, тогда как «неудовольствие» — *unpleasure* — представляет собой грубый неологизм; то же самое относится к английским словам *pleasurable* и *unpleasurable*; немецкое *Angst* (страх) может означать «страх», «тревога» и даже «паника». Все эти английские слова — *fear*, *anxiety*, *panic* — имеют свои собственные кластеры ассоциаций, во многом отличающиеся от кластеров их немецких двойников. Наоборот, английское слово *sentiment* (чувство, отношение, настроение, сентиментальность) не имеет какого-либо эквивалента в немецком языке, а английское слово *depressed* (подавленный, унылый, пониженный, сниженный) определенно означает нечто совершенно иное, чем его немецкий лингвистический эквивалент *deprimiert* (подавленный, удрученный, находящийся в состоянии депрессии). Английские слова *skill* и *thrill* не имеют реальных эквивалентов ни в одном известном мне европейском языке. Последнее, но не менее важное: у немцев нет *mind*, а англичане чувствуют себя неловко, если не священник, а кто-то другой напоминает им, что у них есть *soul*. В английском языке мы используем выражение «умственные расстройства» (*Diseases of the mind*), немецкий эквивалент которого *Geisteskrankheiten* означает «болезни духа».

Selbstgefuhl и Selbstbewusst, хотя и являются довольно простыми понятиями в немецком языке, не имеют эквивалента в английском из-за значительного несовпадения кластеров ассоциаций в этих двух языках. Selbstbewusst — человек, который осознает свои личные качества, реалистично оценивает свои способности; лингвистический эквивалент в английском языке «self-conscious» (неловкий, застенчивый) имеет совершенно противоположное значение. Слово Selbstgefuhl, которое буквально переводится как «чувство себя», благодаря влиянию своего кластера, оказывающего косметический эффект социального одобрения, приобретает смысловые оттенки «гордость», «мужественность», «достоинство», «уверенность в себе». В языке аналитической теории это слово переводится как self-esteem (самооценка), таким образом, существенно смещаются акценты в значении этого словосочетания под влиянием кластера, сопровождающего слово esteem (оценка) и сильно отличающегося от кластера слова Gefuhl, которое означает «чувство».

Я должен добавить, что все мои примеры взяты из сопоставления немецкого и английского языков; но, конечно же, подобные проблемы существуют и для любых других пар языков — то же самое относится и к языкам любых двух аналитических школ.

К сожалению или к счастью, для свободных ассоциаций важно не столько слово как таковое, а, в гораздо большей степени, весь кластер его значений. Хорошим примером этого являются технические термины, о которых говорилось выше. Фрейд никогда бы не создал свою теорию Besetzung на английском языке, так как в этом языке отсутствуют слова, при помощи которых Фрейд мог бы выразить свои идеи. Хорошо известно, что термин «катексис» был предложен для того, чтобы заполнить пробел, однако представляется весьма сомнительным, что когда-нибудь этот термин станет живым сло-

вом. То же самое, но в несколько меньшей степени верно для слов Lust и Unlust. С другой стороны, наша современная теория «депрессии» могла появиться только на английском языке, в котором это слово покрывает неопределенно широкую область; слова Besetzung или Abwehr (оборона, отпор) занимают аналогичное положение в немецком языке. Немецкое слово Depri-miert с его узким и почти жестким кластером ассоциаций с самого начала отбило бы охоту использовать его подобным образом.

Следовательно, в нашем распоряжении должны быть не только словари и грамматики каждого аналитического языка, но также и собрание кластеров ассоциаций, сопутствующих каждому термину. Эта задача, возможно, будет самой сложной; ведь даже соответствующая область лингвистики, семантика, все еще находится на ранней стадии своего развития, едва преодолев этап систематизации. И все же эта работа должна быть сделана.

Боюсь, что в настоящее время все аналитические языки должны быть признаны равнозначными, несмотря на то, что некоторые из них, очевидно, находятся на более высокой ступени развития, тогда как другие, возможно, никогда не преодолеют стадии зарождения и незавершенности, на которой они пока еще находятся. Однако каждый из этих языков выражает важные аспекты аналитического опыта, поэтому мы должны допускать равнозначное существование всех языков, пока не научимся уверенно и надежно переводить содержание коммуникации с одного языка на любой другой.

Обычно на этом этапе появляются возражения. Они состоят в следующем: Фрейд предоставил в наше распоряжение достаточно хороший и эффективный язык, который без труда понимают все аналитики; так давайте

же примем его в качестве эталона «классического» языка психоанализа и потребуем, чтобы теперь каждый реформатор составлял для своего языка словарь и грамматику, так чтобы было понятно, от какого пункта и в каком направлении его язык расходится с языком Фрейда. Это предложение выглядит довольно разумным, но, боюсь, оно неприемлемо. Как я попытался показать в главах 1-3, исследования Фрейда не выходили за пределы ядерного комплекса, тогда как «современные» диалекты стараются описать новые данные, принадлежащие к области базисного дефекта. Следовательно, разные описания клинических фактов при помощи средств «современных» аналитических языков не могут быть сопоставлены с «классическими» описаниями Фрейда; у нас нет «первого» (*primus*), а только «равные» (*pares*). Этот факт должен быть принят всеми сторонами, каким бы неприятным он ни был.

Данная ситуация имеет большое значение и для нашей практики. В самом деле, множественность аналитических языков, которые не все и не всегда понимают, можно игнорировать до тех пор, пока терапевтическая работа не выходит за пределы эдипова уровня. Несмотря на то, что мы можем столкнуться с некоторыми проблемами, — как только что было показано на примере с непереводаемыми словами *Angst*, *Besetzung*, *Lust*, *depressed* — они, по своей сути, не являются техническими. Когда наша работа с пациентами продвигается дальше и пересекает границы области общепринятого языка взрослых людей, вступая в область базисного дефекта, сразу же возникают трудности. В этой области невербальные коммуникации пациента (не важно, называем ли мы их «поведением», «отыгрыванием» или «созданием атмосферы» и т. д.) так же важны, как и его вербальные ассоциации. Поскольку все эти «коммуникации» являются невербальными, то именно мы, анали-

тики, должны выступать в роли интерпретаторов бессознательных импульсов пациента для его сознательной взрослой самости. Другими словами, именно мы должны перевести примитивное поведение пациента на общепринятый язык взрослых, позволив ему таким образом понять значение этого поведения. Более того, мы должны действовать не только как толкователи, но также и как информаторы. Даже на эдиповом уровне пациент не всегда осознает или во всяком случае вряд ли полностью осознает то, что он делает в аналитической ситуации, в частности, является ли его поведение «отыгрыванием» или «повторением». На уровне базисного дефекта осознание пациента еще более ненадежно и спутано.

В этой ситуации мы становимся похожими на путешественника, который попал в первобытное племя, язык которого до этого не был изучен, обычаи никому не известны и, конечно же, никем еще не было составлено беспристрастное описание этих обычаев. Обязанности информатора заключаются в том, чтобы привлечь внимание к релевантным аспектам конкретного поведения и предложить такое описание на понятном языке, которое раскрывало бы их значение. Перед нами неизбежно встает эта двойная задача — информирования и толкования, — независимо от того, хотим мы внести вклад в развитие науки или просто намерены оказать помощь нашему пациенту.

Выполнение задачи перевода значения наблюдаемых явлений на язык взрослых людей для научных или для терапевтических целей подразумевает участие лексики и грамматики языка взрослых, который существует только на эдиповом уровне. Насколько нам известно, у бессознательного нет своего словаря в нашем понимании (в бессознательном есть слова, но они обладают теми же качествами, что любые другие объектные репрезентации), доминирующая символическая функция, ко-

торую приобретают слова в языке взрослых, здесь отсутствует. Слова являются чем-то вроде картинок, образов, звуков, которые могут легко менять свои значения или сливаться друг с другом, как это и происходит в сновидениях. Кажется, что в бессознательном слова обладают той же неопределенностью, что и образы в сновидениях, это как бы серый объект на сером фоне. Несмотря на то, что они интенсивно катектированы быстротечными эмоциями и аффектами, они не годятся для связных, четких определений, как, например, в случае взрослого языка.

Следующий вопрос, который мы обязаны для себя прояснить, заключается в том, какие практические шаги должны быть предприняты при работе с такими пациентами. В целом аналитики ведут себя подобно матерям, о чем говорилось выше. Для них, видимо, вовсе не существует проблемы выбора языка; они используют свой собственный язык, по сути эквивалентный их родному языку, которым они овладели во время своего аналитического детства. Помимо ролей информаторов и интерпретаторов, аналитики берут на себя и роль учителей, и, как следствие, их пациенты неизбежно учатся одному из многочисленных диалектов аналитического языка. Как уже отмечалось, существует несколько таких языков, каждая психоаналитическая школа разрабатывает свой собственный язык.

Далее я приведу описание некоторых таких языков. Я хочу главным образом исследовать их вклад в реакцию аналитика на регрессировавшего пациента, а также те рамки, в которые они ставят эту реакцию. Наконец, я попытаюсь обрисовать опасности, присущие каждому типу реакции.

Глава 16. Ограничения классической техники

Некоторые аналитики используют «классический» язык, берущий начало в работах Фрейда, в основе которого в первую очередь лежит опыт, принадлежащий эдипову уровню; этот опыт впоследствии был выражен на общепринятом языке взрослых людей, подвергшемся некоторым изменениям. Конечно же, эти аналитики не отрицают «догенитальные» переживания, они не пренебрегают этими переживаниями, но они говорят о них при помощи средств языка взрослых, то есть возводят их на эдипов уровень.

Иначе говоря, репертуар возможных вариантов реакции на регрессию у таких аналитиков ограничен, в него вошли только те способы, надежность которых — прежде всего это касается интерпретаций — проверена в работе на эдиповом уровне, в рамках тройственных отношений реальной жизни, разнообразных форм оральной, анальной и генитальной сексуальности и т. д.; эти аналитики уповают на свою осторожную технику, которая позволяет им, опираясь на остатки интереса, который сохранился у пациента, вывести его из регрессии. Эти осторожные аналитики упускают из виду, что они, следуя такой технике, будут удерживать пациента на эдиповом уровне все время лечения либо заставят пациента после кратковременного периода регрессии на другие уровни психики быстро вернуться на прежний уровень. В рамках этой техники большинство явлений, принадлежащих области базисного дефекта, могут быть истолкованы как проявления комплекса кастрации или зависти к пенису. Такие интерпретации будут верны до тех пор, пока они проливают свет на основные определяющие факторы эдипова уровня, но они могут оказаться бесполезными с терапевтической точки зрения в тех случаях, если отри-

цаются факторы, принадлежащие области самого базисного дефекта. Действительно, эти аналитики могут добиться похвальных результатов, но только с пациентами, которые прошли тщательный отбор.

На 20-м Международном психоаналитическом конгрессе в Париже Р. Лёвенштейн привел превосходное описание допустимых вариаций «классической» психоаналитической техники (Loewenstein, 1958). Лояльный приверженец традиции «классической техники», он искусно продемонстрировал свойственную ей гибкость и ее возможности адаптации к широкому спектру терапевтических ситуаций.

Подобно большинству своих сподвижников, он почти не говорил о недостатках классической техники, а также не затронул тему лечения пациентов, чье заболевание — в целом или частично — лежит за пределами досягаемости этой техники. Он с симпатией упомянул о двух важных работах, касающихся этой проблемы. Автором одной из них является Эдуард Бибринг (Bibring, 1954), который признал, что потребности некоторых пациентов действительно несовместимы с рамками «классической техники»; в этих случаях потребности пациентов могут быть удовлетворены — возможно, даже успешно — в рамках психотерапии иной модальности, однако такую терапию уже нельзя назвать психоанализом, что довольно справедливо. Другая работа принадлежит К. Эйслеру (Eissler, 1953), показавшему, что «классическая техника» (по сути же любая психотерапевтическая техника) может быть охарактеризована с помощью некоторой совокупности «параметров», к числу которых относятся: частота сеансов, продолжительность каждого сеанса, требование к пациенту, обозначенное Фрейдом как «воздержание», физические аспекты терапевтической ситуации, когда пациент находится в положении лежа, а аналитик находится вне поля его зрения, поведение

аналитика в целом, которое Фрейд уподобил «хорошо отполированному зеркалу», и т. д. Эйслер верно указывает на то, что аналитик может изменить, осознанно или непреднамеренно, любой из этих параметров, однако он предостерегает нас (и Лёвенштейн соглашается с ним), что некоторые изменения могут быть необратимыми, то есть невозможно вернуться в рамки «классической» психоаналитической ситуации после того, как были допущены некоторые изменения.

Если я правильно понял Лёвенштейна, то свою задачу он видит в составлении списка позволительных или, возможно, просто безопасных изменений, за пределы которого аналитику не рекомендовано выходить. Теперь я предлагаю «поменяться фигурами» и задать такой вопрос: к каким последствиям может привести терапевтическая установка, которую отстаивают Лёвенштейн, Бибринг, Эйслер и другие? Это необъятная тема, поэтому я коснусь только трех ее аспектов.

Первый аспект, конечно же, касается отбора, который представляет собой следствие ограничений всякого терапевтического метода. Из-за этих ограничений какие-то пациенты будут отвергнуты, так как данный метод не принесет им пользы. Лёвенштейн и его коллеги, поступают мудро, последовательно замалчивая этот неприятный факт, уклоняясь, таким образом, от необходимости определения критерия, который должен лечь в основу этой болезненной селекции.

Само собой разумеется, при отборе пациентов даже аналитики следуют не только сознательным, явно сформулированным идеям и критериям, но и некоторым своим бессознательным установкам. Поэтому мы не много погрешим против истины, если скажем, что главные вопросы, выдвинутые для обсуждения, касались не столько «курабельности» пациента, сколько его «доступности

анализу». Другими словами: стоит или не стоит браться за анализ того или иного пациента? Можно было бы указать с некоторой долей злой иронии, что один из вопросов, возникающих при отборе, заключается в следующем: принесет ли удовлетворение аналитику анализ данного пациента? Не утруждая себя долгими поисками аналогий, можно было бы отметить, что нечто подобное происходит при отборе кандидатов для обучения анализу. Справедливости ради я должен добавить, что это, по-видимому, относится к каждой научной школе, а не только к «классической» школе психоанализа.

Все это, конечно же, не означает, что идея отбора порочна по своей сути — напротив, по-видимому, в ней есть смысл. Я только хотел подчеркнуть, что техника и критерии отбора всегда взаимозависимы и определяют друг друга. Пренебрежением этого фундаментального факта можно объяснить относительную непродуктивность регулярно проводимого, главным образом в Америке (1960, 1963), симпозиума, посвященного проблеме доступности пациентов анализу. Возможно, что одним из мотивов проведения этих регулярных симпозиумов является потребность в оправдании сопротивления, которое испытывают некоторые аналитики при решении вопроса о принятии в анализ пациентов с прогнозами риска. Необходимо еще раз отметить, что — при условии проведения тщательного отбора — результаты, которые достигаются с использованием классического аналитического языка, являются превосходными.

С этой проблемой тесно связан вопрос относительно того, кто должен взять на себя разработку «других», тоже динамических, но вместе с тем отличающихся от «классического анализа» видов психотерапии, которые могли бы впоследствии быть использованы для лечения пациентов, считающихся неподходящими для «классического анализа». Следует ли предоставить поиски решения

этой проблемы «диким» аналитикам, эклектикам, психиатрам общего направления — или, быть может, магам и народным целителям? Хорошо бы не забывать, что в прошлом мы всегда без колебаний шли на расширение границ анализа далеко за пределы «классической» техники. Именно так было с детскими аналитиками, которые стояли перед необходимостью разработки новых методов, соответствующих новой терапевтической ситуации. Некоторые параметры детского анализа существенно отличаются от параметров «классических методов». Отметим, к примеру, существенный момент: во время терапии ребенка в возрасте 3-4 лет ни один аналитик не смог избежать ситуации, когда к нему обращались с просьбой оказать помощь в отпавлении ребенком выделительных функций, тогда как при терапии взрослого пациента такое просто невозможно. Несомненно, согласно терминологии Эйслера, это можно охарактеризовать как необратимое изменение параметров аналитической ситуации. Однако эти фундаментальные отличия не стали причиной нашего отказа от детского анализа в пользу, скажем, школьных психологов, мы взяли эту ношу на свои плечи — к большой пользе для развития педагогики, детской психологии, детской психиатрии и прежде всего самого психоанализа. С тех пор детский психоанализ стал специальным направлением исследования и тем не менее остался неотъемлемой частью психоанализа в целом.

Попытка отыскать мотивы, побудившие психоаналитическое сообщество занять прямо противоположную позицию в отношении групповой психотерапии, могла бы стать содержанием интригующего исторического — и психологического — исследования. Сам Фрейд, добавив в «чистое золото» психоанализа некоторые примеси, сделал его пригодным для психотерапии широких масс. Однако несмотря на то, что почти все пионеры группо-

вой психотерапии были квалифицированными психоаналитиками, мы, сообщество в целом, отказались принять ответственность за дальнейшее развитие этого вида психотерапии, по моему мнению, нанеся ущерб всем заинтересованным лицам, но прежде всего всей нашей науке. Теперь другие собирают богатый урожай на этой благодатной ниве, мы же упустили, вероятно, единственный шанс получать из первых рук материал клинических наблюдений психодинамики коллективов.

Позвольте мне теперь задать вопрос, почему же огромное число аналитиков с богатым и разнообразным опытом вслед за Лёвенштейном и его коллегами считают, что движение за пределы области, так ясно и убедительно им очерченной, является неблагоприятным и даже опасным? Я полагаю, что моя концепция даст ответ — и, по-видимому, не один — на этот вопрос. Классическая техника со всеми ее допустимыми вариациями предполагает такие отношения между пациентом и аналитиком, которые характеризуются как принадлежащие эдипову уровню. Любые изменения будут безопасны до тех пор, пока они позволяют удерживать отношения на этом уровне. Каждый технический шаг, выходящий за границы безопасных вариантов Лёвенштейна, допускает и даже провоцирует развитие иных терапевтических отношений, которые еще не подвергались тщательному изучению, а поэтому чреваты определенным риском как для пациента, так и для аналитика.

С другой стороны, нам точно известно, что действительно существуют такие отношения, которые отличаются от отношений эдипова уровня; несомненным представляется и то, что при определенных условиях некоторые из этих отношений могут быть использованы для решения терапевтических задач. Чтобы избежать путаницы, я хочу добавить, что отношения, наблюдаемые и изучаемые во время детского анализа, в целом не принадлежат к

тем, о которых я говорю; они являются упрощенным вариантом того, что я назвал эдиповыми отношениями. Позже мы должны будем вернуться к этому утверждению.

По-видимому, эти неэдиповы отношения могут быть сопряжены с некоторым риском как для пациента, так и для аналитика. Нам очень мало известно об этих отношениях. Я позволю себе добавить, что, отвергнув катарктический-гипнотический метод и обратившись к технике, из которой впоследствии развился психоанализ, Фрейд подверг себя риску — как нам теперь известно, довольно серьезному, — о природе и степени которого он почти не имел представления. Конечно же, он избежал бы многих опасностей, если не пошел бы по этому пути; но было бы это мудрым решением?

Я знаю, что единичный успех не может быть оправданием для новых рискованных начинаний. Более того, по закону вероятности вряд ли в наших рядах отыщется еще один Фрейд. И все же, следует ли нам отказаться от этой, по-видимому, рискованной затеи, предоставив это дело другим исследователям? Я считаю, несмотря на многие вполне обоснованные предостережения, что мы не должны так поступать.

В чем же тогда состоит наша цель? Исследовать как можно больше вариантов неэдиповых отношений для того, чтобы: найти факторы, которые обуславливают их развитие или стимулируют его; определить рамки, которых должен придерживаться аналитик в своей работе, чтобы предотвратить опасное направление развития этих отношений, и, наконец, последнее, но не менее важное — использовать эти отношения как средства в терапевтических интервенциях. Я считаю, что мы, аналитики, являемся единственной группой исследователей, которые могут справиться с этой задачей благодаря

нашей подготовке, и, безусловно, мы много потеряем, если откажемся от этого.

Кто-то скажет, что путешествие по всем этим не отмеченным на карте землям может закончиться ничем или что ради находки, если даже повезет, не стоит рисковать нашим психоанализом. Я не такой пессимист. Замечательное свойство золота состоит в том, что в огне оно не только не сгорает, но и очищается. Я не вижу каких-либо оснований опасаться за основные составляющие нашей науки; не должны ли кое-какие ненужные украшения, не будучи чистым золотом, сгореть в огне ради будущего последующих поколений?

Глава 17. Недостатки метода последовательных интерпретаций

Другие аналитики, испытавшие влияние идей Мелани Кляйн, подошли к этой проблеме с совершенно иной теоретической позиции. Хотя они вполне осознавали значительность разрыва между ребенком в пациенте и взрослым, они считали, что средств общепринятого языка будет достаточно для его преодоления. Признавая, что в психологии взрослого и ребенка существуют фундаментальные различия, они, тем не менее, допускали, что при помощи языка взрослых людей можно работать даже с наиболее примитивными психическими процессами ребенка, если, конечно, разумно пользоваться существующими представлениями, а также создавать новые. Две другие посылки этой школы таковы: (а) на ранних стадиях психического развития импульсы, источником которых является гипотетическое влечение к смерти, играют гораздо более важную роль, чем во взрослой жизни; (б) практически все феномены, наблюдаемые у взрослых, в том или ином виде представлены в самом раннем детстве, возможно, уже в первые недели

жизни. Представители этой школы утверждают, что непосредственные наблюдения за младенцами подтверждают верность данных положений.

В этой школе разработана самая изощренная теория, а вместе с ней свой язык и своя собственная техника интерпретаций. Этот новый язык довольно сильно отличается от обычного языка, который используют взрослые люди. Однако не следует забывать, что сначала язык Фрейда тоже во многом отличался от общепринятого языка, но в настоящее время большинство его нововведений вошли в общепринятый лексикон интеллигентного человека. То же самое может произойти и с этим новым языком. Однако есть еще одно важное различие между языком Фрейда и языком новой школы. Язык Фрейда в основном предназначен для описания переживаний, принадлежащих эдипову уровню, тогда как представители этой школы осознанно поставили перед собой задачу создания стандартизированных выражений для описания более примитивных переживаний по сравнению с теми, которые принадлежат эдипову уровню.

Соглашаясь с тем, что регрессировавший пациент отказывается от отношений с целостным реальным объектом и может поддерживать отношения только с частичными объектами, в коммуникациях с такими пациентами эти аналитики, тем не менее, прибегают к обычному языку, при этом, однако, не задумываясь, оперируют существительными «грудь», «молоко», «содержание», а также выражениями «внутренности тела», «частичные объекты» и т. д., употребляют глаголы «отстаивать, отщеплять, принимать, инкорпорировать, проецировать, преследовать, наносить ущерб» и т. д. Кстати, первоначально термины «грудь», «молоко», «внутренности тела» и т. д. они употребляли как слова, имеющие обычное общепринятое значение, но спустя некоторое время эти слова претерпели странную трансформацию, их зна-

чение стало более широким и в то же время исчерпывающим — я считаю, так произошло потому, что эти слова стали использовать для описания феноменов, принадлежащих области базисного дефекта.

Постоянно расширяя семантику слова, эти аналитики предлагают названия, часто удачные, для таких явлений и переживаний, которые прежде не имели имен и по этой причине не могли быть выражены при помощи слов. Например, допустим, что когда-то младенец желал груди или молока, но в тот момент он не был знаком с такими словами, а его эмоциональные переживания не могли быть теми, какие подразумевают конвенциональные значения слов «грудь», «молоко» или «ущерб», принадлежащие обычному языку взрослых людей.

Обращаясь таким образом со словами, эти аналитики создали очень специфический, хотя и несколько странный, «сумасшедший» язык, который многие их пациенты наделяют именно такими характеристиками. В их публикациях мы обнаруживаем упоминания о высказываниях их пациентов, смысл которых примерно таков: «Аналитик пытался навязать пациенту безумные идеи; до прихода к аналитику у пациента никогда не было таких беспокоящих и сумасшедших идей». Или после «глубокой» интерпретации, сделанной аналитиком, пациент может отметить: «В итоге после предложенной интерпретации аналитик представляется сумасшедшим, а анализ — опасным, потому что теперь, следуя реконструкции аналитика, пациенту кажется, что аналитик навязывает ему свои собственные безумные идеи, подобно тому как мать пациента насильно вливала в него свое плохое молоко, текущее из ее разрушенной груди».

Вне контекста эти описания могут показаться преувеличенными и пристрастными, но время от времени они появляются в публикациях именно в таком виде, в котором

приведены выше. Однако необходимо добавить, что описанная выше позиция напоминает детскую позицию, когда беседа взрослых представляется им «безумной», так как она непонятна; в то же время любую настойчивую попытку научить их этому языку дети воспринимают как навязывание идей, от которых им следовало бы защитить себя.

Но если аналитики или взрослые остаются непреклонными и пользуются своим языком с неизменным постоянством, то пациенты — и дети — в конце концов сдаются, обучаются тому, чему они должны научиться, и усваивают язык тех, кто старше и опытнее их. Такое взаимодействие между настойчивым аналитиком и уступающим ему пациентом приводит к возникновению «атмосферы», в которой неизбежно складываются определенные коллизии. В результате обучения пациенты очевидным образом становятся более зрелыми, теперь они более эффективно могут справиться с теми ситуациями, которые прежде представляли для них трудность.

