

Annotation

Нэнси Мак-Вильямс

**ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ
ДИАГНОСТИКА**

**Понимание структуры личности
в клиническом процессе**

Nancy McWilliams

PSYCHOANALYTIC DIAGNOSIS

Understanding Personal Structure in the Clinical Process

Эта книга замечательна во многих отношениях. Написанная блестящим профессионалом высочайшего уровня, она уже вошла в золотой фонд аналитической классики и стала бестселлером в тех странах, где была издана. В России она выходит спустя всего четыре года после первой публикации.

Это один из самых современных базовых учебников по психоаналитической диагностике личности, написанный прекрасным языком и содержащий стройное синтезированное изложение существующих психоаналитических подходов к структуре личности и конкретные практические рекомендации по проведению психоаналитической терапии с разными типами пациентов.

Книга, несомненно, будет интересна и полезна психотерапевтам, психиатрам, психологам-консультантам, студентам, педагогам и всем, кто интересуется глубинной психологией.

Рекомендовано курсом психотерапии и клинической психологии факультета последипломного профессионального образования ММА им. Сеченова в качестве учебного пособия по специальности “Психотерапия и медицинская психология”

-
- [Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика](#)
 - [От хаоса – к структуре, от симптома – к личности](#)
 - [Благодарность](#)
 - [Предисловие](#)
 - [Введение](#)

- [Замечания относительно терминологии](#)
- [Замечания относительно общего тона книги](#)
- [Часть I. Концептуальные положения](#)
 -
 - [1. Зачем нужен диагноз?](#)
 -
 - [Планирование лечения](#)
 - [Прогнозирование](#)
 - [Защита потребителя](#)
 - [Установление эмпатии](#)
 - [Предотвращение уклонения от лечения](#)
 - [Прочие выгоды](#)
 - [Ограничения полезности диагностики](#)
 - [Дополнительная литература](#)
 - [2. Психоаналитическая диагностика личности](#)
 -
 - [Классическая теория драйвов Фрейда](#)
 - [Эго-психология](#)
 - [Традиция объектных отношений](#)
 - [Сэлф-психология](#)
 - [Другие вклады психоанализа в оценку личности](#)
 - [Заключение](#)
 - [Дополнительная литература](#)
 - [3. Уровни развития организации личности](#)
 -
 - [Исторический контекст: диагностика уровня патологии характера](#)
 - [Диагнозы Крепелина: неврозы и психозы](#)
 - [Диагностические категории Эго-психологии: симптоматический невроз, невротический характер, психоз](#)
 - [Диагноз с точки зрения объектных отношений: пограничная психопатология](#)
 - [Специфические измерения спектра “невротик – пограничный – психотик”](#)
 - [Характеристики структуры личности невротического уровня](#)
 - [Характеристики структуры личности психотического уровня](#)

- Характеристики пограничной (borderline) структуры личности
- Заключение
- Дополнительная литература
- 4. Клиническое приложение уровней развития организации личности
 -
 - Психоаналитическая терапия с пациентами невротического уровня
 - Общепринятые модели терапии относительно здоровых пациентов
 - Другие подходы к относительно здоровым пациентам
 - Психоаналитическая терапия с пациентами психотического уровня
 - Поддерживающая техника: создание атмосферы психологической безопасности
 - Поддерживающая техника: воспитание пациента
 - Поддерживающая техника: привязка тревоги к определенным стрессам
 - Психоаналитическая терапия с пограничными пациентами
 - Экспрессивная техника: безопасные границы
 - Экспрессивная техника: проговаривание контрастных чувственных состояний
 - Экспрессивная техника: интерпретация примитивных защит
 - Экспрессивная техника: получение супервизирования от пациента
 - Экспрессивная техника: поддержка индивидуации и препятствие регрессии
 - Экспрессивная техника: интерпретация в состоянии покоя
 - Экспрессивная техника: соответствующий материал контрпереноса
 - Взаимодействие зрелостных и типологических измерений личности
 - Заключение
 - Дополнительная литература
- 5. Первичные (примитивные) защитные процессы

-
- [Примитивная изоляция](#)
- [Отрицание](#)
- [Всемогущий контроль](#)
- [Примитивная идеализация \(и обесценивание\)](#)
- [Проекция, интроекция и проективная идентификация](#)
- [Расщепление \(splitting*\) Эго](#)
- [Диссоциация](#)
- [Заключение](#)
- [Дополнительная литература](#)
- [6. Вторичные \(высшего порядка\) защитные механизмы](#)
 -
 - [Репрессия \(вытеснение\)](#)
 - [Регрессия](#)
 - [Изоляция](#)
 - [Интеллектуализация](#)
 - [Рационализация](#)
 - [Морализация](#)
 - [Компартментализация \(раздельное мышление\)](#)
 - [Аннулирование \(undoing\)](#)
 - [Поворот против себя](#)
 - [Смещение](#)
 - [Реактивное образование](#)
 - [Реверсия](#)
 - [Идентификация](#)
 - [Отреагирование \(вовне-действие, отыгрывание, acting out\)](#)
 - [Сексуализация \(инстинктуализация\)](#)
 - [Сублимация](#)
 - [Заключение](#)
 - [Дополнительная литература](#)
- [ЧАСТЬ II. Типы организации характеров](#)
 -
 - [Основания для построения глав](#)
 - [Характер, патология характера и ситуационные факторы](#)
 - [Ограниченность выбора типов личностей](#)
 - [7. Психопатические \(антисоциальные\) личности](#)
 -
 - [Драйвы, аффекты и темперамент при психопатии](#)

- [Защитные и адаптационные процессы при психопатии](#)
- [Объектные отношения при психопатии](#)
- [Психопатическое собственное “Я”](#)
- [Перенос и контрперенос с психопатическими пациентами](#)
- [Терапевтические рекомендации при диагнозе психопатия](#)
- [Дифференциальный диагноз](#)
- [Психопатическая личность в сравнении с параноидной](#)
- [Психопатическая личность в сравнении с диссоциативной](#)
- [Психопатическая личность в сравнении с нарциссической](#)
- [Заключение](#)
- [Дополнительная литература](#)
- [8. Нарциссические личности](#)
 -
 - [Драйвы, аффекты и темперамент при нарциссизме](#)
 - [Защитные и адаптивные процессы при нарциссизме](#)
 - [Объектные отношения при нарциссизме](#)
 - [Нарциссическое собственное “Я”](#)
 - [Перенос и контрперенос с нарциссическими пациентами](#)
 - [Терапевтическое применение диагноза нарциссизма](#)
 - [Дифференциальный диагноз](#)
 - [Нарциссическая личность в сравнении с нарциссическими реакциями](#)
 - [Нарциссические личности в сравнении с психопатическими](#)
 - [Нарциссические личности в сравнении с депрессивными](#)
 - [Нарциссические личности в сравнении с обсессивно-компульсивными](#)
 - [Нарциссическая личность в сравнении с истерической](#)
 - [Заключение](#)
 - [Дополнительная литература](#)
- [9. Шизоидные личности](#)
 -
 - [Драйвы, аффекты и темперамент шизоидных личностей](#)
 - [Защитные и адаптационные процессы у шизоидных личностей](#)
 - [Объектные отношения шизоидных личностей](#)

- [Шизоидное собственное “Я”](#)
- [Перенос и контрперенос с шизоидными пациентами](#)
- [Терапевтические рекомендации при диагнозе шизоидной личности](#)
- [Дифференциальный диагноз](#)
- [Уровень патологии](#)
- [Шизоиды в сравнении с обсессивными и компульсивными личностями](#)
- [Заключение](#)
- [Дополнительная литература](#)
- [10. Параноидные личности](#)
 - [Драйвы, аффекты и темперамент параноидной личности](#)
 - [Защитные и адаптационные процессы при паранойе](#)
 - [Объектные отношения при паранойе](#)
 - [Параноидное собственное “Я”](#)
 - [Перенос и контрперенос с параноидными пациентами](#)
 - [Терапевтические рекомендации при установлении диагноза “паранойя”](#)
 - [Дифференциальный диагноз](#)
 - [Параноидная личность в сравнении с психопатической](#)
 - [Параноидные личности в сравнении с обсессивными](#)
 - [Параноидная личность в сравнении с диссоциативной](#)
 - [Заключение](#)
 - [Дополнительная литература](#)
- [11. Депрессивные и маниакальные личности](#)
 - [Депрессивные личности](#)
 - [Драйвы, аффекты и темперамент при депрессии](#)
 - [Защитные и адаптивные процессы при депрессии](#)
 - [Объектные отношения при депрессии](#)
 - [Депрессивное собственное “Я”](#)
 - [Перенос и контрперенос с депрессивными пациентами](#)
 - [Терапевтическое применение диагноза депрессии](#)
 - [Дифференциальный диагноз](#)
 - [Депрессивная личность в сравнении с нарциссической](#)
 - [Депрессивная личность в сравнении с мазохистической](#)
 - [Маниакальные и гипоманиакальные личности](#)
 - [Драйвы, аффекты и темперамент при мании](#)

- [Защитные и адаптационные процессы при мании](#)
- [Маниакальное собственное “Я”](#)
- [Перенос и контрперенос с маниакальными пациентами](#)
- [Терапевтические применения диагноза мания и гипомания](#)
- [Дифференциальный диагноз](#)
- [Гипоманиакальная личность в сравнении с истерической](#)
- [Гипоманиакальная личность в сравнении с нарциссической](#)
- [Гипоманиакальная личность в сравнении с компульсивной](#)
- [Мания в сравнении с шизофренией](#)
- [Заключение](#)
- [Дополнительная литература](#)
- [12. Мазохистические \(пораженческие, саморазрушительные \[self-defeating\]\) личности*](#)
 -
 - [Драйвы, аффекты и темперамент при мазохизме](#)
 - [Защитные и адаптационные процессы при мазохизме](#)
 - [Объектные отношения при мазохизме](#)
 - [Мазохистическое собственное “Я”](#)
 - [Перенос и контрперенос с мазохистическими пациентами](#)
 - [Терапевтические рекомендации при диагнозе мазохизма](#)
 - [Дифференциальный диагноз](#)
 - [Мазохистическая личность в сравнении с депрессивной](#)
 - [Мазохистическая психология в сравнении с диссоциативной](#)
 - [Заключение](#)
 - [Дополнительная литература](#)
- [13. Обсессивные и компульсивные личности](#)
 -
 - [Драйвы, аффекты и темперамент обсессивных и компульсивных личностей](#)
 - [Защитные и адаптационные процессы у обсессивных и компульсивных личностей](#)
 - [Когнитивные защиты против драйвов, аффектов и желаний](#)
 - [Поведенческие защиты против драйвов, аффектов и](#)

- желаний
 - Реактивное образование
 - Объектные отношения обсессивных и компульсивных личностей
 - Обсессивно-компульсивное собственное “Я”
 - Перенос и контрперенос с обсессивными и компульсивными пациентами
 - Терапевтические рекомендации при диагнозе обсессивной или компульсивной личности
 - Дифференциальный диагноз
 - Обсессивная личность в сравнении с нарциссической
 - Обсессивная личность в сравнении с шизоидной
 - Обсессивность в сравнении с состояниями органического происхождения
 - Заключение
 - Дополнительная литература
- 14. Истерические, или театральные (histrionic) личности
 -
 - Драйвы, аффекты и темперамент при истерии
 - Защитные и адаптивные процессы при истерии
 - Объектные отношения при истерии
 - Истерическое собственное “Я”
 - Перенос и контрперенос с истерическими пациентами
 - Терапевтические следствия диагноза “истерия”
 - Дифференциальный диагноз
 - Истерическая личность в сравнении с психопатической
 - Истерическая личность в сравнении с нарциссической
 - Истерическая личность в сравнении и диссоциативной
 - Истерия в сравнении с физиологически обусловленными состояниями
 - Заключение
 - Дополнительная литература
- 15. Диссоциативные личности
 -
 - Драйвы, аффекты и темперамент при диссоциативных состояниях
 - Защитные и адаптационные процессы при диссоциативных состояниях
 - Объектные отношения при диссоциативных состояниях

- [Диссоциативное собственное “Я”](#)
- [Перенос и контрперенос с диссоциативными пациентами](#)
- [Терапевтические рекомендации при диагнозе диссоциативного состояния](#)
- [Дифференциальный диагноз](#)
- [Диссоциативные состояния в сравнении с функциональными психозами](#)
- [Диссоциативное состояние в сравнении с пограничным](#)
- [Диссоциативные состояния в сравнении с истерическими](#)
- [Диссоциативные состояния в сравнении с психопатиями](#)
- [Заключение](#)
- [Дополнительная литература](#)
- [Литература](#)
- [Приложение](#)
 - [Пример диагностического интервью](#)
 - [Демографические данные](#)
 - [Текущие проблемы и их состояние](#)
 - [Личная история](#)
 - [Младенчество и детство](#)
 - [Латентный период](#)
 - [Адолесцентный период](#)
 - [Взрослая жизнь](#)
 - [Текущие представления \(ментальный статус\)](#)
 - [В заключение](#)
 - [Выводы](#)

Нэнси Мак-Вильямс

**ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ
ДИАГНОСТИКА**

**Понимание структуры личности
*в клиническом процессе***

От хаоса – к структуре, от симптома – к личности

Книга, которую вы держите в руках, замечательна во многих отношениях. Написанная блестящим профессионалом высочайшего уровня и, без преувеличения, очаровательной женщиной, она уже вошла в золотой фонд аналитической классики и стала бестселлером в тех странах, где была издана. Не менее замечателен тот факт, что в России она выходит спустя всего 4 года после первой публикации, благодаря чему мы с вами имеем возможность своевременно воспользоваться плодами труда автора и получить знание, что называется, “из первых рук” (многие из работавших над русским переводом книги имели удовольствие участвовать в семинарах Нэнси Мак-Вильямс в Москве, где, благодаря таланту и обаянию автора, “сухая теория” на их глазах превращалась в зеленеющее “древо жизни”; это ощущение мы и старались передать при работе над переводом).

Что же представляет собой эта книга, и в чем ее ценность? Можно считать, что это – самый современный базовый учебник по психоаналитической диагностике личности, написанный прекрасным языком и содержащий стройное синтезированное изложение существующих психоаналитических подходов к структуре личности и конкретные практические рекомендации по проведению психоаналитической терапии с каждым типом пациентов. Возможно, для читателя из страны, где психоаналитическая культура и традиция достаточно развиты, такого представления было бы достаточно. Но, как нам кажется, для российского читателя выход этой книги на русском языке может быть более значимым, чем просто издание еще одного учебника по узкой специальности.

В последние годы, благодаря изменениям, свидетелями которых мы являемся, мы получаем возможность приобщиться к тому культурному пласту, который при своем зарождении бурно развивался и в России, но от которого мы были отрезаны долгие годы, – к психоанализу как “практической философии”, способу понимания психической жизни и методу лечения.

В этом контексте книга Нэнси Мак-Вильямс для нас особенно событийна, так как имеет дело непосредственно с самим предметом психоаналитического осмысления и вмешательства – со структурой

личности, представляя ее *в развитии*, что, собственно, и является сутью психоаналитического подхода. Вот это аналитическое понимание с позиции развития оказало заметное влияние на всю западную психологию и психиатрию, найдя свое выражение и в классификации психических расстройств, и в терапевтических подходах. И, безусловно, оно представляет определенную новизну в сравнении с тем дискретно-описательным диагностическим подходом, который, в силу известных исторических и общественных обстоятельств, укоренился в отечественной психиатрии и клинической практике. Таким образом, эта, достаточно революционная для нашего читателя, книга даст специалистам возможность начать говорить со своими коллегами во всем мире на одном языке.

Второе безусловное достоинство книги – ее интегративный подход. Она охватывает важнейшие теории формирования личности, получившие развитие за вековую историю психоанализа и имеющие наибольшее клиническое значение – от теории драйвов и неврозов Фрейда, включая Эго-психологию, Сэлф-психологию (или психологию собственного “Я”), традицию объектных отношений, до самых современных межличностных подходов, – и представляет их в виде стройной, внутренне структурированной развивающейся системы. Логической кульминацией этого развития явилось построение “диагностической системы координат”, включающей два измерения: (1) уровень развития личности (определяющий степень психологического благополучия или нарушения индивида) и (2) тип организации характера (придающий каждому человеку его уникальную неповторимость и, в то же время, роднящий его с другими представителями рода человеческого).

Таким образом, каждого человека можно описать как имеющего определенный *уровень развития личности* (психотический, пограничный, невротический) и *тип организации характера* (истерический, параноидный, депрессивный и так далее). Это будет означать, что данному человеку свойствен определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декомпенсацию в виде соответствующего расстройства.

Следует сразу обратить внимание читателя на непривычную для наших специалистов терминологию: речь идет об определении “*пограничной*” (borderline) психопатологии. В отечественной психиатрии термин “пограничные психические расстройства” применяется к “нерезко выраженным нарушениям, граничащим с состоянием здоровья и

отделяющим его от собственно патологических психических нарушений” и к расстройствам, “характеризующимся, главным образом, проявлениями так называемого невротического уровня нарушений” (Александровский Ю.А., 1993). В психоаналитической традиции “пограничная личностная организация” или “пограничные расстройства” являются самостоятельной диагностической категорией и занимают в континууме развития (первом измерении в “системе координат” по Мак-Вильямс) “пограничное” место между психотическими и невротическими организациями, *качественно* отличаясь и от тех, и от других.

Другое терминологическое разночтение связано с термином “психопатия”. В отечественной психиатрии психопатии – это любые стойкие характерологические нарушения, препятствующие адаптации. В современном психоанализе антисоциальной психопатией принято называть тип организации личности, характеризующийся антисоциальными паттернами поведения.

Существенным и новым по сравнению с отечественным подходом является выделение в качестве одного из типов структуры характера *диссоциативной* (“множественной”) личности. В истории психоанализа существовали различные взгляды на происхождение и распространенность этого явления. В последние годы увеличилось количество литературы об этом “экзотическом” нарушении и сложилось представление о диссоциации как о постоянном проявлении синдрома хронического посттравматического стресса. При этом открывается возможность эффективной терапии многих страдающих людей, которые раньше не попадали в число пациентов или получали несоответствующее лечение в силу неверного диагноза.

Диагностика, таким образом, приобретая целостность и объемность, позволяет понять не только особенности психологии каждого человека в их развитии, но и то, *как именно* следует ему помогать. Книга ценна именно своей практической направленностью и рекомендациями по проведению психотерапии (или психоанализа) с каждым типом пациентов, рекомендациями, основанными на глубоком и тонком понимании его уникальной индивидуальности. Студенты, обучающиеся психотерапии, и уже практикующие специалисты, несомненно, оценят по достоинству конкретные и содержательные рекомендации автора, проверенные ее многолетней психотерапевтической практикой.

Исключительно привлекательное достоинство книги Нэнси Мак-Вильямс – изумительно ясный и выразительный язык, которым она написана. “Базовый учебник” читается на одном дыхании, как захватывающий роман. В этом смысле автор является хранителем и

продолжателем лучших традиций основоположника психоанализа Зигмунда Фрейда, произведения которого, как известно, отличаются ясностью изложения и изяществом стиля. Книга совершенно лишена даже малейшей степени профессионального снобизма и не перегружена саморефлексией, иногда затрудняющих восприятие некоторых аналитических текстов. Благодаря сочувственному и эмпатичному изображению личностных проблем и их происхождения книга несет мощный гуманистический заряд.