Однако неодолимая потребность пациента быть понятым вынуждает его не только овладеть привычным для аналитика языком в той мере, которая позволит ему выразить свои ассоциации, но также и к молчаливому согласию с тем, что в анализе можно работать только с теми переживаниями, вербализация которых не вызывает больших трудностей, а их интенсивность не превышает определенного критического уровня. Все, что находится вне сферы вербальной коммуникации, либо получает неточное и туманное толкование, либо вовсе не может быть выражено пациентом. (Тот факт, что переживания высокой интенсивности невозможно удовлетворительно описать при помощи слов, может быть одной из причин того, что наши знания о тонких механизмах оргазма все еще очень скудны.)

Итак, что же мы имеем в итоге: подтверждение ли исключительности данного способа обучения по сравнению со всеми остальными или доказательство универсальности языка взрослых, несмотря на то, что иногда этот язык кажется «безумным»? Такая постановка вопроса подразумевает некий ответ. Метод не является абсолютно правильным, он просто эффективен, да и язык не универсален, а представляет собой только полезное в определенных рамках средство коммуникации. Более того, сходство в поведении детей и пациентов во время обучения дает повод предполагать, что в основании такого обучения лежат процессы интроекции и идентификации. Так или иначе, но предположение, что интроекция и идентификация в этих двух случаях могут приниматься как нечто само собой разумеющееся, встретит сочувствие. По крайней мере именно такое впечатление складывается у стороннего наблюдателя, сравнивающего кандидатов во время и после обучения.

Помимо всего прочего, странное, но единообразное поведение последователей этой школы усиливает это впечатление, по-видимому, все они без исключения уверены в том, что являются обладателями не только языка, представляющего собой адекватное средство для описания «доэдиповых» или даже «довербальных» феноменов, но также и надежных критериев применения этого языка; то есть они знают что, где и как интерпретировать. Когда знакомишься с докладами, представленными на наших научных конференциях, и с научными публикациями, то возникает чувство, будто эти интерпретации исходят от уверенного, хорошо осведомленного и, возможно, даже подавляющего аналитика; такое же чувство, по-видимому, возникает и у их пациентов. Если это соответствует истинному положению вещей, то можно предположить, что подобная установка аналитика способна вызвать ту агрессию, зависть и ненависть, кото-

рые обильно представлены в материале свободных ассоциаций их пациентов. С другой стороны, это могло бы объяснить и тот, по-видимому, сильный интерес, который эти аналитики проявляют к интроекции и идеализации. Интроекция и идеализация представляют собой защитные механизмы, которые наиболее часто используются в таких отношениях, когда притесняемый и слабый партнер должен справиться со своим могущественным и подавляющим визави.

Другая черта, вызывающая удивление, состоит в относительном сопротивлении этих аналитиков признанию терапевтической неудачи. Несмотря на очевидность того, что последователи этой школы сталкиваются примерно с таким же количеством трудных случаев и неудач, как и адепты любой другой школы, в их публикациях бросается в глаза отсутствие какого бы то ни было упоминания об этом факте. Напротив, из их заявлений и намеков складывается впечатление, будто отныне они имеют ключ к пониманию доэдиповых процессов, которым является их новый язык, и если аналитики овладеют их техникой и их языком, то значительное число трудностей и неудач просто исчезнут сами собой.

Мы сможем приступить к исчерпывающему изучению характерной особенности в отношениях между пациентом и терапевтом, присущей этой школе, только позже, в части V. Здесь же я отмечу, что отношения неравенства между уверенным, хорошо осведомленным и, возможно, даже подавляющим аналитиком, использующим свой язык и прибегающим к своим интерпретациям с абсолютной последовательностью, и пациентом, у которого есть только одна альтернатива: выучить «безумный», как ему кажется, язык своего аналитика либо отказаться от надежды на получение помощи — являются отличительным признаком того, что аналитическая работа достигла области базисного дефекта. В этом методе учиты-

вается реальность базисного дефекта, но она относится на счет, так сказать, собственного дефекта пациента, эта реальность описывается в терминах фантазийных действий пациента в отношении его интернализированных объектов.

Интерпретации, о которых только что говорилось, чреватые тем, для обозначения чего лучше всего подошел бы термин «интропрессия Супер-Эго», предложенный Ференци (Ferenczi, 1932, p. 279). В глазах пациента аналитик, следующий предписаниям этой техники, неизменно предстает как компетентная, внушительная и незыблемая фигура. Вероятно, вследствие этого у пациента создается впечатление, что его аналитик не только все понимает, но при помощи непогрешимых и верных средств, находящихся в его арсенале, может выразить абсолютно все: переживания, фантазии, впечатления, эмоции и т. д. Преодолев очень сильное чувство ненависти и амбивалентность — появление которых, по моему мнению, в значительной степени обусловлено настойчивым использованием этого метода, — пациент учится языку аналитика и *pari passu* интроецирует идеализированный образ аналитика. В случае успеха пациент может приобрести вполне однородную — хотя не абсолютно — психическую структуру, несомненно, чрезвычайно эффективную и все же, по-видимому, навсегда остающуюся для него чуждым и искусственным образованием.

Есть еще один недостаток, свойственный любому типу последовательной интерпретации. Если жалобы, встречные обвинения и обличения пациента остаются нечеткими и не могут быть соотнесены с чем-то конкретным, то почти всегда остается возможность «анализа» самого процесса выражения недовольства — с чем он собственно связан — либо возможность отложить анализ до лучших времен; пациент сам вернется к тем же самым жа-

лобам в более подходящее время. Этот вид техники, видимо, вынуждает пациента регрессировать до уровня базисного дефекта в силу того, что аналитик либо отклоняет претензии и обвинения пациента как необоснованные, либо умело рассеивает их, прибегая к тонким и проницательным интерпретациям.

Время от времени в нашей исследовательской работе с врачами общей практики (терапевтами и хирургами), а с недавних пор также и с психиатрами, мы сталкиваемся с показательными примерами подобных непредусмотренных побочных эффектов, вызванных такой установкой (Balint M., 1957). Кажется, что у большинства врачей есть неодолимое стремление «организовать» жалобы своих пациентов в «диагноз» с соответствующим ему именем и рангом, если же это не может быть сделано достаточно быстро, то врач и пациент теряются и даже испытывают смущение; вместе с тем, если жалобы не могут быть «организованы» в понятное «заболевание», то пациент утверждает, что с ним «все хорошо», в итоге возникают бесконечные трения между страдающим пациентом и врачом, действующим из лучших побуждений, тщетно пытающимся отыскать зацепку, которая позволила бы ему «сгруппировать» жалобы пациента в картину полноценного заболевания. Находясь под влиянием современного медицинского мышления, врачи не способны оценить важность того факта, что пациент может жаловаться (независимо от содержания его жалоб), так же как и значительность, уникальность терапевтических возможностей, заложенных в отношениях между терапевтом и пациентом, которые, собственно, и дают возможность пациенту высказывать свои жалобы.

Мне кажется, что очень похожее неодолимое стремление «группировать» владеет и большинством аналитиков. Этот импульс вынуждает нас отыскивать смысл, чего бы нам это ни стоило, в жалобах пациентов, чтобы остано-

вить выражение их недовольства. Конечно, мы отказались — более или менее — от идеи «болезни», однако мы по-прежнему подчиняемся подобному стремлению «сгруппировать» жалобы и симптомы пациента в «конфликт» или «позицию», обладающие точными характеристиками и рангом, которые были бы настолько «ранними» или «глубокими», согласно системе отсчета нашей хронологической иерархии, насколько это возможно. Мы, конечно же, не даем нашим пациентам, как это делают врачи, успокоительных средств, транквилизаторов, антидепрессантов и других лекарств, но, возможно, из-за этого нам еще труднее выносить их однообразные жалобы. Мы прибегаем к нашим интерпретациям для того, чтобы получить возможность что-то сделать для них, предложить что-то, что могло бы остановить жалобы, и если это не действует, то мы обвиняем либо самих себя за нашу негодную технику, либо пациента за его неизлечимое расстройство, деструктивность, глубокую депрессию, его расщепленное Эго и т. д. или, например, окружение пациента и особенно его родителей — за отсутствие понимания с их стороны, за черствость в воспитании и т. п. По-видимому, той же цели служит недавно состоявшееся воскрешение старого знакомого «козла отпущения» — идеи влияния наследственности. Так может раскручиваться бесконечная спираль: пациент жалуется, аналитик интерпретирует его жалобы исходя из своих представлений о целесообразности для работы на эдиповом или «доэдиповом» уровне. При этом не происходит реальных изменений, чувства же вины и неудачи усиливаются как у аналитика, так и у пациента; это стимулирует появление новых жалоб и новых безумных интерпретаций, еще более тонких, умных и глубоких, чем предыдущие.

Глава 18. Недостатки техники управления регрессией

Третья группа аналитиков, отнюдь не так хорошо организованная, как две предыдущие, рассеянная по всему аналитическому миру, также начала с проблемы пропасти, отделяющей нас, нормальных взрослых, от ребенка в пациенте. Они считали — и это во многом совпадает с моей точкой зрения, — что само существование этой пропасти во многом обязано ошибкам, которые допускают взрослые, прежде всего мать, в уходе за ребенком в ранний период развития. Неверная опека, недостаток «соответствия» между матерью и ребенком могут привести к стойким структурным изменениям в психике ребенка. Примером таких изменений, по Винникотту, обычно является своего рода расщепление Эго. В качестве реакции на плохую опеку — возможно, через интроекцию безразличного, подавляющего или неадекватного окружения — на сцене появляется ложное Эго или самость, назначение которых состоит в том, чтобы совладать с бесчувственным миром. Это ложное Эго может быть чрезвычайно эффективным и даже успешным во многих областях жизни, но оно преграждает доступ к истинной или настоящей самости, которая вследствие этого остается незрелой и оторванной от реальности. В итоге человека на протяжении всей жизни преследует чувство тщетности, пустоты и несчастья.

Как я уже отмечал, в этой школе главный акцент ставится на качестве «соответствия» между индивидом, который ощущает себя слабым, и его окружением, которое представляется ему сверхмогущественным. Обычно из-за того, что истинное Эго является незрелым и не способно решать проблемы реальной жизни, индивиду требуются средства как для защиты от конфронтации с требованиями, предъявляемыми миром, так и для посредничества между миром с его требованиями и реальными возможностями индивида. При всяком нарушении «соответствия» в этом смысле на первый план в роли «опеку-

на» выходит эффективно функционирующее ложное Эго, наносящее ущерб истинной самости. На этом уровне довольно деликатный компонент аналитической работы, состоящий в «кормлении», защите, посредничестве, «присмотре» и т. д., который обычно обозначается как «управление», по отношению к более изученным аспектам, таким, как сочувственное выслушивание, понимание и интерпретация, является вспомогательным или, может быть, играет роль фундамента.

Предполагается, что атмосфера, в которой интерпретации могут достичь истинного Эго, стать для него понятными и доступными, может быть создана только в том случае, если пациентам будет позволено «регрессировать», то есть отказаться от безопасности, которую они обретали благодаря «опеке» со стороны ложного Эго. Это возможно только в том случае, если аналитик сможет взять на себя эту «опеку», то есть будет «управлять регрессией». Нужно подчеркнуть, что обратной стороной медали «управления» аналитика является, несомненно, регрессия пациента; именно регрессировавший пациент — тот, кто временно отказался от защиты своей взрослой, и, возможно, ложной самости — нуждается в руководстве.

Однако из клинического опыта хорошо известно, что регрессировавшие пациенты обычно выражают весьма высокие требования, которые приводят к появлению состояний злокачественной зависимости; мы вернемся к этой теме в главах 20-22. Поэтому управление регрессировавшим пациентом всегда является деликатной и рискованной задачей, с которой бывает трудно справиться.

Один из аспектов этого может быть описан как соблазн принятия на себя аналитиком под давлением непрекращающихся страданий пациента ответственности за соз-

дание таких условий, в которых пациент, в конце концов, будет избавлен от излишних страданий. Хотя подобное побуждение аналитика в высшей степени достойно похвалы, опыт показывает, что на практике это редко дает реальные результаты.

Есть много причин для разочарований. Такой ответ аналитика на регрессию неизбежно внушает пациенту как само собой разумеющееся, что вина за его базисный дефект лежит на «плохом» окружении, что его аналитик хочет и может структурировать окружающий мир, и это непременно приведет к значительному смягчению эффекта злонамеренных и вредных влияний. Поскольку здесь мы имеем дело с переживаниями, принадлежащими к области базисного дефекта, то не имеет значения, обозначает ли аналитик свою позицию открыто и много-словно или молчаливо позволяет пациенту именно в таком смысле интерпретировать свое поведение — это не повлияет на формирование у пациента установки. В этом мы видим частичное объяснение того, почему, как только регрессия достигает области базисного дефекта, становится так трудно предотвратить появление трагического недоразумения, воистину смешения языков.

Стоит только позволить возникнуть этой атмосфере, как пациент неизбежно станет ожидать возвращения гармоничного окружения, в котором он жил до того, как ему была нанесена «травма», послужившая причиной его базисного дефекта. В мире, который я назвал первичной любовью (см. главу 12), не должно и не может быть никакого конфликта интересов между субъектом и окружением. Очевидно, что это возможно лишь до тех пор, пока потребности, связанные с влечениями субъекта и его первичного объекта, находят удовлетворение в рамках одного и того же действия, например: кормить и есть, обнимать и находиться в объятиях в ситуации отношений матери и ее ребенка — то, что происходит, яв-

ляется единым событием, но слова, которые мы используем для описания этого события, разные.

С некоторыми оговорками то же самое можно сказать и по поводу отношений между пациентом и аналитиком во время некоторых чрезвычайно интенсивных периодов лечения: анализ и нахождение в анализе могут представлять собой как бы грани единого события, оставаясь в рамках которого обе стороны, участвующие в терапевтических отношениях, до определенного момента находят свое удовлетворение. Однако представляется крайне сомнительным, что эта взаимность может быть распространена за определенные границы, что аналитик может функционировать подобно первичному объекту или быть таковым на самом деле, позволяя своему регрессировавшему пациенту вновь пережить дотравматический опыт в терапевтических отношениях, поддерживая эту атмосферу достаточно долго для того, чтобы пациент открыл новые пути развития, благодаря которым он сможет избежать повторения исходной травмы и достичь исцеления базисного дефекта. Это легче представить, чем достичь на практике, возможно, потому, что потребности взрослых людей — неважно, как далеко они зашли в своей регрессии, — обусловленные влечениями, являются все же более сложными, чем у младенца, и задача достижения безошибочной идентификации с этими потребностями превосходит пределы возможностей даже самого сенситивного и сопереживающего аналитика. На уровне же базисного дефекта любое рассогласование представляется пациенту великой трагедией, в которой оживают все его горькие разочарования, составляющие его базисный дефект. Мне посчастливилось непосредственно наблюдать действительно полномасштабный эксперимент, который, возможно, был первым экспериментом такого рода в истории психоанализа. Он был проведен Ференци, согласившимся стать та-

ким аналитиком для одной своей пациентки, насколько это будет в его силах. Он уделял пациентке столько времени, сколько та от него требовала, сеансы проводились по несколько раз в день, а в случае необходимости и ночью. Так как перерывы были нежелательными, они встречались и по выходным, а во время его отпуска ей было позволено сопровождать своего аналитика. Эксперимент продолжался несколько лет. Однако результат все еще не был окончательно достигнут, когда Ференци за несколько недель до смерти был вынужден отказаться от аналитической практики из-за своей болезни. Состояние этой пациентки, талантливой, но глубоко нарушенной женщины, значительно улучшилось, однако на то время ее нельзя было считать выздоровевшей. Я до сих пор вспоминаю, как Ференци, когда мы обсуждали его эксперименты — этот упомянутый случай был самым грандиозным экспериментом, но отнюдь не единственным, — признал, что в известном смысле потерпел неудачу. Однако он добавил, что очень многое узнал и, возможно, другие смогут извлечь пользу из его неудачи, если признают, что способ, которым он пытался решить эту задачу, является неверным.

С тех пор я сам экспериментировал в этом направлении и был свидетелем попыток других. В целом мне представляется, что некоторые аналитики не могут сопротивляться этому виду искушения, особенно если оно исходит от «дельного» пациента. Можно указать на некоторые устойчивые характеристики аналитика и его «дельного» пациента, но прежде всего их взаимоотношений (Main, 1957), проявляющихся во время и после такого эксперимента; я вернусь к некоторым из этих характеристик несколько позже в части IV. Здесь же я хочу подчеркнуть, что я не видел реальных успехов во всех случаях, когда допускали возникновение атмосферы «грандиозного эксперимента». Порой все заканчива-

лось катастрофой, в лучшем случае достижение сводилось к тому, к чему пришел Ференци: несмотря на существенное улучшение состояния пациентки, ее нельзя было считать излеченной.

Идея проведения «грандиозного эксперимента» возникает примерно так: аналитик понимает, что его обычное поведение, состоящее в сочувственной, но пассивной объективности, для некоторых пациентов является источником недопустимой и невыносимой фрустрации; он понимает, что никаких изменений не будет происходить, если он будет продолжать относиться к страданию, причиняемому фрустрацией, просто как к еще одному симптому развивающегося невроза переноса. Возможно, к этому времени его уже посещали кое-какие сомнения по поводу разумности сохранения объективной сочувственной пассивности любой ценой; во всяком случае неослабевающие страдания и лишения его пациента значат для него слишком много; и вот он принимает решение — либо самостоятельно, либо вместе со своим пациентом — об изменении существующих рамок отношений и осуществляет нечто выходящее за пределы обычной пассивности.

Смысл этих дополнительных мер всегда сводится к удовлетворению некоторых регрессивных импульсов пациента, к позитивной реакции на отыгрывание. Как правило, эта перемена быстро приносит некоторое улучшение. Если решение об установлении нового режима терапии принимается в конце лечения пациента, не имеющего слишком сильного базисного дефекта, то улучшение просто изменит установившееся равновесие и лечение может быть успешно завершено. Пара-другая успешных экспериментов такого рода вдохновляют аналитиков на попытки реализации подобной установки в терапии с «дельными», но серьезно больными пациентами, и это делается не в завершающей фазе лечения, а

с самого начала. Однако, по сути, нет разницы в том, принимается ли решение удовлетворять столько потребностей пациента, сколько это позволяет эластичная концепция аналитической ситуации, с самого начала либо к этому решению подходят постепенно под давлением появляющегося клинического материала — главное то, что «грандиозный эксперимент» начался.

Некоторые аналитики попытались описать то, что происходит в условиях такого эксперимента с аналитиком, с его пациентом, а также в их отношениях. Чтение подобных работ всегда не только стимулирует и волнует, но и вызывает грусть. Перед вами раскрываются невиданные перспективы, вам позволено познать неизведанные глубины человеческой психики и неведомые возможности человеческих отношений. И все же в итоге что-то проскальзывает сквозь ваши пальцы — вы заинтригованы, но вместе с тем и разочарованы. Среди всех описаний наиболее откровенным я считаю то, что Ференци дал в своих «Заметках и фрагментах» (1930-1932), своего рода научном дневнике, который он вел во время «грандиозного эксперимента». Так как эти личные заметки не предназначались для широкой публики, они не были впоследствии переработаны. Они повествуют о том, как вслед за обнадеживающими результатами возникают неожиданные проблемы, в них приводится проникновенное и живое описание многих неожиданных факторов, оказавших существенное влияние на форму терапевтического процесса, вместе с тем эти заметки дают нам возможность наблюдать талантливого терапевта за работой — его внезапное удивление, его надежды, его непосредственные реплики и его борьбу с трудностями. Всем, кто собирается экспериментировать таким образом, перед тем, как приступить к эксперименту, я рекомендую безотлагательно изучить эту работу.

Конечно, каждый исследователь, работающий в этой области, имеет собственные любимые идеи, которые, по-видимому, оказывают свое влияние на то, как он описывает свой опыт, что приводит к еще одному образцу смещения аналитических языков. Добросовестный читатель, коим я никак не являюсь, найдет здесь благодатную почву; результаты сопоставления разных аналитических языков могут послужить фундаментом в построении сравнительной психоаналитической семантики. В некоторых описаниях такого рода предпринята попытка скрыть или оправдать разочаровывающие результаты; другие приписывают результат той или иной случайной причине и т. д.. Мне же близка идея, что результат напрямую зависит от разворачивающейся терапевтической ситуации, которая всецело определяется отношениями между двумя персонами, специфическими и примитивными, что дает нам хорошую возможность для изучения процессов, принадлежащих области базисного дефекта.

Как я отмечал, для аналитика пациент всегда является «дельной» персоной, тем, кто остро нуждается в помощи и заслуживает ее — и это представляет собой четкий диагностический признак позитивного контрпереноса. Аналитик, вместо того чтобы определить свой позитивный контрперенос, свое «эмоциональное вовлечение» как симптом заболевания пациента (ср. глава 4), принимает его как реальность и решает действовать в соответствии с этим. Подоплекой такого решения являются некие предвзятые представления: неспособность пациента выносить фрустрацию и ограничения, свойственные «нормальной» аналитической ситуации, интерпретируется аналитиком как повторение, как признак сильной фиксации на какой-то травматической ситуации. Отсюда берут начало две тенденции в работе аналитика. Одна состоит в попытке реконструкции гипотетической травматической ситуации на основе ассоциативного ма-

териала пациента и симптомов его невроза переноса, то есть его повторения. Другая — в попытке создания для пациента путем изменения некоторых обратимых параметров такой атмосферы, которая не будет играть роль стимула, запускающего бесконечное повторение.

Некоторые аналитики, к которым я отношу и себя, предпочитают обсуждать вместе с пациентом ход своих рассуждений для того, чтобы быть уверенными в его сотрудничестве. К сожалению, это не дает каких-то особых преимуществ. Дело в том, что такая дискуссия неизбежно протекает на нормальном общепринятом языке взрослых людей, то есть на уровне эдипова конфликта, тогда как повторения происходят в рамках двухсторонних отношений, принадлежащих области базисного дефекта. На эдиповом уровне пациент благодарен аналитику за его исключительные усилия и обещает свое всецелое сотрудничество; на уровне же базисного дефекта он бессилен и ожидает полного удовлетворения своих неотложных потребностей, он отнюдь не возгорается благодарностью и безучастен к интересам, которые отличаются от его собственных. На этом уровне любая фрустрация приводит к появлению интенсивных симптомов, которые, однако, немедленно исчезают, как только конкретная потребность будет удовлетворена. К сожалению, конкретное удовлетворение, если оно доступно без труда и предоставляется по первому требованию, утрачивает свое специфическое значение, и «жадность» пациента приводит к появлению следующего требования, которое, так же как и предыдущее, обусловлено, по-видимому, прошлым опытом пациента.

Так сам собой образуется порочный круг. Используя идеи К. Эйсслера, мы можем сказать, что изменение некоторых параметров аналитической ситуации еще может быть обратимым; но в том случае, если изменение одного подкрепляется изменением второго, третьего пара-

метра и т. д., тогда суммарные изменения уже необратимы. В самом деле, обе стороны терапевтического альянса ведут себя разумно и оправданно, однако проблема состоит в том, что между ними устанавливаются двусторонние отношения. Примечательно, что у обеих сторон при переносе и, как признают некоторые искренние аналитики (Winnicott, 1949), при контрпереносе появляется чувство сильной ненависти. В докладах на наших научных конференциях и в публикациях отмечалась странная позиция аналитиков, которая представляет собой одно из проявлений экзальтированной искренности, являющейся важной составляющей этих экспериментов, а именно — постоянное исповедование своих ошибок, промахов, неудач и недостатков. Несмотря на то, что эта атмосфера является полной противоположностью той, что возникает, когда даются интерпретации в манере, характерной для второй школы анализа, по-видимому, и в случае применения техники «управления» у пациента возникают столь же сильные чувства ненависти и агрессии, хотя, может быть, интроекция и идентификация пациента с идеализированным аналитиком для этой техники свойственны в меньшей степени.

Что касается языка, то между этими школами существует простое отличие. В действительности, едва ли школу «управления» можно назвать школой, потому что в противоположность двум другим она не отличается организованностью и сплоченностью и, как следствие, не создала свой собственный язык, хотя есть признаки того, что это может произойти под влиянием идей Винникотта.

Конечно, нас прежде всего интересует вопрос терапевтической эффективности трех технических подходов, описанных в главах 16-18. Ответ на него представляет собой самую сложную задачу как в объективном плане, так и в субъективном. Всякий, кто является последователем одной из этих школ, будет предвзятым, впрочем,

как и любой, подобный мне, внешний наблюдатель. Более того, ни один сторонний наблюдатель не имеет возможности оценивать терапевтическую работу другого человека, так как он не располагает фактами. Таким образом, в качестве основания для суждений остаются только субъективные впечатления, которые складываются отчасти под влиянием докладов и печатных работ, отчасти под влиянием научных дискуссий и — последнее в перечне, но не по значению — зависят от уровня квалификации аналитиков, проходящих подготовку в этих школах. Несомненно, все три школы в этом отношении обладают неоспоримыми отличиями, но если уж я не отважился обсуждать их публично, то уж тем более не решусь на это в публикации.

Поэтому я не стану посвящать следующую часть книги критическому обзору, а обращусь к своему собственному клиническому опыту работы с регрессией в условиях частной аналитической практики; в заключительной же части я коснусь методов, которые я нашел полезными в этих ситуациях.

Часть IV. доброкачественные и злокачественные формы регрессии

Глава 19. Фрейд и представления о регрессии

Легко убедиться, что идея регрессии так же стара, как сам психоанализ, если даже не старше его. Для тех, кто не знает, что впервые слово «регрессия» впервые было употреблено в печати в последней, теоретической главе «Толкования сновидений» (1900), это может оказаться сюрпризом.

Так состоялось первое скромное появление этого термина. Слово «регрессия» понадобилось Фрейду для того, чтобы объяснить галлюцинаторную природу сновидений, которая отличает их от воспоминаний. Он считал, что процессы, протекающие в психике взрослого человека, развиваются в нормальном, или «прогрессивном», направлении, то есть начинаются с восприятия стимула и далее развиваются сначала в мышлении, а затем переходят в действие, результатом чего является снижение напряжения, вызванного стимулом. В том случае, если действие невозможно или неадекватно, может произойти

обратное, ретрогрессивное, или «регрессивное», движение, которое в обычном бодрствующем состоянии ограничено активацией следов памяти. Характерной психологической чертой сновидений является регрессия, идущая дальше этих границ, вызывающая активизацию перцептивных элементов переживания, то есть развитие галлюцинации.

Это, как я уже сказал, было первым скромным упоминанием термина «регрессия». Здесь регрессия была представлена как второстепенный защитный механизм, гораздо менее важный, чем вытеснение. Подтверждением такой оценки является то, что в «Толковании сновидений» регрессия упоминается только однажды, ближе к концу, и то лишь как временная мера, роль которой сводится к компенсации вытесненного импульса или желания, то есть ее вклад в работу сновидения является второстепенным. Однако к этому времени идея регрессии уже имела свое прошлое и должна была иметь будущее. Забегая вперед, я хотел бы отметить, что Анна Фрейд (1936) в своей классификации защитных механизмов отвела регрессии первое место, тогда как вытеснению досталось второе.

В исторической перспективе трудно определить точную дату первого упоминания термина «регрессия», однако весьма вероятно, что это произошло в ходе контактов Фрейда и Брюкке или во время совместной работы Фрейда и Брейера. В теоретической главе «Очерков об истерии» (1895, р. 189) для описания психологических процессов, имеющих место во время галлюцинаций, Брейер использовал прилагательное *rucklaufig* (ретрогрессивный), точно в таком же значении, в котором спустя пять лет Фрейд употребил этот термин в «Толковании сновидений». С другой стороны, как в работе «Защитные нейропсихозы» (1894), так и в посмертно опубликованной работе «Манускрипт "Н"» (1895) Фрейд оха-

рактеризовал галлюцинации как способ защиты от неприемлемых идей. Исходя из вышесказанного, не может быть сомнений в том, что идея регрессии как механизма защиты является очень ранней, однако невозможно определить точную дату ее появления, как и то, была ли регрессия открыта Фрейдом или Брейером.

Связанное с предыдущим более общее представление о регрессии как о важном факторе патогенеза неврозов, психозов, перверсий и т. д. появилось позже и полностью принадлежит Фрейду, хотя первые намеки на него содержатся в опубликованной в 1877 и 1878 годах работе Фрейда по эмбриологии; в 22-й лекции по введению в психоанализ (1916-1917) Фрейд использовал эти данные по эмбриологии для иллюстрации патогенной функции регрессии. Однако термина «регрессия» не было ни в ранних публикациях Фрейда, ни в анализах Доры (1905), «Градивы» (1907) и Маленького Ганса (1909), предшествующих появлению вышеупомянутых работ. Первый неопределенный намек на это психологическое понятие можно обнаружить в нескольких местах первого издания «Трех очерков» (1905), но только в третьем издании (1915) Фрейд четко определяет регрессию как важный патогенный фактор. Видимо, это произошло где-то между 1909 и 1910 годами, когда были опубликованы «Пять лекций» (1909), случай Раттенманна (1909), работы, посвященные Леонардо да Винчи (1910) и Шреберу (1911), то есть когда Фрейд был занят проблемой нарциссизма. Связь между этими двумя идеями, идеей нарциссизма и регрессии как фактора патогенеза, могла бы составить одну из самых интересных тем для исторического исследования.

В 1914 году в третьем издании «Толкования сновидений» (р. 548) Фрейд окончательно сформулировал теоретические положения, касающиеся этих двух функций регрессии — регрессии как механизма защиты и как па-

тогенного фактора. При этом он различал три аспекта регрессии: топографический, временной и формальный. «Обратное» движение психических процессов, «преобразование идей в образы» (р. 544) происходит не только в пространстве, между различными структурами психического аппарата, но и во времени — от актуального переживания к более ранним. И, наконец, вероятно, наиболее важной отличительной чертой этого феномена является тот клинический факт, что во время регрессии психические переживания, видимо, распадаются на компоненты, из которых они в свое время образовались, и в психическом аппарате снова появляются более простые формы переживания.

Это разграничение трех форм, или аспектов, регрессии кажется ясным, убедительным и окончательным. Однако мы получаем первое предостережение о том, что все не так просто, как кажется, обнаружив, что в своей работе «Метапсихологическое дополнение к теории сновидений» (1917, р. 227), опубликованной год спустя, Фрейд говорит только о двух формах регрессии: топологической и временной — и совершенно не упоминает о формальном аспекте, который в настоящее время, несомненно, считался бы наиболее важным.

Должны ли мы отнестись к этому расхождению как к чему-то несущественному или — следуя примеру Фрейда — просто как к факту забывчивости, который указывает на личную антипатию автора к формальному аспекту регрессии? Вполне вероятно, что эта антипатия играла определенную роль в том, что для развития идеи потребовался столь длительный период времени. Потребовалось по крайней мере пять лет, чтобы идея регрессии как механизма защиты увидела свет, и прошло еще от десяти до пятнадцати лет, прежде чем было сформировано представление о регрессии как о факторе патогенеза.

Кроме того, в последующий период (с 1912 по 1920 год) Фрейд время от времени обращался и к другой функции регрессии — регрессии как части переноса и особенно регрессии на службе у сопротивления, — к идее, которая также имеет свою долгую предысторию. Отношение Фрейда к этому сложному феномену, выраженное в пересекających терминах переноса, отыгрывания, навязчивого повторения, можно назвать чрезвычайно осторожным.

Эта позиция четко обозначена уже в технической главе «Очерков об истерии» (1895, pp. 301-304). Хотя слово «регрессия» и не было использовано, Фрейд живо описывает регрессивные формы переноса, характеризуя их как «препятствие». Всякий раз, когда Фрейд в этот период обращался к проблемам переноса, он не упускал случая отметить, что регрессивные формы переноса представляют собой наиболее сильный тип сопротивления. Действительно, перенос является союзником аналитического лечения, но только в его зрелой, сдержанной в отношении цели форме, проявляющейся в чувстве теплой привязанности. В противном случае перенос может представлять собой самую серьезную угрозу для аналитического лечения, если аналитик не сможет дистанцироваться от него при помощи своих интерпретаций: (а) негативного переноса и (б) позитивного переноса вытесненных эротических импульсов благодаря восстановлению отношений с ранними имаго, то есть с регрессивными элементами («О динамике переноса», 1912).

В своей классической работе «Воспоминание, повторение и переработка» (1914) Фрейд полностью признал, что некоторые пациенты не могут вспомнить определенные элементы своего прошлого эмоционального опыта, поэтому они вынуждены отыгрывать их в отношениях с аналитиком. Отсюда следует, что и перенос нужно рас-

смаывать как повторение забытого прошлого опыта пациента, к которому невозможно получить доступ при помощи иных средств; Фрейд также отмечал, что такому повторению отчасти способствует и само аналитическое лечение благодаря «новой» технике свободных ассоциаций. Тем не менее снова и снова он дает осторожный совет, что только интерпретация — и только она одна — должна быть реакцией аналитика на эти феномены. Здесь Фрейд использовал термин «воздержание», например, в статье «Заметки о любви при переносе» (1915, р. 165), а несколько лет спустя в докладе на конгрессе в Будапеште (1918, р. 162) — более сильный термин «лишение».

Воздержание и лишение, навязанные аналитиком своему пациенту, представляются довольно суровыми мерами, но Фрейд, несомненно, считал, что именно они необходимы при работе с регрессивной формой переноса.

Однако Фрейд, развивая свои идеи, не остановился на этом. Следующим шагом было признание регрессивной формы переноса как одного из симптомов интенсивного навязчивого повторения и экспансия этой идеи в область биологии с последовавшим на этой основе введением постулата о существовании влечения к смерти, неизменная цель которого состоит в регрессии, то есть в возврате из актуального состояния в состояние, которое предшествовало ему, в конечном счете — регрессии от жизни к смерти («По ту сторону принципа удовольствия», 1920).

В этой связи важно отметить, что в качестве иллюстрации силы «навязчивого повторения» использовались два феномена: поведение детей в игре и поведение пациента при переносе, особенно при регрессивном переносе.

Здесь мы сталкиваемся с дилеммой: есть ли какой-нибудь шанс добиться результата, пытаясь навязать нашим пациентам воздержание и лишение, если регрессия при переносе является проявлением навязчивого повторения, то есть движущей силой регрессии является влечение к смерти? С другой стороны, так ли уж верно то, что сила влечения к смерти неодолима, если во многих случаях регрессировавших пациентов аналитическое лечение приходит к успешному завершению? Никто, в том числе и Фрейд, никогда не ставил такие вопросы.

У регрессии есть еще одна функция, она является союзником в аналитической терапии. Насколько мне известно, Фрейд только однажды упомянул об этой функции, зато очень настойчиво и в позитивном смысле. Единственное это упоминание встречается только в одном пассаже в работе «История психоаналитического движения» (1914, р. 10-11). Как было отмечено выше, термин «регрессия» появился не в самом описании анализа Доры, а десять лет спустя, в историческом очерке, в котором Фрейд отмечает с замечательной ясностью, что любые попытки разрешения патологических последствий недавней травмы с помощью непосредственного их анализа потерпели неудачу, и Доре было позволено «следовать по долгому окольному пути, который проходил через ее раннее детство», прежде чем стало возможным разрешение ее актуального конфликта. Фрейд завершает описание этого случая указанием на то, насколько было бы неправильно «пренебрегать регрессией в аналитической технике». За исключением этого отрывка мне неизвестны работы Фрейда, где бы он хоть как-то касался проблемы не защитной или патогенной, а терапевтической регрессии. Кроме того, как раз перед приведенным выше пассажем Фрейд недвусмысленно утверждает, что регрессия во время лечения наблюдалась уже тогда, когда он и Брейер практиковали катарктиче-

ский метод: «Мы открыли психический процесс, являющийся характерной чертой невроза, который я назвал "регрессией"». И затем, продолжая, так сказать, на одном дыхании, он приводит в качестве примера анализ Доры. Итак, нет сомнения в том, что данные наблюдения регрессии как важного фактора терапии появились вместе с созданием психоанализа, если не раньше.

Теперь ситуация стала довольно запутанной. В первых случаях применения катарктического метода регрессия, происходящая во время лечения, была признана важной движущей силой терапии. Основания для такого вывода могут быть найдены и в анализе Доры, и, несомненно, в анализе других пациентов. Наряду с этим у нас есть документальное подтверждение того, что теоретическая концепция регрессии является одной из старейших; и все же она вынуждена была ожидать своего появления в печати до 1900 года, и понадобилось еще десять лет, чтобы пришло всеобщее признание регрессии как фактора патогенеза. С тех пор идея регрессии претерпела поразительные метаморфозы, которые, впрочем, касались только ее негативных аспектов: сначала она рассматривалась как опасная форма сопротивления, затем как симптом навязчивого повторения и, наконец, как наиболее важный клинический пример влечения к смерти. С другой стороны, регрессия как союзник в терапии была упомянута лишь однажды, мимоходом, и впоследствии, по-видимому, забыта или попала в тень своих же угрожающих аспектов. Я вернусь к этой очевидной непоследовательности в главах 22 и 23.

Таким образом, рекомендация Фрейда, как обращаться с регрессией во время аналитического лечения, была абсолютно последовательной, возможно, с одним временным исключением, и можно даже поспорить, справедливо ли вообще называть это исключением. Его рекомендация была такова: аналитик должен придерживаться

обычной позиции сочувственной пассивной объективности независимо от того, как далеко регрессировал пациент; аналитик не должен отвечать на желания и просьбы пациента каким-либо иным образом, помимо их интерпретации. В своей работе «Заметки о любви при переносе» (1915, р. 16) Фрейд даже утверждал, что нежелательно выходить за поставленные рамки потому, что те случаи, в которых такая политика терпит неудачу, как правило, оказываются неподходящими для анализа. Именно этот принцип нереагирования сформулирован в следующем утверждении: «Лечение должно проходить в условиях воздержания или лишения».

Теперь вернемся к сомнительному исключению. Ближе к концу Первой мировой войны, сразу после анализа у Фрейда, Ференци приступил к своим экспериментам с техникой, — на первом этапе эти эксперименты получили название «активная техника», — которые были полностью поддержаны Фрейдом. Руководящий принцип на этом этапе состоял в том, что в определенный момент аналитик должен понимать, что пациент неизбежно попадает в ситуации (или даже намеренно их создает), в которых происходит значительное увеличение его внутреннего напряжения. Предполагалось, что это будет иметь два вероятных исхода: прорыв в сознание инстинктивных импульсов или влечений, которые до этого были вытеснены (при этом болезненный симптом трансформируется в приятное удовлетворение), а также возобновление иссякнувшего было потока ассоциаций. В своем вышеупомянутом докладе на конгрессе в Будапеште (1918) Фрейд справедливо отметил, что исходная идея, стимулировавшая эти технические инновации, принадлежит ему, и упомянул о двух выводах из своего опыта: (а) в определенный период терапии пациентов, страдающих агорафобией в тяжелой форме, необходимо убедить в том, что они должны подвергнуть себя ситуа-

ции, вызывающей страх, и (б) в некоторых случаях, подобных случаю Вольфсманна, аналитик должен определить день окончания лечения. Он подтвердил данные Ференци, касающиеся того, что благодаря интервенции, сделанной правильным образом и в подходящий момент, в лечении наступает значительный прогресс.

Полагаю, что теперь стало понятно, почему я назвал эту техническую процедуру сомнительным исключением из основного правила. С одной стороны, она может считаться логическим продолжением правила воздержания или лишения — желания или просьбы пациента не удовлетворяются, напротив, он испытывает увеличение напряжения. С другой стороны, несомненно, это означает нечто большее, чем просто интерпретацию в той или иной степени регрессионного переноса пациента; это означает, что аналитик оставляет свою позицию сочувственной пассивной объективности, особым образом реагируя на происходящее с пациентом. Кроме того, с тех пор как стали известны результаты экспериментов Ференци, представляется довольно сомнительным, что увеличение напряжения пациента действительно может привести к достижению желаемой цели в терапии, а не к чему-то совершенно иному.

Тем не менее в некоторых случаях изменения, достигаемые таким способом, обладают достаточным импульсом и сохраняются до конца аналитического лечения. В других случаях, которых, к сожалению, большинство, этот импульс угасает, и у пациента происходит рецидив. Фрейд предвидел такую возможность, и когда он на опыте убедился в том, что успех ненадежен и непредсказуем, он отказался от этой идеи, и после 1918 года не упоминал о ней в своих работах.

Опыт Ференци был аналогичен опыту Фрейда, но он был настолько потрясен тем, что пациенты выказывали столь

примитивные по своей природе реакции на его интервенции, что решил, продолжая аналитическую работу, пойти дальше в своем исследовании, экспериментируя с интервенциями. Так он пришел к открытию того, что инфантильные патогенные травмы, реактивированные аналитическим лечением, по-видимому, обладают — в современной трактовке — двухфазной структурой.

Вероятно, в первой фазе младенец или ребенок испытывает травмирующий дефицит или избыток стимуляции со стороны своего окружения, то есть со стороны своего наиболее важного взрослого объекта или объектов; когда же ребенок во второй фазе предпринимает попытку получить компенсацию, поддержку или даже просто понимание со стороны окружения, то те же взрослые — под влиянием их собственного сознательного или бессознательного чувства вины — вынуждены отрицать свое участие в предыдущей фазе, демонстрировать при помощи своей речи и поведения, что они на самом деле не имеют представления, по какому, собственно, поводу поднят весь этот шум, или, согласно нашей терминологии — будучи самыми сочувствующими и объективными, они ясно дают понять, что не имеют к этому никакого отношения. Ференци должен был в результате наблюдения за своими пациентами признать, что структурно последовательность событий, в которой аналитик с позиции сочувственной отчужденности наблюдает за происходящим, после того, как его активная интерпретация вызвала повторное переживание травматической ситуации, очень напоминает исходную травму. Он приходит к выводу, что в некоторых случаях состояния, вызванные активной интервенцией, подобны тем, что возникают при использовании классической аналитической техники, которая подталкивает пациента к воспоминанию или повторному переживанию исходной травмы, а аналитик при этом сохраняет позицию объективной сочувственной

пассивности («Заметки и фрагменты» — 4.11.1932 — в сборнике «Работы последних лет», 1955).

Из этого заключения с очевидностью вытекает следующий вывод Ференци. Исходя из того, что причиной исходной травмы является как избыток или дефицит стимуляции со стороны окружения, так и следующие за этим недостаточное понимание и безразличие со стороны все тех же людей, цели терапии должны состоять: (а) в том, чтобы способствовать регрессии пациента к исходной травме, (б) в том, чтобы внимательно оценить способности пациента выносить возникшее напряжение, и (в) в поддержке допустимого уровня напряжения, путем позитивного ответа на регрессивные желания, просьбы или потребности пациента. Побочным направлением этого исследования было интенсивное изучение отношений между врачом и пациентом, а также открытие того, что в наши дни называют техникой интерпретаций контрпереноса (Ferenczi, 1930, 1931 и 1932).

Именно здесь отношения между Ференци и Фрейдом достигли критической точки. Фрейд предвидел, что безусловное удовлетворение каждой потребности регрессировавшего пациента невозможно, что все попытки такого рода, ведущие к улучшению состояния пациента, ограничены желанием и возможностями аналитика быть в распоряжении пациента и что, наконец, большинство этих пациентов, изменившись к лучшему, никогда не станут по-настоящему независимыми.

В полемике между Фрейдом и Ференци так и не было достигнуто согласия. Ференци умер, не завершив своих последних экспериментов. Для любого пациента, а особенно для регрессировавшего пациента, смерть аналитика всегда является чрезвычайно травмирующим событием. Я не утверждаю, что результаты его экспериментов были бы благоприятными, если бы он прожил доста-

точно долго, но я определенно хочу сказать, что при таких обстоятельствах нельзя дать простые ответы в форме «да» или «нет» на вопросы о ценности его экспериментов, основываясь на его последних клинических наблюдениях. Я вернусь к этой теме в главе 23.

Глава 20. Симптоматология и диагноз

Итак, от Фрейда мы узнали, что с клинической точки зрения регрессия может выступать в четырех аспектах: (а) как защитный механизм, (б) как фактор патогенеза, (в) как мощная форма сопротивления, (г) как главный фактор в аналитической терапии.

В этой части я смогу исследовать только небольшой сектор сложной проблемы регрессии, очерченный феноменами, наблюдаемыми при аналитическом лечении. Практически за рамками останется аспект регрессии как защитного механизма, так как в моей амбулаторной практике случаи серьезных галлюцинаций были довольно редки. Более того, это приведет к тому, что рассмотрение регрессии как патогенного фактора будет несколько ограниченным и односторонним. Все это вызвано тем, что к регрессии во время анализа относятся только как к временной мере: хотя регрессию терпят, не предполагается, что это состояние закрепится и станет устойчивым, что для пациента это окажется приемлемым решением. Таким образом, мы рассматриваем регрессию в ее патогенном аспекте, который вряд ли обусловлен событиями прошлого, но скорее является динамическим процессом настоящего; можно наблюдать, как она приходит, овладевает ситуацией, управляет ею некоторое время и затем передает ее во власть других сил, например, реальности, после чего исчезает. Очевидно, что двумя аспектами, которые наиболее часто может наблюдать анали-

тик во время лечения, являются регрессия как форма сопротивления и регрессия как союзник в терапии.

Я намерен разделить рассмотрение этой проблемы на три части. Во-первых, симптомы и диагноз регрессии. Здесь вопросы будут сформулированы так: что характеризует регрессию во время анализа, то есть каковы ее дифференциальные диагностические критерии? Имеет ли регрессия единственную форму, если же нет, то каковы эти различные формы? Вторая группа вопросов касается динамики регрессии. Каковы основные события, происходящие в фазе регрессии, и в чем состоит специфическое значение каждого из этих событий? И, наконец, третью группу составят вопросы, связанные с техникой и терапией. Здесь я лишь вкратце коснусь вопросов последней группы, так как я намерен обсудить их подробно в части V. Проблема заключается в определении признаков, по которым можно было бы судить, будет ли та или иная регрессия иметь патогенный или терапевтический эффект. Если же эффект обусловлен внешними событиями или как-то зависит от них, то что мог бы предпринять аналитик, чтобы гарантировать терапевтический эффект регрессии и избежать всякого риска возникновения патологической регрессии?

Я предлагаю начать с одного моего раннего клинического опыта в этой области. Повторяющиеся элементы этого опыта были следующие: после корректных, по-видимому, интерпретаций в аналитическом лечении наступал определенный момент, когда происходила неожиданная перемена, и в порядке рабочей гипотезы можно было предположить, что в конкретной аналитической ситуации пациент испытывает удовлетворение, которому присуща некая примитивная форма, или он участвует в примитивных объектных отношениях, прежде бывших для него невозможными, неприятными или отталкивающими. Интерпретация, предлагаемая аналити-

ком, находящимся в обычной позиции сочувствующей объективности, не приводила к дальнейшему видимому продвижению. Но если аналитик принимал это изменение и отвечал на него, то в терапии сразу же следовал прорыв и достигался значительный прогресс.

Это отличие означает, что как пациент, так и его аналитик несколько вышли за рамки «классического» аналитического лечения, но не отказались от него.

Теперь перейдем к конкретному случаю. Во второй половине 1920-х годов я приступил к аналитическому лечению привлекательной, живой и довольно соблазнительной девушки в возрасте около 30 лет. Ее основная жалоба состояла в том, что она не может чего-либо добиться в жизни. Несколько лет назад она успешно окончила университетский курс, которого было достаточно для получения степени, но она не смогла сдать последний экзамен. Несмотря на то, что она пользовалась успехом у мужчин и многие хотели жениться на ней или завязать с ней романтические отношения, она просто не могла им ответить. Постепенно обнаружилась связь между ее неспособностью завязать отношения и леденящим страхом перед неопределенностью, когда она должна была пойти на какой-то риск, то есть принять решение. Она была сильно привязана к своему властному отцу, отличавшемуся обсессивными чертами, единственному человеку, на которого она, однако, могла всецело положиться; они понимали и высоко ценили друг друга, тогда как ее отношения с немного запуганной матерью, которой она не доверяла, были явно амбивалентными.

Нам понадобилось почти два года, прежде чем эти связи приобрели для нее какой-то смысл. Примерно в это время я предложил интерпретацию, что для нее, видимо, самым главным является сохранить положение, при ко-

тором ее голова находится в безопасном вертикальном положении, а ее ноги прочно стоят на земле. В ответ она заметила, что она никогда, даже в самом раннем детстве, не делала кувырок через голову; хотя порой отчаянно его пыталась выполнить. Я спросил: «А как же сейчас?» — после этого она вскочила с кушетки и, к ее величайшему изумлению, без труда сделала превосходный кувырок через голову.

Этот случай оказался настоящим прорывом. После него последовали многочисленные изменения в ее эмоциональной, социальной и профессиональной жизни, все они привели к достижению большей свободы и гибкости. Кроме того, она добилась разрешения сдавать наиболее трудные выпускные экзамены и прошла их, она обручилась и вышла замуж.

После ее замужества, как было принято в те времена в аналитической практике, лечение было прервано, но через два года она возобновила анализ, который продолжался еще четырнадцать месяцев. После этого в течение следующих почти тридцати лет она смогла вести нормальную жизнь, несмотря на множество катаклизмов и огромные внешние трудности, которые выпали на ее долю — немецкую оккупацию, войну, русскую блокаду, русскую оккупацию, коммунистический переворот, революцию и т. д. Таким образом, этот прорыв дал результаты, которые выдержали проверку временем.

Каким корректным диагностическим термином можно было бы охарактеризовать кувырок, ставший решающим событием в этом анализе? Я предложил бы недвусмысленное определение, для принятия которого, надеюсь, не потребуется много доказательств. Кувырок через голову, который сделала молодая женщина в возрасте около тридцати лет, безусловно, означает появление примитивных детских форм поведения после того, как в

аналитической ситуации прочно закрепились более зрелые, более взрослые формы. Вместо этой корректной, но витиеватой фразы в аналитической теории используют четыре в значительной степени перекрывающихся термина: перенос, отыгрывание, повторение и регрессия. В применении к нашему случаю все эти термины только отчасти являются корректными.