Несколько слов о переводе. Он осуществлен группой выпускников Академической школы профессиональной психологии. Фактически, именно благодаря системе обучения в этой Школе, где психоаналитическая традиция принята в качестве его необходимой основы, удалось осуществить переводы целого ряда классиков современного психоанализа, ранее не издававшихся в России. При работе над “Психоаналитической диагностикой” мы старались сохранить своеобразие и выразительность авторского стиля. В терминологическом отношении мы ориентировались на недавно вышедший классический труд Х. Томэ и Х. Кэхеле “Современный психоанализ” (перевод под редакцией А.В. Казанской), а также на уже устанавливающееся в профессиональной аналитической среде словоупотребление. В тексте, где это необходимо, даются варианты перевода терминов и пояснения, позволяющие, на наш взгляд, уточнить понимание. Будем рады, если чтение этой книги доставит Вам такое же удовольствие, какое мы испытали, работая над ее переводом.

Отдельную благодарность хочется выразить сопредседателю Восточноевропейского комитета международной психоаналитической ассоциации миссис Хан Гроен-Праккен (Голландия) за ее рекомендацию первоочередной важности этой книги для нас.

М.В. Ромашкевич, М.В. Глуценко

Благодарность

Эта книга – синтез моего интеллектуального багажа, терапевтического и жизненного опыта, более 30 лет которого посвящено изучению индивидуальной структуры личности и преподаванию этой дисциплины. Поэтому моя признательность очень велика, и я теряю надежду полностью выразить ее всем, но обязательно хочу назвать следующих людей.

Мои преподаватели – Дороти Пиви и покойная Маргарет Фарди, знавшие об индивидуальной психологии больше других психологов, положили прекрасное начало моему обучению понимания личности, когда я была еще подростком. Даниэль Огилви, руководитель моей диссертационной работы, а позже руководитель отделения, где я работала, познакомил меня с традицией персонологии и теорией объектных отношений. Джордж Этвуд, мой дорогой друг, показал, как подходить к людям, сохранять при этом новизну взгляда, уважение к уникальности каждого человека, как уходить от формул; кроме того, он убедил меня заняться докторской диссертацией на тему характерологического альтруизма, предрасположения, которое он собой и являет. Покойный Сильван Томкинс был вдохновенным учителем и мыслителем. Иради Саесси дал превосходную подготовку в формальном психиатрическом диагнозе.

Факультет психоанализа Национальной психологической ассоциации осуществляет психоаналитическое обучение целостно, профессионально и мудро. Микаэла Бабакин, Эммануэль Хаммер, Эстер Менакер, Милтон Робин, Алан Роланд, Генри Синдос и покойная Дорис Бернштейн были особенно талантливыми преподавателями, а Стенли Молдавски – уникальным аналитиком контроля. Мой наставник и друг Артур Робинс задолго до того, как концепции отношений стали основным руслом анализа, учил меня тому, как ставить диагноз, используя не только свои умственные, но и эстетические, эмоциональные, интуитивные и чувственные способности. Я приношу извинения за обращение к столь многим его идеям без ссылок на него; мне трудно точно определить, какое клиническое знание от кого получено, но большая часть того, что я знаю, безусловно, берет начало в его супервизиях.

Мои коллеги в Институте Психоанализа и Психотерапии Нью-Джерси непрерывно дают мне пищу для размышлений. Особенно я хочу поблагодарить Джозефа Брауна, Кэрол Гудхат, Сесил Крауз, Стенли

Лепендорф, Юдит Фелтон Логью, Питера Ричмана, Хелену Шварцбах и Флойда Тернера за их дружбу и поддержку в течение 20 лет, а также Джина Киардиелло за критику всей рукописи и точные примечания. Моя признательность Альберту Шайри намного больше того, что я могу выразить в словах. Также я благодарна факультету, сотрудникам и администраторам Высшей школы прикладной и профессиональной психологии Рутгерс-Университета, которые продемонстрировали замечательный пример уважительного и творческого сотрудничества, несмотря на радикальные разногласия. Сандра Харрис, Стенли Мессер, Рут Шульман и Сью Райт поддерживали мое преподавание и профессиональный рост в течение многих лет. Джим Уолкап и Луис Сасс критиковали каждую часть рукописи этой книги с необыкновенным тактом и заботой. Многие студенты IPPN и GSAPP – слишком многие, чтобы их можно было перечислить, – оказались щедрыми на свои полезные комментарии в адрес этой книги.

Другими моими коллегами, кто прямо или косвенно способствовали этому предприятию, были: Хилари Хейс, на протяжении двух десятилетий поощрявшая меня развивать мои идеи; Отто Кернберг, поделившийся своим ограниченным временем и своим богатым интеллектом в начале этого проекта; Барбара Менцель, профессиональная экспертиза и общение с которой были одинаково ценны; Фред Пайн, поддержавший это предприятие со свойственным ему великодушием; Артур Райсман и Диана Суфридж, которые познакомили меня с теорией контроля-овладения в самых ранних ее воплощениях; Николас Сьюсалис, поделившийся своим впечатляюще сострадательным профессиональным знанием психопатии и осуществивший критический анализ главы 7; а также Томас Тюдор, который сделал обзор главы 15, но, что еще важнее, предоставил мне литературу о клиентах с диссоциативными расстройствами задолго до того, как большинство специалистов в области душевного здоровья выразило желание серьезно заняться этой группой. Я также очень признательна тем терапевтам, которые обращались ко мне для супервизии; представляя свои собственные попытки в деле помощи клиентам, они способствовали и моему развитию. Я благодарю также все группы специалистов из Нью-Джерси, благодаря которым я проверяла и развивала эти идеи. Спасибо всем большое!

Мой редактор, Китти Мур, приняла концепцию этой книги и занялась ей с неизменным энтузиазмом и радостью. Мне чрезвычайно помогли первые рецензенты Гилфорда: Бертрам Карон, с его страстным обязательством помочь всем отчаявшимся, недолеченным и психотическим

пациентам, которые меня всегда посещали, чувствуя, что этот труд подает им надежду; а также Давид Волицкий, с его детальной и ободряющей критикой, победившей мое сопротивление движению вперед.

Что касается неспецифических, но принципиально важных влияний – поскольку большая часть того, что я знаю про терапию, является скорее глубоко эмпирическим, нежели интеллектуальным, – я, полагаясь на моего аналитика, покойного Луиса Берковица, и его преемников (Эдит Шеппард и Теодор Гринбаум), представляю то, что является наиболее верным и способствующим излечению в аналитической традиции. Несколько людей из моего ближнего окружения, не являющиеся терапевтами, неизменно терапевтичны по отношению ко мне. Мой муж, Кэри, познакомивший меня с Фрейдом 30 лет назад, не только на словах оказывал постоянную поддержку моим профессиональным устремлениям, но и активно способствовал им, оставаясь равным партнером и родителем на протяжении всего времени. Наши дочери, Сьюзен и Хелен, с готовностью примирились со странным занятием их матери, часами сидящей за портативным компьютером; кроме того, в психологии они научили меня большему, чем могла бы дать любая теория. Нэнси Шварц подвергла пронизательной критике часть рукописи с точки зрения образованного, но не являющегося специалистом в этой области читателя. Ричард Тормей, который приветствовал с любезностью и великодушием все укрепляющуюся дружбу, преодолел мое сопротивление освоению компьютерной грамотности, и, с дружественными, но беспрестанными придирадками, которые мог вынести только ветеран преподавания и кушетки, заставлял продолжать работу. Шерил Уоткинс самоотверженно вдохновляла меня на каждом шагу, разливая шампанское по случаю каждого пройденного этапа и сделав свой дом убежищем от бремени работы.

Наконец, те люди, которые внесли самый значительный вклад в эту книгу, должны остаться неназванными; я надеюсь, они представляют себе, как многому они меня научили. Быть психоаналитическим терапевтом – это самый непосредственный способ, который я нашла для удовлетворения своего желания прожить более чем одну жизнь в то короткое время, которое отпущено каждому из нас. Я не только приобрела знания о том, что это такое – быть алкоголиком, или депрессивным, или “булимиком”; я ощутила также, что значит быть расторгающим брак юристом, ученым, раввином, кардиологом, геем-активистом, дошкольным воспитателем, механиком, офицером полиции, медсестрой в палате интенсивной терапии, матерью на пенсии, актером, студентом-медиком, политическим деятелем, художником и многими другими людьми.

Мне всегда казалось удивительным, что можно с энтузиазмом, которому позавидовал бы любой сторонний наблюдатель, оказаться полезным для других и зарабатывать себе на жизнь одновременно. Мои пациенты – мои первые вдохновители в этой попытке описать одну из областей психоаналитического знания. Я выражаю особую благодарность тем клиентам, которые читали и одобрили публикацию случаев из их собственного лечения в следующих главах настоящей книги: особая благодарность Вам за это.

Предисловие

Мое желание написать начальный учебник по диагнозу характера развивалось постепенно, в течение нескольких лет преподавания психоаналитических концепций будущим терапевтам в Высшей школе прикладной и профессиональной психологии при Рутгерс-Университете. Хотя и существует некоторое количество хороших книг по диагностике, большинство из них ориентировано на клинический материал, соответствующий категориям последней редакции “Руководства по диагностике и статистике психических нарушений (DSM) Американской психиатрической ассоциации, нозологические категории которого классифицируют типы психопатологии скорее описательно, нежели следуя определенным теориям психологии.

Категории психопатологии двух первых редакций DSM отражали неявный, но различимый психоаналитический уклон. Переход от внутренне структурированной нозологии к чисто описательной был в чем-то полезен для психотерапевтов, и теперь эти явно противоположные пути концептуализации психологических проблем хорошо развиты. Однако я обнаружила, что те из моих студентов, которые хотели понять индивидуальные различия в соответствии с психоаналитической моделью, в настоящее время не имеют текстов, которые бы объясняли концепции, с помощью которых аналитически ориентированные терапевты понимают и лечат своих клиентов. Когда я рассказывала им, как общая психоаналитическая “доктрина” рекомендует подходить к определенным типам личности, они интересовались, где можно найти эту доктрину в организованном и разъясненном виде.

Сегодня таких источников не существует. Классический том Феничела (Fenichel, 1945) слишком сложен для обучающихся терапевтов, особенно сейчас, когда аналитический подход представлен в системе высшего образования одной или двумя лекциями по фрейдовской теории драйвов с акцентом на ее забавности, за которыми следуют “клевания носом” под Эриксона. Кроме того, работа Феничела сильно устарела: важные разработки Эго-психологии, теории объектных отношений и сэлф-психологии в ней не представлены. Некоторые психоаналитически ориентированные учебники по патопсихологии охватывают более традиционные диагностические концепции, но без упора на характер как таковой и без большого внимания к тому, как выявленные личностные

паттерны должны влиять на тон и содержание терапевтической работы.

Далее в этой книге я хочу представить психоаналитическое понимание структуры личности в заинтересованном и симпатизирующем духе, а также продемонстрировать клиническую полезность хорошего диагностического заключения. В этом предприятии я обязана Мак-Кинону и Мичелсу, чья книга “Психиатрическое интервью в клинической практике” (MacKinnon & Michels, “The Psychiatric Interview in Clinical Practice”, 1971) является единственной известной мне книгой, представляющей идею, подобную той, что я представляю здесь. Сегодня эта книга уже несколько устарела, так как, несмотря на сохраняющуюся ценность в освещении многих состояний, в ней не отражены более современные концепции – пограничная, мазохистическая (саморазрушительная), нарциссическая и диссоциативная психологии.

Отход от нозологии, основанной на психодинамике, привел к тому, что многим современным студентам незнакомы важные понятия, о которых предыдущее поколение терапевтов было, по крайней мере, осведомлено. Например, исключение термина “истерический” из раздела “Личностные расстройства” третьей редакции DSM (DSM-III; Американской психиатрической ассоциации, 1980) и последующих руководств лишило начинающих терапевтов исторически важной, клинически значимой и согласующейся с техникой концепции. Поскольку это и подобные исключения препятствуют общению между обучающимися сейчас диагностами и теми, для кого остаются значимыми традиционные понятия, начинающие терапевты оказываются в невыгодном положении как в практическом, так и в образовательном плане.

Поэтому в этой книге я попыталась восполнить дефицит, обнаруженный мною в обучении психотерапии сегодняшних студентов. Для тех читателей, которые считают себя психодинамически ориентированными, эта книга послужит введением в психоаналитическое осмысление диагностики, которое может быть разработано, детализировано и переработано по мере их созревания в качестве клиницистов, а также сопоставит сложность человеческих состояний в целом с особенностями каждого отдельного человеческого существа в частности. Для тех, кто не придерживается психодинамических способов работы вследствие неприятия некоторых допущений, присущих аналитическому подходу, либо вследствие того, что выбранная ими область человеческих отношений сама по себе не требует приложения психоаналитических концепций как главного метода, книга будет полезна в развитии адекватной психоаналитической грамотности и возможности

понимать, о чем говорят их психоаналитически ориентированные коллеги.

Предполагаемая аудитория этой книги – студенты, получающие образование в области социальной работы и психологии, врачи психиатрических клиник и диспансеров, медсестры психиатрических отделений, консультанты, семейные и системные терапевты, кандидаты в аналитики. Мне будет приятно, если также окажется, что обсуждение диагностических концепций и их приложений в терапии я организовала достаточно оригинально, чтобы сделать книгу интересной для более опытных практиков.

Когда я впервые решила, что психоаналитическая психотерапия является моим призванием, я добилась встречи с учеником Фрейда Теодором Рейком (Theodor Reik), который продолжал практиковать в Нью-Йорке, и спросила его, что бы он посоветовал молодому человеку, начинающему свою терапевтическую карьеру. “Во-первых, вы *должны* быть проанализированы”, – ответил он с непередаваемо изящным венским акцентом. Это лучший ответ, который я когда-либо получала, и он остается верным и сегодня. Самый надежный способ прочувствовать диагностические положения – исследование своих собственных внутренних сфер (пограничных, психотических и невротических), также как и изучение всех намеков на процессы, которые у некоторых превращаются в черты характера.

Эта книга будет полезна ровно настолько, насколько позволит психология читателя. Сострадательное и уважительное принятие других возможно в той степени, в которой у человека открыт доступ к пониманию и принятию динамики собственной личности. Учебник не может заменить глубину личностного прозрения. Он также не сможет обеспечить глубокого и заразного убеждения в большей эффективности работы после прохождения личной терапии. Но если изложенные мною аналитические концепции сформируют структуру, позволяющую чуткому терапевту переживать по отношению к страдающему пациенту сложные аффективные, интуитивные, чувственные и мысленные реакции, а также черпать в них вдохновение, я могу считать свою задачу выполненной.

Введение

Большая часть изложенного здесь материала представляет собой результат накопления психоаналитической мудрости. Однако вдумчивый читатель поймет, что настоящая книга является моим собственным синтезом этой мудрости и отражает свойственные именно моему складу ума выводы, интерпретации и экстраполяции. Например, организация характерологических возможностей по двум осям, которая, как я считаю, с очевидностью вытекает из психоаналитических теорий и метафор, может показаться надуманной тем аналитикам, кто представляет себе разнообразие человеческих личностей в других образах, составляющих другой спектр. В ответ я могу сказать: такое графическое представление оказалось ценным для моего опыта ознакомления относительно неподготовленных студентов со всем обилием психоаналитических концепций, разработанных более чем за целое столетие.

Главная цель настоящей книги – повышение уровня практики, а не разрешение каких-либо концептуальных и философских проблем, которыми переполнена психоаналитическая литература. Я больше заинтересована в том, чтобы быть педагогически полезной, чем “правильной”. Во всех главах постоянно присутствует акцент на отношении психодинамических формулировок к искусству психотерапии. Я не верю, что можно научить какой-то особой “технике” в отсутствие понимания типа человека, к которому эта техника применяется, и в отрыве от передачи базовых терапевтических установок, включающих заинтересованность, уважение, сострадание, преданность, целостность и готовность к признанию своих ошибок и ограничений.

Замечания относительно терминологии

Регулярные попытки “очистить” речь способствовали широкому распространению неправильного понимания психоаналитических традиций. Каковыми бы ни оказались подлинные намерения людей, создававших какие-то специфические психологические термины и обозначения для определенных состояний, эти термины все время получали негативное дополнительное значение. Язык, предназначенный для того, чтобы служить просто средством описания – фактически, чтобы заменить прежние нагруженные смыслом слова, – приобретает оценочный оттенок и при использовании непрофессионалами имеет “патологизирующий” смысл. Некоторые темы неизбежно возмущают спокойствие людей, и как бы осторожно мы бы ни пытались говорить о них на языке, не содержащем оценки, слова, которые мы для этого используем, с годами приобретают некоторый уничижительный оттенок.

Пример такого рода – термин “антисоциальная личность” (в 1835 году это явление называлось “моральным безумием”). Позже этот термин был заменен на “психопатию”, а потом – на “социопатию”. Каждое изменение было вызвано стремлением дать беспокоящему явлению описательное, безоценочное обозначение. Тем не менее, степень беспокойства, которую это нарушение вызывает, фактически контаминировала каждое слово, выбранное для данного понятия, даже безотносительно к сфере морализации. Нечто подобное имело место в случае удачных преобразований: “инверсии” – в “девиацию” (отклонение), “гомосексуальности” – в название “гей”. Недавно я услышала, как 9-летняя девочка говорила с пренебрежением о какой-то идее, потому что, как она насмешливо заметила, она (идея) была “слишком голубая” (“too gay”). По-видимому, любое явление, которое может так или иначе беспокоить людей, провоцирует эти бесполезные поиски “незаклеймляющего” языка. Так происходит и с непсихологическими терминами; например, это чрезвычайно характерно для теперешних разногласий по поводу политической корректности. Одним из результатов такого обреченного предприятия по очистке языка является следующее: чем старше определенная психологическая традиция, тем более негативна, осудительна и причудлива ее терминология. Быстрое распространение, искажение и неправильное использование психоаналитических терминов как специалистами в области душевного здоровья, так и не только ими,

является настоящим несчастьем для психодинамической традиции.

Парадоксально, но другим бременем для репутации психоанализа оказалась его привлекательность. По мере того, как его концепции получали распространение, они приобретали не только осуждающее, но также и упрощенное значение. Полагаю, что психоаналитически наивному читателю будет трудно относиться непредвзято к прилагательному “мазохистический”, не реагируя на это таким образом, что человек, определяемый именно так, любит боль и страдания. Такая реакция понятна, но невежественна; история психоаналитической концепции мазохизма изобилует гуманистичными, проницательными, полезными и нередукционистскими наблюдениями, касающимися того, почему некоторые люди периодически ставят себя в болезненные для них ситуации, несмотря на то, что часто сознательно геройски стремятся к обратному. То же самое можно сказать и про другие термины, “захваченные” неаналитическими клиницистами и авторами популярной литературы, бойко или снисходительно спорившими об их значении.

Понятия нередко подвергались размыванию, став общеупотребительными. Термин “травма” в его популярном употреблении потерял свои катастрофические оттенки, он часто обозначает “дискомфорт” или “оскорбление”. “Депрессия” стала неотличимой от коротких периодов плохого настроения. Термин “паническое расстройство” был призван восстановить для нашего уха смысловые коннотации старых, чрезвычайно полезных фраз “тревожные неврозы” и “тревожные атаки”, поскольку слово “тревога” стало применяться практически ко всему для обозначения самых различных состояний: некто испытывает тревогу на деловом завтраке, а кто-то – на огневом рубеже.