Нет сомнения в том, что кувырок был проявлением отыгрывания, но неясно, что же именно было отыграно. Несомненно, это событие произошло при переносе, если мы подразумеваем под переносом аналитическую ситуацию в целом. Однако если мы намерены использовать этот термин в узком смысле, то есть как перенос от исходного объекта на аналитика, то неясно, применим ли этот термин в данном случае. Такие же затруднения возникают с повторением и регрессией. Повторить можно только то, что уже когда-то было сделано; да и регрессировать, по-видимому, можно только к тому, что было пережито хотя бы однажды в прошлом. Но из истории этого случая видно, что раньше моя пациентка никогда не могла сделать кувырок через голову. Поэтому было бы логическим противоречием называть первый кувырок в ее жизни повторением или регрессией. Несмотря на это противоречие, я буду использовать термин «регрессия» для того, чтобы дать хотя бы приблизительное описание возникновению примитивных форм поведения и экспрессии, появляющихся как реакция пациента на аналитическое лечение уже после того, как установились более зрелые формы.

Кстати, отсутствие должного дифференциального диагноза, а именно упрочившаяся традиция некорректно обозначать все «примитивное», что продуцирует пациент в аналитической ситуации, *ipso facto* (в силу самого факта), как перенос и/или регрессию, является причиной многочисленных недоразумений и трудностей в раз-

витии исследований этой области. Я попытаюсь прояснить некоторые детали, хотя и не очень уверен в безупречности моих предположений. Гораздо легче положить начало новой дурной привычке, чем изменить старую.

Кроме того, есть большое число клинических состояний, которые часто принимаются за регрессию, так как имеют с ней сходство во многих отношениях, хотя динамические структуры регрессии и этих состояний фундаментально отличаются друг от друга. Возможно, наиболее часто встречается уход — отказ от контакта с аналитиком или с окружением. Специфическую форму этого состояния Винникотт (Winnicott, 1958) описал как способность оставаться одному в присутствии другого человека. Впечатление ухода возникает в том случае, когда индивид полностью погружен в собственную область созидания. Эти состояния могут быть скоротечными, а могут продолжаться довольно значительный период времени; они могут быть как патологическими, так и совершенно нормальными; наконец, в них может быть представлена пусть небольшая, но важная доля регрессии. И все же я считаю, что они должны быть четко отделены от регрессии.

То же самое относится и к другому, очень похожему клиническому состоянию, которое можно было бы назвать дезинтеграцией. В этом состоянии возникают или появляются заново более примитивные формы функционирования и переживания вследствие того, что выходит из строя структура более высокого порядка и сложной организации. Патологической формой этого состояния является процессуальная шизофрения, а относительно нормальной формой — угасание генитальности в пожилом возрасте. В этих формах, которые могут быть приведены в качестве иллюстрации «регрессии как фактора патогенеза», проявляется множество истинно регрес-

сивных черт. Однако даже несмотря на существующий консенсус относительно регрессивной природы этих состояний дезинтеграции, они должны быть разграничены с регрессией, которую можно наблюдать во время аналитического лечения.

Теперь вернемся к моему случаю. Этот эпизод относится примерно к 1930 году. Используя теорию влечений и Эго-психологию—две концепции, которые в то время превалировали в психоанализе, — я мог бы сказать, что в моем случае я добился того, что: (а) предоставив своей пациентке возможность сделать кувырок, то есть создав вызвавшую у нее страх ситуацию, я тем самым увеличил уровень ее напряжения; благодаря чему (б) я помог ей осуществить прорыв инстинкта, что привело к удовлетворению импульса (или влечения), который до этого момента был вытеснен; а также (в) вместе с этим переживанием или благодаря ему Эго пациентки стало сильнее.

В то время в теоретических представлениях аналитиков (особенно в Будапеште) происходили постепенные изменения: на смену доминировавшей старой теории либидо и влечений, а также новой Эго-психологии приходило понимание важности объектных отношений. Трудно обозначить точную дату этой перемены. Впервые о ней заявил Ференци в третьей главе «Стадии в развитии эротического чувства реальности» своей книги «Таласса» (1924). Дополнительный импульс переменам придали его разочарование в результатах экспериментов с активной техникой, а также его интенсивное исследование отношений между аналитиком и пациентом, но окончательные очертания эти изменения приобрели в двух его работах «Проблема прекращения анализа» и «Эластичность психоаналитической техники».

Принимая во внимание эти новые ориентиры, я также фиксировал изменения в объектных отношениях пациентки. Действительно, результат прорыва состоял в преодолении вытеснения — прежде некая функция Эго тормозилась и была Эго-дистонной из-за того, что ей было присвоено некое символическое значение; теперь, после отделения ее вторичного эротического катексиса, она была высвобождена, интегрирована в Эго и стала приносить удовольствие. Однако также верно и то, что прорыв произошел в психоаналитической ситуации, то есть в рамках объектных отношений, и это открыло новые пути для любви и ненависти пациентки. В этом и заключается новое открытие, после чего отношения пациентки к ее объектам любви и ненависти стали более свободными и более реалистичными.

Именно на этом более широком основании я разработал концепцию нового начала, призванную охватить довольно значительное количество клинических фактов, относящихся к тому типу, о котором здесь говорилось. Я составил перечень тех моментов, которые, как я полагаю, являются характерными чертами нового начала (см. Balint M., 1932, 1934). В этом перечне я впервые попытался суммировать клинические признаки доброкачественной регрессии в аналитической ситуации. В последующих главах я хочу показать, как вносились изменения в этот перечень в соответствии с моим клиническим опытом за последние тридцать лет.

1. Рост напряжения, предшествующий удовлетворению импульса, вызывает появление наиболее выразительных и ярких симптомов; после достижения удовлетворения происходит неожиданная перемена: возникает чувство успокоения, умиротворения, благополучия, которое может ускользнуть от наблюдателя, если тот не будет достаточно внимательным.

2. Интенсивность удовлетворения, которое приносят виды активности в фазе нового начала, никогда не достигает уровня конечного удовольствия.

3. Все эпизоды нового начала происходят в переносе, то есть в объектных отношениях, и приводят к изменению отношений между пациентом и объектами его любви или ненависти, что существенно снижает уровень тревоги.

4. Новое начало приводит также к изменениям характера. В настоящее время те же самые клинические факты были бы истолкованы как изменения, происходящие в Эго.

И, наконец, самое важное:

5. Новое начало: (а) означает обратное движение к чему-то «примитивному», к моменту, который предшествовал нарушениям в развитии, что можно назвать регрессией, (б) в то же время это представляет собой прогресс, так как является открытием нового, лучшего пути. В моей книге «Нервное возбуждение и регрессия» (Thrills and Regressions, 1959) я обозначаю эти два основных феномена одной фразой: регрессия ради прогресса.

Вернемся теперь к моему случаю. Согласившись с тем, что прорыв был важным фактором, повлиявшим на благоприятный терапевтический исход, мы поднимаем вопрос о понимании его динамики. Благоприятный результат мог быть вызван (а) тем, что сознание — или Эго — было вынуждено снять часть вытеснения и принять инстинктивный импульс как Эго-синтонный и приятный; (б) тем, что произошло усиление Эго, границы которого были расширены за счет Ид; и (в) тем, что пациент получил помощь для нового начала или, если угодно, для регрессии.

Конечно, можно было бы возразить, что решающим фактором в достижении позитивного терапевтического результата была аналитическая работа, предшествовавшая этому эпизоду, а также последовавшая за ним должная проработка; что этот инцидент, хотя и производящий глубокое впечатление, сам по себе был незначительным, если только не считать того, что он принес безобидную передышку в напряженной работе пациентки и ее аналитика. Трудно ответить на эти возражения, основываясь на том, что случай был успешен. Успех может быть приписан любому фактору или любому сочетанию факторов, поэтому было бы почти невозможно использовать успех сам по себе в качестве доказательства эффективности какого бы то ни было технического нововведения. Поэтому я предлагаю отложить на время окончательные выводы и продолжить наше исследование.

Глава 21. Удовлетворение и объектные отношения

Насколько я помню, это было более 30 лет назад в мае 1933 года, примерно в то время, когда умер Ференци. Тогда возобладала следующая точка зрения: эксперименты Ференци показали, что ответ аналитика на требования пациента, находящегося в состоянии регрессии, является ошибкой и приводит лишь к бесконечной череде пустых волнений, досаждающих и пациенту, и аналитику; так или иначе эти эксперименты были осуждены Фрейдом. В течение некоторого времени я предпринимал попытки возобновить дискуссию, указывая на то, что такое огульное осуждение является как несправедливым, так и невыгодным (Balint M., 1934, 1935, 1937, 1949, 1951). Я лишь говорил о критическом пересмотре — а вовсе не о слепом принятии — того, что было ценного в идеях, развитых в Будапеште под руководством

Ференци. Ответа не последовало. После этой неудачи единственное, что мне оставалось, — это продолжить свою клиническую работу и, основываясь на своем опыте, приступить к оценке правильности этих идей. Мне кажется, что в последние годы в господствующих настроениях появились некоторые признаки перемен, хотя я могу и ошибаться. Итак, я предпринимаю еще одну попытку.

В списке, приведенном в конце главы 20, содержащем перечень событий фазы нового начала, я, пожалуй, остановился бы на трех моментах, стоящих того, чтобы уделить им внимание, приложить усилие к их разработке и исследованию. Во-первых, примитивное удовлетворение, являющееся самым заметным из них; во-вторых — неожиданные изменения в интенсивности аналитической атмосферы, заключающиеся в том, что настойчивое требование удовлетворения сохраняется до тех пор, пока определенная потребность остается неудовлетворенной, и полностью исчезает без всякого следа сразу же после того, как удовлетворение достигнуто; и в-третьих, абсолютное условие того, что все это должно происходить в аналитической ситуации, то есть в рамках объектных отношений.

Начнем с аспекта удовлетворения. Не возникает сомнения в том, что нечто должно быть удовлетворено, однако назвать это нечто дериватом конкретного компонента влечения можно с большой натяжкой. Иногда это достигается отступлением от правил, как, например, в случае моей пациентки, сделавшей кувырок через голову. Другая пациентка (также достигшая позитивного результата лечения, который сохранялся в последующие двадцать пять лет наблюдения) в особенный период ее анализа в течение некоторого времени испытывала неодолимую потребность в том, чтобы держаться за палец моей руки. Не составит большого труда отыскать — или изобрести

— «инстинкт цепляния» для объяснения удовлетворения, которое пациентка получала в этом случае. Еще один пациент, на этот раз мужчина, был вынужден уйти в отпуск по болезни на несколько недель, когда наступила фаза нового начала. Довольно трудно было определить, был ли он действительно болен или нет в это время; он не мог работать, он проводил все свое время в постели и нуждался в том, чтобы за ним ухаживали, но он регулярно приходил на сеансы — не пропустив ни одного. Примерно в то же время он обращался ко мне с просьбами о дополнительном сеансе, особенно в выходные дни, либо просил меня, чтобы я будил его по телефону. Было бы трудно отыскать специфический компонент влечения, который бы соответствовал этим состояниям удовлетворения, однако ясно, что все три пациента нуждались в том, чтобы их отношения с окружением, а именно с самым важным для них в то время объектом — их аналитиком, были бы простыми и гладкими (gewahrend).

Возвращаясь к вопросу о дифференциальном диагнозе, во всех трех упомянутых случаях примитивные формы поведения и переживания появились после того, как прочно установились зрелые формы, и именно это я предлагаю называть регрессией. Такая регрессия приводит к появлению желаний и просьб, и во всех трех случаях аналитик ответил на них позитивно, то есть удовлетворил их. Я хочу подчеркнуть, что удовлетворение не подменяет интерпретацию, а дополняет ее. В некоторых случаях интерпретация предваряла удовлетворение, а в других — следовала за ним, как того требовала ситуация.

Ближе к 30-м годам я начал понимать, что удовлетворение, требуемое и получаемое пациентами в фазе нового начала, хотя и обращает на себя внимание, но не имеет такого уж большого значения, по-видимому, оно было

только средством достижения цели. Действительно важным является то, что пациент получает помощь в освобождении от запутанных, ригидных, гнетущих форм отношений — в то время их называли чертами характера — со своими объектами любви и ненависти и приходит к более простым и менее сковывающим его формам. Например, в моем первом случае аналитик воспринимался не как поощряющий, волнующий или угрожающий взрослый объект, в присутствии которого приличная молодая леди даже мысли не могла бы допустить о том, чтобы сделать кувырок через голову, а как безопасный, надежный объект, рядом с которым пациент может позволить себе детские радости. Кстати, не имело бы большого значения, если бы это же отличие было выражено при помощи средств языка трехстороннего эдипова конфликта или средствами любого другого доэдипова — орального, анального, фаллического и т. д. — языка. Более того, совершенно понятно, что любое из этих выражений, акцентирующих одну из сверхдетерминаций, будет верным.

Для описания особой атмосферы периода нового начала я использовал немецкое слово *arglos*, которое, как и слова *Lust* и *Besetzung*, не имеет эквивалента в английском языке. В словаре в качестве перевода приводится следующий кластер значений: «простодушный, невинный, простой, безвредный, безобидный, наивный, неподзревающий», но ни один из этих вариантов не передает точного значения слова. Поэтому мы нуждались в слове, которое подошло бы для описания такой ситуации, когда индивид чувствует, что ему ничто не угрожает со стороны окружения и он не наносит вреда окружающим. Мы могли бы воспользоваться нашей психоаналитической терминологией, которая оказала бы нам помощь, предоставив в наше распоряжение такие прилагательные, как доамбивалентный, доперсекutorный

или допараноидальный. Проблема состоит в том, что эти термины слишком сложны для описания простой, свободной от подозрений атмосферы доверия этой фазы. В действительности пациент обретает при переносе способность отбросить все защитные панцири своего характера и чувствует, что жизнь стала проще и правдивее — это настоящее открытие неведомого.

В этом состоит отличие фазы «нового начала» от того исключительно внутреннего психического процесса, происходящего в индивиде, который Фрейд назвал регрессией: регрессия, которую я наблюдал во время аналитического лечения — в фазе «нового начала» — принадлежит, прибегая к новой терминологии, к области психологии двух персон. Так как в то время развитие объектных отношений не было модной темой, мои находки вряд ли были замечены, хотя я неоднократно докладывал о них (см. Balint M., начиная с 1932).

Во-первых, для того, чтобы описать эти примитивные отношения, я принял теоретическую идею Ференци (1924) — идею «пассивной объектной любви». Он полагал, что истинная цель эротической жизни состоит в том, чтобы быть любимым, и всякая другая деятельность представляет собой лишь обходной, окольный путь достижения данной цели. Эта идея будто бы была обещающей и, казалось, действительно могла объяснить многие примитивные отношения к объекту любви не только у младенцев, но и у взрослых. Однако в конце концов она оказалась непригодной. При внимательном изучении пациентов в фазе нового начала оказалось, что огромное значение имеют не только периоды спокойного, тихого удовлетворения и ожидания любви со стороны окружения, но и активные поиски контакта с людьми. Принимая во внимание эту явную активность, необходимо было отказаться от термина «пассивная объектная любовь», с тех пор я использую термин «примитивная,

или первичная объектная любовь», или «первичные объектные отношения» (Balint M., 1937).

Однако я должен признать, что и этот термин тоже является неадекватным. По мере того как развивались мои способности к наблюдению и мой навык слушания улучшался, работая со своими пациентами, я узнал о существовании другой фазы, предшествующей появлению первичных объектов (см. главу 12, а также Balint M., 1957, 1959), эту фазу можно было бы назвать фазой недифференцированного окружения, фазой первичных субстанций или — довольно неуклюжая фраза — фазой гармоничного скрещивания (Balint M., 1959). Возвращаясь к тому, что более подробно уже обсуждалось в главе 12, лучшей иллюстрацией этого состояния является наше отношение к окружающему нас воздуху. Трудно сказать, является или нет воздух, который находится в наших легких и наших внутренностях, частью нас самих; да это, собственно, и не имеет значения. Мы вдыхаем воздух, берем из него все необходимое, а затем, выделив в него то, от чего хотим избавиться, выдыхаем его, и нас совершенно не волнует, нравится это воздуху или нет. Он должен быть в необходимом количестве и должного качества; и пока он есть, отношения между нами и воздухом если и могут быть замечены, то только с большим трудом; но как только возникает препятствие, мешающее притоку воздуха, появляются выразительные и яркие симптомы, подобные состоянию неудовлетворенного ребенка или пациента, который, находясь в первой фазе нового начала, требует удовлетворения.

Воздух, подобно воде или молоку, является субстанцией, а не объектом. Как я уже упоминал, существует несколько — не так много субстанций такого рода: к ним относятся элементы, о которых упоминали философы-досократики: вода, земля и огонь, а также материалы, которые используются в детской психотерапии, напри-

мер, песок, вода или пластилин. Главная особенность этих субстанций состоит в том, что их невозможно уничтожить. Вы можете построить замок из мокрого песка, затем разрушить его, но песок останется с вами; вы можете заткнуть пальцем кран, перекрыв воду, но как только вы уберете палец, вода польется вновь, и т. д.

В определенные моменты фазы нового начала аналитик берет на себя многие функции первичных субстанций или первичных объектов. Он должен быть рядом, он должен быть очень уступчивым; он не должен оказывать чрезмерного сопротивления; он, конечно же, должен быть неуничтожимым и он должен дать возможность своим пациентам жить с ним в состоянии некоего гармоничного сочетания. Я отдаю себе отчет в том, что это звучит довольно комично, и готов принять добрую порцию крепких шуток в качестве комментария к этой новой технике, но в свое оправдание я позволю себе заметить, что пытался выразить при помощи слов переживания, принадлежащие периоду, который протекал задолго до (или в стороне от) этапа открытия слов и, уж конечно, даже до возникновения объектов из ненарушенной гармонии дружественных субстанций.

По своему опыту я знаю, что регрессия в аналитическом лечении — первая фаза нового начала — направлена на установление таких объектных отношений, которые по своей структуре похожи на первичные отношения. Конечно, это может быть сделано только в том случае, когда аналитик понимает, что именно происходит в данный момент, осознает необходимость этого, принимает желание пациента как часть терапевтического процесса и не делает попыток затормозить развитие событий ни своим поведением, ни своими интерпретациями.

В этом состоит позитивная сторона ситуации. К сожалению, есть также и негативная сторона, и о ней пойдет речь в следующей главе.

Глава 22. Другие формы терапевтической регрессии

Из-за того, что до сих пор я говорил только о пациентах, которые успешно миновали этап регрессии в своей терапии, могло сложиться впечатление, будто я считаю регрессию центральным элементом непростого аналитического лечения, а настойчивые призывы Фрейда к осторожности при работе с регрессивными формами переноса — не имеющими под собой достаточного клинического основания, тогда как все технические идеи, предложенные Ференци, были правильны, и только его безвременная смерть помешала ему доказать их верность. Чтобы развеять это ложное впечатление, вернемся к клиническим наблюдениям.

Несколько лет назад (Balint M., 1952) я столкнулся с проблемой пациентов, которые хотя и были способны к регрессии, но не могли достичь состояния *arglos*, свободного от недоверия, которое является абсолютно необходимым предварительным условием фазы «нового начала», пациентов, чье лечение по достижении частичного результата должно было быть прекращено. Хотя и довольно приемлемые, эти результаты были все же хуже тех, которые следовали после достижения настоящего нового начала. Для ознакомления с подробностями я должен рекомендовать читателю обратиться к публикации 1952 года.

Согласно моему опыту — вынося за скобки случаи, когда успех в терапии был неполным из-за того, что связке пациент-аналитик не удалось достичь «фазы нового на-

чала», — пациенты делятся на две группы. Для пациентов, принадлежащих к первой группе, достаточно одного либо весьма ограниченного числа периодов регрессии или нового начала, после чего пациент спонтанно покидает свой примитивный мир, его состояние улучшается, порой настолько, что можно говорить об исцелении — в соответствии с прогнозами Ференци. Пациенты, принадлежащие к другой группе, кажется, никогда не получают удовлетворения от достигнутого; как только те или иные их примитивные потребности или желания находят удовлетворение, тут же появляется новое желание или притязание, такое же неотступное и безотлагательное; иногда это приводит к появлению состояний, похожих на злокачественную зависимость, которые с трудом поддаются терапии, а порой — как предсказывал Фрейд — практически вовсе не поддаются.

Некоторое объяснение этому важному различию я нашел в третьей группе явлений, составляющих симптоматику фазы нового начала — к первым двум относятся примитивные формы удовлетворения и изменения объектных отношений. Явления, о которых мы сейчас говорим, затрагивают атмосферу аналитического лечения или область переноса и представляют собой резкие «скачки» напряжения. Симптомы кажутся довольно тривиальными до тех пор, пока анализ не затронет более глубокие области. Если пациент не получает ожидаемого удовлетворения, то испытываемое им напряжение нарастает, что влечет за собой резкую и грубую манифестацию симптомов, которые сохраняются до тех пор, пока пациент не получает удовлетворения, тогда грубая симптоматика сразу исчезает и ей на смену приходит состояние спокойствия и тихого благополучия, внешние проявления которого может обнаружить только самое пристальное наблюдение. В середине 30-х годов я смог продвинуться примерно до этих границ и, конечно, от-

метил очевидную аналогию между тем, что мы наблюдаем в этой ситуации и переменной, происходящей в ребенке, когда на смену чувству голода приходит удовлетворение.

Однако вскоре я понял, что эта аналогия, несмотря на свое правдоподобие, все же ограничена рамками психологии одной персоны. Для иллюстрации того, что я имею в виду, я позволю себе вернуться к предвестнику всей аналитической терапии — лечению Брейером Анны О.

К тому времени в ее терапии уже несколько раз отчетливо проявились несомненные черты регрессии, однако ни Фрейд, ни Брейер, по-видимому, не осознали, что регрессия является здесь основным феноменом; во всяком случае документированных свидетельств обратного не существует. Только находясь в гипнотическом трансе, представляющем собой более примитивное (то есть регрессивное) состояние, Анна О. имела доступ к вытесненным воспоминаниям, чего она была лишена в своем обычном состоянии. Наконец, есть описание сцены, произошедшей как раз перед прекращением ее лечения и ставшей знаменитой, в которой она придает своей комнате вид той комнаты, где лежал ее больной отец. Сейчас этот эпизод назвали бы отыгрыванием.

По сравнению с отношениями между двумя нормальными взрослыми людьми, отношения между пациенткой и ее терапевтом в этот период стали более примитивными. У этих отношений была одна поразительная черта: хотя терапевт приобрел для пациентки первостепенную важность, она, по-видимому, не чувствовала или не выказывала по отношению к нему слишком большого интереса — он просто должен был удовлетворять ожидания пациентки — в точности так же это бывает в отношениях с первичным объектом. Например, Брейер, весьма занятый врач, как само собой разумеющееся должен был со-

вершать два ежедневных продолжительных визита, и он был вынужден придерживаться такого порядка в течение довольно длительного времени.

Другим аспектом этой ситуации были огромные преимущества, которые получал терапевт. Он имел возможность наблюдать и постигать интимные и глубочайшие тайны человеческой психики и ощущать огромную значимость своей работы при соблюдении требований пациентки. К тому же мы не должны забывать того, что случай Анны О. принес Брейеру открытие метода «лечения разговором» и вместе с тем открытие переноса, что является почти несомненным фактом; и нет ее вины в том, что он не оценил в полной мере этого дара.

Такая картина является довольно обычной для пациентов, относящихся к этому типу. До тех пор пока ожидания и требования пациента удовлетворяются, терапевту позволено быть свидетелем наиболее интригующих и откровенных событий, а его признательный и благодарный пациент *pari passu* будет чувствовать себя лучше. Это одна сторона медали, но есть и обратная. За несбывшимися либо за нереалистичными ожиданиями следует нескончаемое страдание или нескончаемая брань, либо то и другое вместе. Попав в такую ситуацию, аналитик вдруг обнаруживает, что ему очень трудно сопротивляться ее власти, вывести пациента и себя из этого затруднительного положения, но еще труднее прекратить отношения. Часто такая ситуация имеет трагический или героический финал.

Эту трагическую ситуацию определяют несколько факторов. Одним из них является природа регрессии, которая, в свою очередь, определяется характером пациента, структурой Эго и заболеванием; реакция аналитика на своего регрессирующего или регрессировавшего пациента является другим фактором, который обусловлен

техникой анализа, то есть контрпереносом. Вероятность того, что аналитик попадет в такую ситуацию, мала, если он следует классическим рекомендациям Фрейда, однако за это, возможно, придется заплатить высокую цену: отказаться в анализе тем пациентам, которые могли бы получить помощь в том случае, если бы применялась более гибкая техника. Чем больше мы сужаем диапазон наших возможных реакций, тем меньше нам остается потенциальных возможностей извлечь урок из сопоставления наших неудачных и успешно завершенных случаев, поскольку не каждая регрессия имеет трагический финал.

Из этой техники также вытекает и ограниченность нашей теории. В предыдущих главах я указывал на то, что Фрейд (а за ним и все аналитики) относился к регрессии как к интрапсихическому событию, феномену, принадлежащему к области психологии одной персоны. Это упущение оправдано только до тех пор, пока аналитик в своем исследовании регрессии ограничивает себя случаями, когда реакция окружения не принимается в расчет, либо следует рекомендациям Фрейда. Если эти рамки не приобретают характера абсолютного запрета, то регрессия предстает как феномен, принадлежащий области психологии двух персон, и обусловлена взаимодействием объекта и субъекта, то есть пациента и аналитика.