Столкнувшись с этим обстоятельством, я оказалась в затруднении относительно того, в каком виде представить определенную часть материала данной книги. Как человек, я пытаюсь учитывать существующие предпочтения небольших групп, касающиеся того, как их нужно называть. Я уважаю чувства пациентов, которые проявляют чувствительность к употреблению определенных диагностических категорий (например, тех, кто чувствует, что “биполярный” менее “объективирующий” термин, чем “маниакально-депрессивный”). Но с точки зрения обучения, мне кажется, что переименование вещей, а не использование их сегодняшних названий – это довольно пустое занятие. Замена термина “мазохистический” на “саморазрушительный”, “истерический” на “театральный” может быть понятным образом предпочтительной для неаналитических терапевтов, которые хотят избежать терминов, содержащих психоаналитические

положения. Но подобные замены будут иметь мало смысла для тех из нас, кто мыслит аналитически и предполагает в формировании характера действие бессознательных процессов.

Мое несколько амбивалентное решение по поводу языка этой книги сводится к употреблению в основном традиционной психоаналитической терминологии, иногда чередующейся с более современными эквивалентными терминами, в надежде несколько уменьшить тяжеловесность профессионального жаргона. Так как я стремлюсь повысить у своих читателей осознание причин, по которым определенное название было выбрано для обозначения особенностей того или иного характера, я буду в основном полагаться на знакомый психоаналитический язык и попытаюсь сделать его легкоупотребимым*. У читателя без психоаналитической подготовки это может вызвать ощущение анахроничного или даже скрытого осудительного тона всего текста, но я могу только просить этого человека постараться временно отложить критику и дать дорогу именно аналитической традиции в размышлении о возможной полезности используемых терминов.

Замечания относительно общего тона книги

Почти все, что можно сказать об индивидуальных паттернах характера и об индивидуальных значениях, даже в контексте принятия основного психоаналитического подхода, является спорным. Многие концепции, центральные в аналитическом мышлении, не только не могут быть систематически экспериментально изучены и оценены, но в силу внутренней своей природы настолько сопротивляются конкретному приложению и использованию, что трудно даже представить, как они *могли* бы быть эмпирически проверены (см. Fisher & Greenberg, 1985). Многие ученые склонны относить психоанализ скорее к герменевтике, нежели к науке, частично из-за указанного сопротивления данного предмета исследованию научными методами как они определяются современными философами науки (см., например, Grunbaum, 1979).

В концепции столь же абстрактной и сложной, как сам характер человека, многое из того, что нам сегодня известно, было получено благодаря приращению сравнимого и разделяемого клинического опыта людей, говорящих на одном метапсихологическом языке. Я осознаю, что психоаналитики имеют репутацию людей, самонадеянно настаивающих на своих формулировках в отсутствие “твердых” доказательств и даже при наличии противоречивых данных; поэтому я старалась избегать тона самодовольной или снисходительной уверенности. С другой стороны, существует значительное согласие клиницистов во многом из того, о чем пойдет речь в настоящей книге, и я предпочла бы не перегружать внимание читателя перечислением возражений, разночтений, исключений и предостережений каждый раз, когда я делаю те или иные обобщения.

Поэтому я могла ошибиться, сделав акцент скорее в сторону переупрощения, чем переусложнения, трактуя некоторые идеи, возможно, более широко, чем это посчитали бы оправданным многие вдумчивые исследователи и опытные профессионалы. Надеюсь, что я сделала это, по крайней мере, с подобающим смирением. Данный текст адресован начинающим практикам. Мне не хотелось увеличивать тревогу, неизбежно сопровождающую процесс становления терапевта, так как я представляю себе бесконечные сложности этого явления. Все мы обучаемся достаточно быстро, благодаря непредсказуемым нюансам отдельных терапевтических

взаимоотношений, внутри которых мы и развиваемся, точно так же, как быстро бледнеют наши самые элегантные и удовлетворяющие нас формулировки рядом с тайной, какой является человеческая природа. Поэтому я верю, что мои читатели смогут развить мои построения.

Часть I. Концептуальные положения

Следующие шесть глав включают в себя обоснование диагноза характера, обзор основных направлений в психоанализе и их соответственный вклад в модели структуры личности, исследование различий в характерах, отражающих разные проблемы развития, комментариев о том, как эти проблемы отражаются в терапии, и изложение психоаналитической концепции защит и их роли в определении характера. Вместе они образуют способ осмысления существования, свойственный каждому индивидууму, под которым мы и понимаем характер.

Кульминацией этого раздела является наглядное представление диагностических возможностей в пространстве, определяемом двумя осями. Такая схема является и произвольной, и упрощенной, однако я нашла ее полезной при подведении терапевтов к центральным динамическим формулировкам и их клиническим приложениям. По моим сведениям, такое графическое представление типов характеров в аналитической литературе еще не появлялось, хотя я считаю, что оно в ней подразумевается*.

Другие аналитики предлагали иные наглядные представления диагностических вариантов (например, Kohut, 1971; G.Blانck & R.Blانck, 1974; Greenspan, 1981; Kernberg, 1984; Horner, 1990). В каких-то планах моя диаграмма включает идеи этих людей, в каких-то – нет. Моя цель состоит не в оспаривании другой организации понимания развития, структуры и концепции темперамента, но в том, чтобы предложить вновь пришедшим в эту сложную область синтезированный и целостный образ.

1. Зачем нужен диагноз?

Для многих людей, в том числе для некоторых терапевтов, слово “диагноз” – “плохое” слово. Все мы знаем о неправильном использовании психодиагностических формулировок: сложная личность легкомысленно упрощается интервьюером, который испытывает тревогу из-за неопределенности; страдающий человек лингвистически дистанцируется клиницистом, не выносящим болезненных чувств; беспокойного пациента наказывают навешиванием патологизирующего ярлыка. Расизм, сексизм, гетеросексуализм, классовость и множество других предрассудков могут (и это уже происходит) с легкостью оправдываться нозологией. Сейчас, когда страховые и медицинские компании диктуют особые условия для многих диагностических категорий, зачастую пренебрегая мнением терапевтов, процесс оценивания особенно подвержен извращениям. Так что примеры злоупотребления психодиагностическими понятиями можно легко продемонстрировать. Впрочем, из того, что нечто может быть извращено, вовсе не следует, что его необходимо отбросить за ненадобностью. Любое зло может быть совершено во имя любви, патриотизма, христианства – не потому, что сами эти понятия порочны, а вследствие их извращения. На самом деле важным является вопрос: может ли осторожное, беспристрастное применение психодиагностических концепций увеличить шансы пациента на получение помощи?

Существует по меньшей мере пять взаимосвязанных достоинств диагностики, когда она производится разумно и после соответствующей подготовки: (1) использование диагноза для планирования лечения, (2) заключенная в нем информация о прогнозе, (3) защита интересов пациентов, (4) то, что диагноз может помочь терапевту в эмпатии своему пациенту и, наконец, (5) диагноз может уменьшить вероятность того, что некоторые боязливые пациенты уклонятся от лечения. Кроме того, существуют и другие выгоды диагностического процесса, которые непрямым образом могут облегчать терапию.

Говоря о диагностическом процессе, я подразумеваю, что, за исключением кризисных ситуаций, первичные встречи следует проводить, собирая информацию в традиционном стиле, принятом в аналитически ориентированном психиатрическом обучении (см. приложение)*. В особых случаях может применяться психологическое тестирование или структурное интервью. Я не уверена, что, позволяя отношениям

развиваться, мы создадим атмосферу доверия, когда вся необходимая информация постепенно выступит наружу. Как только пациент начинает чувствовать близость к терапевту, ему становится труднее говорить об определенных аспектах своей истории или своего поведения. На собраниях Анонимных Алкоголиков можно встретить множество людей, которые потратили годы на анализ, консультировались у множества профессионалов и которые никогда не рассказывали или даже не были спрошены о вещах, составляющих суть проблемы. Для тех, кто связывает диагностический процесс с атмосферой авторитаризма и высокомерной отстраненностью, хотелось бы подчеркнуть, что не существует препятствий к тому, чтобы углубленное собеседование проводилось в атмосфере искреннего уважения и равноправия. Пациенты обычно бывают благодарны за профессиональную тщательность. Одна женщина, с которой я проводила собеседование и которая побывала уже у нескольких терапевтов, призналась: “Никто раньше так не интересовался мной!”

Планирование лечения

Планирование лечения – традиционное предназначение диагностики. В этом можно наблюдать сходство между психотерапевтическим “лечением” и медицинским лечением, а в медицине (по крайней мере, в идеале) диагностика и лечение неразрывно связаны. Иногда эта параллель проявляется в психотерапии, иногда – нет. Ценность хорошего диагноза очевидна в случаях, когда существует какой-либо специфический, а значит, и общепризнанный подход к лечению. Примерами могут служить диагностика алкоголизма и наркомании (предписываемый подход: индивидуальная терапия полезна, если на химическую зависимость оказывается прямое воздействие по деинтоксикационной программе); органических повреждений (предписываемый подход: воздействовать по возможности на органику и научить пациента бороться с ее проявлениями); биполярных расстройств (предписываемый подход: индивидуальная терапия должна быть поддержана медикаментозной); нарушения по типу множественной личности (предписываемый подход: при проведении терапии следует уделить внимание всем проявлениям личности и помнить историю травмы). Но для проблем менее специфической и более сложной природы обычно никакого иного “предписания”, кроме длительной терапии предложено быть не может.

Вследствие этого может показаться, что тщательные диагностические

заклучения являются излишними: если любой, кто стремится изменить свой характер, должен пройти интенсивный, неопределенно долгий курс психотерапии, то любая форма патологии личности повлечет одни и те же “предписания”. Зачем нужен диагноз, если ход лечения известен заранее? Такой точки зрения придерживаются многие, в том числе и психоаналитики. Например, представители сэлф-психологии особенно чувствительны к возможным ошибочным ярлыкам и к их возможному вреду в плане эмпатии терапевта. Некоторые из них утверждают, что единственный путь к пониманию сущности проблем пациента – установление терапевтических взаимоотношений и ожидание их развития.

Я не согласна с такой точкой зрения, поскольку длительная индивидуальная терапия или анализ не есть стандартная, шаблонная процедура, применяемая независимо от типа личности пациента. Даже аналитики, придерживающиеся наиболее классических подходов, будут более тщательны в соблюдении границ с истерическим пациентом, более настойчивы с аффектами обсессивного человека, более терпимы к молчанию с шизоидным клиентом и так далее. Стремление терапевта быть эмпатичным не гарантирует, что такие различия будут сделаны автоматически. Достижения в психоаналитическом понимании людей с психотическими нарушениями (например, Karon & VandenBos, 1981) и с пограничными состояниями (например, Kernberg, 1975) привели к созданию таких методов, которые, возможно, нельзя назвать классически аналитическими, но которые, несомненно, являются психодинамическими. Чтобы их использовать, нужно прежде всего уметь классифицировать пациента как психотического или пограничного. Психоанализ и аналитическая психиатрия – это не застывшие науки, загоняющие в Прокрустово ложе любого беднягу, зашедшего в приемную. Хорошая диагностическая формулировка будет подспорьем в принципиально важном выборе стиля общения, тона интерпретаций и фокуса первоначальных бесед.

Прогнозирование

Тот терапевт, который ожидает от пациента с обсессивным характером такого же прогресса, который достигим с пациентом, у которого внезапно развилась обсессия, обречен на болезненное разочарование. Оценка глубины и серьезности личностных проблем полезна как для терапевта, так и для пациента. Категории “Руководства по диагностике и статистике

психических нарушений” (DSM) Американской психиатрической ассоциации иногда подразумевают прогноз и информацию о степени тяжести расстройства (организация по осям, например, служит именно этой цели), но иногда они составлены просто с учетом общепринятой классификации и не содержат в себе никакой информации о том, чего можно ожидать от терапии.

Одна из главных тем моей книги – бесплодность вынесения “диагноза”, основанного только на внешнем проявлении проблемы. Фобия у пациента с депрессивным или нарциссическим характером – феномен, сильно отличающийся от фобии человека, у которого она является чертой характера. Одна из причин того, почему психодиагностика пользуется такой дурной репутацией, состоит в том, что она проводится очень плохо: людям просто приклеивают ярлык, основываясь лишь на внешней стороне жалобы пациента. Невозможно провести хорошее статистическое исследование, если различные по своей природе явления объединяются по одинаковым внешним проявлениям. Любой человек, знакомый с компьютером, знает: если ерунда на входе, ерунда и на выходе.

Одна из сильных сторон психоаналитической традиции – ее понимание структуры личности (см. например, Horner, 1990)*. Рискую утомить читателя, все же приведу такой пример: работая с пациенткой, больной булимией, расстройство у которой развилось в колледже и которая сознает неразумность и саморазрушительность своего поведения, можно ожидать результатов, весьма отличных от результатов лечения пограничной пациентки, подверженной циклам кутеж-аскетизм еще со школы и считающей свое поведение обусловленным социальным требованием к женщине сохранять стройность. Можно надеяться на оказание кардинальной помощи первой клиентке в течение нескольких недель, в то время как от терапии второй пациентки реально было бы ожидать, что за пару лет она ясно увидит, во что ей обходится ее булимия и установит с терапевтом доверительные отношения – достаточные, чтобы начать искренне пытаться измениться.

Защита потребителя

Добросовестная диагностика способствует также этике взаимоотношений терапевта или клиники и их потенциальных клиентов. Это качество диагностики выражается в правиле “правда лучше лжи”. На основании тщательной оценки можно сказать пациенту, на что он может

рассчитывать, таким образом избегая несбыточных обещаний и не вводя его в заблуждение. Из своей практики я знаю, что лишь немногих пациентов может смутить ваше высказывание, например, что, учитывая историю болезни и текущее положение вещей, от психотерапии можно ожидать необратимого и внутренне ощутимого результата лишь по прошествии длительного промежутка времени. Складывается впечатление, что клиенты, в основном, воодушевляются тем, что терапевт понимает глубину их проблемы и согласен пуститься в нелегкий путь. Маргарет Литтл (Margaret Little, 1990) почувствовала облегчение, когда аналитик, к которому она пришла на консультацию, заметил: “Но ведь Вы очень больны!” Тем же немногочисленным клиентам, которые жаждут чудесного излечения и которые не испытывают желания или не имеют возможности прилагать усилия, необходимые для серьезных изменений, диагностика поможет отказаться от услуг терапевта, не тратя ни своего времени, ни времени терапевта на поиск чудодейственного исцеления.

Терапевт, вне зависимости от того, ведет ли он самостоятельный прием или работает в клинике, обязан информировать своих клиентов об имеющемся у них выборе. Вряд ли этично сказать, например: “Я практикую психоанализ, и если вы хотите попробовать, приходите в понедельник”. Вместо этого можно было бы предложить:

“Если вы хотите работать над некоторыми семейными проблемами, стоящими перед вами, я бы рекомендовал вам семейную терапию. Мне, впрочем, кажется, что некоторые особенности вашей личности вносят свой вклад в ваши семейные проблемы и, если вы готовы пройти через долгий, требующий ваших усилий курс психотерапии, вы можете надеяться на постепенное изменение своей роли в семейных отношениях. Вы можете начать с семейного подхода и, если затем вы найдете, что некоторые глубинные особенности вашего характера продолжают мешать, можно вернуться и прибегнуть к психоанализу”.

Терапевты, работающие в агентствах и вынужденные по экономическим обстоятельствам довольствоваться лишь краткосрочными курсами терапии, могут испытывать искушение убеждать самих себя и своих пациентов, что, поскольку краткосрочные курсы – единственное, что данное учреждение может предложить, пациент должен к ним прибегнуть. Краткосрочная терапия, действительно, иногда предпочтительнее чисто терапевтически, но следует остерегаться склонности человека превращать недостаток в достоинство. Хорошая оценка даст диагносту информацию о

том, какова вероятность, что краткосрочная терапия значительно поможет данному пациенту. Было бы честно, хотя и мучительно для обоих, предложить пациенту:

“Я думаю, что в идеале вам следовало бы работать над проблемой в течение долгого времени. Проблема не допускает быстрого решения. К сожалению, мы не можем дать то, что вам необходимо. Можно предложить следующие возможности, некоторые из них могут оказаться для вас полезными, но добиться желаемого результата в наших условиях, к сожалению, невозможно”.

Напротив, поверить самому или уверить клиента, что эффективная терапия возможна, несмотря на очевидные внешние ограничения, значило бы вызвать чувство вины и в самом себе, и в клиенте (“Значит, со мной что-то не в порядке, если значительный прогресс, возможный в результате краткосрочной терапии, не имел места в действительности?”).

Так же легко привести обратные примеры. В эпоху, которую иногда называют золотой эпохой психоанализа, многие люди посещали психоаналитиков годами, в то время, как им следовало бы прибегнуть к медикаментозному лечению, посещать группу поддержки или прибегнуть к терапии параллельно с медикаментозным лечением. Тщательная диагностическая оценка уменьшает вероятность того, что человек потратит годы на отношения с профессионалом, от которого он не получает ничего или почти ничего.

Установление эмпатии

Термин “эмпатия” в последнее время истерся и практически потерял свою содержательность. И все же не существует другого слова, которое означало бы “чувствовать *вместе с*”, а не “чувствовать *вместо*”, что и составляет внутреннее различие между эмпатией и симпатией (или состраданием, жалостью, интересом и подобными понятиями, подразумевающими определенную степень защитного дистанцирования от страдающего человека). Слово “эмпатия” зачастую используют неправильно, подразумевая под ним теплое, ободряющее, одобряющее отношение к пациенту независимо от его эмоционального состояния. Я хочу здесь подчеркнуть: в этом разделе и далее в настоящей книге я использую термин “эмпатия” в его буквальном значении, указывающем на

способность эмоционально воспринять душевное состояние клиента.

Я очень часто была свидетельницей того, как мои коллеги-терапевты жестоко обвиняли себя “в неспособности эмпатировать” в тех случаях, когда они испытывали по отношению к клиенту враждебное чувство или испуг. При этом они имели в виду, что хотели бы не испытывать таких сильных отрицательных чувств; порой неприятно сознавать глубину примитивной ненависти и страдания, которые может включать в себя процесс терапии – факт, о котором нас никто не предупреждал, когда мы принимали решение посвятить свою жизнь людям, оказывая им помощь. В данном случае терапевты скорее страдают от высокого, а не от низкого уровня сопереживания, поскольку в действительности они чувствуют *вместе* со своим пациентом его враждебность, ужас, несчастье, другие болезненные состояния ума. Аффекты людей, проходящих психотерапию, могут быть крайне отрицательными, и это вызывает в других что угодно, кроме теплой ответной реакции.

То, что не следует *вести себя* в соответствии с подобными чувствами, ясно даже для совершенно не подготовленного человека. То, что подобная реакция потенциально имеет большую ценность, менее очевидно, но это так. Наблюдая эти чувства в самом себе, терапевт может составить хороший диагноз, на основе которого он выбирает путь воздействия на проблемы клиента, основываясь на искреннем сопереживании, а не на шаблонном сострадании, привычно раздаваемом независимо от уникальной индивидуальности человека, сидящего в кресле напротив.

Например, тот, кого интервьюер воспринимает как манипулятивного пациента, может оказаться истерическим или социопатическим. Ход терапии будет зависеть от диагностической гипотезы. Для больного истерией было бы правильным показать понимание глубины страха и чувства незащищенности, преследующих пациента. В случае социопатии пациенту следовало бы сухо дать понять, что вы оценили его мастерство вводить людей в заблуждение, и в то же время необходимо дать понять, что не были обмануты. Если терапевт не пойдет дальше определения “манипулятивный”, вне более широкого диагностического контекста, маловероятно, что у пациента появится какая-либо надежда быть понятым. Если проблема слишком обобщается и все манипулятивные пациенты рассматриваются как истерические или, напротив, как социопатические, терапевтический контакт будет осуществляться лишь время от времени. Больной истерией может чувствовать себя опустошенным, когда его подозревают в циничном притворстве в то время, как он отчаянно нуждается в утешении испуганного ребенка, находящегося внутри него;

социопатический пациент не почувствует ничего иного, кроме презрения к терапевту, который не понимает его желания “обойти” всех других.

Другой пример полезности диагностики при установлении сопереживания может быть найден в обычной ситуации пограничного пациента, звонящего по телефону доверия, угрожая самоубийством. Служащие заведений первой психологической помощи подготовлены скорее к ответу в стиле экстренного вмешательства, нежели в стиле диагностики, и в большинстве случаев такой метод работает хорошо. Но в ситуации с пограничным пациентом такой метод не работает, о чем свидетельствует беспокойное раздражение, высказываемое работниками этих служб, когда их спрашивают о подобных случаях (Shinefield, 1989).

Для большинства людей, угрожающих самоубийством, наилучшим ответом будет ответ, предлагаемый методом экстренного вмешательства: оценить намерение самоубийства, спрашивая о плане, средствах, действенности этих средств (Litman & Farberow, 1970). Однако личности с пограничной организацией склонны говорить о самоубийстве не тогда, когда они действительно хотят умереть, а когда они находятся в состоянии, которое Мастерсон (Masterson, 1976) метко назвал “депрессией заброшенности”. Необходимо, чтобы их отчаяние и паника были нейтрализованы ощущением, что кому-то небезразлично, как плохо они себя чувствуют. Обычно они усваивают в своих семьях, что никто не обращает внимания на ваши чувства, пока вы не угрожаете нанести себе увечья. Оценка же искренности намерения к самоубийству только изводит их, поскольку собеседник, в терминах не очень осознанного субъективного опыта пациента, отвлечен содержанием их угрозы, в то время как они жаждут говорить о ее контексте.

Попытки врача следовать стандартной процедуре экстренного вмешательства (например, Kalafat, 1984) без разумной диагностики могут быть антитерапевтическими и даже опасными, поскольку это может подтолкнуть подобного пациента к мысли, что, для того чтобы быть услышанным, нужно продемонстрировать, а не просто говорить о самоубийстве. Такие случаи, кроме того, оставляют у терапевта чувство ненависти к пациенту, поскольку кажется, что пациент просит помощи, а затем отвергает искренние попытки помочь ему (Frank и др., 1952). Врачи экстренной психологической помощи, натренированные на выявление пограничных случаев, отвечают на мучительные аффекты, стоящие за угрозой самоубийства, а не пытаются проделать немедленную оценку намерений клиента; как это ни парадоксально, они, возможно, предотвращают больше саморазрушительных актов, чем те их коллеги,

которые сразу оценивают намерение к самоубийству. Кроме того, они не так подвержены деморализующему чувству ненависти к клиенту, не желающему “сотрудничать” или “быть правдивыми”.

Предотвращение уклонения от лечения

Вопросом, тесно связанным с установлением эмпатии, является удержание пугливых пациентов. Многие ищут помощи профессионала, а затем пугаются того, что привязанность к психотерапевту может таить в себе большую опасность. Например, гипоманиакальные пациенты стремятся разорвать отношения, как только у них развивается желание быть зависимыми, поскольку предыдущий опыт зависимости этих людей от других кончался весьма плачевно. Люди, самоуважение которых требует от них отрицания того, что они нуждаются в помощи другого, будут стремиться рационализировать желание тоже уклониться от лечения, как только сформируется привязанность, поскольку они чувствуют себя униженными в момент начала внутреннего осознания эмоциональной важности для себя другого человека.

Опытные диагносты чаще всего знают под конец интервью, имеют ли они дело с человеком, склонным к уклонению от лечения. Терапевт не только успокоит такого пациента, сказав ему, как будет трудно пройти курс лечения целиком, и показав свое эмоциональное понимание, но это также увеличит вероятность того, что пациент устоит перед искушением бросить лечение.

Прочие выгоды

Люди чувствуют себя более комфортно, когда интервьюер держит себя с ними спокойно. Терапевтические отношения будут иметь лучший старт, если клиент почувствует интерес терапевта, его относительное спокойствие, уверенность в том, что соответствующее лечение может быть начато сразу, как только пациент будет лучше понят. Терапевт, который чувствует искушение начать *делать терапию* без хорошего предварительного понимания динамики пациента и структуры его характера, подвергает себя ненужным волнениям, подобно шоферу с некоторым чувством направления, но без дорожной карты*. Пациент почувствует это и начнет сомневаться в компетентности врача. Такие воспроизводящие себя циклы могут приводить ко всем видам ятрогенных

проблем.

Пожалуй, одна из причин недоверия терапевтов к диагностике лежит в боязни неправильного диагноза. К счастью, первоначальный диагноз не должен быть “правильным” для того, чтобы реализовать многие упомянутые преимущества. Диагностическая гипотеза создает для интервьюера возможность сфокусированной деятельности при низком уровне тревоги, независимо от того, подтвердит ли дальнейший ход терапии эту гипотезу или нет. Более того, профессионал может гибко относиться к формулировке, не теряя из виду сам процесс. Пациент чаще всего будет благодарен за то, что врач избегает притворства и готов внимательно рассматривать различные возможности.

Диагностический процесс также предоставляет обоим участникам поле деятельности до тех пор, пока пациент не узнает терапевта достаточно хорошо, чтобы быть способным самому говорить о своих проблемах без comfortирующих и структурирующих вопросов. Терапевты порой недооценивают значение этого “установочного” процесса. Зачастую этот процесс дает терапевту возможность получить информацию, которую ему было бы трудно получить от пациента позднее, когда развитие сильных переносных реакций может помешать свободному выражению некоторых тем. Например, большинство взрослых могут сравнительно дружелюбно отвечать на вопросы, касающиеся их сексуального опыта, профессионалу, которого они еще плохо знают. Но как только терапевта начинают воспринимать как щепетильную мамочку или поучающего отца, слова начинают даваться ой как не легко. Позже, по ходу терапии, по мере интенсификации переноса, клиент может вспомнить, что на одной из первых встреч с человеком, чьего осуждения он сейчас боится, он уже делился с ним различной информацией интимного плана, не вызывая при этом ни шока, ни неодобрения. Контраст между восприятием терапевта во время диагностики и по прошествии времени сделает очевидным тот факт, что перенос действительно является переносом (то есть, не дословным прочтением личности терапевта). Этот инсайт может стать переломным для всего процесса психотерапии.

И, наконец, дополнительным положительным свойством диагностики является то, что она может помочь психотерапевту сохранить самоуважение. Для того, чтобы проводить эффективную терапию, нужно прежде всего заниматься ею. Среди профессиональных трудностей в деле психиатрической помощи можно назвать разочарование в результатах, беспокойство по поводу неудач и кратковременный упадок сил. Эти процессы сильно ускоряются нереалистичными ожиданиями.

Деморализованность терапевта и его эмоциональная отчужденность имеют далеко идущие последствия не только для него самого, но и для его пациентов, которые находятся в зависимости от него.

Если известно, скажем, что чей-либо депрессивный пациент является пограничным, а не невротически депрессивным, то вы не будете сильно удивлены, если в течении второго года лечения он совершит попытку самоубийства. Как только у депрессивных пограничных больных появляется надежда на перемены, они часто начинают паниковать и становятся склонными к самоубийству в попытке оградить себя от опустошения, которое бы произошло, если бы они позволили себе поверить и были бы болезненно разочарованы еще одним важным для них человеком. Проблемы, связанные с такого рода попытками самоубийства, могут быть осмыслены, что принесет эмоциональное облегчение как терапевту, так и его пациенту (фокус возможной интерпретации включает упомянутое чувство опасности надежды и упомянутого разочарования, чувство вины по отношению к объектам первоначальной привязанности за перенос эмоциональных вкладов с них на терапевта, и связанные с этим фантазии, что эту вину следует искупить ритуальной попыткой самоубийства).

За много лет консультаций с коллегами я с сожалением отметила большую частоту случаев, когда в целом компетентные, преданные делу и интуитивно одаренные терапевты теряют чувство уверенности и находят благовидный предлог избавиться от пограничного клиента, склонного к показным суицидальным попыткам именно в то время, когда пациент выражает в провокационной манере, характерной для пограничных случаев, то, насколько важным и эффективным становится лечение. Обычно жесту самоубийства предшествует встреча, на которой пациент впервые выражает надежду или доверие, и терапевт впервые за долгие месяцы упорной работы с трудным, негативно настроенным пациентом ободряется. После чего вместе с показной попыткой самоубийства рушатся надежды терапевта. Он решает, что надежды были иллюзорным самообманом, и ухудшение состояния клиента показывает, что результат от терапии был в общем-то нулевым. (Ход мыслей в этой связи может быть следующим: “Быть может, учитель по психиатрии был прав: психоаналитическая терапия – это пустая трата времени. Возможно, я должен передать этого пациента терапевту другого пола. Возможно, следует попросить терапевта, применяющего фармакологические препараты, взять дело в свои руки. Возможно, я должен передать пациента в группу хронических больных”.) Терапевты, сами являющиеся часто

депрессивными людьми, склонны обращать очевидные регрессы в ходе лечения в повод для самоосуждения. Соответствующие диагностические средства могут существенно ослабить такую склонность, давая разуму восторжествовать и удерживая нас в терапевтическом русле.

Ограничения полезности диагностики

Для врачей, занимающихся в основном продолжительным психоанализом или психоанализом с открытым концом, значение тщательной диагностики будет наибольшим в двух случаях: (1) в начале лечения, по причинам упомянутым выше, и (2) в периоды кризисов или застоев, когда переосмысление структуры личности пациента может явиться ключом к эффективной смене техники. Как только терапевт начинает “чувствовать” своего пациента, стремление мыслить диагностически должно отходить на второй план. Терапевт, обеспокоенный лишь тем, как бы дать правильное диагностическое определение своему пациенту, будет перегружать терапевтические отношения атмосферой ненужного интеллектуализирования.

И, наконец, я хотела бы упомянуть о том, что есть люди, для которых существующие диагностические категории в лучшем случае лишь слабо отражают истинное положение дел. Когда диагностическое заключение только еще больше затемняет, чем проясняет положение дел, терапевту следует отбросить его и полагаться на здравый смысл и на чувство меры, подобно тому, как потерявшийся моряк отбрасывает бесполезную навигационную карту и ведет корабль по нескольким знакомым звездам. И даже когда общепринятые диагностические категории хорошо подходят пациенту, существует такое широкое разнообразие измерений, отличных от уровня развития и способа защиты, что сопереживание и лечение может быть более эффективным, если они опираются на какие-то из этих других измерений. Глубоко религиозные люди любого типа будут нуждаться прежде всего в том, чтобы терапевт продемонстрировал уважение к глубине их веры (см. Lovinger, 1984); методы, подсказанные диагностикой, будут ценными, но второстепенными. Также иногда бывает более важно, по крайней мере, на первом этапе развития терапевтических взаимоотношений, учитывать эмоциональные особенности, связанные с возрастом, расовой, этнической и классовой принадлежностью пациента, а также физические ограничения, политические предпочтения, сексуальную ориентацию, а не то, к какой диагностической категории он относится.

Оценка структуры личности всегда временна и не окончательна; постоянная готовность пересмотреть первоначальный диагноз в свете новых фактов является частью оптимальной терапии. В ходе лечения любого отдельного человеческого создания чрезмерная упрощенность, присущая нашим диагностическим категориям, выступает наружу с пугающей ясностью. Люди намного сложнее, чем это допускают наши диагностические категории. Следовательно, самые изощренные оценки личности могут стать препятствием на пути постижения принципиально важных нюансов уникального материала, даваемого пациентом. Несмотря на все преимущества диагностики, она не должна применяться там, где в этом нет необходимости.

Дополнительная литература

Моей любимой книгой по интервьюированию является (по большей части из-за ее общего тона) книга Гарри Стак Салливана “Психиатрическое интервью” (Harry Stak Sullivan, “Psychiatric Interview”, 1954). Другая классическая книга, полная полезных замечаний и глубоких технических рекомендаций, это книга Гилла, Ньюмана и Редлиха “Первичное интервью в психиатрической практике” (Gill, Newman & Redlich, “The Initial Interview in Psychiatric Practice”, 1954). Я уже упоминала о своем восхищении работами Мак-Кинона и Михельса (1971), чьи основные предпосылки созвучны содержанию моей книги. Габбард в “Психодинамической психиатрии и клинической практике” (Gabbard, “Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice”, 1990) добился мастерской интеграции динамического, структурного диагноза и принципов “Руководства по диагностике и статистике психических нарушений” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R; Американская психиатрическая ассоциация, 1987). Книга Кернберга “Тяжелые расстройства личности” (Kernberg, “Severe Personality Disorders”, 1984) содержит короткую, но содержательную главу, посвященную диагностике и, в частности, структурному интервью. Многие начинающие терапевты находят Кернберга тяжелым для чтения, но эти разделы написаны легко и удачно заполняют брешь между упомянутыми выше классическими статьями и более современными психоаналитическими теориями структуры личности.

2. Психоаналитическая диагностика личности

Классический психоанализ подходит к изучению характера личности двумя очень разными путями, вытекающими из двух предшествовавших им моделей индивидуального развития. Во времена фрейдовской *теории драйвов* были сделаны попытки понять личность на основе фиксации (на каком раннем этапе развития данный индивид был психологически травмирован?).

Позднее, с развитием Эго-психологии, характер был переосмыслен как совокупность определенных механизмов защиты (какими способами данный индивид избегает состояния тревоги?). Последний подход к пониманию личности не противоречил первому; он позволил ввести ряд понятий и метафор для осмысления того, что подразумевалось под типом личности, и прибавил к концепции драйвов ряд предположений о том, как мы развиваем свойственные нам адаптационные и защитные реакции.

Оценка этих двух подходов составляет центральную часть моего собственного подхода к классификации характеров и ее визуального представления. Кроме того, я попытаюсь показать, как современные разработки британской теории объектных отношений (и ее американского родственника – межличностного психоанализа) и сэлф-психологии могут пролить свет на организацию характера. Помимо того, мое понимание личности и диагностики было обогащено психодинамическими теориями, в меньшей степени связанными с клинической практикой, а именно: “персонология” Генри Мюррея (Henry Murray, 1938), “теория сценариев” Сильвана Томкинса (Silvan Tomkins, “script theory”, 1992) и, наконец, идеями, развитыми Вейссом, Сэмпсоном и Психотерапевтической Исследовательской Группой Горного Сиона (Wtiss, Sampson & Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986) иногда объединяемыми термином “теория контроля-овладения” (“control-mastery” theory).

Придирчивый читатель может заметить, что я применяю в диагностике несколько моделей и теорий психоанализа, которые иногда считают взаимоисключающими или по сути взаимопротиворечивыми. Но, поскольку эта книга предназначена для терапевтов и поскольку я по природе своей больше склонна к синтезу, чем к критике или разбору отличий, я не пыталась отвечать на вопрос, какая теория лучше обоснована научно, эвристически или метафизически. Этим подходом я во многом интеллектуально обязана Фреду Пайну (Fred Pine, 1985, 1990), чьи попытки

объединить теории либидо, Эго, объектную и селф-теории имели неоценимое значение для клинической практики.

Я не преуменьшаю значение критического анализа различных теорий. Мое решение не проводить его здесь проистекает преимущественно из того, что данная книга имеет сугубо клиническую направленность, а по моим наблюдениям, терапевты стремятся ассимилировать различия моделей и метафор, несмотря на то, что эти методы противоречивы в некоторых отношениях. Каждая новая психоаналитическая теория предлагает практикам новые способы передачи пациентам своего желания понять их и помочь.

Эффективные психодинамические терапевты (а я предполагаю, что эффективные терапевты и яркие теоретики – понятия пересекающиеся, но не тождественные), как мне кажется, чаще свободно питаются из различных источников, не становясь на сторону одной или двух избранных теорий. Они не доверяют тем профессиональным объединениям, которые стоят на защите одного определенного образа мышления и работы. Приверженность догмам наблюдается у некоторых аналитиков, но не она обогатила нашу клиническую теорию и вызвала уважение к нашей науке со стороны тех, кто ценит скромность в оценке наших современных достижений и тех, кто допускает наличие противоречий и сложностей (Goldberg, 1990б).

Различным клиентам подходят разные теории: один направляет мысли терапевта в русло теории, описанной Кернбергом; другой похож на тип личности, описанный Хорни; у следующего – игра фантазий бессознательного настолько классически фрейдовская, что терапевт начинает сомневаться: не начитался ли этот пациент книг по ранней теории драйвов, прежде чем прийти на прием.

Столорой и Этвуд (Storolow & Atwood, 1979) пролили значительный свет на эмоциональные процессы, что внесло значительный вклад в развитие теории личности, кроме того, они привели убедительные доказательства того, что основные наиболее характерные события жизни теоретиков находят отражение в их теориях общей психологии, основ личности, психопатологии и психотерапии. Исходя из этого становится понятным, почему мы имеем такое количество различных теорий. И если даже они противоречивы логически, они не противоречивы феноменологически и по-разному применимы к различным типам людей.

Сформулировав свои пристрастия и предубеждения, я хочу сейчас кратко и по необходимости сильно упрощая, рассказать о психоаналитических моделях, наиболее важных для диагностики. Они

даются с расчетом на то, чтобы студент, обладающий минимальной склонностью к психоаналитическим теориям, получил представление о понятиях, лежащих в основе психоанализа. Кроме того, я сформулирую некоторые предположения, лежащие в основе этих теорий, которые затем, более или менее избегая их критики, буду применять при классификации различных типов личностей.

Классическая теория драйвов Фрейда

Первоначально фрейдовская теория развития личности была биологически обоснованной теорией и подчеркивала первичность инстинктивных процессов, рассматривая человеческие создания как проходящие через последовательные фазы направленности внимания на различные участки тела: от оральной фазы к анальной и фаллической и затем – к фазе направленности на гениталии. Утверждалось, что в младенчестве и раннем детстве детям свойственно уделять внимание вопросам, непосредственно связанным с выживанием: сначала это чисто чувственный опыт, приобретенный во время пеленания и других перемещений матерью тела младенца, затем детские фантазии о жизни и смерти и фантазии о половых отношениях родителей.