Возвращаясь к клиническим наблюдениям, мы видим, что для одних пациентов регрессия чревата такими опасными или трагическими ситуациями; для других же ситуация, в целом, совершенно иная. В последнем случае — как я отмечал в начале этой главы — пациенты проходят только через один эпизод регрессии, который приводит к истинной фазе нового начала; впрочем, иногда таких периодов бывает несколько. У других пациентов, как, например, в случае Анны О., этот вид пережи-

вания может длиться бесконечно. В этом случае раскручивается своего рода порочная спираль; как только пациент удовлетворяет какое-то из своих «притязаний», тут же появляется новое притязание или «потребность» и требует своего удовлетворения, что неизбежно приводит к возникновению состояний, подобных злокачественной зависимости (Balint M., 1934, 1937, 1952). Чтобы разделить эти два клинических типа, первый можно было бы назвать доброкачественной, а другой — злокачественной формой регрессии.

Конечно, моя исходная гипотеза состояла в том, что злокачественная форма регрессии свойственна тем пациентам, у которых сложилась серьезная диспропорция между силой их Эго и силой их инстинктов; либо инстинкты оказываются слишком сильными для нормального Эго, либо Эго этих пациентов настолько слабое, что не может справиться с нормальным набором инстинктов. Если это предположение верно, — а я считал, что это так, — то злокачественная природа регрессии будет проявляться в чрезмерной манифестации ярких симптомов, какие можно было бы ожидать от избалованного ребенка или взрослого с сильно выраженной психопатией. Однако оказалось, что этот прогноз верен лишь с некоторыми ограничениями, поэтому я был вынужден обратиться к поискам других диагностических критериев.

Существует еще одно основное отличие. В одном из типов регрессии — или фазе нового начала — пациент, по-видимому, стремится к достижению удовлетворения. Это желание является настолько сильным, что все остальное в аналитической ситуации теряет значение. Я думаю, что именно для этого типа Фрейд предложил термин «влечение-желание». Как правило, пациент настаивал на удовлетворении, которое можно было бы отнести к догенитальному типу, вместе с тем сила этого притяза-

ния вызывала определенные подозрения; позже, по ходу анализа, верность этих подозрений порой (но не всегда) подтверждалась: за высокой интенсивностью скрывалась генитально-оргастическая природа подобных желаний. К этому важному моменту мы еще вернемся в конце данной главы.

Кроме того, как я уже отмечал, эти состояния регрессии всегда возникают в рамках аналитической ситуации, то есть в рамках объектных отношений. Следовательно, ожидаемое или требуемое пациентом удовлетворение никогда не бывает аутоэротическим, оно должно прийти из окружения, что означает: оно должно быть инициировано неким событием во внешнем мире, событием, в которое аналитик вовлечен помимо своей воли. Однако, по сути, именно от его пассивного согласия или активного участия — то есть от его решения — зависит, произойдет или нет это внешнее событие, будут ли удовлетворены ожидания или «потребности» пациента или они будут фрустрированы. Вместе с тем от степени вовлечения аналитика зависит и другой тип регрессии — фаза истинного нового начала; однако в этом случае ожидание изменений во внешнем мире не играет такой важной роли; участие внешнего мира, то есть аналитика, является существенным, но значимое событие происходит во внутреннем мире пациента.

В качестве примера этого последнего типа я позволю себе привести еще один случай, о котором уже упоминалось в другой моей работе (Balint M., 1960). «Пациент, который к тому времени уже два года проходил анализ, с момента начала сеанса более получаса хранил молчание; аналитик принимал его молчание и, пытаясь понять, что может происходить с пациентом, ждал и не предпринимал попыток вмешательства; при этом он не испытывал дискомфорта или необходимости предпринимать какое-то действие. Я должен добавить, что в этом

лечении паузы не раз возникали и раньше, поэтому и пациент и аналитик научились с ними справляться. В конце концов, пациент прервал молчание, разрыдавшись; вскоре после этого, успокоившись, он уже мог разговаривать. Он сказал, что наконец-то ему удалось установить контакт с самим собой; с детства он никогда не оставался один, всегда находился кто-либо рядом, указывавший, что ему делать. Некоторое время спустя, на другом сеансе, он рассказал, что во время молчаливой паузы ему приходили в голову всевозможные ассоциации, но он отвергал их как досадные помехи».

Чтобы избежать недоразумений, я еще раз затрону вопрос использования нашей терминологии в этой сложной области. Я полагаю, все будут согласны, что данное событие принадлежит тому, что мы называем переносом, и представляет собой отыгрывание. Вместе с тем вряд ли у кого-нибудь возникнут сомнения относительно того, что коллизия, о которой идет речь, состоит в проявлении примитивных форм поведения после того, как установились более зрелые формы. Я допускаю, что роль примененной мною техники в обретении пациентом более полной интеграции не вполне очевидна, хотя она и помогла ему избавиться от некоторых барьеров и даже преодолеть вытеснение. Но может ли этот эпизод быть назван регрессией или повторением? Здесь мой ответ совпадает с тем, который я дал, описывая предыдущий случай с кувырком через голову, а именно: следуя законам логики — нет, не может. Повторить можно только то, что уже существовало по крайней мере однажды; и, вообще говоря, то же самое истинно и в отношении регрессии. Вместо терминов «регрессия» и «повторение», вносящих путаницу, я предлагаю называть этот эпизод «новым началом», или открытием неизведанного, ведущим к установлению иных, приносящих более полное удовлетворение отношений с важным объектом. В этом

смысле данный эпизод и кувырок через голову очень похожи. Разница заключается в явном отсутствии в последнем эпизоде каких-либо действий и, следовательно, любого очевидного удовлетворения влечений, которые можно было бы наблюдать.

Выразим это отличие иначе: внешний мир предоставил пациента самому себе, оставаясь неизменным, сохраняя безмолвие. Пациент, в свою очередь, получил возможность приблизиться к своей внутренней жизни, понять, что некоторые его привычные, автоматические способы восприятия внешнего мира и установления отношений с ним были — по крайней мере, в этой конкретной ситуации — ненужными, необоснованными и бессмысленными. Это открытие привело к новому началу. Вместо старых автоматических форм отношений он смог теперь начать нечто новое и отличное от них, то, что дает возможность формирования новых, приносящих большее удовлетворение отношений с его важным объектом.

С другой стороны, в этом случае, по сравнению с предыдущим (то есть с кувырком), требования к аналитической технике были несколько выше, так как действия, которые можно было бы понять, а потом истолковать, отсутствовали. Аналитик должен был догадаться без опоры на вербальную коммуникацию о том, чего именно пациент ожидал от него, и повести себя в соответствии с этими ожиданиями, то есть искренне, не прибегая к помощи слов, следовать той форме объектных отношений, в которой тот нуждался. Я позволю себе добавить, что этот случай является типичным и в других отношениях. Если пациент понят и удовлетворен, то он очень благодарен своему аналитику, чувствует себя лучше и предоставляет ему еще более интересный материал; если же пациент не встречает понимания и не удовлетворен, то его «унылое» страдание продолжается, и он может впасть в отчаяние. Кроме того, если бы аналитик проин-

терпретировал молчание пациента как симптом сопротивления или фрагмент отыгрывания (что, кстати, было бы верной интерпретацией), он испытал бы соблазн подсказать пациенту, как тому себя вести, он всего лишь вступил бы с пациентом в тайный сговор, касающийся отыгрывания, не оставив тем самым себе возможности когда-нибудь понять то, что он сделал.

Между двумя наблюдаемыми мной случаями доброкачественной регрессии, или фазы нового начала, и случаем злокачественной регрессии Анны О., несмотря на то, что во многих отношениях они имеют схожие черты, есть существенные отличия, которые, как я надеюсь, хорошо проиллюстрированы представленным материалом. Для одного типа регрессии характерны поиски удовлетворения инстинктивных стремлений, — пациент нуждается во внешнем событии, добивается, чтобы объект совершил какое-то действие. Ожидания пациента, находящегося в состоянии регрессии другого типа, направлены не на достижение удовлетворения через внешнее действие, а, скорее, на получение от внешнего мира молчаливого согласия на то, чтобы пациент мог опереться на него при решении своих внутренних проблем, — как сказал один мой пациент, «быть в состоянии достичь самого себя». Хотя участие внешнего мира, то есть объекта, играет здесь важную роль, сущность этого участия совершенно иная; основное содержание этого участия, помимо невмешательства во внутреннюю жизнь пациента и не причинения ему без необходимости беспокойства (два важных аспекта), состоит в признании внутренней жизни и яркой индивидуальности пациента. Чтобы разделить эти два типа, я предложил бы называть первый «регрессией ради удовлетворения», а второй — «регрессией ради признания». Я уверен, что эти фразы являются неточными и несколько неуклюжими, но мне не удалось изобрести что-то лучшее.

Очевидна любопытная параллель между этими наблюдениями и сериями других наблюдений, или — более правильно, наверное, было бы сказать — интерференций с реальными первичными субстанциями или объектами (ср. главу 12). Если удовлетворение приносят события или действия во внешнем мире, то этот мир, по видимому, уже состоит из целостных объектов либо из вполне сформированных частичных объектов, и это означает, что регрессия пациента не может зайти намного дальше границ нарциссического, фаллического, доэдипова уровня. В нашей литературе есть множество замечательных описаний, раскрывающих свойственную для этих ранних возрастных периодов страстную сущность желаний, фантазий и инстинктивного поведения детей, — особенно детей, ранее испытавших травматические переживания, которые были причиной тяжелых невротических нарушений, возникших непосредственно после травматического события или же спустя некоторое время. Эти дети, одержимые своими желаниями или «потребностями», испытывают серьезные трудности в их удовлетворении; у них проявляется тенденция продуцировать состояния, подобные злокачественной зависимости — такие, как навязчивая мастурбация, они в высшей степени склонны к сексуальному соблазнению и, наконец, последнее, но не менее важное: они предрасположены к проявлению истерических состояний по типу отыгрывания. Выше я уже отмечал, что подлинность фазы нового начала таких пациентов вызывала у меня сомнения в силу неотступной страстности их требований. Я хочу здесь добавить, что все эти пациенты относятся к типу, о чертах которого только что говорилось.

Другой тип — регрессия ради признания — предполагает такое окружение, которое признает пациента и соглашается оказывать ему поддержку и нести его на себе, подобно тому как земля или вода поддерживают и

несут на себе человека,веряющего им всего себя целиком. По сравнению с обычными объектами, особенно с обычными человеческими объектами, от первичных объектов не ожидают действий. Они просто должны быть в наличии в нужный момент и — скрыто или явно — позволить опереться на себя, так как иначе пациент не сможет измениться: невозможно плыть без воды, а без почвы под ногами нельзя идти. Аналитик, выполняя роль первичной субстанции, должен быть уступчивым и не оказывать сопротивления, он должен принимать и поддерживать пациента в течение какого-то времени и не давать повода для возникновения слишком больших трений, он должен быть в каком-то смысле неразрушимым, ни в коем случае не настаивать на сохранении четких границ, но позволить состояться своего рода скрещиванию между ним и пациентом.

Все это означает, что необходимы согласие, участие и вовлечение, но не обязательно действие, необходимы только понимание и терпимость; реальное значение имеет создание и поддержание таких условий, в которых события могут разворачиваться во внутреннем плане, то есть в психике пациента.

Часто в аналитической ситуации такие примитивные *arglos* отношения находят символическое выражение в каком-либо физическом контакте с аналитиком; к наиболее частым формам этого контакта относятся держание аналитика за руку, или за один из его пальцев, или прикосновение к его стулу, и т. д. Этот контакт определенно является либидинозным, иногда даже может быть очень сильно заряженным и всегда жизненно важным для прогресса в лечении; этот контакт позволяет пациенту добиваться успехов, без него он может чувствовать себя отверженным, потерянным, лишенным возможности измениться, неспособным к движению. Однако в действительности переживание в случаях «регрессии ради

признания» никогда не несет в себе черт отчаяния и страсти, которые так свойственны переживанию пациента при другой форме регрессии — регрессии ради удовлетворения — или той, что бывает при тяжелой истерии. Я склоняюсь к мнению, что отчаянные формы цепляния, которые так часто встречаются в терапии этих последних состояний, просто означают регрессию до фазы частичных объектов, тогда как интенсивная тревога, по-видимому, блокирует путь к созданию *arglos* атмосферы взаимного доверия, являющейся главным условием для возникновения фазы истинного нового начала. По-видимому, отношения с частичными объектами сродни по своему генезу и, может быть, даже по своей природе страху преследования; эти отношения приобретают форму отчаянного страстного цепляния, являющегося вместе с тем и защитой от сопровождающего их страха, что находится в поразительном контрасте со спокойной потребностью в физическом контакте, которая наблюдается в фазе истинного нового начала.

Конечно, в жизни ничто не существует в чистом виде, с четко очерченными границами. Обычно в терапии аналитик наблюдает смешение всех этих черт регрессии, однако доминирует, как правило, одна или несколько черт. Тем не менее, согласно моему опыту, по-видимому, некоторые признаки, несомненно, имеют определенную тенденцию появляться вместе, так что создается впечатление, что существуют две области ассоциаций, которые обладают не вполне четкими границами, два клинических синдрома, которые я предлагаю называть кластерами А и Б.

Большинство случаев, принадлежащих кластеру А, или доброкачественной форме регрессии, имеют следующие клинические особенности:

- 1) доверительные, свободные от подозрений отношения *arglos* возникают без больших затруднений, они похожи на первичные отношения с первичными субстанциями;
- 2) регрессия приводит к фазе истинного нового начала, в итоге происходит действительное открытие чего-то нового;
- 3) цель регрессии, в частности, состоит в признании внутренних проблем пациента;
- 4) интенсивность требования, ожидания или «потребности» не превышает среднего уровня;
- 5) в клинической симптоматике отсутствуют признаки тяжелой истерии, а при регрессионном переносе — генитально-оргастические элементы.

В противоположность этому для большинства случаев, относящихся к кластеру Б, злокачественной форме регрессии, характерна такая картина:

- 1) поскольку отношения взаимного доверия балансируют на грани срыва и *arglos*, доверительная атмосфера все время нарушается, то часто возникают симптомы отчаянного цепляния, которые играют роль защиты и гарантии от следующего вероятного срыва;
- 2) злокачественные формы регрессии, несколько неудачных попыток достичь фазы нового начала, постоянная угроза раскручивания бесконечной спирали претензий и требований, а также возникновения состояний, похожих на злокачественную зависимость;
- 3) цель регрессии состоит в удовлетворении через внешнее действие;

4) подозрительно высокая интенсивность требований, ожиданий или «потребностей»;

5) присутствие в клинической картине признаков тяжелой истерии, а также генитально-оргастических элементов как в нормальной, так и в регрессивной форме переноса.

Эти обобщения основаны на проверенном клиническом опыте, все они покоятся на прочном основании, за исключением, пожалуй, одного, однако я надеюсь, что новые клинические данные подтвердят и его. У меня сложилось впечатление, что злокачественная регрессия, или регрессия ради достижения удовлетворения посредством внешнего действия, как правило, свойственна тем пациентам, которые страдают достаточно тяжелыми формами истерии или истерическим нарушением характера и вместе с тем умудряются получать значительную вторичную выгоду и от своей болезни, и от своего лечения. Для меня не совсем понятно, почему это происходит именно так, а не иначе, но я считаю, что факт наличия этих связей в нескольких случаях из моей клинической практики необходимо зафиксировать. Позже, в части V, я вернусь к этой проблеме.

Итак, перед тем как двинуться дальше, я хочу кратко резюмировать наши теоретические представления о регрессии. Вслед за Фрейдом мы понимаем регрессию как процесс, который заключается в реверсии нормального «прогрессивного» направления развития событий в психическом аппарате. Причиной такой смены может быть все то, что препятствует нормальному развитию; на эдиповом уровне это, как правило, конфликт. Эффект или результат регрессии состоит в появлении чего-то «примитивного» или «простого»; в некоторых, но определенно не во всех случаях это нечто принадлежит области базисного дефекта. Клинически это может про-

являться как (а) особая форма удовлетворения инстинкта, похожая на галлюцинации или сновидения; (б) особая форма поведения, такая, как регрессивный перенос на службе сопротивления; (в) повторение, самым значительным случаем которого является вообще перенос как таковой.

Согласно взглядам Фрейда, регрессия может обладать четырьмя функциями, или ролями: (а) механизма защиты, (б) фактора патогенеза; (в) особенной формы сопротивления и, наконец, (г) важного союзника в терапии. Интересно, что один аспект — роль регрессии в объектных отношениях — Фрейд, а вслед за ним и почти все теоретики психоанализа, опустил. Причина этого пробела состоит в том, что исследование регрессии не выходило за рамки психологии одной персоны. Два важных исключения, однако, представляют: (а) регрессия в союзе с терапией, о чем Фрейд упомянул только однажды, и (б) регрессия как особая форма переноса на службе сопротивления, которую описывали только в негативном аспекте как труднопреодолимое препятствие и как серьезное предостережение.

В частях III и IV я как раз и попытался показать, что регрессия является не только интрапсихическим, но и интерперсональным феноменом, и этот интерперсональный аспект ввиду его пользы для терапии имеет решающее значение. Чтобы понять все значение регрессии и работать с ней в аналитической ситуации, важно иметь в виду, что конкретная форма, в которой проявляется регрессия, только отчасти зависит от пациента, его личности, его заболевания, она также зависит и от объекта; поэтому регрессию нужно рассматривать как целостный симптом взаимодействия между пациентом и аналитиком. Это взаимодействие имеет по крайней мере три аспекта: (а) то, как объект узнает регрессию, (б) то, как он принимает регрессию и (в) как именно объект от-

вечает на регрессию. Как мы видели в главах 20-22, от объекта, то есть от аналитика — ожидается, что его поведение будет подобно тому, которое проявляют первичные субстанции, то есть что он позволит пациенту вступить с ним в некие первичные отношения или в отношения первичной объектной любви. В части V наша задача будет состоять в исследовании того, что это означает в терминах психоаналитической техники.

Глава 23. Разногласия между Фрейдом и Ференци и их последствия

Давайте теперь вернемся к теме известной размолвки, произошедшей между Фрейдом и Ференци, к тому пункту, на котором мы остановились в конце главы 19. Возможно, главный импульс этому трагическому разрыву дала техническая проблема, которую для аналитика представлял регрессировавший пациент, демонстрирующий интенсивный перенос. Воздействие этого события оказалось настолько болезненным, что первой реакцией аналитического сообщества на него было отрицание и молчание, нарушенное только в последние годы; с тех пор в печати стали появляться некоторые инсинуации, касающиеся отношений между Фрейдом и Ференци: Фрейд характеризовался в них как безжалостный деспот, диктатор (Fromm, 1963), а Ференци как подлый и трусливый интриган (Jones, 1957). Конечно, все эти чудовищные голословные обвинения совершенно не соответствуют истине; они только свидетельствуют о величии жертв и ничтожестве их клеветников.

Клинический опыт, который обсуждается в данной части, возможно, прольет свет на причины этих разногласий. Я полагаю, что в первые годы психотерапевтической практики все наблюдения Фрейда были связаны со случаями злокачественных форм регрессии, что произ-

вело на него глубокое впечатление. Ференци, напротив, в нескольких случаях, в которых проявилась доброкачественная регрессия, добился довольно заметного успеха, вместе с тем у него были и неудачи в случаях со злокачественной формой регрессии, однако, находясь под впечатлением успеха, он, ведомый своей пресловутой восторженностью, уклонился в сторону необоснованных обобщений. Однако можем ли мы найти в их публикациях подтверждение этим довольно смелым предположениям? Я заявляю, что многие места в работах Фрейда и в работах Ференци подтверждают это.

Впервые Фрейд познакомился со злокачественной формой регрессии, когда Брейер лечил Анну О., к этому времени Брейер и Фрейд уже стали друзьями; мы знаем из писем Фрейда к своей невесте, опубликованных Джонсом (Jones, 1953), что Брейер обсуждал свою обеспокоенность, вызванную серьезной регрессией его пациентки, со своим молодым другом — тогда Фрейду было 27 лет, — и знаем, что Фрейд впоследствии стал довольно критично относиться к методам Брейера. Вспомним также, что позднее он столкнулся с откровенными проявлениями сексуальности у пациентов, очнувшихся от гипнотического транса, о которых он упоминал в своем жизнеописании (1925, р. 27), но, может быть, самое важное, что он был введен в заблуждение своими истеричными пациентами и поверил, что в раннем детстве они стали жертвами сексуального соблазнения, то есть страдали от «пассивной сексуальной травмы». Наверное, не лишним будет напомнить, что в своей работе «Этиология истерии» (1896) Фрейд недвусмысленно заявил, что теперь в основании его теории лежат восемнадцать полностью проанализированных случаев; несомненно, все это были случаи истерии. Мы также знаем, что эти чары удалось развеять только при помощи самоанализа. Понятно, почему он называл ожидания этих

пациентов «страстными желаниями»; это дает серьезные основания считать, что к тому времени он уже осознал опасность состояний, сходных со злокачественной зависимостью.

В главе 19 я упоминал о том, что развитие идеи регрессии заняло довольно продолжительный период, а также о том, что Фрейд с годами в своих работах все чаще делал акцент на ее негативном аспекте, что привело его к выработке очень осторожного отношения к регрессии. Вместе с этим ушла в тень, так сказать, в забвение, и терапевтическая функция регрессии.

Поэтому нет ничего удивительного в том, что, когда Фрейд увидел, что Ференци, к которому он чувствовал такую сильную привязанность и питал такое глубокое уважение, увязает в той же самой трясине, из которой он (Фрейд) смог выбраться только благодаря чрезвычайным усилиям, он пытался, но не смог помочь ему своими предостережениями, критикой и — что на самом деле нетипично для Фрейда — занимая порой позицию безразличия. Он четко и верно видел те опасности, которым подвергал себя Ференци, но не смог ни понять, ни оценить возможности нового и важного направления развития как нашей практики, так и нашей теории.

Ференци, о чьем пылком оптимизме и легко воспламеняющемся энтузиазме по отношению к любой новой идее я уже упоминал несколько раз (Balint M., 1933, 1948), совершил обычную свою ошибку: он игнорировал все признаки, предвещающие возможные неудачи, и переоценил свой успех. Глубоко потрясенный результатами, которые давала его новая техника, он считал, что, если пациент желает регулярно приходить на анализ, то аналитик должен отыскать такую технику, которая позволила бы помочь этому пациенту. Искренне следуя этому своему принципу, он действительно предпринимал

экстраординарные шаги для того, чтобы удовлетворить потребности пациента (ср. с главой 18). В предложенном Ференци понятии «принцип релаксации» (1930) он отразил сущность своих новых экспериментов. Это понятие образовано по естественной ассоциации, поскольку отличие новой технической идеи от активной техники состояло в том, что она без необходимости не вызывала у пациента рост напряжения. Ференци считал, что позитивный ответ на ожидания, требования или потребности пациента, истинное значение которых он теперь научился понимать, мог бы внести перемены в безжизненную ситуацию долгосрочного анализа так, что плодотворная работа могла бы привести к его скорому завершению. Однако это означало отказ от принципа воздержания.

Непосредственные результаты этого нового технического подхода были впечатляющими. Его пациенты, большинство которых до этого были в анализе у других аналитиков более десяти лет, снова возвращались к жизни, их состояние улучшалось, они преподнесли Ференци два главных его открытия. Одно из них касалось сильного влияния, которое оказывают «привычные», «обычные», или «классические», установки аналитика на развитие отношений переноса и на ход аналитического лечения; другое же имело отношение к техническим возможностям интерпретаций контрпереноса (Ferenczi, 1932, а также посмертно опубликованные записки).

Это вовсе не означает, что Ференци не осознавал проблем, которые возникают в связи с его техническими нововведениями; подтверждение этому можно найти в его посмертно опубликованных статьях и записках; однако он был искренне убежден в том, что его работы явились важным шагом в развитии аналитической техники. Однако то, что Фрейд не смог понять важность этих новых идей, оставалось для него наиболее болез-

ненной проблемой, к которой он все время возвращался. Я уверен, осознание того, что он не понят Фрейдом, на какое-то время явилось для него препятствием — в конце концов, Фрейд был его обучающим аналитиком — в понимании того, что явное улучшение, которое он наблюдал у некоторых пациентов, сохранялось лишь до тех пор, пока он был в состоянии удовлетворять их притязания; понимание этого факта пришло к нему лишь постепенно, примерно в конце 1932 или в начале 1933, когда из-за ухудшения своего физического здоровья он был вынужден оставить аналитическую практику, что вызвало глубокое отчаяние, горькое чувство обиды и ухудшение состояния у многих его пациентов. Несмотря на этот сильнейший удар по самолюбию исследователя, он полностью принял ситуацию, достаточно подробно разобравшись в своих ошибках, которые он, возможно, допустил в недавнем прошлом. Он говорил, что начнет с самого начала, если только поправится; и он выразил надежду, что для следующих поколений аналитиков его эксперименты послужат важными ориентирами, а его ошибки — предостерегающими сигналами.