Дети, а значит и инфантильные аспекты собственного “Я”, остающиеся у взрослых, рассматривались как ничем не ограниченные искатели инстинктивного удовлетворения, с некоторыми индивидуальными различиями в силе драйвов. Правильное воспитание рассматривалось как воспитание, гибко изменяющееся в пределах, с одной стороны, удовлетворения, достаточного для того, чтобы создать атмосферу безопасности и удовольствия, и с другой, в пределах, приемлемых по уровню развития фрустраций, чтобы ребенок постепенно (дозированно) учился заменять *принцип удовольствия* (“Я хочу удовлетворения всех моих желаний, в том числе и взаимно противоречивых, прямо сейчас!”) *Принципом реальности* (“Удовлетворение некоторых желаний проблематично, исполнение же наилучших стоит того, чтобы подождать”). Фрейд очень мало говорил о вкладе родителей своих пациентов в их психопатологию. Когда же он обращался к данной теме, то упущения родителей он видел либо в чрезмерном удовлетворении желаний, при котором ничто не подталкивало ребенка к развитию, либо в чрезмерных ограничениях, так что способность ребенка воспринимать суровую реальность оказывалась перегруженной. Воспитание, таким образом, было

искусством балансирования между потворством и ограничением – модель, несомненно находящая отклик в душе большинства матерей и отцов.

Теория драйвов постулировала: если ребенок чрезмерно фрустрирован или получает чрезмерное удовлетворение на какой-либо ранней стадии своего психосексуального развития (результат конституциональных особенностей ребенка и действий родителей), он будет “фиксирован” на проблемах данной фазы. Характер личности понимался как выражение растянутых во времени влияний подобной фиксации: если взрослый человек обладает депрессивной личностью, то, как утверждалось, им либо пренебрегали, либо ему чрезмерно потворствовали в возрасте примерно полутора лет (оральная фаза развития); в случае проявления обсессивных симптомов считалось, что проблемы возникали в промежутке между полутора и тремя годами (анальная фаза); в случае истерии – ребенок был отвергнут или соблазнен, либо и то и другое в возрасте от трех до шести лет, когда интересы ребенка направлены на гениталии и сексуальность (“фаллическая” фаза, изъясняясь ориентированным на мужчин языком Фрейда, последняя часть которой получила название “эдиповой” фазы, поскольку сексуальное соревнование и связанные с ним фантазии находят себе параллели в древнегреческой истории об Эдипе). На раннем этапе развития психоанализа зачастую можно было услышать: некто имеет оральный, анальный, фаллический характер в зависимости от того, что кажется центральным в человеке. Позднее, когда теория стала более изощренной, аналитики стали выделять орально зависимых и орально агрессивных (сосательный или, соответственно, кусательный оральный аспект, кажущийся первостепенным), анально сдерживающихся и отторгающих, поздне- и раннеоральных, анальных или фаллических личностей и так далее.

Для того, чтобы мое слишком упрощенное описание теории Фрейда не казалось совсем уж фантастическим, следует подчеркнуть, что эта теория не стала измышлением больного воображения Зигмунда Фрейда: существовали данные, которые стимулировали и поддерживали ее создателя, данные, собранные не только Фрейдом, но и его коллегами. В “Анализе характера” Вильгельма Райха (Wilhelm Reich, 1933) теория драйвов достигла своего зенита. Хотя большинству современных читателей язык автора может показаться архаичным, книга полна впечатляющих прозрений о типах характера, и его наблюдения все еще способны затронуть сердца благосклонных читателей. Но в конце концов попытки понять характер на основе одного лишь понятия инстинктивной фиксации оказались безуспешными. Коллега Фрейда, Карл Абрахам, посвятил свой

мощный интеллект задаче исследования корреляции психологических феноменов с определенными этапами и подэтапами, но и ему практически не удалось добиться удовлетворительных результатов. Хотя теория драйвов никогда не отвергалась полностью большинством психоаналитиков как абсолютно неверная, она была дополнена другими теориями, имевшими большую объяснительную силу.

Одно из проявлений того обстоятельства, как первоначальная теория драйвов дает о себе знать – это сохраняющаяся тенденция психодинамических терапевтов продолжать размышлять в терминах стадий развития и понимать психопатологию, используя понятия задержки развития или конфликта на определенной стадии. Хотя немногие аналитики сегодня сводят все явления к категориям классической теории драйвов, большинство из них подразумевает теорию основных этапов развития. Попытки, подобные попытке Даниела Стерна (Daniel Stern, 1985) целиком переосмыслить концепцию прогнозируемых фаз развития, хотя и были встречены с уважением и интересом, но, по-видимому, не помешали большинству практиков формулировать проблемы своих пациентов в терминах какой-либо незавершенной задачи развития, в норме, присущей определенной фазе развития в раннем детстве.

В 1950-х и 1960-х годах Эрик Эриксон переформулировал стадии психосексуального развития в соответствии с межличностными и внутриспсихическими задачами каждого периода, вызвав тем самым большое всеобщее внимание. Хотя работы Эриксона (например, 1950) обычно считаются предвестниками Эго-психологии, его теория этапов развития во многом созвучна предпосылкам фрейдовской теории развития на основе понятия драйвов. Одним из наиболее интересных дополнений Эриксона к теории Фрейда (а сам Эриксон видел свою концепцию как дополняющую, а не заменяющую теорию Фрейда) стало изменение названий ранних этапов с целью модификации фрейдовского биологизма.

Оральная фаза стала пониматься как состояние полной зависимости, во время которой формируется *базовое доверие* (или его отсутствие) как специфический результат удовлетворения или неудовлетворения оральной потребности (драйва). Анальная фаза рассматривалась как фаза достижения *автономии* (или, в случае неправильного воспитания, стыдливости и нерешительности).

Прототипом борьбы на этой фазе может служить, как подчеркивал Фрейд, владычество туалетных функций, но она может включать в себя широкий диапазон вопросов, относящихся к тому, как ребенок учится самоконтролю и приспосабливается к ожиданиям семьи и появлению более

широкого окружения. Эдипова фаза рассматривалась как период развития чувства базовой *эффективности* (“инициативность или виновность”) и чувства удовольствия от *идентификации* с объектами любви. Эриксон распространил идею фаз развития и задач этих фаз на период всей жизни. Он также разбил ранние фазы на подфазы (орально-инкорпоративная, орально-экспульсивная; анально-инкорпоративная, анально-экспульсивная)*. В 1950 году Гарри Салливан (Harry Stack Sullivan, 1953) предложил другую теорию фаз развития, которая подчеркивала коммуникативные достижения, например, речь или игра, а не удовлетворение драйвов. Подобно Эриксону он полагал, что личность продолжает развиваться и меняться и после шести лет, которые Фрейд отводил для формирования фундамента характера взрослого.

Работы Маргарет Малер (Mahler, 1968, 1972a, 1972b; Mahler, Pine & Bergman, 1975) о фазах и подфазах процесса сепарации-индивидуации (задача, получающая свое разрешение примерно к трем годам) стали еще одним шагом в осмыслении структуры личности. Ее теорию относят обычно к теориям объектных отношений, но в ее внутренних предпосылках о фиксации чувствуется влияние фрейдовской модели развития. Подобно Эриксону, разделившему оральную фазу, Малер разделила две первые фазы Фрейда, оральную и анальную, и рассматривала развитие ребенка как движение от относительного неосознавания других (фаза первичного аутизма, длящаяся около шести недель) к симбиотической связанности (длящейся приблизительно следующие два года – причем, этот период также подразделяется на подфазы “вылупливания”, “практики”, “воссоединения” – “репрошман” – и “на пути к постоянству объекта”) и к относительной психологической отделенности (сепарации) и индивидуации.

Эти разработки были встречены терапевтами с большим энтузиазмом. В результате постфрейдовского развития теории стадий развития они получили возможность по-новому взглянуть на то, каким образом их пациенты “застряли”. Теперь они могли предложить своим самокритичным клиентам гипотезы и интерпретации, идущие дальше размышлений о том, что те слишком рано или слишком поздно были отняты от груди, слишком грубо или слишком небрежно приучены к горшку, соблазнены или отвергнуты во время эдиповой фазы. Теперь можно было сказать пациентам, что их затруднения отражают семейные процессы, которые осложнили им доступ к чувству безопасности, автономии или удовлетворенности своей идентификацией (Эриксон), или что судьба уготовила им детство, лишенное чрезвычайно важного предпододросткового

“закадычного друга” (Салливан), или что госпитализация их матери, когда им исполнилось два года, разрушила процесс воссоединения, присущий этому возрасту и необходимый для оптимальной сепарации (Малер). Для терапевтов подобные альтернативные модели были не только интеллектуально интересны: они давали людям возможность понять себя и найти сострадание к себе – в противоположность тем объяснениям, которые люди создают себе сами для собственных непонятных качеств (а именно: “Я плохой”, “Я гадкий”, “Я ленивый и недисциплинированный”, “Я изначально отвратительный”, “Я опасный” и так далее).

Многие современные комментаторы в то или иное время указывали, что наша склонность рассматривать проблемы в терминах развития отдает редукционизмом и лишь частично подкрепляется клиническими и эмпирическими данными (Кернберг, 1984). Другие указывали на иные паттерны и этапы психологического развития в других, не западных культурах (Roland, 1988). И все же стремление терапевтов рассматривать психологические явления как остаток проблем на определенном этапе развития упорно сохраняется. Возможно, это отражает тот факт, что общая модель развития включает в себе наряду с элегантной простотой еще и гуманность, которые пришлись по сердцу работникам служб психологической помощи. Некое великодушие, нечто вроде принципа “Я нахожусь здесь, но лишь по воле рока” характеризует веру в то, что существует одна архетипическая, прогрессивная, универсальная схема развития и что при неблагоприятных обстоятельствах любой из нас был бы поставлен в тупик на любой ее фазе. Возможно, этого и *недостаточно* для объяснения типов характера или психопатологий, но большинство практиков рассматривают это как необходимую часть полной картины.

В главах 3 и 4 читатели смогут увидеть, что одна из осей, вдоль которой я расположила диагностические данные, имеет уклон в сторону идеи поэтапного развития, нашедшей свое отражение в форме симбиотического (психотического), сепарации-индивидуализации (пограничного) и эдипова (невротического) уровней организации и психопатологии.

Эго-психология

Публикацией “Эго и Ид” (1923) Фрейд представил свою структурную модель и открыл новую эру в развитии психоаналитической теории. Исследователи-аналитики переместили свой интерес с *содержания*

бессознательного на *процесс*, посредством которого это содержание удерживается вне осознания. Эрлоу и Бреннер (Arlow & Brenner, 1964) убедительно доказывали, что структурная теория, с ее упором на понимание процессов, происходящих в Эго, имеет большую объяснительную силу. Но существовали и практические клинические причины, почему терапевты приветствовали смещение фокуса с Ид на функционирование Эго, с глубоко бессознательного материала на материал, связанный с желаниями, страхами и фантазиям, которые были ближе к сознанию и стали более доступными при работе с защитными механизмами Эго пациента. Далее следует краткий экскурс в структурную модель. Приношу извинения перед искушенными читателями за смелость, с которой я позволяю себе обращаться со столь сложными идеями.

Ид – термин, который Фрейд использовал для обозначения той части психики, которая содержит примитивные желания, импульсы, иррациональные стремления, комбинации “страх-желание” и фантазии. Она ищет только немедленного удовлетворения и абсолютно “эгоистична”, функционируя в соответствии с принципом удовольствия. В когнитивном плане она довербальна, выражая себя в образах и символах. Она дологична, не имеет понятия о времени, морали, ограничениях или о том, что противоположности не могут сосуществовать. Фрейд назвал этот примитивный уровень познания, продолжающий жить в языке сновидений, шуток и галлюцинаций, *первичным процессом мышления*.

Ид полностью бессознательно, но его существование и власть может быть выведены, тем не менее, из *дериватов* – мыслей, действий и эмоций. Во времена Фрейда было распространено тщеславное убеждение, что “цивилизованные” существа являются рационально мотивированными созданиями, ушедшими от чувственности “низших” животных и “дикарей” – не-западноевропейцев. (То, что Фрейд подчеркивал нашу животность, включая доминирование сексуальной мотивации, явилось одной из причин того, что его идеи вызывали ненависть в викторианскую и поствикторианскую эпоху.)

Эго — имя, которое Фрейд дал набору функций, позволяющих приспособливаться к требованиям жизни, находя пути, доступные в пределах данной семьи, для управления устремлениями Ид. Эго развивается непрерывно в течение всей жизни, но наиболее быстро – в детстве, начиная с раннего младенчества (сравни с Hartmann, 1958). Эго функционирует в соответствии с принципом реальности и является колыбелью *вторичного процесса мышления* (последовательного, логического, ориентированного на реальность познания). Таким образом,

оно является посредником между требованиями Ид и ограничениями реальности и этики. Оно имеет как сознательный, так и бессознательный аспекты. Сознательный – то, что большинство людей понимает под термином “Собственное Я” (“self”, сэлф, “самость”), или “Я”, в то время как бессознательный аспект включает в себя защитные процессы – вытеснение, замещение, рационализацию и сублимацию. Благодаря структурной теории аналитики открыли для себя новые пути в понимании некоторых типов патологии характера; а именно – каждый развивает защитные реакции Эго, которые могли быть адаптивными в детстве, но оказываются неадаптивными вне семьи.

Одним из аспектов модели, важным как для терапии, так и для диагностики, являлось представление о том, что Эго имеет широкий диапазон действий – от глубоко бессознательных (например, примитивные чувственные реакции на события, блокируемые такой мощной защитой, как отрицание) до полностью осознаваемых. В течение процесса психоаналитического лечения “наблюдающее Эго”, сознательная и рациональная часть психики, способная комментировать эмоциональное состояние, формирует альянс с психоаналитиком в целях понимания вместе с ним всего Эго, в то время как “переживающее Эго” вмещает в себя более внутренний (чувственный) смысл того, что происходит в терапевтических взаимоотношениях.

“Терапевтическое расщепление Эго” (Sterba, 1934) рассматривалось как необходимое условие эффективной аналитической терапии. Если пациент оказывался не способен говорить с позиции наблюдателя о менее рациональных, более внутренних эмоциональных реакциях, то первой задачей терапевта является помощь в развитии этих способностей. Присутствие или отсутствие наблюдающего Эго стало диагностической величиной первостепенной важности, поскольку наличие симптома или проблемы, дистоничной (чуждой) наблюдающему Эго, делало процесс излечения гораздо более быстрым, чем если бы мы имели дело с проблемой, внешне выглядящей аналогично, но которую пациент никогда не рассматривал как заслуживающую внимания. Это открытие продолжает жить в языке аналитических диагнозов, когда они говорят о проблеме или личностном стиле “Эго-дистонный” или “Эго-синтонный”.

Важная роль Эго в восприятии и адаптации к реальности позволяет ввести полезное психоаналитическое понятие “сила Эго”. Оно подразумевает способность личности к восприятию реальности, даже когда она чрезвычайно неприятна, не прибегая к более примитивной защите, подобной отрицанию. В ходе развития психоаналитической клинической

теории стало проводиться различие между более архаичными и более зрелыми защитными реакциями. Первые характеризуются психологическим избеганием или радикальным отвержением беспокоящих фактов жизни, последние – включают в себя большую приспособляемость к реальности.

Другим важным клиническим предположением, которое вытекало из Эго-психологии, стало предположение, что для психологического здоровья необходимо иметь не только зрелые защитные реакции, но также быть способным использовать разнообразные защитные процессы (Shapiro, 1965). Другими словами, стало ясно, что человек, отвечающий на любой стресс привычным для него образом (скажем, проекцией) не столь психологически благополучен, как человек, пользующийся различными, зависящими от обстоятельств способами. Понятия типа “ригидность” личности и “панцирь характера” (W. Reich, 1993) являются отражением идеи, что душевное здоровье связано с эмоциональной гибкостью.

Фрейд ввел понятие “супер-Эго” для той части собственного “Я”, которая наблюдает за происходящим в основном с точки зрения морали*. Близкое по значению понятию “совесть” супер-Эго является той частью Эго, которая одобряет нас, когда мы делаем лучшее, на что способны, и критикует, когда мы оказываемся ниже своих стандартов. Это часть Эго, хотя она и ощущается нами, как нечто отдельное. Фрейд полагал, что супер-Эго формируется в течение эдипова периода через идентификацию с родительскими ценностями, но современные аналитики находят его истоки гораздо раньше – в примитивных представлениях младенца о том, что хорошо и что плохо.

Супер-Эго, подобно Эго, которому оно принадлежит, является частично сознательным и частично бессознательным. И вновь оценка того, ощущается ли пациентом непропорционально карательное супер-Эго как Эго-дистонное или Эго-синтонное, имеет важное диагностическое значение. Клиентка, заявляющая, что она плохая, поскольку плохо думала о своем отце, очень отличается от клиентки, утверждающей что, одна часть ее личности чувствует, что она плохая, когда у нее возникают подобные мысли. Обе пациентки могут быть депрессивными, самообвиняющими личностями, но проблема первой женщины настолько глубже проблемы второй, что требует иного уровня классификации.

И снова, в развитии концепции супер-Эго было много полезных с клинической точки зрения моментов. Терапия пошла дальше попыток сделать бессознательное сознательным; терапевт мог рассматривать задачу терапии как включающую в себя, кроме всего прочего, еще и изменение

супер-Эго клиента. В первой половине XX столетия, когда в среднем и средне-высшем классах существовала тенденция к воспитанию слишком жесткого супер-Эго, обычной терапевтической задачей становилась помощь пациенту в переоценке слишком высоких моральных стандартов (например, антисексуальных структур или внутреннего порицания за мысли, чувства, фантазии). Психоанализ как движение, у Фрейда в особенности, носил подчеркнуто негедонистический характер, но модификация нечеловечески жесткого супер-Эго была одной из его очень частых целей. На деле это скорее приводило к более моральному, а не наоборот, поведению, поскольку люди с чересчур осуждающим супер-Эго зачастую не подчинялись ему, особенно в состоянии интоксикации или когда их поведение могло быть оправдано (рационализировано). Попытки раскрыть функционирование Ид, вынести бессознательную жизнь пациента на белый свет, не имели большого терапевтического эффекта, если пациент смотрел на это как на доказательство своей порочности.

Достижения Эго-психологии в описании процессов, которые сегодня объединяются общим понятием “защита”, являются центральными в диагностике характера. Подобно тому, как мы пытаемся понять человека, исходя из фазы развития, олицетворяющей текущую борьбу, мы также можем классифицировать людей в соответствии с характерными для них способами справляться с тревогой. Представление о том, что основной функцией Эго является защита собственного “Я” от тревоги, возникающей в результате мощных инстинктивных желаний (Ид), вызывающих беспокойство проявлений реальности (Эго), а также чувства вины и связанных с этим фантазий (супер-Эго), было наиболее элегантно развито Анной Фрейд (1936) в ее книге “Эго и механизмы защиты”.

Среди оригинальных идей Зигмунда Фрейда можно встретить замечание о том, что тревожные реакции *вызываются* защитами, а наиболее явно – подавлением (мотивированное забывание). Не находящие выхода чувства рассматривались как источник внутреннего напряжения, требующего разрядки и ощущаемого как тревога. Когда Фрейд сместился на позиции структурной теории, он, напротив, стал рассматривать вытеснение как одну из реакций на тревогу, посредством которых люди стремятся избежать непереносимых чувств или иррационального страха. Фрейд начал рассматривать психопатологию как состояние, при котором защитные механизмы не работают, когда тревога ощущается, несмотря на привычные средства борьбы с нею, когда поведение, маскирующее тревогу, является саморазрушительным. В главах 5 и 6 мы рассмотрим защиты, обнаруженные Зигмундом и Анной Фрейд, а также другими

исследователями, включая некоторые довербальные, архаические процессы, впервые изученные Мелани Кляйн. Этот обзор создаст фундамент, достаточный для дальнейшего рассмотрения различных типов характера.