Вместе с тем я считаю, что он вряд ли продвинулся дальше дифференциации разных типов регрессии, которые были описаны в главе 22. Мне самому понадобилось почти пятнадцать лет, чтобы подойти к этому дифференциальному диагнозу, и я хочу отметить, что первый импульс в этом направлении я получил благодаря рассказам последних пациентов Ференци, с многими из которых я встречался, но особенно тому, как они говорили о своих переживаниях во время и после своего лечения у Ференци.

Я надеюсь, что теперь стало яснее, в чем состояло трагическое разногласие между Фрейдом и Ференци, причинившее обоим так много боли и существенно затормозившее развитие нашей аналитической техники. Ферен-

ци, терзаемый сомнениями, не смог извлечь пользу из обоснованной критики, которая была исполнена лучших намерений; он видел в ней только отсутствие понимания. Фрейд же со своей стороны все еще испытывал влияние разочарования от своей работы с пациентами в 90-е годы, он видел в экспериментах Ференци только лишний аргумент в пользу своего осторожного отношения к регрессии, и ничего более. Характеры этих двух людей, хотя и очень разные на первый взгляд, в своей основе имели много общего. Подобно тому, как это происходило в случаях многих трагически закончившихся дружеских отношений известных людей, сначала эти общие черты способствовали мощному притяжению, являясь основой для многолетней близкой и счастливой дружбы, но трагический финал неизбежно приближался; в итоге каждая из сторон проиграла, включая и нас, психоаналитиков.

В мире психоанализа историческое событие разрыва между Фрейдом и Ференци стало своего рода травмой. Кто бы мог подумать, что такой непревзойденный мастер психоаналитической техники, как Ференци, автор большого числа классических психоаналитических работ, окажется до такой степени слепым, что даже частые предупреждения Фрейда не смогут заставить его увидеть свои ошибки; или что Фрейд и Ференци, два самых выдающихся психоаналитика, не смогут понять и правильно оценить клинические данные, наблюдения и теоретические идеи друг друга, — это потрясение было в высшей степени разрушительным и чрезвычайно болезненным. Первыми реакциями на него были испуг и избегание. По молчаливому согласию, регрессия во время аналитического лечения была признана опасным симптомом и ее полезный аспект как союзника терапии полностью или почти полностью подвергся вытеснению.

Особенно это касается, так сказать, сплоченного «классического» центра психоанализа.

Для большинства аналитиков, принадлежащих к этой группе, имели значение только негативные аспекты, умаляющие ее значимость, о которых говорилось в главе 19: они рассматривали регрессию как механизм защиты, сложный для анализа, как важный фактор патогенеза, а также как разновидность сопротивления, вызывающую большие трудности. Они практически упустили из поля зрения роль регрессии как союзника в терапии. В результате возникающие в анализе феномены, которые являются регрессионными, по сути, расценивались как нежелательные симптомы, причина появления которых обусловлена техническими ошибками, либо в них видели симптомы настолько глубокого нарушения пациента, что благоприятный исход терапии ставился под вопрос. По-видимому, наиболее часто в подобных случаях прибегали к образу действий, который состоял в том, что пациент выводился из состояния регрессии так быстро, насколько это было возможно, после чего терапия прекращалась, довольствуясь половинчатым, но приемлемым результатом. Во всяком случае, на конференции Американской психоаналитической ассоциации, состоявшейся в середине зимы 1957 года, во время общей дискуссии, посвященной техническим аспектам регрессии в психоанализе, сложилась именно такая картина. Между прочим, параллельно с дискуссией о регрессии шла другая, посвященная техническим аспектам переноса. Сопоставляя списки их участников, легко понять, кто из аналитиков принадлежит сплоченному «классическому» центру, а кто является маргиналом.

Авторство единственной новой и очень плодотворной идеи, разработанной этой группой, принадлежит Эрнсту Крису, который в своем исследовании художественного творчества пришел к различению двух типов регрессии.

В одном случае «Эго подавлено регрессией», а в другом «регрессия предстает на службе у Эго». Этот последний тип, согласно Крису, является лишь частным проявлением более общей способности вполне интегрированного Эго регулировать и контролировать некоторые первичные процессы. Эта идея впервые была сформулирована в 1935 году, но позже Крис вернулся к ней в нескольких своих публикациях. Несомненно, такое описание этих типов имеет много общего с двумя моими кластерами; злокачественная регрессия, или регрессия ради удовлетворения, очень близка к регрессии, подавляющей Эго; также можно отметить, приложив некоторое усилие, и определенное сходство между регрессией на службе Эго и регрессией ради признания. Главным основанием в наших расхождениях во взглядах будет то, что я назвал отличием в пристрастиях (Balint M., 1949). Крис интересуется художественным творчеством, то есть сублимацией, которая принадлежит области психологии одной персоны. В ходе общей дискуссии на тему «Критерии пригодности к анализу» Петер Кнапп очень точно охарактеризовал это различие. Отметив, что при помощи идеи «регрессия на службе Эго» можно объяснить то, что происходит в индивиде во время творчества, но нельзя объяснить коллизии аналитического лечения, он продолжил: «Психоанализ будет возможен только в том случае, если к "регрессии на службе Эго" будет добавлено еще одно качество, а именно "регрессия в подчинении объекта"» (Knapp, 1959).

Возможно, эта идея была революционной и, по-видимому, стала жертвой вытеснения. Как бы там ни было, в публикациях, которые мне удалось отследить, она не встретила какого-либо отклика. Даже такой оригинальный мыслитель, как Бертрам Левин, в своей фрейдовской лекции под названием «Сновидения и использование регрессии» (1958) не мог полностью выйти

за рамки ограничений, очерченных идеями Криса. Также и такие ортодоксальные терапевты, как Гилл и Бренман, не смогли сделать это (Gill, Brenman, 1959).

Другие приверженцы этой группы даже и не рисковали заходить так далеко; вместо этого они продолжали монотонно, сохраняя при этом выражение почтения, пережевывать незыблемый тезис о связях между фиксацией и регрессией, который Фрейд сформулировал еще в своих «Лекциях по введению в психоанализ». Чтобы не быть голословным, я позволю себе сослаться на работы Филлис Гринакр «Регрессия и фиксация» (1960), Джекба Арлова «Конфликт, регрессия и симптомообразование» (1963), а также Жанны Лампль-де Гроот «Симптомообразование и формирование характера» (1963).

Таким образом, складывалась общая картина застоя, вызывающая уныние. Однако в последние годы появилось несколько психоаналитиков — по-видимому, их число весьма ограничено — которые интересуются проблемой терапевтической регрессии. К их числу относится Александер (Alexander, 1956), предложивший дифференцировать два типа регрессии: ту, что относится к травме, и ту, что относится к дотравматической ситуации удовлетворения. Весьма вероятно, что можно найти много аналогий между двумя типами, описанными им и мной. Кроме того, есть интересное исследование, проведенное на выборке тяжело нарушенных пациентов, выполненное в Честнот Лодж, наиболее важные результаты которого были опубликованы Сирлзом (Searles, 1961, 1963). И, наконец, Винникотт в Лондоне изучал регрессию в рамках аналитической ситуации в течение многих лет; его работы, рассеянные по разным изданиям, были собраны в двух томах (1958 и 1965). Под его влиянием несколько аналитиков, среди которых Литтл (Little, 1957) и Хан (Khan, 1960, 1962), проявили интерес к этой области.

Так обстоят дела. Все эти аналитики (и я в том числе) принадлежат к периферии, а не к «классическому» сплоченному центру. Мы известны, нас терпят, возможно, даже читают, но, конечно же, не цитируют. Хорошей иллюстрацией такого положения является книга Гилла и Бренмана (1959). В этой книге приведена обширная библиография, в которой нет ни одной нашей работы, хотя одна из основных тем книги касается использования регрессии в терапии. Тем не менее есть признаки того, что ситуация меняется. С тех пор как в начале 30-х годов произошел трагический разрыв между Фрейдом и Ференци, минуло уже более тридцати лет. Это означает, что уже пришло новое поколение аналитиков, и можно надеяться на то, что они будут способны — или уже отчасти способны — к пересмотру некоторых догматов и мнений, которые на протяжении многих лет составляли табу для ортодоксальных аналитиков. Предвестником этого является недавняя работа В. Лоха (Loch W. 1963-64), которая называется «Регрессия».

В том же году Анна Фрейд опубликовала работу «Регрессия как принцип психического развития» (1963), в которой ставит акцент не на привычном негативном аспекте регрессии, а на ее позитивных аспектах. Вскоре после этого состоялась еще одна общая дискуссия на осенней конференции Американской психоаналитической ассоциации в декабре 1965 года, посвященная тяжелым формам регрессии при анализе. По сравнению с 1957 годом ситуация изменилась кардинальным образом. Хотя большинство участников этой дискуссии были те же, на этот раз они были уравновешены членами «классического» центра. Атмосфера здесь была совершенно иной, несмотря на то что определенно чувствовалось наличие прежних тревог. Было представлено несколько детальных описаний ярких случаев, показавших, что в аналитической ситуации тяжелые регрессив-

ные состояния могут не только допускаться, но некоторые из них использоваться далее в целях достижения прогресса в аналитическом лечении. В этой замечательной дискуссии почти не было заметно выражения предвзвешенности или предубеждений; каждый участник был искренне заинтересован и стремился внести вклад в прояснение запутанной проблемы.

Однако необходимо отметить следующее. Несмотря на то, что были докладчики (среди них председатель — Джон Фрош и Мартин Кэнг), которые несколько раз предпринимали попытки направить дискуссию в русло обсуждения темы ответственности аналитика за поощрение или даже за провоцирование регрессии и технических шагов, предпринимаемых аналитиком в ответ на нее, они не достигли успеха. Дискуссия вращалась вокруг тем, ограниченных рамками психологии одной персоны: Эго, блокированное регрессией, природа Эго пациента, в анализе которого могла возникнуть такая ситуация, психические силы, которые могут привести к регрессии, изменения, способствующие выходу из нее пациента, и т. д.

Почти полностью остались незатронутыми вопросы, связанные со структурой, причинами и значением для терапии регрессии как взаимодействия между конкретным пациентом и конкретным аналитиком, то есть как феномена, принадлежащего области психологии двух персон и особенно той области психики, которую я назвал областью базисного дефекта.

Часть V. Регрессировавший пациент и его аналитик

Глава 24. Терапевтическая регрессия, первичная любовь и базисный дефект

Как было показано в предыдущей части, регрессия, наблюдаемая в аналитической ситуации, может преследовать минимум две цели: удовлетворение инстинкта или влечения и признание со стороны объекта. Иначе говоря, регрессия представляет собой как интрапсихический, так и интерперсональный феномен. Также было отмечено, что при аналитической терапии регрессионных состояний более важными являются интерперсональные аспекты регрессии.

Здесь мы подходим к проблеме «исцеляющей силы отношений». Надо признать, что интерпретация и объектные отношения являются двумя наиболее важными факторами психоаналитической терапии, хотя, как правило, это не формулируется в столь явном виде. Однако в отношении последнего фактора мы не можем чувствовать себя так же уверенно, как относительно первого, поскольку аналитической теории известно о нем гораздо меньше.

У нас есть систематические знания об инстинктах или влечениях и их соотношении, о структуре и защитных механизмах психики, а также о роли конфликта в психопатологии. Именно на этих трех столпах — теории влечений, представлениях о структуре психики и о патогенном воздействии конфликта — Фрейд основал свои технические рекомендации. Его метод предназначался

для перевода бессознательного содержания в сознание, согласно более поздней версии, где было Оно, там должно быть Я. Чуть ли не единственным средством достижения этой цели была интерпретация. Фрейд относился с явным недоверием к объектным отношениям и никогда не считал, что они могут стать предметом полноценного исследования, хотя еще в 1912 и 1915 годах в двух статьях о переносе он недвусмысленно утверждал, что перенос, то есть объектные отношения, может обладать значительным исцеляющим потенциалом. В итоге гораздо более важным техническим средством была признана интерпретация.

Как я пытался показать в части IV, смещение центра тяжести на интерпретацию в работе аналитика, по-видимому, является чрезмерным упрощением. Этот подход был эффективным до тех пор, пока мы могли отбирать для лечения пациентов, способных без значительных трудностей адаптироваться к аналитическим рамкам, установленным в соответствии с ранними работами Фрейда о технике (1911-1915). До тех пор пока эти рамки признавались обязательными для всех, работа аналитика могла рассматриваться исключительно как предъявление интерпретаций. Однако если мы признаем, что набор правил, рекомендованных Фрейдом, не является единственно возможным вариантом, а является *primus inter pares* (первым среди равных), то перед нами встает новая задача, заключающаяся в поиске новых условий терапии, которые могли бы гарантировать эффективность терапии с пациентами, прошедшими менее строгий отбор. Эта задача приобретает особое значение, когда речь идет о пациентах, находящихся в регрессии.

Как уже обсуждалось в предыдущих главах, создание и поддержание реальных отношений, особенно с пациентами, находящимися в регрессии, в определенные периоды лечения, по сравнению с нахождением верных

интерпретаций, возможно, представляет собой самую важную терапевтическую задачу. Вероятно, нечто подобное подразумевал Фрейд, когда писал о терапевтическом эффекте переноса. Однако, как уже отмечалось, его интерес был сосредоточен главным образом на тех интрапсихических процессах, которые могут обладать терапевтическим эффектом, он не уделял слишком много внимания интерперсональным феноменам и их возможному влиянию на терапию.

Интерпретации неизбежно являются вербальными, хотя их основное предназначение состоит в том, чтобы помочь пациенту испытать чувства, эмоции и переживания, которые он не мог испытать прежде; интерпретации требуют интеллектуального понимания, мышления, озарения. Все эти характеристики тесно связаны либо с «видением», либо с «стоянием», то есть с филобатической деятельностью, которая не требует посторонней помощи. И наоборот, объектные отношения всегда представляют собой взаимодействие по меньшей мере двух персон; они почти всегда создаются и поддерживаются при помощи невербальных средств. Трудно подобрать слова для описания того, что создается. Мы говорим о поведении, климате, атмосфере и т. д., однако все это неопределенные и неясные слова, подразумевающие нечто без твердых границ и вызывающие, таким образом, ассоциации с первичными субстанциями.

Несмотря на то, что многие формы объектных отношений невозможно представить в четких и недвусмысленных выражениях, а словесное описание их всегда является субъективным, произвольным и неточным, тем не менее мы всегда ощущаем присутствие «атмосферы», «климата» в отношениях. Обычно даже нет необходимости прибегать к объяснению этого при помощи слов, хотя слова сами по себе могут быть важным фактором, способствующим созданию и поддержанию объектных

отношений. Подобно тому, как «озарение» может возникать после верной интерпретации, «чувство» появляется вслед за установлением соответствующих отношений; если «озарение» некоторым образом соотносится со зрением, то «чувство» связано с тактильным контактом, то есть либо с первичными отношениями, либо с окнофилией.

Возвращаясь теперь к нашей основной теме — регрессии, — отметим, что на протяжении всей жизни Фрейда в фокусе его внимания оставался как раз ее интрапсихический аспект. Возможно, одной из причин этого несколько пренебрежительного отношения было то, что его теория влечений была практически завершена именно в то время, когда он писал работу о регрессивных формах переноса; третье издание «Трех очерков по теории сексуальности» вышло в свет в 1915 году, то есть в том же году, что и его статья «Заметки о любви при переносе». С другой стороны, теория развития объектных отношений в то время была еще в самом зародыше.

Именно теория влечений послужила для Фрейда основанием тех терапевтических рекомендаций, согласно которым аналитик не должен позитивно реагировать на «влечения-желания» регрессировавшего пациента и, в частности, не должен их удовлетворять. В аналитической терапии пациент должен придерживаться «воздержания», находиться в состоянии «фрустрации» или испытывать «лишения». Во многих отношениях эти рекомендации верны. Если аналитик занят лишь удовлетворением желаний своего регрессировавшего пациента, то его действия не могут дать ничего, кроме преходящих результатов. Поскольку источник этих желаний не затронут, спустя некоторое время появятся новые желания, с прежней силой претендующие на очередную порцию удовлетворения. В том случае, если аналитик, на-

ходящийся под впечатлением блаженной умиротворенности, немедленно последовавшей за предпринятыми им действиями, испытывает искушение экспериментировать и далее удовлетворять потребности своего пациента, может раскрутиться порочная спираль, что нередко и происходит в условиях регрессии.

Таким образом, позитивная реакция на желания регрессировавшего пациента, состоящая в их удовлетворении, с большой вероятностью может быть признана технической ошибкой. С другой стороны, особая форма объектных отношений — более примитивных по сравнению с теми, что устанавливаются между взрослыми людьми, — предложенная в качестве ответа на потребности пациента, может быть оправданной технической мерой, которая не имеет никакого отношения к правилу «фрустрации» или «лишения».

Однако, как только мы принимаем эту идею, мы выходим за рамки теории инстинктов или влечений, которая принадлежит сфере психологии одной персоны, и вступаем в область психологии двух персон. Исходя из теории инстинктов, мы могли бы утверждать, что характер проявлений и глубина регрессии зависят исключительно от пациента: истории его детства, его характера, серьезности заболевания и т. д. Согласно же новому подходу, мы должны рассматривать характеристики регрессии как результат взаимодействия между конкретным пациентом и конкретным аналитиком. Учитывая вклад аналитика, то есть его технику, мы можем сказать, что клиническое проявление регрессии пациента будет зависеть от реакции аналитика на его регрессию, от того, как именно он принимает ее и как он на нее отвечает.

По-видимому, самой важной формой реакции аналитика является его интерпретация происходящего: решающее влияние на лечение может оказать то, как аналитик ин-

терпретирует какой-либо частный феномен — как требование удовлетворения или как потребность в особой форме объектных отношений.

Предположим, что аналитик готов к тому, чтобы видеть в регрессии потребность пациента в особой форме объектных отношений; тогда возникает вопрос о рамках, в которых аналитик может действовать, то есть о том, какого рода объектные отношения он может предложить своему регрессировавшему пациенту или принять от него. Это — важная техническая проблема и, почти как любая другая проблема, касающаяся психоаналитической техники, она имеет несколько аспектов.

Первый аспект, который может быть назван проблемой дифференциального диагноза, принадлежит пограничной зоне между психологией одного индивида и психологией двух персон. Аналитик должен уметь распознать, какая именно форма объектных отношений будет адекватной и окажет терапевтический эффект на регрессировавшего пациента в данный конкретный момент. Чтобы выбрать оптимальный терапевтический ход, аналитик должен обладать достаточными знаниями об этих отношениях, помимо того, что он признает их существование и терапевтическую эффективность.

Здесь начинается область спорных мнений. Некоторые аналитики твердо убеждены в том, что с эталоном аналитической терапии совместимы только такие формы объектных отношений, которые позволяют аналитику оставаться в роли пассивной сочувствующей объективности, описанной Фрейдом. У меня сложилось впечатление, что они воспринимают это как некое абсолютное условие, и если, исходя из тех или иных соображений, от него отказываются, то лечение, с их точки зрения, уже не может называться психоанализом. Эти аналитики, вероятно, не видят необходимости в дифференци-

альном диагнозе, а может быть, даже считают это неверным шагом, наносящим ущерб технике. В части III, в частности, в главах 14 и 16, я обсуждал некоторые последствия этой общей политики.

Чтобы избежать возможного недоразумения, очень важно не забывать о глубоком различии между сообщением пациенту интерпретации, согласно которой он всегда предпринимал попытки установить с аналитиком, например, генитальные или даже догенитальные отношения, с одной стороны, а с другой — принятием потребности пациента в определенных отношениях на этой специфической стадии, работой с этим фактом, разрешением пациенту создавать и поддерживать отношения, в которых тот нуждается, в аналитической ситуации. Вместе с тем в случаях более поздних и лучше изученных объектных отношений интерпретации, как правило, обладают достаточным потенциалом для того, чтобы положить начало и способствовать терапевтической реорганизации отношений с реальностью; иногда, впрочем, возможны некоторые эпизоды «отыгрывания», которые также могут быть проработаны при помощи интерпретации. Преимущественно эти ситуации принадлежат к области, которую я назвал эдиповой, поэтому они могут быть адекватно выражены при помощи средств конвенционального языка взрослых людей. Наиболее важными среди них являются (в обратном хронологическом порядке) фаллическо-нарциссическая форма в разных ее вариантах, таких, как эгоистическое самоутверждение, агрессивно-кастрирующее поведение, покорность, мазохизм и т. п.; множество анально-садистских форм со всеми их сверхкомпенсациями и реактивными образованиями и т. д.

Полноты ради я должен упомянуть в этом контексте и о различных оральных формах объектных отношений, объединенных в настоящее время под рубрикой «ораль-

ная зависимость». Многие аналитики включили бы их в этот список как сами собой разумеющиеся, однако поскольку, с моей точки зрения, понятие «оральная зависимость» вводит в заблуждение, я позволю себе кратко изложить свои возражения по этому поводу.

Отношения, к которым пытаются применить термин «оральная зависимость», не представляют собой отношений одной — ранней зависимости, они являются отношениями «взаимозависимости». Мать находится почти в такой же степени либидинозной зависимости от своего ребенка, как и ребенок от нее; они не могут вступить в эти особые отношения и получать в них специфическое удовлетворение независимо друг от друга, хотя оральные аспекты составляют важную часть этого феномена в целом. Наряду с оральными аспектами, которые являются важной составляющей этого феномена, присутствуют и другие факторы, и трудно точно определить, какой из них является наиболее значимым. Кроме того, довольно часто в некоторых современных методах кормления ребенка практикуется отказ от материнской груди, которая находится в отношениях взаимного дополнения с ротовым аппаратом младенца, при этом, однако, взаимной зависимости, являющейся в этих отношениях решающей, с моей точки зрения, как правило, не наносится существенного ущерба.

Существование взаимозависимости должно напоминать нам о том, что любая попытка описания этих отношений в терминах психологии одной персоны неизбежно будет приводить к недоразумениям. Влияние фактора взаимозависимости обратно пропорционально доли сотрудничества партнера, и это в той или иной степени верно для всех типов отношений. Поучительным примером являются отношения анального доминирования, теория которых, вероятно, разработана в психоанализе лучше всего. В этих отношениях сотрудничество партнера мини-

мально, поэтому они могут быть адекватно описаны в терминах психологии одной персоны. С другой стороны, важной особенностью генитальной любви является необходимость превращения нейтрального по отношению к нам объекта, который мы полюбили, в сотрудничающего партнера. Отношения между индивидом и его индифферентным объектом могут быть довольно хорошо описаны в терминах психологии одной персоны, тогда как описание отношений между сотрудничающими партнерами нуждается в новой терминологии, принадлежащей психологии двух персон.

Другая серьезная трудность состоит в том, что все примитивные отношения принадлежат, как правило, довербальному периоду развития. В части I показано, что феномены, относящиеся к этой области, не так-то легко поддаются вербальному описанию. Далее мы постоянно должны помнить об этих сложностях, одна из которых обусловлена сильной взаимной зависимостью двух индивидов, а другая связана с тем, что примитивную природу устанавливающих отношений сложно объяснить с помощью общепринятых слов языка взрослых.

Разобравшись с этим препятствием и вызванной им путаницей, мы можем вернуться к нашей главной проблеме: какой тип примитивных довербальных объектных отношений должен иметь в виду аналитик, вступая в отношения, предложенные его регрессировавшим пациентом, или предлагая пациенту эти отношения?

В предшествующих главах, в частности в 4, 12, 15 и 22, я подробно описал характеристики трех основных форм отношений, которые я наблюдал в своей аналитической практике. Это были: (а) наиболее примитивные, или первичные отношения, которые я назвал первичной любовью, некое гармоничное скрещение между развивающимся индивидом и его первичными субстанциями или

первичными объектами; (б) и (в) окнофилия и филобати́зм, которые в некотором роде дополняют друг друга, этот тип отношений уже предполагает обнаружение довольно стабильных частичных и/или целостных объектов. Жизнь субъекта, у которого доминирует окнофилия, является безопасной только в непосредственной близости от объектов, тогда как пространства между объектами кажутся ему опасными. Этот феномен известен довольно давно; в последнее время для его описания стали употреблять термин «поведение, направленное на установление связей», принадлежащий области этологии (напр., Bowlby, 1958). И наоборот, для индивида с преобладанием филобатизма объекты представляются ненадежными и несущими угрозу, он склонен обходиться без них и устремляться на поиски дружественных просторов, разделяющих ненадежные, предательские объекты во времени и в пространстве.

Следующий вопрос, разумеется, состоит в том, какую выгоду извлекает пациент из своей регрессии. Почему она так важна для него? Я уже отмечал несколько раз, что не все пациенты обязательно проходят через период регрессии: некоторые пациенты могут обходиться без регрессии либо вообще не испытывают потребности в ней. Однако трудно судить о характере распределения индивидов по параметру потребности в регрессии, поскольку выборка пациентов, проходящих аналитическое лечение, не является репрезентативной, так как эти люди отбирались в соответствии с представлениями их аналитика о пригодности пациента к анализу. И все же впечатление, что сегодня по сравнению с прошлым увеличилась доля пациентов, нуждающихся в периоде регрессии, вероятно, отражает истинное положение вещей; вполне возможно, что в будущем число таких пациентов возрастет.

Ответ на наш вопрос может быть найден в идее базисного дефекта, а также в наблюдениях, которые привели меня к открытию фазы «нового начала». Ход моих рассуждений был следующим: все мы обладаем определенными чертами характера или, используя современные термины, компульсивными паттернами объектных отношений. Некоторые из этих черт возникают как следствие наших конфликтов или комплексов. Если аналитик сможет помочь пациенту разрешить эти конфликты и разобратся с комплексами при помощи интерпретаций, то компульсивности этих паттернов будет придан такой уровень пластичности, который будет достаточен для адаптации индивида в реальном мире. В тех же случаях, когда, согласно моим представлениям, эти паттерны обусловлены реакцией на базисный дефект, эффективность интерпретации будет несопоставимо ниже, так как в области базисного дефекта, строго говоря, нет ни конфликта, ни комплекса, которые могли бы быть разрешены, да и слова в этой области отнюдь не представляют собой надежного средства коммуникации.

Мы должны апеллировать к иным терапевтическим факторам в тех случаях, когда слова, то есть ассоциации и последующие интерпретации, не вызывают необходимых изменения или не могут их сохранить. Я считаю, что среди этих факторов наиболее важным является оказание пациенту помощи в установлении, а также в поддержании и сохранении в аналитической ситуации таких примитивных отношений, которые связаны с компульсивными паттернами пациента, до тех пор, пока пациент не найдет возможности установить новые формы объектных отношений, опробовать их и экспериментировать с ними. Так как именно базисный дефект, пока он активен, определяет диапазон доступных для индивида форм объектных отношений, то насущная задача терапии заключается в том, чтобы погасить эту активность,

создав условия, в которых базисный дефект мог бы зарубцеваться. Для этого нужно позволить пациенту регрессировать к той конкретной форме объектных отношений, в которой возникло исходное состояния дефицита, а может быть и к более ранней стадии. Таковы предварительные условия, которые обязательно должны быть соблюдены до того, как пациент будет в состоянии — сначала очень осторожно — отказаться от своих компульсивных паттернов. Только тогда он сможет «начать с чистого листа», то есть заменить прежние паттерны объектных отношений, от которых он отказался, на созданные им новые паттерны. Новые, более гибкие паттерны будут в меньшей степени играть роль защит, поэтому у пациента появится больше возможностей для адаптации к реальности, теперь вызывающей меньшее напряжение и противостояние.

Следующий и последний вопрос этой главы будет таким: как аналитик может создать условия, способствующие этому процессу? Ответу на этот вопрос посвящена, в основном, следующая глава, здесь же я хочу отметить три негативных аспекта, а именно указать на то, чего аналитик должен по возможности избегать. Основная черта преобладающего в нашей технике в настоящее время стиля состоит в интерпретировании всего, насколько это возможно, как переноса, что таит соблазн стать для наших пациентов могущественными и всезнающими объектами, подталкивая их — или вынуждая — к регрессии в окнофилический мир. Этот мир предоставляет более чем достаточно возможностей для установления отношений зависимости, тогда как для совершения самостоятельных открытий их явно недостает. Я надеюсь, все согласятся с тем, что последнее так же важно для терапии, как и первое. Кроме того, это означает, что аналитик должен избегать ригидной фиксации на единственной форме объектных отношений, которая оказалась полез-

ной в терапии других пациентов или на предыдущих фазах данного лечения, напротив, он должен всегда быть в состоянии готовности перейти вместе со своим пациентом от окнофилического к филобатическому примитивному миру и, может быть, даже далее, за их границы, к первичным отношениям. Это возможно только в том случае, если аналитик способен провести дифференциальную диагностику, о которой упоминалось выше.

Второй важный момент состоит в том, что порой аналитик должен приложить все возможные усилия, чтобы не превратиться в самостоятельный объект с четкими границами или не вести себя подобным образом. Другими словами, он должен позволить своему пациенту обращаться с собой как с некой первичной субстанцией. Это означает, что он должен быть готов поддержать пациента, но не активно, а подобно тому, как вода поддерживает пловца или как земля поддерживает пешехода, то есть быть вместе с пациентом, позволить ему опереться на себя и не оказывать этому слишком сильного сопротивления. Некоторое сопротивление, однако, не только позволительно, но и необходимо. Аналитик должен все время внимательно следить за тем, чтобы это сопротивление создавало ровно столько трения, сколько этого требует продвижение вперед, но не более того, иначе путь может быть прегражден почти непреодолимыми препятствиями из-за сопротивления среды. Но прежде всего необходимо наше присутствие, оно должно быть неизменным, и мы должны быть — подобно воде или земле — неразрушимы. Некоторые из этих аспектов я обсуждал в главе 22 и вновь вернусь к ним в последующих главах.

Из всего, о чем только что говорилось, вытекает и последняя моя рекомендация, предписывающая аналитику избегать превращения во «всемогущую» фигуру в глазах своего пациента. В этом заключается одна из самых

трудных задач данного периода лечения. Регрессировавший пациент ожидает от своего аналитика большей осведомленности, большего могущества; кроме того, он ожидает от аналитика явных уверений или скрытых намеков на то, что тот поможет ему выйти из регрессии или будет вместе с ним, пока этот период не закончится. Любое такое обещание или даже малейшее проявление молчаливого согласия, вызовет серьезные трудности, которые могут перерасти в почти неодолимые препятствия в аналитической работе. Единственное, что может сделать аналитик, — это принять роль истинной первичной субстанции, которая всегда существует, которая не может быть уничтожена, которая *eo ipso* (тем самым) присутствует здесь, чтобы поддержать пациента. Он чувствует значимость и вес пациента, его не беспокоит вопрос сохранения четких границ между собой и пациентом и т. д., и вместе с тем он не является объектом в истинном смысле слова, то есть не озабочен своим самостоятельным существованием.

Некоторые авторы пытались описать этот тип объектных отношений или, точнее говоря, отношений между пациентом и окружающей средой. Анна Фрейд (в годы войны) употребляла термин «удовлетворяющий потребности объект»; Гартманн (Hartmann, 1939) — «среднеожидаемая среда»; в своей статье для Британского психоаналитического общества Бион (Bion, 1966) противопоставлял «контейнер» и «содержимое». Наверное, самым изобретательным создателем подобных терминов является Винникотт, который употреблял понятия «достаточно хорошее окружение» (1941), затем «среда», в которой пациент может вращаться наподобие ротора в машинном масле, в 1949 году — «нормально любящая мать», в 1956 году — «первичная материнская озабоченность», вслед за этим (1960) «поддерживающая функция» матери, а в 1963 году он позаимствовал из

американской литературы термин «содействующая среда» и использовал его в заглавии своей последней книги (1967). Маргарет Литтл (M. Little, 1961) назвала это «базисным единством», Хан (M. Khan, 1963) предложил термин «оградительный щит», Шпиц (R. Spitz, 1965) — «посредник внешнего мира», а Малер (M. Mahler, 1952) предпочла термин «внеутробная матрица». Все эти термины корректны. Каждый из них подчеркивает тот или иной аспект отношений, альтернативных отношениям всемогущества, о которых я упоминал. Конечно, я оказываю предпочтение своим собственным терминам по той единственной причине, что они являются более общими и могут включать в себя другие как обозначения частных аспектов.

Если мы принимаем эти идеи, то проблема — удовлетворять или не удовлетворять притязания регрессировавшего пациента — предстает совершенно в ином свете, так что возникают сомнения: а не пытались ли мы разрешить надуманную проблему, которая представлялась неразрешимой только благодаря некорректной формулировке? На самом деле проблема заключается не в том, удовлетворять ли потребности регрессировавшего пациента или фрустрировать его, а в том, какое влияние окажет реакция аналитика на отношения между ним и пациентом и какие это может иметь последствия для дальнейшего хода лечения. Если у пациента после ответного хода аналитика — например, удовлетворения ожиданий пациента — возникает впечатление, будто его аналитик настолько искушен и искусен, что близок к всеведению и всемогуществу, то этот ход, по-видимому, является рискованным и нецелесообразным, он может привести к углублению неравенства между пациентом и аналитиком, что, в свою очередь, может повлечь за собой через обострение базисного дефекта пациента воз-

никновение состояний, напоминающих злокачественную зависимость.

С другой стороны, если удовлетворение достигается способом, который не увеличивает неравенство, а приводит к возникновению объектных отношений, которые я называю отношениями первичной любви, то можно было бы серьезно говорить об этом методе как об альтернативном.

Здесь я предлагаю сделать небольшое отступление и обсудить феномен, который я называю окнофилическим уклоном нашей современной техники, а также его последствия. Окнофилические феномены, возникающие в аналитической ситуации, оказали сильное влияние на психоаналитическую практику и теорию, поэтому они попали в центр внимания, тогда как не менее важные филобатические и первичные отношения были оттеснены на периферию. Так создавалась теория, описывающая поиск объекта, цепляние, «привязанность» и амбивалентную зависимость. Как я отмечал в книге «Нервное возбуждение и регрессия» (1959), особенно в главе 12, наши современные методы обязывают нас понимать и интерпретировать все происходящее в аналитической ситуации, точнее, все что продуцирует пациент прежде всего как феномен переноса. В некотором смысле это означает, что отправной точкой при создании практически каждой интерпретации являются отношения между очень значимым и вездесущим объектом, каковым предстает аналитик, и неравным ему субъектом, который в аналитической ситуации, по-видимому, не может ни чувствовать, ни думать, ни переживать что-либо без своего аналитика.

Легко заметить, что современная техника интерпретации переноса способствует созданию картины мира, где жалкие субъекты предстают пред лицом могуществен-

ных, искушенных и вездесущих объектов, наделенных полномочиями изрекать суждения обо всем происходящем, истинность которых не подлежит сомнению; аналитик является ярким примером такого рода объекта. Очень легко принять теорию «оральной зависимости», если только согласиться с тем, что такая картина мира является истинной и репрезентативной моделью ранних стадий человеческого развития. Зависимость здесь очевидна, а прилагательное «оральная» с готовностью будет добавлено под давлением нашей теории влечений, исходя из которой для описания раннего опыта и всех примитивных форм можно найти только это слово. «Оральные» аспекты усиливаются благодаря тому, что во время лечения, проводимого в этом стиле, почти все транзакции между пациентом и аналитиком происходят при помощи слов, а аналитики, пациенты и наша теория увязывают этот факт с тем, что интерпретации — то есть слова — могут символизировать «молоко», а аналитик — «грудь».

Так образуется замкнутый круг: все происходящее в аналитической ситуации понимается и интерпретируется в подобной манере, а пациент, в свою очередь, «научается» - как это было описано в главе 15 — формулировать и даже отчасти испытывать довербальные переживания, следуя правилам навязанного ему языка, что убеждает аналитика в абсолютной верности его теории и его интерпретаций. Здесь мы видим пример ситуации, нередко встречающейся практически в каждой науке, в особенности в психоанализе, когда частные аспекты истины используются для того, чтобы скрыть всю истину. В нашем примере такими аспектами истины являются черты «зависимости» и «оральные» феномены, присущие примитивным человеческим отношениям. Значимость этих феноменов несоразмерно преувеличена в нашей современной технике, так как не принимается во

внимание, что частичные истины далеко не всегда позволяют создать целостную картину.

Фрейд дает нам хорошие примеры, подтверждающие это мнение. Изучая описания его случаев, мы видим, что он не торопился интерпретировать перенос, хотя и уделял ему должное внимание. В результате, хотя Фрейд и являлся для пациентов весьма значимым объектом, его методы не вели к вынужденному созданию у пациентов картины мира, в соответствии с которой (о чем говорилось выше) существует гнетущее неравенство между окнофилическим субъектом и его самым важным объектом. Как я уже отмечал, в предметных указателях всех 23 томов стандартного собрания его сочинений ключевое слово «зависимость» встречается довольно редко, а сочетание «оральная зависимость» и вовсе не встречается.

Чтобы проиллюстрировать проблемы, обсуждаемые в этой главе, я позволю себе упомянуть об одном эпизоде длительной терапии. После неудачного сеанса в пятницу, во время которого пациент довольно неохотно согласился с тем, что между ним и его аналитиком не может быть установлен реальный контакт, так как на протяжении всего сеанса пациент находился под давлением потребности в обесценивании аналитика, уходя из кабинета, он испытывал сильные затруднения. Уже находясь на пороге, он сказал, что чувствует себя ужасно, и попросил о дополнительной встрече в выходные дни, поскольку ему необходима помощь, чтобы справиться со своим состоянием.

Проблема, конечно, состоит в том, как ответить на этот запрос, который, без сомнения, представляет собой просьбу об удовлетворении. Должен добавить, что время от времени этот пациент добивался проведения дополнительных сеансов в выходные дни; он всегда испы-

тывал глубокое удовлетворение во время этих сеансов, и, что характерно, существенное ослабление напряжения, тем не менее очень редко можно было вести реальную аналитическую работу во время дополнительных встреч.

Допустим, что этот запрос был бы истолкован как еще одно «притязание» и исходя из этого соображения отвергнут. Если бы пациент принял эту интерпретацию, он почувствовал бы себя еще более несчастным, поскольку он напрасно испытывал доброту и терпение аналитика, его страдания усугубились бы. Если бы пациент не согласился с интерпретацией и решил, что аналитик злой и жестокий человек, то это увеличило бы напряжение в терапии. Сомнительно также и то, что ситуация изменилась бы к лучшему, если бы аналитик истолковал ее как сопротивление или перенос некоторой агрессивности и ненависти из детства.

С другой стороны, если бы аналитик пошел навстречу просьбе пациента о дополнительном сеансе независимо от того, истолковал бы он эту ситуацию как повторение ранних фрустраций, вызванных жадностью и завистью, или как повторение фрустраций, приводящих к зависти и жадности, то он навязал бы своему пациенту окнофилические отношения, превратившись во всемогущий объект.

В данном случае я в прежде всего постарался понять и принять страдания пациента, дать ему почувствовать, что я вместе с ним, и затем сообщил ему, что дополнительный сеанс, о котором он просит, вряд ли смог бы дать ему то, чего он ожидает и в чем нуждается в настоящий момент; кроме того, мое согласие могло бы привести к тому, что он почувствовал бы себя маленьким и слабым, тогда как я, его аналитик, предстал бы перед ним большим и могущественным. По этим причи-

нам я не пошел навстречу просьбе пациента. Он ушел раздосадованный.

При выборе своего ответа я преследовал две цели. С одной стороны, я старался избежать развития нежелательных отношений, когда, например, строгая или подавляющая персона, наделенная авторитетом и лучше знающая, что правильно, подавляет или фрустрирует другую персону, либо когда слабая сторона нуждается в поддержке, а аналитик играет роль великодушной и милосердной властной фигуры — словом, таких отношений, которые ведут к усилению неравенства между субъектом и его могущественным объектом. С другой стороны, я старался установить отношения, в которых ни один из нас не был бы наделен всемогуществом, каждый признавал бы свои ограничения и надеялся на возможность плодотворного сотрудничества между двумя людьми, не имеющими фундаментальных отличий в значимости, влиянии и силе.

Здесь я должен отметить, что этот пациент очень редко звонил мне, не более раза в год, причем в случае крайней необходимости. В этот раз он позвонил мне в тот же вечер, в девятом часу. Он с трудом мог говорить в телефонную трубку, довольно долго ходил вокруг да около, но в конце концов смог выговорить, что должен был позвонить мне... чтобы сообщить, что он близок к тому, чтобы разрыдаться... одно это... он ничего не хочет от меня, не хочет дополнительного сеанса... но он должен был позвонить мне, чтобы сообщить о своих чувствах.

Из этого примера видно, как реакция аналитика влияет на ход терапевтических отношений, которые начинаются с претензии на удовлетворение «влечения — желания», то есть с злокачественной формы регрессии, и приводят к доброкачественной форме, то есть к регрессии ради признания. При этом аналитик избегал даже

видимости всеведения и всемогущества; напротив, он выказал готовность к принятию роли первичного объекта, главной задачей которого является признание пациента и сопричастность.

Непосредственным результатом моего поведения в этом случае было значительное снижение напряжения у пациента, он относительно хорошо провел эти выходные и некоторое время спустя стал способен к контакту и сотрудничеству. Я бы даже сказал, что это событие инициировало — или усилило — позитивные изменения в атмосфере аналитической ситуации, которые послужили основанием для существенного прогресса.

Глава 25. Ненавязчивый аналитик

В главе 22 мы обсуждали две формы регрессии, но не останавливались на анализе технических мер, которые может предпринять аналитик, чтобы избежать риска злокачественной регрессии и обеспечить развитие ее доброкачественной формы. В предыдущих главах мы получили общее представление о том, как это может быть сделано. Чем больше поведение и техника аналитика дают повод к тому, чтобы пациент воспринимал его как всеведущую и всемогущую фигуру, тем больше опасность возникновения злокачественной формы регрессии. С другой стороны, шансы появления доброкачественной формы регрессии тем выше, чем большего успеха достигает аналитик в своих попытках сгладить неравенство, а также оставаться в глазах своего пациента простым и ненавязчивым.

Мы подошли к одной из самых важных проблем в современной психоаналитической технике. В какой степени, когда, в каком соотношении и в какой последовательности должны быть использованы два средства терапии —

интерпретация и объектные отношения? Эта проблема существует всегда, но особенно остро она встает при лечении регрессировавших пациентов, в тот момент, когда работа достигает области базисного дефекта. Поскольку, как мы знаем, слова имеют очень узкие и неопределенные рамки применения в этой области, то, видимо, следует признать, что объектные отношения являются более важным и более надежным средством в эти периоды терапии, тогда как интерпретации вновь приобретают свою значимость в состояниях, которые возникают после выхода пациента из регрессии.

Очень важно понять, какую технику может использовать аналитик для создания именно тех объектных отношений, которые, по его мнению, больше всего подходят для конкретного пациента, то есть дадут наибольший терапевтический эффект. Первым аналитиком, весьма систематически экспериментировавшим в этой области, был Ференци. Его «активная техника» и «принцип релаксации» представляли собой преднамеренные попытки создания таких объектных отношений, которые, по его мнению, лучше подходили для нужд некоторых пациентов, чем атмосфера аналитического сеанса, заданного рамками классических рекомендаций Фрейда. Очень скоро Ференци пришел к выводу, что единственным результатом всех его усилий было увеличение зависимости пациентов, он превращался для них во все более значимую фигуру; в то же время для него оставалось непонятным, почему события развивались именно так, а не иначе. Сейчас мы можем сказать, что его техника не сглаживала, а, напротив, усиливала неравенство между ним и его пациентами, которые действительно воспринимали аналитика как всеведущую и самую значимую для них персону.

В своей практике я довольно рано понял, что соблюдение рамок классической техники на деле означает стро-

гий отбор пациентов. Мой энтузиазм новичка воспротивился этому, и, находясь под влиянием Ференци, я стал экспериментировать с невербальными коммуникациями. Начиная с 1932 года я публиковал результаты моих экспериментов в статьях, многие из которых были переизданы в «Первичной любви...» (1952). Конечно, за прошедшие годы мои методы и мой образ мышления претерпели значительные изменения, и теперь мои идеи опять достигли той стадии, на которой я могу «организовать» их, то есть выразить в достаточно определенной форме, доступной для обсуждения и критики. При этом я полностью отдаю себе отчет в том, что они далеки от завершенности.

Последние несколько лет, стараясь преодолеть трудности, о которых только что упоминалось, я экспериментировал с техникой, позволяющей пациенту войти в такого рода двусторонние отношения, где коммуникации не могут осуществляться при помощи слов и даже не нуждаются в них, где слова заменяются порой тем, что теперь обычно называют «отыгрыванием» в аналитической ситуации. Спешу добавить, что все эти невербальные коммуникации, отыгрывание, конечно, подлежат проработке, но не прежде, чем пациент оставит уровень базисного дефекта и вновь перейдет на уровень эдипова конфликта.

Я позволю себе вкратце изложить здесь некоторые соображения, которые подвели меня к этим экспериментам. К своей досаде и отчаянию, во многих случаях я обнаруживал, что слова переставали быть надежным средством коммуникации, когда аналитическая работа достигала области, лежащей ниже эдипова уровня. Аналитик может приложить все свои усилия к тому, чтобы его интерпретации были ясными и недвусмысленными, однако пациент каким-то образом всегда умудряется воспринимать их как нечто совершенно отличное от то-

го, чем намеревался их сделать аналитик. Попытки разъяснить, аргументировать, уточнение или коррекция вариантов интерпретаций не приносят желанного плода. Аналитик вынужден смириться с удручающим фактом, что в этих областях его слова вместо того, чтобы прояснить ситуацию, приводят к еще большей путанице языков, используемых им и пациентом, так как неверно истолковываются последним. По сути, слова становятся ненадежными, а их эффект — непредсказуемым.

Это клиническое наблюдение очень важно для моих рассуждений, поэтому я освещу его с несколько иной стороны. Слова в такие периоды перестают быть средством для передачи свободных ассоциаций; они могут стать безжизненными, скучными и стереотипными; они производят впечатление старых заигранных грампластинок, на которых игла бесконечно скользит по одной и той же дорожке. Кстати, часто то же самое относится и к интерпретациям аналитика; в такие периоды кажется, что и в них тоже бесконечно проигрывается одна и та же фраза. На этом этапе аналитик, к своему отчаянию и ужасу, понимает: продолжать интерпретировать вербальные коммуникации пациента нет ни малейшего смысла. На эдиповом уровне — и даже на некоторых так называемых до-эдиповых уровнях — верная интерпретация снимает сопротивление или устраняет расщепление, переводя вытесненный конфликт в сферу сознания, что способствует возобновлению потока свободных ассоциаций пациента.

На уровне базисного дефекта такой эффект совсем не обязателен. Интерпретации могут восприниматься как препятствие или жестокость, незаконное требование или запретный удар, как выражение враждебности или признак привязанности либо могут восприниматься как нечто лишнее жизни, по сути мертвое, что вовсе не окажет никакого влияния.

Следующее соображение основано на открытии окнофилических предпочтений в нашей технике, о которых уже говорилось в предыдущей главе (см. также работу 1959 года, главу XII). В настоящее время аналитики с удовольствием интерпретируют в терминах переноса, то есть объектных отношений все, что происходит в аналитической ситуации. Эта техника, в каком-то смысле разумная и эффективная, означает, что мы непрерывно предлагаем нашим пациентам себя в качестве объектов, за которые можно уцепиться. Все, что отличается от цепляния, мы истолковываем как сопротивление, агрессивность, нарциссизм, обидчивость, параноидную тревогу, страх кастрации и т. д. Это создает в высшей степени амбивалентную и напряженную атмосферу: пациент старается изо всех сил, ведомый своим стремлением к независимости, но каждый его шаг на этом пути оказывается заблокированным интерпретациями «окнофилического» переноса.

В основу третьего пункта моих рассуждений легло исследование проблемы «молчащего пациента». Молчание, как это все больше и больше признается, может обладать множеством значений, каждое из которых требует соответствующего технического подхода. Молчание может быть безводной и ужасающей пустыней, враждебной жизни и росту, — в таком случае пациент должен покинуть эту пустыню как можно скорее; оно может быть дружелюбным волнующим пространством, приглашающим пациента предпринять захватывающее путешествие в неизведанные области фантазии, — в этом случае окнофилические интерпретации могут оказаться совершенно неуместными; молчание также может означать попытку восстановления гармоничных отношений первичной любви, которое существовало между индивидом и его окружением до того, как возникли объекты, — в этом случае любое вмешательство в виде интерпретации

или в любой другой форме строго противопоказано, поскольку предъявляемые пациенту требования могут разрушить эту гармонию.

Последнее рассуждение связано с моими идеями относительно области созидания, той области психики, где отсутствуют внешние структурированные объекты. Любое вторжение такого объекта через привлекающие внимание интерпретации неизбежно разрушает для пациента возможность создать что-либо вне себя самого.

В главе 5 говорилось о том, что объекты в этой области находятся еще в неструктурированном состоянии и процесс созидания, ведущий к их организации, требует прежде всего времени. Это время может быть кратким или продолжительным; но каким бы оно ни было, в этот период не должно происходить вмешательства извне. Почти наверняка то же самое можно отнести к творчеству наших пациентов в сфере бессознательного. Может быть, именно поэтому для пациента, регрессировавшего к этой области, интерпретации аналитика являются неприемлемыми. Взаимодействие между туманным, напоминающим сновидение, все еще неорганизованным содержанием области созидания и интерпретациями, которые, по сути, представляют собой целостные, «организованные» мысли или объекты, может привести либо к состоянию опустошенности, либо к неестественной преждевременной консолидации содержания области созидания.

Внешним проявлением всех этих столь отличающихся друг от друга состояний может быть молчание пациента, который очевидным образом отстранился от нормальной аналитической работы и вместо того, чтобы ассоциировать, «отыгрывает» или, может быть, даже повторяет нечто, вместо того, чтобы вспоминать. И последнее, но не менее значимое: о таком пациенте можно сказать,

что он регрессировал к некоему примитивному поведению вместо того, чтобы прогрессировать к принятию нашего основного правила. Все эти характеристики — уход, отыгрывание, повторение вместо воспоминаний, регрессия — корректные, но не исчерпывающие, и поэтому могут привести к ошибочным техническим шагам.