Традиция объектных отношений

В то время как Эго-психология намечала пути теоретического понимания пациентов, психологические процессы которых описывались структурной моделью, некоторые теоретики в Европе, особенно в Англии, были привлечены другими типами бессознательных процессов и их проявлениями. Некоторые, например, Мелани Кляйн (Klein, 1932, 1957), работали с детьми, а также с пациентами, которых Фрейд рассматривал бы как слишком сильно “нарушенных”, чтобы быть подвергнутыми анализу*. Представители этой, так называемой “Британской школы” психоанализа пришли к выводу, что им необходим другой язык описания наблюдаемых процессов. Их работы были противоречивы на протяжении долгого времени, частично из-за личностных качеств, склонностей и убеждений представителей школы, частично благодаря тому, что трудно писать последовательно о примитивных явлениях. Теоретики объектных отношений пытались справиться с трудностями, возникающими при попытке переложить довербальные, дорациональные процессы на язык, управляемый логикой. Хотя уважение к силе бессознательного, несомненно, относит их к разряду аналитиков, они расходились с Фрейдом в определенных вопросах.

Например, Фейербейрн (W.R.D. Fairbairn, 1954) начисто отвергал биологизм Фрейда, утверждая, что люди ищут не столько удовлетворения желаний, сколько установления взаимоотношений. Другими словами, ребенок не столько сфокусирован на *получении материнского молока*, сколько на восприятии *заботы о самом себе* и чувстве теплоты и привязанности как части этого восприятия. Психоаналитики, находившиеся под влиянием Шандора Ференци (такие, как Michael и Alice Balint, которых иногда относят к “Венгерской школе” психоанализа), занимались изучением примитивного опыта любви, одиночества, творчества, интеграции собственного “Я” – явлений, не вписывающихся в рамки структурной теории.

Люди с подобной ориентацией уделяли внимание не столько тому, какое желание не получило должного обращения в детстве, или тому, какая

фаза была плохо пройдена, или какие защитные реакции Эго доминируют, сколько тому, каковы были главные объекты в мире ребенка*, как он их переживал**, как они и их чувственные аспекты были интернализированы и как их внутренние образы и репрезентации (представления о них) продолжали существовать в бессознательном взрослого. В традиции объектных отношений тема эдипова комплекса вырисовывалась не так отчетливо, как тема сепарации и индивидуации. Интересно, что работы Отто Ранка (Otto Rank, 1929, 1945) во многом предвосхитили работы по объектным отношениям, которые появились позднее. Однако, поскольку Ранк отклонился от основной дороги развития психоанализа после своего мучительного разрыва с Фрейдом, его наиболее важные наблюдения были позднее открыты вновь (Menaker, 1982).

Представлениям самого Фрейда не были чужды разработки теории объектных отношений. Понимание важности объектов, с которыми актуально имеет дело ребенок, и того, как младенец их переживает, просматривается в его концепции “семейного романа”, в указании на то обстоятельство, что эдипова фаза может протекать очень различно в зависимости от личностей родителей и, наконец, во все возраставшем внимании к роли взаимоотношений в лечении. Ричард Стерба (Richard Sterba, 1982), один из последних аналитиков, хорошо знавших Фрейда, указывал, как сильно теория объектных отношений обогатила первоначальные наблюдения Фрейда, подразумевая, что Фрейд приветствовал бы развитие этого направления психоанализа.

К середине XX-го века формулировки теории объектных отношений Британской и Венгерской школ нашли высокую степень подтверждения в работах американских терапевтов, называвших себя “межличностными психоаналитиками”. Эти теоретики, в число которых входили Гарри Стак Салливан, Эрих Фромм, Карен Хорни, Клара Томпсон, Отто Уилл, Фрида Фромм-Райхманн и другие, как и их европейские коллеги, пытались работать психодинамически с серьезно нарушенными пациентами. Они отличались от заокеанских аналитиков по объектным отношениям в основном степенью подчеркивания внутренней природы ранних объектных отношений: американские терапевты делали меньший акцент на стойком сохранении бессознательных образов ранних объектов и их отдельных сторон.

Фрейд сделал шаг в сторону межличностной теории лечения, когда перестал смотреть на переносы пациента как на отклонения, которые следует объяснять, добиваясь их уничтожения, и начал рассматривать переносы как контекст, необходимый для лечения: “Невозможно разрушить

что либо *заочно* или *через образ*”. Убеждение, что эмоциональные связи между терапевтом и пациентом составляют наиболее существенный фактор терапии, широко принимается среди современных терапевтов, определяющих себя как приверженцев ориентации на отношения. Это убеждение подтверждается также значительной эмпирической работой над результатами психотерапии (Strupp, 1989).

Концепции взаимоотношений позволяют терапевтам распространить свою эмпатию на тонкую область переживания клиентами межличностных отношений. Они могут находиться в состоянии психологического слияния с другой личностью, где собственное “Я” и объект эмоционально неразличимы. Они могут пребывать в диадическом пространстве, в котором объекты ощущались как объекты “за” и “против”. Или же клиенты рассматривают другие личности как личности, совершенно не зависимые от них. Переход ребенка от симбиотического мироощущения (раннее младенчество) через борьбу “я-против-вас” (около двух лет), через более сложные идентификации (три года и старше) стал в этой теории преобладающим по сравнению с оральной, анальной и эдипальной озабоченностью данных этапов. Эдипова фаза рассматривается как веха в *когнитивном* развитии, а не только в психосексуальном, и на этой фазе происходит существенный скачок, победа над младенческим эгоцентризмом – понимание того обстоятельства, что *взаимоотношения двух людей* (в классической парадигме – родителей) могут не иметь ничего общего с самим ребенком (с его собственным “Я”).

Появление концепций европейских теоретиков объектных отношений и американских межличностных аналитиков возвестило о значительных успехах, достигнутых в терапии, поскольку психология многих пациентов, особенно страдающих от наиболее истощающих типов психопатологий, с трудом поддается анализу в терминах Ид, Эго и супер-Эго. Вместо целостного Эго с присущими ему функциями самонаблюдения, такие пациенты, по-видимому, имеют различные “состояния Эго” – состояния, когда они чувствуют и ведут себя совершенно по-другому, чем в другое время. Находясь в тисках этих состояний, они неспособны объективно рассматривать то, что происходит с ними, и настаивают, что их теперешнее эмоциональное состояние является естественным и неизбежным в сложившейся ситуации.

Врачи, пытавшиеся помочь таким трудным больным, обнаружили: лечение проходит успешнее, когда удастся выяснить, какой “внутренний” родитель или какой-либо другой важный ранний объект активизируется в каждый данный период вместо того, чтобы попытаться относиться к

пациенту таким образом, как если бы тот обладал непротиворечивым собственным защищенным “Я”, которое можно было бы привлечь на свою сторону. Итак, появление теории объектных отношений имело большое значение для расширения сферы и углубления лечения (L. Stone, 1954). Терапевты смогли теперь прислушиваться к позиции “интроектов”, этих интернализированных других, которые влияли на ребенка и продолжали жить во взрослой личности и от которых пациент не был еще достаточно отделен.

В подобной формулировке характер может рассматриваться как обоснованно прогнозируемые паттерны собственного поведения, повторяющие действия ранних объектов, или как бессознательное стремление заставить других вести себя подобно объектам раннего детства. “Устойчивая нестабильность” пограничной личности (Kernberg, 1975) становится более теоретически понятной и, следовательно, лучше поддается терапии. Благодаря метафорам и моделям теорий объектных отношений, отфильтрованным через внутренние образные и эмоциональные реакции терапевта при общении с пациентом, практик получил теперь дополнительные средства для понимания происходящего в терапии, особенно в тех случаях, когда наблюдающее Эго пациента ранее было недоступным. Например, когда встревоженный пациент разражался параноидальной обличительной речью, терапевт мог понимать эту реакцию следующим образом: пациент чувствует себя жестоко и несправедливо критикуемым ребенком.

Новое понимание *контрпереноса*, достигнутое в психоаналитическом сообществе, является отражением накопленных терапевтами клинических знаний и откровений теоретиков, пишущих о своих внутренних реакциях на пациентов. В Соединенных Штатах можно выделить Гарольда Сирлза, откровенно описавшего естественные контрпереносные бури в статье 1959 года (статья посвящена попыткам психотиков вывести терапевта из себя). В Британии Дональд Вуд Винникотт стал известен своими самыми смелыми самораскрытиями (например, в хорошо известной статье 1949 года “Ненависть в контртрансфере”). Фрейд рассматривал сильную эмоциональную реакцию на пациента как свидетельство неполного знания аналитика о самом себе, а также как свидетельство неспособности поддерживать эффективно позитивное, врачебное отношение к другой присутствующей личности.

Вразрез с этой привлекающей своей рациональностью позицией аналитики, работавшие с психотическими клиентами и теми пациентами, кого мы сейчас назвали бы пограничными, сделали наблюдение, что

наилучшим средством для понимания этих переполненных чувствами, дезорганизованных, отчаянных, мучающихся людей была их собственная интенсивная обратная реакция контрпереноса.

В этом русле Генрих Ракер (Heinrich Racker, 1968), южноамериканский аналитик, находившийся под влиянием Кляйн, предложил клинически бесценные категории *согласующегося (конкорданного)* и *дополняющего (комплементарного)* контрпереноса. Первый термин обозначает ощущение (эмпатическое) терапевтом того обстоятельства, что пациент, будучи ребенком, чувствовал по отношению к раннему объекту; второй термин обозначает, что чувства терапевта (неэмпатичные, с точки зрения клиента) соответствуют переживаниям объекта по отношению к ребенку.

Например, мне казалось, что один из моих пациентов никуда не продвигался на протяжении нескольких встреч. Я заметила, что всякий раз, упоминая кого-либо, он делал своего рода словесную “сноску”, например: “Маргарет – это секретарь с третьего этажа, вместе с которой я был на ленче во вторник”, даже если он очень часто говорил о Маргарет раньше. Я сделала ему замечание по поводу этой привычки, спросив, не было ли в его семье кого-либо, кто слушал его не очень внимательно: мой пациент предполагал, что я не помнила никаких важных фактов из его текущей жизни.

Он сердито протестовал. Его родители очень интересовались им, особенно его мать. Затем пациент начал долго защищать свою мать. В процессе этой защиты я начала, на деле даже не замечая этого, чувствовать себя утомленной. Внезапно, я поняла, что не слышала ничего из того, что он говорил в течение нескольких минут. В это время я фантазировала, как буду представлять свою работу с ним в качестве истории болезни кому-либо из именитых коллег, о том, какое впечатление произведет на них мой отчет благодаря моему мастерству. Когда я очнулась от этих нарцисстических раздумий и снова начала слушать пациента, меня привлек тот факт, который он приводил в защиту своей матери, а именно: всякий раз, когда он принимал участие в школьной пьесе, мать шила ему самый лучший костюм, снова и снова репетировала с ним каждую строчку диалога, сидела в первом ряду в день выступления, всем своим видом излучая гордость.

В своей фантазии я стала поразительно похожа на мать пациента в его детские годы, видя в нем лишь потенциальную возможность повысить собственную репутацию. Ракер назвал бы подобный контрперенос дополнительным, поскольку мое эмоциональное состояние повторяло состояние важного объекта из детства пациента. Если бы я, напротив,

нашла себя чувствующей предположительно то же самое, что и мой пациент в детстве – меня рассматривают в основном лишь как средство повышения собственной самооценки (равновероятный результат в эмоциональной атмосфере, сложившейся между нами) – тогда мой контрперенос можно было бы рассматривать как согласующийся.

Этот процесс бессознательной индукции эмоциональных состояний, сравнимых с воспринятыми (ассимилированными) в раннем младенчестве, может показаться довольно мистическим. Но на данный феномен можно смотреть и с вполне с рациональной точки зрения. Давайте вспомним, что общение между младенцем и другими людьми в большинстве своем невербально. Люди, имеющие дело с детьми, узнают об их потребностях на основании эмоциональных, интуитивных реакций. Невербальные коммуникации могут быть невероятно мощными, и каждый, кто имел дело с новорожденными, был тронут до слез или неожиданно влюблялся, может подтвердить это. Аналитическая теория предполагает: всякий раз, входя в контакт, мы прибегаем к нашему опыту раннего младенчества, предшествующему и предвосхищающему формальное, логическое общение, которое мы с легкостью облекаем в слова. Феномен *параллельных процессов* (Ekstein & Wallerstein, 1958), проистекающий из тех же эмоциональных и довербальных источников, был обширно документирован в клинической литературе по супервидению.

Такое превращение контрпереноса из препятствия в достоинство представляет собой один из наиболее значительных вкладов теории объектных отношений (Ehrenberg, 1992). Спустя некоторое время было осознано чрезвычайное значение контрпереноса для правильной оценки структуры личности. Диагностическое использование эмоциональных реакций интервьюера на клиента еще не нашло должного отражения в учебниках по диагностике (за исключением MacKinnon & Michel, 1971). В признании той степени, в которой использование “иррациональных” контрпереносов должно помогать постановке диагноза, еще существует излишняя щепетильность. Этому аспекту я и попыталась уделить должное внимание.

Сэлф-психология

Теория не только оказывает влияние на практику, но также подвержена и обратному влиянию. Когда достаточное количество терапевтов столкнулось с психологическими проблемами, которые неадекватно

отражались господствовавшими моделями, пришло время для изменения парадигмы (Kuhn, 1970; Spence, 1987). К началу 1960-х годов практики стали сообщать о том, что проблемы их пациентов не всегда хорошо описывались на языке современных теорий: суть жалоб людей, ищущих излечения, не всегда сводилась к проблемам, связанным с инстинктивными желаниями и препятствиями на их пути (теория драйвов), или к негибкому функционированию некоторых защит против тревоги (Эго-психология), или к активизации внутренних объектов, от которых пациент неадекватно сепарировался (теория объектных отношений). Сведение к таким понятиям было возможно, но при этом данному процессу недоставало лаконичности и объяснительной мощи, присущим хорошим теориям.

Вместо переполненности бушующими примитивными интроектами (что было столь хорошо описано теорией объектных отношений) эти люди жаловались на пустоту – скорее на отсутствие внутренних объектов, чем на охваченность ими. Они были лишены чувства внутреннего направления и надежных ориентирующих ценностей, они обращались к терапии, чтобы обрести смысл жизни. Внешне они могли казаться очень самоуверенными, но внутренне находились в постоянном поиске подтверждений того факта, что их принимают, любят или ценят. Даже в тех случаях, когда проблемы, о которых говорили клиенты, имели другой локус, можно было обнаружить внутренние сомнения в собственной ценности и неустойчивость самоуважения.

Люди с подобной хронической потребностью во внимании со стороны окружающих классифицировались аналитиками как нарциссические, даже если они не подходили под стереотип “фаллического” нарцисстического характера (высокомерного, тщеславного, обаятельного), описанного Райхом. У интервьюера они вызвали контртрансферный интерес не к их напряженности, а к той скуке, нетерпению и чувству неопределенного раздражения, которое они в нем возбуждали. Люди, лечившие таких пациентов, говорили, что испытывали чувство незначительности, ощущение того, что их не видят, недооценивают либо переоценивают. Они не чувствовали, что их ценят за попытки оказать помощь другому человеку. Наоборот, казалось, их рассматривают как легко заменяемый источник эмоционального наполнения или опустошения.

Складывалось впечатление, что проблемы подобных пациентов заключались в их чувствах относительно того, кто они такие, каковы их ценности и что поддерживает их самоуважение. Они иногда могли говорить, что не знают, кто они такие, и что для них имеют значение только уверения в том, что они сами что-то значат. Эти пациенты часто вовсе не

казались действительно “больными” с традиционной точки зрения (контролировали свои импульсы, обладали достаточной силой Эго, стабильностью в межличностных отношениях и так далее), но они не ощущали радости от своей жизни и от того, кем являются.

Некоторые аналитики считали подобных пациентов не подлежащими лечению, поскольку цель развития собственного “Я” является намного более грандиозной, чем изменение или переориентация уже существующего собственного “Я”. Другие исследователи работали над созданием новых моделей, благодаря которым таких пациентов можно было бы лучше понять и, следовательно, более эффективно лечить. При этом некоторые ученые оставались в рамках существовавших моделей (например, Эриксон и Ролло Мей внутри Эго-психологии, Кернберг и Мастерсон внутри теории объектных отношений); другие искали нечто новое. Так, Карл Роджерс (Rogers, 1951, 1961) вышел за пределы традиций психоанализа и развил теорию и терапию, которые утверждали понятия развивающегося собственного “Я” и самоуважения в качестве основных.

Внутри теории психоанализа Хайнц Кохут сформулировал новую теорию собственного “Я”: развития, возможных нарушений и лечения. Среди других процессов он выделял нормальную потребность в идеализации, а также допускал возможность выводов относительно взрослой психопатологии в тех случаях, когда процесс взросления проходил без объектов, которые могли быть первоначально идеализированны, а затем постепенно и безболезненно деидеализированы. Вклад Кохута (Kohut, 1971, 1977, 1984) оказался полезен не только тем, что он искал новые пути понимания и помощи нарцисстическим клиентам. Он также способствовал общей переориентации на рассмотрение пациентов в терминах сэлф-структур, представлений о собственном “Я” (сэлф-репрезентаций), образов самого себя и понимания того, как самоуважение становится зависимым от внутренних процессов. Понимание пустоты и мучений тех, кто не имеет надежного супер-Эго, заняло свое место рядом с состраданием, которое аналитики уже давно испытывали к тем, чье супер-Эго было чрезмерно жестким.

Работа Кохута и ее влияние на других авторов (Alice Miller, Robert Stolorow, George Atwood, Arnold Goldberg, Sheldon Bach, Paul и Anna Ornstein, Ernest Wolf), общий настрой на переосмысление вопросов психологии, который он задал, имели важное значение для диагностики, несмотря на то, что, как отмечалось ранее, традиционный процесс оценочного интервью многими сэлф-психологами воспринимался с подозрением.

Этот новый путь осмысления клинического материала обогатил психоаналитическую теорию языком собственного “Я” (сэлф) и подтолкнул исследователей к попыткам понять объемы сэлф-переживаний. Терапевты стали замечать, что даже у тех пациентов, которых в общем нельзя было рассматривать как явно нарциссических, можно было наблюдать действие механизмов, направленных на поддержание самоуважения, чувства связанности и непрерывности сэлф-функции, которым ранее в литературе не придавалось большого внимания. Защита была переосмыслена не только как средство против тревоги, вызванной Ид, Эго и супер-Эго, но также как способ поддержания непротиворечивого, позитивного чувства собственного “Я” (Goldberg, 1990a). Теперь интервьюеры могли понять пациента более полно, задаваясь в дополнение к традиционным вопросам (“Чего боится этот человек? Что он делает в случае испуга?” [Waelder, 1960]) еще и такими вопросами, как: “Насколько уязвимо самоуважение этого человека? Что он делает, когда его самоуважению что-либо угрожает?”