Поэтому я считаю, что при работе с пациентами, регрессировавшими до уровня базисного дефекта или созидания, наиболее уместным техническим шагом будет временное принятие их регрессии и отказ от вмешательства при помощи интерпретаций. Этот период может длиться и несколько минут, и несколько сеансов. Как я несколько раз отмечал, слова в такие периоды почему-то перестают быть надежными средством коммуникации; они не являются способом выражения свободных ассоциаций, становятся безжизненными, скучными и стереотипными, а их значение, по-видимому, отличается от свойственного им содержания. Задача аналитика заключается в том, чтобы понять, что стоит за словами пациента, однако способ, которым можно было бы передать это понимание регрессировавшему пациенту, отнюдь не очевиден. Я предлагаю без предвзятости взглянуть на тот факт, что слова утратили свою надежность, и искренне на время отказаться от любых попыток подтолкнуть пациента к возвращению на вербальный уровень. Это означает, что усилия по «организации» материала пациента должны быть оставлены: такой материал просто «не годится» для этого, уместнее позволить этому материалу оставаться некогерентным, бессмысленным, неорганизованным до тех пор, пока пациент, возвратившись на эдипов уровень, к использованию общепринятого языка, не обретет способность предложить аналитику ключ к его пониманию.

Иначе говоря, аналитик должен принять регрессию. То есть он должен создать такое окружение, такой климат,

в котором регрессия смогла бы стать общим переживанием для аналитика и пациента. Это так важно и потому, что в подобных состояниях любое внешнее давление тем или иным способом усиливает у пациента и без того достаточно выраженную тенденцию создавать отношения неравенства между ним и его объектами, закрепляя, таким образом, склонность к регрессии.

Я хотел бы привести для иллюстрации пример из анализа, описанного в главе 21, который на тот момент времени продолжался уже более двух лет. Пациент сохранял молчание в течение более тридцати минут после начала сеанса; аналитик принимал это молчание и представлял себе, что может происходить с пациентом, он молча ждал, не делая каких-либо попыток вмешательства. При этом он даже не ощущал дискомфорта или необходимости что-либо сделать. В этой терапии и раньше несколько раз возникали паузы, поэтому и пациент и аналитик как-то научились справляться с такими ситуациями. В конце концов молчание было прервано рыданиями пациента, вскоре, успокоившись, он уже смог разговаривать. Он сказал аналитику, что наконец-то ему удалось установить контакт с самим собой; с детства он никогда не оставался один, всегда рядом с ним был кто-то, указывающий ему, что делать. Некоторое время спустя, на другом сеансе, он рассказал, что во время этой паузы ему приходили в голову всевозможные ассоциации, однако он отвергал их как досадные помехи, отвлекающие его от главного.

Конечно, молчание легко может быть истолковано как сопротивление, уход, признак страха преследования, неспособности справиться с депрессивными тревогами, симптом навязчивого повторения и т. д. Кроме того, довольно хорошо зная своего пациента, аналитик может понять или предугадать появление в его ассоциациях той или иной темы, а также и то, почему пациент счита-

ет конкретную идею неуместной и отвергает ее. Все эти интерпретации могут быть совершенно корректными, однако они разрушают молчание. Пациент не смог бы «встретиться с самим собой», во всяком случае в этот раз. Всякая интерпретация, даже корректная, оказала бы еще одно непредусмотренное побочное действие: несомненно, она усилила бы сильный паттерн навязчивого повторения пациента, — опять рядом есть кто-то, указывающий, что ему чувствовать, думать и что делать.

Нужно отметить, что все это происходило исключительно в рамках отношений между двумя персонами; структура возникающей в таких случаях динамической проблемы не является структурой конфликта, для которого нужно найти «решение». Эта ситуация предъявляет к навыкам аналитика более высокие требования, чем, скажем, понимание вербальных ассоциаций. Аналитик, найдя верный ответ на молчание пациента, избежал риска появления ожиданий, ведущих к образованию злокачественной зависимости; он избежал опасности предстать перед пациентом в роли «всемогущей» фигуры, настолько мудрой и влиятельной, что в состоянии читать невысказанные мысли пациента и адекватно реагировать на них; и наконец, в этой ситуации нельзя было положиться на слова, которые подтолкнули бы пациента к преждевременному переходу в эдипову область, что привело бы к созданию дополнительных препятствий для терапевтической работы вместо того, чтобы устранить некоторые из них. Конечно, все эти признаки характерны для работы в области базисного дефекта.

Имея дело с пациентом, регрессировавшим на этот уровень, с точки зрения техники необходимо принять «отыгрывание» в терапевтической ситуации как адекватный способ коммуникации, не предпринимая при этом поспешных попыток его «организации» посредством интерпретаций. Не устану повторять, что это вовсе

не означает, что аналитик теряет свое значение или что его роль ограничена позицией сочувствующей пассивности; напротив, присутствие аналитика приобретает огромное значение, однако главная задача состоит не в том, что его присутствие всегда должно ощущаться, а в том, чтобы он всегда находился на верной дистанции — эта дистанция не должна быть настолько большой, чтобы пациент чувствовал себя потерянным и брошенным, но она не должна быть и очень маленькой, чтобы не вызвать у пациента чувства стеснения и несвободы, — по сути, дистанция должна соответствовать актуальной потребности пациента; вообще говоря, аналитик обязан знать, каковы потребности его пациента, почему они именно такие, а не иные, почему они флуктуируют и изменяются.

Под иным углом зрения техническая проблема предстает как поиск способа предложить пациенту «нечто», что могло бы выступить в качестве первичного объекта или быть его адекватной заменой, иначе говоря: то, на что пациент сможет проецировать свою первичную любовь.

Должно ли это «нечто» быть (а) самим аналитиком (тем аналитиком, который берется за лечение регрессии), или (б) терапевтической ситуацией? Какой из этих двух вариантов более подходит для достижения состояния гармонии с пациентом, состояния, в котором остается лишь самый минимальный конфликт интересов между пациентом и единственным доступным ему в настоящее время объектом? В целом, с точки зрения безопасности, лучший вариант был бы, конечно же, если бы для пациента такой заменой стала терапевтическая ситуация, уже хотя бы потому, что в этом случае для аналитика снижается риск превратиться в самый важный, всеведущий и всемогущий объект.

Конечно, предложение пациенту «первичного объекта» не равноценно предоставлению ему первичной любви; однако и матери также не дают ее. Они просто ведут себя, как настоящие первичные объекты, то есть предлагают себя в качестве первичных объектов, в которых размещается катексис первичной любви. Различие между тем, чтобы «давать первичную любовь» и «предлагать себя для катексиса первичной любовью», имеет фундаментальное значение для нашей техники, причем не только в случае регрессии пациентов, но и во многих других затруднительных ситуациях в лечении.

Описывая эту роль в несколько ином ракурсе, то есть используя иные «слова», можно сказать, что аналитик должен функционировать в периоды регрессии как человек, предоставляющий время и среду. Это не означает, что он обязан восполнить лишения пациента, которые тот испытал когда-то давным-давно, и предоставлять ему больше заботы, любви и привязанности, чем давали пациенту в самом начале жизни его родители (если даже он попытается сделать это, то, конечно же, потерпит неудачу). Что аналитик действительно должен предоставить — и, по возможности, только во время плановых сеансов, — так это достаточное количество времени, свободного от внешних соблазнов, стимулов и требований, в том числе и тех, что исходят от него самого. Цель работы заключается в том, чтобы дать пациенту возможность найти самого себя, принять себя, поладить с собой, все время помня о том, что внутри у него есть шрам, базисный дефект, который нельзя «выанализировать» из его жизни. Кроме того, нужно позволить пациенту обрести его собственный путь в мир объектов, а не наставлять его на «истинный» путь при помощи глубокой и корректной интерпретации. Если это удастся, то пациент перестает чувствовать, будто объекты покушаются на его права или подавляют его. Только в этих

границах аналитик должен создавать лучшее или более «понимающее» окружение и не выходить за эти рамки, а именно не предоставлять пациенту больше заботы, любви, внимания, удовлетворения или защиты. Следует подчеркнуть, что эти соображения могли бы послужить критерием принятия решения в вопросе: идти ли на встречу пациенту и удовлетворять ли его конкретное «желание» или «потребность» либо, признав их, оставить неудовлетворенными?

В такие периоды нет необходимости в строгом следовании руководящему принципу избегания любого вмешательства; особенно внимательного отношения требуют интерпретации, так как очень часто они воспринимаются как недопустимое требование, нападки, критика, соблазнение или принуждение; к интерпретациям стоит прибегать только в том случае, если аналитик уверен, что пациент нуждается в них, и лишь в такие моменты, когда не дать интерпретацию означало бы предъявить необоснованное требование или оказать давление. Отсюда может быть лучше понят феномен, который я назвал опасностями окнофилических интерпретаций: хотя пациент нуждается в окружении, в мире объектов, однако объекты — и прежде всего аналитик — не должны предстать как требующие, вмешивающиеся, вторгающиеся, поскольку это неизбежно приведет к усилению прежнего подавляющего неравенства между субъектом и объектом.

Надеюсь, что это клиническое описание поможет читателю понять, почему существует столько же терминов для обозначения подобных коллизий, сколько существует аналитиков. Некоторые из них были перечислены в конце главы 24. Все эти термины обладают следующими общими чертами: в них содержится намек на то, что в окружении не должно быть подавляющих или требующих объектов; что окружение должно быть спокойным,

мирным, безопасным и ненавязчивым; оно должно присутствовать и оно должно быть благосклонно по отношению к субъекту. Субъект же при этом отнюдь не обязан замечать окружение, признавать его или заботиться о нем. Повторю еще раз, что эти общие черты совпадают с характеристиками того, что я назвал первичным объектом, или первичной субстанцией.

Без сомнения, создание такого рода объекта или окружения является важной частью стоящей перед терапевтом задачи. Очевидно, что это только часть, а не вся задача. Помимо того, что аналитик должен быть объектом, который «понимает потребности» и вместе с тем может сообщить о своем понимании пациенту, он должен стать объектом, который «признает потребности» и, может быть, даже «удовлетворяет потребности».

Глава 26. Преодоление «пропасти»

В главе 14 я говорил о глубокой пропасти, которая разделяет «ребенка в пациенте» и взрослого аналитика, а также утверждал, что пациент, регрессировавший до уровня базисного дефекта, как правило, не может преодолеть эту пропасть самостоятельно. Кроме того, я поставил вопрос: какая часть этой задачи должна быть выполнена аналитиком, а какая оставлена для пациента. Ответ на первый вопрос — как преодолеть пропасть — является довольно стандартным: необходимо понять, чего именно пациент хочет от аналитика. В задачу аналитика, с моей точки зрения, входит не столько сообщение пациенту об этом понимании посредством интерпретации — порой в этом нет никакой необходимости, — сколько создание атмосферы, в которой нуждается пациент. Последнее влечет за собой отказ от упорных попыток заставить пациента безотлагательно отказаться от невербальных способов экспрессии в пользу вербально-

го эдипова способа, проявления терпения и уважения к «отыгрыванию» пациента в процессе анализа. В предыдущей главе я попытался подытожить, что, на мой взгляд, должен делать аналитик. Если мои идеи окажутся верными, с их помощью можно будет объяснить многие трудности, неизбежно возникающие в тех случаях, когда аналитик, соблазненный страданиями своего пациента, пытается предпринять что-то большее.

В частности, имея дело с такими состояниями, аналитик должен помнить, что ему в целом следует избегать преодоления защит расщепления при помощи изоощренных и правильных интерпретаций, так как для его регрессировавших пациентов эти интерпретации могут предстать свидетельством сомнений по поводу оправданности и обоснованности их жалоб, обвинений и обид. Напротив, аналитику следует искренне принять все эти жалобы, обвинения и обиды как реальные и обоснованные и предоставить своему пациенту достаточно времени для того, чтобы тот перешел от яростного негодования к сожалению. Нет необходимости в том, чтобы ускорить этот процесс при помощи интерпретаций, пусть даже они будут верными, поскольку интерпретации могут быть восприняты как несвоевременное вмешательство, как попытка обесценивания жалоб. В таком случае интерпретации только замедлят терапевтический процесс вместо того, чтобы ускорить его.

Более того, для некоторых пациентов жизнь утратила бы всякую ценность, если бы они лишились своих обид или своей ненависти или если бы они не получили полной компенсации за все свои обиды и связанную с ними ненависть. Такие пациенты в любой интерпретации, которая проливает свет на причины обиды, будут видеть попытку аналитика обесценить эту обиду. Любая подобная попытка будет воспринята как угроза разрушения основ

существования; они реально чувствуют, что у них отнимают то, ради чего стоило жить.

То же самое в целом относится и к так называемым страхам преследования, анализ которых не может принести никакой пользы, если пациенту не дали почувствовать, что аналитик солидарен с ним и безоговорочно принимает обоснованность его жалоб, что он дает достаточно время (в некоторых случаях этот период бывает очень долгим), чтобы на смену неистовой агрессии смогли прийти печаль и сожаление по поводу исходной травмы или неудачи и всех тех утрат, которые были с этим связаны.

Если аналитик способен искренне и безоговорочно исполнить все эти требования, в аналитической ситуации возникает возможность новых отношений, которые позволяют пациенту пережить сожаление или печаль по поводу исходного изъяна и утраты, приведших к образованию дефекта или шрама в его психической структуре. Эта печаль коренным образом отличается от печали, связанной с реальной потерей любимого человека, а также от характерной черты меланхолии: печали, вызванной ущербом или разрушением, нанесенным внутреннему объекту. Я имею в виду чувства сожаления или печали, связанные с непреложным фактом существования в психике каждого человека нарушения или изъяна, бросающего тень на всю жизнь человека, негативные последствия которого никогда не могут быть преодолены полностью. На месте исцеленной травмы навсегда остается шрам; некоторые ее последствия будут видны всегда.

Некоторым пациентам необходим значительный отрезок времени для завершения процесса печали, который лучше предоставить естественному течению. Хотя этот процесс нельзя ускорить, самое главное заключается в том,

том, что аналитик присутствует при нем как свидетель: так как этот процесс протекает в области базисного дефекта, преодолеть эту печаль самому невозможно; это можно сделать только в рамках отношений между двумя персонами, которые складываются, например, в аналитической ситуации. Если аналитик сможет предоставить столько времени для развития этого процесса, сколько необходимо, не ускоряя его искусственно, а также поддерживает необходимую в этом случае атмосферу примитивных отношений, проявляя терпение и предлагая не вторгающиеся интерпретации, то манера сотрудничества пациента по сравнению с тем, что было раньше, несколько изменится, создавая впечатление, что у него появляется желание и способности к переоценке своей позиции в отношении со своим объектом vis-a-vis, а также к пересмотру возможности принять окружающий его мир, часто такой непривлекательный и равнодушный.

Элементы терапевтической установки, о которой здесь говорилось в общих чертах не отличаются, по существу, от элементов установки, которую принимает аналитик при работе с пациентами на эдиповом уровне, даже темы, которые прорабатываются, обычно одни и те же; однако все же существует одно отличие, и оно касается главным образом атмосферы, настроения. Это отличие затрагивает и пациента, и аналитика. Отличие состоит в том, что аналитик не стремится к немедленному и полному «пониманию», к тому, чтобы «организовывать» и изменять все нежелательное с помощью своих корректных интерпретаций; скорее, он более терпим к страданиям пациента и способен с ними мириться — то есть он может признавать их субъективную значимость вместо того, чтобы утверждать свое терапевтическое всемогущество, судорожно пытаясь «проанализировать» их. Аналитик избегает и другого искушения: он не пытается

«управлять» жизнью регрессировавшего пациента, проявляя полное сочувствие, ограждать его от «невыносимых требований окружения» — другой разновидности реакции всемогущества. Он не стремится также создать у своего пациента «корректирующее эмоциональное переживание», подобно тому, как клиницист стал бы лечить состояние недостаточности, — третья форма реакции всемогущества. Напротив, если аналитик ощущает малейшую склонность отреагировать на регрессию своего пациента какой-либо реакцией, то он может поставить точный диагноз, что работа достигла области базисного дефекта. Я хочу подчеркнуть самым настоятельным образом, что любая подобная склонность аналитика должна быть расценена как симптом расстройства пациента, и ей ни в коем случае нельзя поддаваться. Впрочем, это легче сказать, чем сделать.

Еще несколько замечаний по поводу «удовлетворения потребностей или желаний пациента». В классической технике эти потребности воспринимаются как желания, которые должны быть поняты, а не как, возможно, обоснованные потребности, на которые необходимо как-то реагировать. В рамках некоторых современных технических подходов аналитику рекомендуется не только понимать определенные потребности пациента, но и обязательно учитывать возможность удовлетворения этих потребностей, позволяя пациенту, например, некоторое «отыгрывание».

Здесь мы опять сталкиваемся с проблемами. Аналитик должен определить, когда именно это удовлетворение уместно, какая его форма может быть дозволена и как именно должно осуществиться удовлетворение.

Рассмотрим клинический пример. Одна моя пациентка рассказала, что в детстве была склонна к вспышкам раздражения. Это были очень болезненные пережива-

ния как для нее, так и для всей ее семьи. Однако вскоре ее мать нашла способ справляться с этими припадками. Она брала дочь на руки и крепко обнимала ее, крепко, но не причиняя ей боли. Пациентка рассказывала, что это сочувственное ограничение приносило ей чувство спокойствия и безопасности; достаточно было нескольких минут, чтобы успокоиться. В этом случае мы можем истолковать вспышки гнева как некоторое требование, а материнский подход к совладанию с ними — как конкретную реакцию.

Давайте представим, что нечто подобное происходит и в анализе. Должен ли аналитик делать столько, сколько делала мать? И если да, то какими средствами? Должен ли он поддержать своего пациента интерпретацией, каким-либо символическим действием или даже физически? В каком случае к «ребенку в пациенте» нужно относиться как к ребенку, а в каком — как к взрослому? Прежде чем кого-либо охватит раздражение по поводу возможных спекуляций, позвольте мне напомнить, что уже сами рамки аналитической ситуации в некотором смысле представляют собой «крепкие объятия» для пациента. В самом деле, пациента просят лечь на кушетку и не вставать с нее — все это не может восприниматься иначе, как сдерживание. Возвращаясь к обсуждению нашей проблемы, я бы определил классические рамки аналитического сеанса как ограничение через символическое действие со стороны аналитика. Я хотел бы добавить, что это символическое действие создает особые отношения между аналитиком и пациентом, которые, в некотором смысле, приносят взаимное удовлетворение обеим сторонам.

Более того, классическая процедура является убедительным примером символического действия, предшествующего интерпретации: прося наших пациентов лечь, мы тем самым символически ограничиваем их еще до то-

го, как возникает необходимость в интерпретации или действии. Этот пример также демонстрирует один из аспектов удовлетворения аналитиком потребности пациента в аналитической ситуации. Как известно, есть два типа удовлетворения. К первому относится такое удовлетворение, достижение которого несет в себе дальнейшую стимуляцию, в результате избыточное возбуждение нарастает. Примером такого рода удовлетворения может послужить достижение предварительного удовольствия различными способами при сексуальной близости. Другой тип удовлетворения обладает успокаивающим и умиротворяющим действием. Это удовлетворение достигается через устранение раздражающих или возбуждающих стимулов из сознания пациента, оно помогает приблизиться к состоянию тихого и спокойного благополучия, которое является лучшим основанием для достижения взаимопонимания между индивидом и его окружением.

Если от этого примера перейти к обобщениям, то мы подойдем к другому ответу на один из рассматриваемых вопросов. С аналитической ситуацией совместим тот тип удовлетворения, который не вызывает роста возбуждения у пациента, а, напротив, снижает чрезмерное напряжение, что способствует достижению лучшего понимания между пациентом и аналитиком. Если детально рассмотреть рамки аналитического сеанса, то можно увидеть, что в нем скрывается довольно большое число источников, приносящих такого рода удовлетворение. Например, тихая и умиротворяющая атмосфера аналитического кабинета, удобная кушетка, спокойное окружение, аналитик, который не прерывает пациента без необходимости, предоставляя ему возможность выговорить все, что у него на душе и т. д. В целом этот тип удовлетворения можно назвать заботой или даже психологическим кормлением.

Несомненно, все эти факторы начинают действовать с самого начала анализа. Некоторые аналитики твердо убеждены в том, что ограничения, зафиксированные в технических рекомендациях Фрейда, должны остаться незыблемыми навеки, а всякое техническое отступление от них не должно называться психоанализом. С моей точки зрения, эти аналитики слишком ригидны. Я должен еще раз повторить, что в определенных случаях, в особенности при работе с регрессировавшими пациентами, аналитик может пойти дальше в удовлетворении некоторых требований, чтобы сохранить терапевтические отношения.

Однако необходимо соблюдать некоторые условия. Во-первых, действия аналитика не должны повлечь за собой риска превращения его во «всеведущий и всемогущий объект». Во-вторых, он должен быть уверен в том, что удовлетворение приведет не к росту возбуждения пациента, а к состоянию «спокойного тихого благополучия», к безопасному взаимопониманию между пациентом и аналитиком. Еще одно условие состоит в том, что аналитик должен иметь представление о способах, которые позволят ему избежать развития злокачественных форм регрессии.

Чем больше аналитик уверен в том, что главная цель регрессии состоит в получении удовлетворения при помощи внешнего объекта, тем осторожнее он должен быть. Чем более ограничены возможности пациента в мире объектов, тем больше будет опасность возникновения состояний, похожих на злокачественную зависимость.

Я имел возможность убедиться, что этот критерий является довольно важным. По-видимому, он позволяет прогнозировать будущее и освещать прошлую психопатологию пациента. Если во внешнем мире нет заслуживаю-

щих доверия хороших объектов, то очень велика вероятность появления весьма интенсивного, галлюцинаторного переноса (Little, 1938, 1961), при этом возможность его компенсации чем-то, принадлежащим внешнему миру, что обладает такой же значимостью и интенсивностью, довольно призрачна. С другой стороны, отсутствие хороших объектов также означает, что возможности пациента совершать «работу завоевания», которая необходима для превращения индифферентного объекта в сотрудничающего партнера, ограничены (Balint M., 1947). Это указывает на довольно серьезный базисный дефект в структуре его психики и в его характере.

Однако при наличии хороших внешних объектов или даже партнеров аналитик может пойти на некоторый риск, как это было с моей пациенткой, сделавшей кувырок. С другой стороны, если пациент не находит во внешнем мире подходящих для себя партнеров, то лучше следовать совету Фрейда и остерегаться притязаний пациента.

Если же в клинической картине преобладают симптомы другого типа регрессии — регрессии, направленной на признание, — перспективы здесь, я полагаю, довольно хорошие. Аналитик в этом случае должен быть готов к тому, что когда-нибудь наступит период испытаний, в первую очередь, для его искренности. Эти пациенты совершенно не выносят, когда аналитик не говорит им правды, всей правды и ничего, кроме правды. Они, как правило, чрезмерно чувствительны и могут чувствовать боль и реагировать уходом на любое проявление неискренности, даже если оно не выходит за общепринятые рамки хороших манер.

Если аналитику удастся избежать все эти заманчивые ловушки, то пациент, отчасти в ответ на возросшую терпимость аналитика, демонстрирует прежде скрытое, за-

маскированное стремление разобраться с тем, что происходит, проникнуть — получив, так сказать, одобрение, — в сущность проблем, чтобы обрести понимание или просто знание.

Так пациент постепенно возвращается из регрессии. Это возвращение может быть не окончательным, возможны рецидивы, однако это всегда является шагом вперед на долгом пути. В сущности, то, о чем я говорил в этой части, не является ни всей историей, ни ее концом. Смысл, однако, заключается в установлении новых отношений между пациентом и некоторыми элементами его мира, прежде отделенными пропастью, выросшей из его базисного дефекта, что, по сути является шагом на пути к лучшей интеграции Эго пациента.

Еще раз повторю: то, что я сжато изложил в этой части книги, не исчерпывает всей темы. Я даже мог бы перечислить недостающие главы. Во-первых, я ничего не сказал о функциях повторения, отыгрывания в аналитической терапии, то есть не определил, когда, насколько и при каких условиях повторение может стать терапевтическим фактором. Другая глава могла бы касаться путей изменения внутреннего мира, потенциально открытых для пациента, определяющих в основном его отношения с внешними объектами. Следующая глава, связанная с предыдущей, была бы посвящена доступным для нас техническим средствам, с помощью которых аналитик мог бы способствовать пациенту в достижении этих перемен. И, наконец, в одной из глав была бы затронута очень важная тема функции интерпретаций. Здесь я говорю о классических интерпретациях, предлагаемых в промежутках между последовательными периодами регрессии. Я считаю, что техническая проблема здесь заключается в том, как можно добиться одновременного решения двух важных задач при помощи интерпретаций. Одна из этих задач состоит в создании и

сохранении атмосферы, в которой могут происходить определенные события, важные для терапии; вторая же заключается в том, чтобы пациент смог оценить и свой собственный вклад в создание этой атмосферы, и вклад аналитика — их взаимодействия и влияния на окончательный результат. Я надеюсь, мне удалось убедить читателя, что какая бы атмосфера ни создавалась в аналитической ситуации, она допускает одни интерпретации и исключает другие. С другой стороны, определенные интерпретации ведут к созданию определенной атмосферы, тогда как отказ от них будет способствовать созданию совершенно иной атмосферы.