Следующий клинический пример может доказать целесообразность подобного дополнения к теории. Двое пациентов могут быть клинически депрессивными и при этом имеют практически одни и те же вегетативные проявления: бессонницу, нарушение аппетита, слезливость, психомоторную заторможенность и так далее. Но они радикально различаются по своим субъективным переживаниям. Один ощущает себя *плохим* в смысле своего морального несовершенства. Он размышляет о самоубийстве, поскольку полагает, что его существование только обостряет проблемы мира и он лишь сделает планете одолжение, избавив ее от своего дурного влияния. Другой же ощущает себя не столько аморальным, сколько внутренне *пустым*, дефективным, безобразным. Он тоже думает о самоубийстве, но не для того, чтобы улучшить мир, – он не видит в этой жизни смысла. Первый испытывает жгучее чувство вины, второй – всеохватывающий стыд (Blatt, 1974). На языке теории объектных отношений первый переполнен интернализированными объектами, говорящими ему, что он плох; второй лишен интернализированных объектов, которые могли бы направить его.

Диагностическое различие между первым типом депрессии, который в психоаналитической литературе иногда называется “меланхолия”, и вторым, более нарциссическим истощенным состоянием психики, очень важно в силу практических причин. Первый тип депрессивного клиента не будет отвечать открыто симпатизирующему, подбадривающему тону интервьюера; он будет считать, что его приняли за человека более

достойного, чем он есть на самом деле, и будет еще более угнетен. Второй тип депрессивного человека испытает чувство огромного облегчения в случае открытого выражения поддержки и понимания; его пустота будет временно заполнена и агония его стыда – смягчена. Позже я подробнее расскажу об этих типах различий. Сейчас следует отметить, что появление сэлф-психологии и ее категорий в психоанализе имело большое значение для диагностики.

Другие вклады психоанализа в оценку личности

В дополнение к теории драйвов, Эго, объектной и сэлф-ориентациям внутри обширного психоаналитического течения существует еще несколько других теорий, которые оказали влияние на наше понимание характера. Они включают в себя (но ими не ограничиваются) идеи Юнга, Адлера и Ранка; “персонологию” Мюррея; “трансактный анализ” Берна; “теорию сценариев” Томкинса; теорию “контроля-овладения” Сэмпсона и Вейсса; эволюционную биологическую модель Славина и Кригмана (Slavin & Kreigman, 1990). Многие терапевты опираются как на эти теории, так и на более общие теории, обрисованные выше. Я буду иногда ссылаться на некоторые из этих парадигм в последующих главах. К тому времени, когда эта книга выйдет в свет, несомненно, появятся приложения теории хаоса, дающей еще один набор моделей и конструкций, освещающих развитие, структуру, функции и нарушенное функционирование личности.

В заключение я хочу подчеркнуть важное значение динамических процессов в характере. Психоаналитические теории делают акцент на динамике, а не на чертах личности. Именно внимание к изменяющимся (осцилирующим) паттернам делает аналитическое понимание более богатым и клинически более уместным, чем те своды признаков, которые можно найти в большинстве руководств и справочников, подобных DSM. Люди предстают организованными в значимых для них *измерениях* и, как правило, демонстрируют качества, выражающие оба полюса любого очерченного в них измерения. Филип Слейтер (Philip Slater, 1970) выразил суть этой идеи, прокомментировав современную литературную критику и биографию:

“Поколения гуманистов восхищались сами и восхищали своих читателей, показывая им “противоречия” и “парадоксы” реальных и вымышленных характеров просто потому, что и определенные черты, и их

противоположности обнаруживались в одном характере. Но на самом деле противоречивые черты всегда сосуществуют, если они хоть сколько-нибудь интенсивны, и вся традиция выкапывания с умным видом парадоксов характера обязана производимым впечатлением лишь психологической наивности читателя”.

Так, люди, испытывающие проблемы по поводу близости, могут быть обеспокоены как близостью в отношениях, так и дистанцированием. При этом люди, наиболее страстно стремящиеся к успеху, часто сильнее всего ему и мешают. Маниакальная личность психологически более подобна депрессивной, а не шизоидной; мужчина, имеющий беспорядочные половые связи, больше похож на того, кто разрешил свои сексуальные проблемы безбрачием, а не на того, для кого сексуальность не является проблемой. Люди сложны, а их противоречивость – не редкость. Аналитическая теория предлагает нам средства помощи нашим клиентам в поиске смысла в кажущейся необъяснимой иронии и абсурдности нашей жизни. Она помогает превратить свои слабости в свои достоинства.

Заключение

Я кратко описала основные современные парадигмы, существующие внутри психоанализа – теорию драйвов, Эго-психологию, теорию объектных отношений, теорию собственного “Я”, – которые открывают пути к пониманию характера людей. Особое внимание было обращено на практические выводы, которые можно сделать, рассматривая людей через эти разные призмы. Кроме того, я также отметила другие влияния на динамическое понимание структуры характера, и связанные с ними терапевтические подходы. Этот обзор лишь намечает очертания картины более чем столетнего интеллектуального брожения, споров и развития теории.

Дополнительная литература

Для тех, кто никогда не читал Фрейда, лучший способ получить представление о теории драйвов в ее развитии – проштудировать “Толкование сновидений” (1900), пропуская части, посвященные современным автору спорам и развитию глобальных метафизических схем. Его “Очерк психоанализа” (1938) дает краткое изложение его поздней

теории, но я нахожу его чересчур сжатым и сухим. Хорошим дополнением послужит работа “Фрейд и человеческая Душа” (Bettelheim, “Freud and Man’s Soul”, 1983). “Элементарный учебник психоанализа” Бреннера (Brenner, “An Elementary Textbook of Psychoanalysis”, 1955) содержателен, но чересчур авторитарен для современного уха; я предпочитаю Холла (Hall, 1954).

Некоторые более современные книги дают исторические обзоры психоаналитической клинической теории. Особенно хороша “Эго-психология: теория и практика” (G.Blanc & R.Blanc, 1974). “Психоаналитическая теория, терапия и сэлф” Гантрипа (Guntrip, 1971) является образцом психоаналитического гуманизма, рассматривает психоаналитическую теорию на фоне ее развития, так же как и хорошо написанная работа Саймингтона (Symington, 1986). Хьюджес (Hughes, 1989) изящно изложил идеи Кляйн, Винникотта и Фейербейрна. Фромм-Райхманн (Fromm-Reichmann, 1950) и Левензон (Levenson, 1972) являются яркими представителями американского интерперсонализма. Гринберг и Митчелл (Greenberg и Mitchell, 1983) проницательно сравнивают теорию драйв-конфликт и теорию отношений.

Среди источников по сэлф-психологии “Анализ собственного “Я” Кохута (Kohut, “The Analysis of the Self”, 1971) наиболее труден для восприятия начинающего, но “Воссоздание собственного “Я” (“The Restoration of the Self”) намного легче. Обзор и критическая интерпретация развития сэлф-психологии Чессика (Chessick, 1985) будет весьма полезна. “Контексты бытия” (Stolorow & Atwood, “Contexts of Being”, 1992) – популярное введение в интерсубъективный подход.

В качестве введения в теорию контроля-овладения может послужить книга “Как работает психотерапия” (Joseph Weis, “How Psychotherapy Works”, 1993). Наиболее сжатым и ясным обзором развития психоаналитической теории личности является, возможно, эссе Вестена “Руководство по теории и исследованию личности” (Westen, “Handbook of Personality Theory and Research”, 1990). Обе последние книги Фреда Пайна (Fred Pine, 1985, 1990) представляют собой выдающийся пример интеграционизма.

3. Уровни развития организации личности

Эта глава будет сфокусирована на проблемах созревания, способных оказать влияние на организацию характера человека, а именно: на том аспекте личностной структуры, который вслед за Фрейдом обычно называют *фиксацией*. Я исследую последствия возможной фиксации на трех уровнях психологического развития. Сейчас же позвольте мне сформулировать основную диагностическую предпосылку данной работы: *сущность структуры характера не может быть осознана без понимания двух различных и взаимодействующих друг с другом измерений – уровня развития личностной организации и защитного стиля внутри этого уровня*. Первое измерение отражает уровень индивидуации пациента или степень патологии (психотический, пограничный, невротический, “нормальный”); второе обозначает тип характера человека (параноидный, депрессивный, шизоидный и так далее).

Мой близкий друг, человек далекий от психотерапии, никак не мог для себя уяснить, зачем люди тратят время, выслушивая проблемы других людей, и пытался понять, для чего я пишу эту книгу. “Мне кажется, – говорил он, – все очень просто. Существует всего лишь две категории людей: первые – психи, вторые – не- психи”. Я отвечала, что в психоаналитической теории, которая предполагает, что все мы до некоторой степени иррациональны, необходимо ответить на два основных вопроса: (1) “Насколько психи?” и (2) “В чем конкретно психи?” В главе 2 я кратко указывала, что, хотя большинство аналитических диагностов сейчас рассматривает этапы развития ребенка с меньшим акцентом на драйвы, отличаясь этим от Фрейда, психоаналитики никогда всерьез не подвергали сомнению три его положения: (1) существующие психологические проблемы являются отражением своих младенческих предшественников; (2) взаимодействия в ранние годы создают шаблон более позднего восприятия жизненного опыта, и мы бессознательно понимаем его в соответствии с категориями, которые были важны в детстве; (3) идентификация уровня развития личности – это кардинально важная часть нашего понимания характера человека.

Интересно, что, несмотря на все ревизии, в психоаналитической теории развития продолжают оставаться все те же три фазы инфантильной* психологической организации: (1) первый год и половина второго года жизни (оральная фаза по Фрейду); (2) промежуток от

полутора-двух лет до трех лет жизни (анальная фаза по Фрейду); (3) время между 3—4 и, примерно, 6-ю годами жизни (эдипова фаза по Фрейду). Приблизительность этих стадий отражает индивидуальные различия детей; последовательность всегда одна и та же, даже если ребенок опережает или отстает в развитии.

Многие теоретики обсуждали задачи, решаемые на этих фазах либо с уклоном в сторону драйвов и защит, либо в сторону развития Эго, либо в сторону образов собственного “Я” и других аспектов, свойственных этим фазам. Некоторые – Даниэль Стерн (Daniel Stern, 1985) – подвергали существующие теории развития серьезной критике, опираясь на современные данные о развитии детей. Тем не менее, клиническая уместность некоторых концепций психологических стадий, по всей видимости, гарантирует их выживание. Гертруда и Робин Бланк (G. & R. Blanck, 1974, 1979, 1986) проявили особенную виртуозность при переводе концепций развития в создаваемые терапевтические приложения. Недавние попытки Филлис и Роберта Тайсонов синтезировать психоаналитические теории развития (Phyllis Tyson & Robert Tyson, 1990) отличаются легкостью восприятия. В рамках данного вводного курса я буду в основном проводить синтез идей Эрика Эриксона и Маргарет Малер, которые исследовали созревание способностей детского Эго и параллельное ему развитие у ребенка переживания объектов и собственного “Я”.

К своему удовлетворению, я не обнаружила (и я нахожусь здесь в хорошей компании, посмотрите, например, исследование Маслинга [Masling, 1986]), чтобы люди с некоторыми “оральными” качествами были подвержены более сильной психопатологии, чем те, кого аналитики рассматривали как анальных или эдиповых. Хотя названия, данные Фрейдом этим трем первым фазам развития в соответствии с присущими им драйвами, содержат в себе много интуитивно притягательного и коррелирующего в некоторой степени с *типами* личности (депрессивные люди любого уровня психического здоровья склонны к оральным проявлениям; компульсивные люди общеизвестно анальны по своей направленности, независимо от того, представляет их компульсивность для них проблему или нет). Я уже упоминала о неудачных попытках Карла Абрахама связать степень психопатологии с типом “драйв-организации”. После Абрахама никому не удалось проделать это с достаточной убедительностью.

И все же, действительно *существуют* солидные клинические и эмпирические данные (L.Silverman, Lachmann & Milich, 1982), свидетельствующие в пользу наличия связи между уровнем развития Эго и

различением “Я – другие”, с одной стороны, и здоровьем или патологией организации личности, с другой. До некоторой степени эта корреляция происходит из способа введения определений и потому тавтологична; то есть, оценить уровни развития Эго и объектных отношений как примитивные значит назвать пациента “больным”, в то время как рассмотрение кого-либо как обсессивного или шизоидного не обязательно свидетельствует о патологии. Но такой способ определения психологического здоровья или нарушения, основанный на категориях Эго-психологии, теории объектных отношений и сэлф-психологии, имеет глубокие клинические последствия для всех типов характера. Далее следует короткий экскурс в историю психоаналитических попыток провести различие между людьми, базируясь на степени, или “глубине”, их затруднений, а не на *типе* личности.

Исторический контекст: диагностика уровня патологии характера

В XIX веке до появления описательной психиатрии распознавали несколько форм душевных заболеваний, с некоторой частотой встречавшихся у людей в “цивилизованном мире”. Возможно, большинство наблюдателей проводили различие между здоровьем и нездоровьем примерно так же, как мой приятель – между “психами” и “непсихами”. Здоровые люди более или менее соглашались друг с другом по поводу того, что составляет реальность; нездоровые уклонялись от этого соглашения.

Считалось, что мужчины и женщины с истерическими состояниями, фобиями, обсессиями, компульсиями, маниакальными или депрессивными тенденциями меньшей интенсивности, чем та, которую мы сейчас рассматривали бы как психотическую, имеют психологические трудности, не сильно отличающиеся от полного здоровья. Люди с галлюцинациями, иллюзиями и нарушениями мышления считались больными. Личности, которых мы сегодня назвали бы асоциальными, считались “морально безумными” (Prichard, 1835), но остающимися в ментальном контакте с реальностью. Эта довольно грубая классификация выжила в категориях нашей судебной медицины, уделяющей особое внимание тому обстоятельству, мог ли человек, которого обвиняют в преступлении, оценить реальность в момент совершения преступления.

Диагнозы Крепелина: невроты и психозы

Эмиль Крепелин (1856—1926) обычно считается отцом современной диагностической классификации, где он попытался тщательно исследовать тех, кто страдал от эмоциональных расстройств и нарушений мышления, с целью выявления общих синдромов и общих характеристик. Кроме того, он разработал теории их этиологии, выделяя экзогенные (излечимые) и эндогенные (неизлечимые) расстройства (Kraepelin, 1913). Интересно, что он относил маниакально-депрессивный психоз к первой категории, а шизофрению, – тогда известную как “*dementia praecox*” (“раннее слабоумие”) и считавшуюся органическим повреждением мозга, – к последней. “Лунатиков” стали трактовать как больных, страдающих от одного из нескольких возможных описанных недугов.

Фрейд перенял многие термины Крепелина, описывающие ментальные и эмоциональные заболевания, но пошел дальше простого описания и установления простейших закономерностей – к более умозрительным теоретическим формулировкам. Наряду с другими достоинствами теория развития Фрейда использовала сложные эпигенетические объяснения, в отличие от простых внутренних или внешних вариантов причинности Крепелина. И все же, Фрейд стремился рассматривать психопатологию в рамках имевшихся тогда категорий. Так, если человек страдал обсессиями (например, пациент Фрейда “Человек-Волк” [Freud, 1918; Gardiner, 1971]), он описывал его как пациента, страдающего обсессивно-компульсивным неврозом. К концу своей деятельности Фрейд стал различать состояние обсессии у человека, в остальном необсессивного, и обессию как часть обсессивно-компульсивного характера. Но лишь более поздние аналитики (Eissler, 1953; Нопер, 1990) провели различия, которые являются темой этой главы, различия между: (1) обсессивным человеком, который страдает бредом и использует мысленные повторы во избежание полной психологической декомпенсации; (2) человеком, чья обсессия есть часть общей пограничной структуры личности (“Человек-Волка”); (3) обсессивной личностью с нормально-невротической организацией личности.

До появления в середине XX века категории “пограничный” терапевты, находившиеся под влиянием психоанализа, следовали за Фрейдом, проводя различия только между невротическими и психотическими уровнями патологии. Первый характеризовался полным пониманием реальности, второй – потерей контакта с ней. Невротическая женщина где-то внутри себя признавала, что проблема заключена в ее собственной голове; психотик полагал, что это с миром не все в порядке. Когда Фрейд выдвинул свою структурную модель психики, данное

различие приняло форму комментария к личностной психологической инфраструктуре: невротики считались страдающими от того, что их Эго-защиты были чересчур механическими и негибкими и отрезали их от энергии Ид, которая могла быть творчески использована; психотиков же рассматривали как больных, страдающих от того, что защиты были чересчур слабы, оставляя их беспомощно затопленными примитивными силами Ид.

Различение невротического и психотического имело важные клинические приложения. Некоторые из них до сих пор преподаются в наиболее простых формах в некоторых медицинских учреждениях. Сущностью клинического применения такой нозологии, когда оно подкреплено фрейдовской структурной моделью психики, стала терапия с невротиком, направленная на смягчение его защит и на получение доступа к Ид, чтобы его энергия могла быть высвобождена для более конструктивной деятельности. Напротив, терапия с психотическим пациентом должна была быть нацелена на упрочнение защит, чтобы справляться с примитивными прорывами, а также на развитие способности более легкого переживания реальных стрессовых обстоятельств, на улучшение тестирования реальности и оттеснение бурлящего Ид обратно в бессознательное. Все было так, как если бы невротик стал подобен горшку в печи со слишком плотно закрытой крышкой, и задача терапевта состояла бы в том, чтобы дать пару выйти, в то время как “психотический горшок” выкипал, и терапевту необходимо было закрыть крышку покрепче и уменьшить огонь.

Многие учащиеся стали свидетелями того, как супервизор рекомендовал атаковать защиты, если пациент был более здоров, и поддерживать их в ситуациях с шизофрениками и другими психотиками. С появлением антипсихотических лекарств эта формулировка послужила широкому распространению тенденции не только к медикаментозному лечению, – зачастую компенсаторному ответу на психотические уровни беспокойства, – но и к формированию убеждения, что медикаментозное лечение может быть решением проблемы и его необходимо проводить в течение всей жизни. Никто не захочет осуществлять с потенциально психотическим пациентом терапию, которая может оказаться “нерадикальной”: это расшатало бы хрупкие защиты пациента и отбросило бы его снова на предыдущую стадию. В общем, такое осмысление степени патологии небесполезно; оно указало пути развития различных подходов к различным типам проблем. Но подобный подход далек от осмысленного и идеального для клинических нюансов. Любая теория переупрощает, но

противопоставление невротик-психотик, даже вместе с элегантными структурными подкреплениями Фрейда и их терапевтическими применениями, предлагает только начало полезного диагноза. Эта модель носит чересчур общий характер, чтобы позволить чуткому практику вывести из нее какую-либо специфическую идею относительно того, какой тип человеческих взаимоотношений окажется терапевтическим для того или иного человеческого типа.

Диагностические категории Эго-психологии: симптоматический невроз, невротический характер, психоз

Постепенно в психоаналитическом сообществе в дополнение к различию между неврозами и психозами стало появляться различие степени нарушения адаптации *внутри* невротических категорий, а не просто типов психопатологии. Первым клинически важным событием этого плана стало проведение различия между “симптоматическим неврозом” и “неврозом характера” (W.Reich, 1933). Исходя из своего профессионального опыта, терапевты пришли к заключению, что было бы полезно различать пациентов с локальными неврозами и людей с характером, определяющимся невротическими паттернами. (Это различие по-прежнему находит отражение в DSM, где состояния, названные “нарушениями” [disorder], зачастую являются тем, что аналитики традиционно называли неврозами, а состояния, охарактеризованные как “расстройства личности” [personality disorder], напоминают старую аналитическую концепцию невротического характера).

Для оценки того факта, имеют ли они дело с симптоматическим неврозом или же с проблемой характера, терапевтов учили в ходе интервью с пациентом, имевшим жалобы невротического уровня, узнавать:

1. Имеем ли мы дело с очевидным новообразованием проблемы, или же она существовала в той или иной степени все время, сколько помнит пациент?

2. Имело ли место резкое возрастание тревоги у пациента, относящееся к невротическим симптомам, или же наблюдалось постепенное ухудшение его общего состояния?

3. Пациент сам выразил желание обратиться за лечением, или же другие (родственники, друзья, юридическая инстанция и т.п.) направили его?

4. Являются ли симптомы пациента чуждыми Эго (пациент рассматривает их как проблематичные и иррациональные), или же они Эго-синтонны (рассматриваются пациентом как единственно возможные реакции на текущие условия жизни)?

5. Адекватна ли способность личности видеть перспективу своих проблем (“наблюдающее Эго” в аналитическом жаргоне) развитию альянса с терапевтом в борьбе против проблематичных симптомов, или же пациент рассматривает интервьюера как потенциально враждебного или магического спасителя?

Первая альтернатива в каждой из вышеупомянутых возможностей, предположительно, может являться свидетельством симптоматических проблем, вторая – проблем характера (Nunberg, 1955). Ценность этого различия заключена в выводах для практики и прогноза. Если клиент страдает от невротического симптома, то можно предположить, что нечто в его текущей жизни активизировало бессознательный инфантильный конфликт и пациент использует для его решения неподходящие методы, которые могли быть наилучшими из тех, что имелись в детстве, но теперь создают проблем больше, чем решают.

Задачей в таком случае становится определение конфликта, помощь пациенту в переживании связанных с ним эмоций, разработка новых решений для работы с ним. Прогноз был бы благоприятным, и лечение необязательно предполагало бы долгие годы работы (Menninger, 1963). В процессе терапии следовало бы ожидать также создания атмосферы взаимности, когда могут появиться сильные переносные (и контрпереносные) реакции, хотя обычно они проявляются в контексте более сильной степени реалистичного сотрудничества.

Если трудности пациента более удачно концептуализируются как трудности, выражающие проблемы характера или личности, то терапевтическая задача окажется более сложной, настоящей, ее решение займет больше времени, а прогноз будет более сдержанным. Конечно, это лишь общее соображение, что установка на личностные изменения очевидно порождает больше трудностей, чем просто оказание помощи в избавлении от неадаптивных реакций на конкретную стрессовую ситуацию. Однако аналитическая теория намного опередила общепринятые взгляды на то, чем работа с базовым характером человека отличается от работы с симптомом, не укорененным в личности.

Во-первых, то, чего хочет пациент (немедленного освобождения от страдания) и то, что терапевт считает необходимым для окончательного

выздоровления пациента и повышения его сопротивляемости будущим трудностям (переструктурирования личности), воспринимается пациентом как цель. В условиях, когда цели пациента и концепция аналитика относительно реального достижения целей различаются, для исхода терапевтических отношений становится критически важной *образовательная роль* аналитика. В задачу терапевта входит прежде всего сообщение пациенту своего видения проблемы. На психоаналитическом жаргоне это называется “сделать Эго-дистонным то, что было Эго-синтонным”.

Однажды ко мне пришел 30-летний бухгалтер — для “достижения большей сбалансированности” в своей жизни. Воспитанный так, чтобы быть надеждой своей семьи, облеченный миссией компенсирования провалившихся амбиций отца, он был одержим работой до безумия. Молодой человек испугался, что теряет драгоценные годы общения со своими подрастающими детьми, заниматься с которыми он мог позволить себе, только прекратив безжалостно подталкивать себя на работе. Он хотел, чтобы я разработала с ним “программу”, согласно которой можно было бы тратить некоторое количество времени в день на упражнения, некоторое количество – на игру со своими детьми, еще некоторое время – на занятия своим хобби, и так далее. Предполагаемая программа отводила определенное количество времени для общественной работы, телевизора, готовки, работы по дому и занятий любовью с женой.

На встречу, последовавшую за нашим первоначальным интервью, он принес образец расписания, где все было детализировано. Он полагал, что если бы я помогла ему провести эту программу в жизнь, его проблемы были бы решены. Моя первая задача состояла в том, чтобы показать: его решение явилось частью проблемы, он подошел к терапии с такой же одержимостью, как будто это была другая работа. Я сказала ему, что он очень хорошо умеет *делать* что-либо, но, очевидно, не имеет опыта просто *быть*. Он понял эту идею интеллектуально, но не имел никакого эмоционально яркого воспоминания о более непринужденной жизни, и относился ко мне со смесью надежды и скептицизма. Хотя простой рассказ своей истории на короткое время и облегчил его депрессию, я считала, что ему нужно принять тот факт, что во избежание подобных проблем в будущем, ему необходимо осознать и переосмыслить основные предпосылки своей жизни.

Во-вторых, работая с пациентом, чей характер в основе своей является невротическим, не следует считать само собой разумеющимся быстрое появление “рабочего альянса” (Greenson, 1963). Вместо этого следует

создать условия, при которых он может развиваться. Концепция *рабочего или терапевтического альянса* относится к сотрудничеству в работе между терапевтом и клиентом, уровень которого сохраняется несмотря на сильные и часто негативные эмоции, нередко проявляющиеся в ходе лечения. Хотя ее статус как статус метапсихологического конструкта подвергался сомнениям (Rawn, 1991), концепция рабочего альянса имеет реальное значение для большинства психоаналитических клиницистов и очень полезна для оценки того, что происходит между ними и их разнообразными клиентами.

Пациенты с симптоматическим неврозом становятся на сторону терапевта против создающей проблему *части* самих себя; для определения перспективы совместной работы не требуется много времени. В противоположность им, люди, постигающие совершенно новый взгляд на свою личность и чьи проблемы являются в большой степени частью их целостности, будут скорее чувствовать себя одинокими и атакуемыми терапевтом. Недоверие неизбежно, и его следует терпеливо выносить обеими сторонами до тех пор, пока терапевт не завоеует доверие клиента. У некоторых пациентов этот процесс занимает больше года. Очевидно, что терапия будет совершенно иной в случае, когда сотрудничество только создается, чем в тех ситуациях, когда оно уже существует.

В-третьих, можно ожидать, что процесс терапии, если мы имеем дело с проблемой характера, а не симптома, будет менее возбуждающим, приятно радующим и драматическим. Каковы бы ни были фантазии терапевта и пациента по поводу необыкновенных захватывающих подавленных воспоминаний и бессознательных конфликтов, они должны будут удовлетвориться намного более прозаичным процессом – трудным распутыванием всех нитей эмоционального узла, а также медленным вырабатыванием иных путей мышления и обращения с чувствами.

В развитии нарушений личности, в противоположность проявлениям невротических реакций на определенные стрессы, выделяются длительно существующие паттерны определения, научения и повторного подкрепления. При травматической этиологии скорее всего имеет место повторное травмирование, а не единичный эпизод неассимилированной, неоплаканной травмы, как нас пытались убедить в ранних Голливудских фильмах, изображавших психоаналитическую терапию*. Следовательно, можно ожидать, что обеим сторонам придется иметь дело с приступами скуки, нетерпеливости, раздражения и деморализованности – и пациенту, выражая их без страха критики, и терапевту, используя их для увеличения эмпатии пациенту, решающему такую трудную и долговременную задачу.

Это различие невротических симптомов и невротической личности все еще имеет значительное применение. “Психотерапия невротического характера” Дэвида Шапиро (David Shapiro, 1989) – хороший пример современного и последовательного изложения концепции патологии характера и того, что можно ожидать при ее последовательном лечении. Автор продолжает давнюю психоаналитическую традицию, начавшуюся с Райха и продолженную Феничем и другими, рассматривая характер в контексте Эго-психологии и используя ее концепции применительно к людям со зрелыми, но негибкими защитами, помогая им расслабиться и развить более творческие и эффективные способы реакций на требования жизни.

В течение долгого времени категории симптоматического невроза, невроза характера и психоза являлись основными конструкциями, при помощи которых диагносты понимали различия между людьми по степени тяжести нарушений. Невроз был наименее тяжелым состоянием, нарушение личности – более серьезным, а психотическое нарушение – самым мрачным. Данные формулировки сохраняли старое различие между “здоровыми” и “больными”, при этом категория “здоровых” включала в себя две возможности: невротические реакции и невротически структурированную личность. Однако с течением времени для сообщества специалистов по душевному здоровью стало очевидно, что такая общая схема является неполной и вводит в заблуждение.

Одним из недостатков такой классификации стало заложенное в ней предположение, что все проблемы характера, по определению, более патологичны, чем неврозы. Подобное допущение все еще разделяется, например, в DSM, где критерии диагноза большинства синдромов в разделе “Нарушения личности” включают в себя значительные функциональные нарушения. Опытные терапевты подтвердят, что некоторые связанные со стрессами реакции невротического уровня намного более разрушительны, с точки зрения способности личности функционировать, чем, скажем, некоторые нарушения личности истерического или обсессивного характера.

Сложность этого вопроса увеличивается еще и тем, что существует другое измерение проблемы: некоторые нарушения характера выглядят *слишком* серьезными и примитивными, чтобы их можно было бы со всеми основаниями назвать “невротическими”. В такой линейной системе классификации, состоящей из трех частей, не существует способа проведения различий между нарушениями характера, которые относительно мало выводят человека из строя, и теми, что вызывают

действительно мрачные последствия. Проблема может быть характерологической, но принадлежать к любому уровню сложности.

Граница между доброкачественными “чертами” личности и мягкими “нарушениями” достаточно размыта; на другой стороне континуума некоторые нарушения характера в течение долгого времени понимались как содержащие такие существенные деформации Эго, что они оказывались ближе к психозам, чем к неврозам. Например, социопатию, как и то, что сегодня расценили бы как наиболее серьезную степень нарциссической патологии, иногда считали вариантами человеческой индивидуальности. Но до совсем недавнего времени существовала тенденция рассматривать эти явления как особые случаи ненормальности, находящиеся за пределами того, что поддается терапевтическому вмешательству и не помещающиеся в континуум от невротического характера до психотического нарушения.

Диагноз с точки зрения объектных отношений: пограничная психопатология

Даже в конце XIX века некоторые психиатры замечали, что у них имеются пациенты, которые, по-видимому, заселили “пограничную землю” между здоровьем и болезнью (Rosse, 1890). В середине XX века стали появляться идеи о личностной организации, предполагающие существование промежуточной зоны между неврозами и психозами. Так, Хелен Дойч (Helene Deutsch, 1942) предложила концепцию “как будто личности” для подгруппы людей, которых мы сейчас рассматривали бы как тяжело нарциссических. Хох и Полатин (Hoch и Polatin, 1949) ввели в рассмотрение категорию “псевдоневротической шизофрении”.

В середине 1950-х годов все сообщество специалистов в области душевного здоровья последовало за этими новаторами, неудовлетворенными ограничениями модели невроз-психоз. Многие аналитики начали жаловаться на клиентов, которые, казалось, имели нарушения характера, но в очень странной, хаотической форме. Поскольку они редко или никогда не сообщали о галлюцинациях или бреде, их нельзя было считать психотическими, но, в то же время, у них не было и стабильности и предсказуемости, свойственной пациентам невротического уровня; они казались несчастными на более глубоком и менее понятном уровне, чем невротики. В ходе психоаналитического лечения эти пациенты иногда становились временно психотическими, но за дверями приемной наблюдалась странная “стабильность” их нестабильности. Другими

словами, они были слишком нормальными, чтобы считаться сумасшедшими, и слишком ненормальными, чтобы считаться здоровыми.

Терапевты стали предлагать новые диагностические определения, которые схватывали бы свойства людей, живущих на границе между невротическими и психотическими нарушениями характера. В 1953 году Найт (Knight) опубликовал эссе о “пограничных состояниях”. В том же десятилетии Т.Ф. Майн (T.F. Main, 1957) описывал подобные патологии просто как “нездоровье”. Фрош (Frosch, 1964) предложил для подобных клинических случаев диагностическую категорию “психотического характера”.

В 1968 году Рой Гринкер и его коллеги (Grinker, Werble, & Drye, 1968) провели плодотворное исследование, которое дало эмпирическое обоснование существования “пограничного синдрома” в диапазоне степени тяжести, граничащей с неврозами, с одной стороны, и с психозами, с другой. Гандерсон и Зингер (Gunderson и Singer, 1975) разработали программы исследований, которые продолжили эмпирическую проверку этой концепции, и, в конце концов, благодаря исследованиям и клиническим изысканиям, а также разъяснительной деятельности Кернберга, Мастерсона, Стоуна, концепция пограничного уровня организации личности получила широкое признание в психоаналитическом сообществе.

Хотя сегодня все еще можно услышать ошибочное использование термина “пограничный” по отношению к тому, кто имеет сильный риск психотического срыва, и хотя он покрывает такой широкий диапазон симптомов, что может быть неправильно использован как мусорная корзина для классификации всех “трудных” пациентов, которых почему-то не хочется тщательно диагностировать, этот термин сейчас широко принят как обозначение типа личностной структуры, более тяжелого в своих последствиях, чем невроз, но все же не подверженного продолжительным психотическим декомпенсациям. В 1980 году термин стал достаточно легитимным, чтобы появиться в третьем издании DSM (DSM-III; Американская психиатрическая ассоциация, 1980) как тип нарушения личности*.

Развитие психоаналитической теории объектных отношений придало теоретический смысл большому количеству клинических наблюдений, и ко второй половине XX века большинство аналитически ориентированных практиков, старавшихся помочь клиентам, которых мы сейчас понимаем как пограничных, стали черпать вдохновение и подтверждение из работ членов Американской межличностной группы (American interpersonal

groupe) и Британского движения по объектным отношениям (British object relations movement), которые исследовали ключевые фигуры детства и их интернализированных представителей. Эти теоретики особенно подчеркивали понимание опыта взаимоотношений, привязанности и сепарации пациента: озабочен ли человек симбиотической проблематикой, темой сепарации-индивидуации или сильно индивидуированными мотивами соревнования и личностного определения? Переработка Эриксоном (1950) трех инфантильных стадий Фрейда в терминах *межличностных* задач ребенка, а не просто овладения драйвами, также повлияла на терапевтов середины века: пациентов стало можно описывать как фиксированных на проблеме первичной зависимости (доверие или недоверие), вторичных вопросах сепарации-индивидуации (автономия или стыд и сомнения) или на более углубленных уровнях идентификации (инициатива или вина). Эти концепции стадий психологического развития придали смысл различиям, которые были замечены между психотическими, пограничными и пациентами невротического уровня. Люди психотического статуса казались фиксированными на слитом, досепарационном уровне, на котором они не могли различить, что находится внутри них, а что – вне. Люди в пограничном состоянии предстали как фиксированные на диадической борьбе между тотальным подчинением, которое, как они боялись, уничтожит их идентичность, и тотальной изоляцией, которая была для них идентична травмирующей покинутости. И, наконец, пациенты с невротическими трудностями были поняты как личности, прошедшие сепарацию и индивидуацию, но втянутые в конфликты, например, между вещами, которых желали и которых боялись – их прототипом стала эдипова драма. Такой образ мышления позволил осмыслить многочисленные озадачивающие и деморализующие клинические проблемы и объяснял, почему одна женщина с фобиями, казалось, была привязана к “здоровью” тонкой нитью, другая была странно стабильна в своей фобической нестабильности, а третья, несмотря на наличие фобии, в целом являла образец душевного здоровья.

По поводу этиологии пограничной психопатологии в обширной литературе, посвященной этой теме, как внутри психоаналитической традиции, так и вне ее обнаруживается приводящее в замешательство расхождение воззрений профессионалов. Некоторые исследователи (M. Stone, 1977) подчеркивали конституциональную и неврологическую предрасположенность. Другие (Masterson, 1972, 1976; G. Adler, 1985) видели фокус проблемы в нарушениях развития, особенно на стадии

сепарации-индивидуации, описанной Малер (Mahler, 1971). Третьи (Kernberg, 1975) сделали предположение об отклонении от нормы в отношениях родители-ребенок на ранней стадии детского развития. Некоторые (Mandelbaum, 1977; Rinsley, 1982) указывали на плохое определение границ между членами дисфункциональных семейных систем. Кое-кто (McWilliams, 1979; Westen, 1993) развивал социологические соображения. Недавно появились существенные свидетельства, что травма, особенно инцест, играет намного большую роль в развитии пограничной динамики, чем считалось ранее (Wolf & Alpert, 1991).

Какова бы ни была этиология пограничной организации личности, а она, возможно, чрезвычайно сложна и отличается у каждого человека, практики различных направлений достигли удивительно прочного согласия относительно клинических проявлений проблем в пограничном диапазоне. Когда интервьюер натренирован в том, какую информацию – субъективную и объективную – он должен выявлять и добывать, диагноз структуры характера пограничного уровня может быть подтвержден или опровергнут довольно просто (см. “Структурное интервью” Кернберга, 1984).

Сейчас динамически ориентированные терапевты стремятся дать общую оценку тому обстоятельству, является ли структура личности пациента по сути невротической, пограничной или психотической, так рано, как только это возможно в процессе терапии. Как только первичное различие сделано, предметом терапевтического внимания практика может стать выяснение, к *какому типу* относится данная невротическая, пограничная или психотическая личность. Существует приблизительное согласие относительно того, что следующая формула (несмотря на большое переупрощение) является клинически полезной: *людей, подверженных психозам, можно рассматривать как психологически фиксированных на ранней симбиотической фазе; людей с пограничной личностной организацией следует описывать в терминах их озабоченности проблемами сепарации-индивидуации; людей с невротической структурой можно понять в эдиповых терминах.* Причины, по которым была выработана данная формула и почему она имеет клиническое значение, будут освещены в следующем разделе и в следующей главе.

Специфические измерения спектра “невротик – пограничный – психотик”

В следующих разделах я проведу различие между невротическим,

пограничным и психотическим уровнями организации характера в нескольких аспектах (предпочитаемые защиты, уровень интеграции идентичности, адекватность тестирования реальности, способность наблюдать свою патологию, природа основных конфликтов и особенности переноса и контрпереноса), определяя, как эти абстракции проявляют себя в особенностях поведения и общения в контексте первоначального интервью или в ходе лечения. В главе 4 я исследую некоторые выводы, вытекающие из этих различий, для проведения терапии и ожиданий клинициста и клиента.

Характеристики структуры личности невротического уровня

Ирония современного психоаналитического языка заключается в том, что термин “невротик” сейчас закреплен за людьми настолько эмоционально здоровыми, что они считаются редкими и необычайно благодарными пациентами. Во времена Фрейда этот термин применялся к большинству не органических, не шизофренических, не психопатических и не маниакально-депрессивных пациентов – к большой группе людей с эмоциональными нарушениями, кроме психозов. Многие люди, которых Фрейд описывал в качестве личностей, имеющих невроз или его симптомы, обладали пограничной организацией, а у некоторых были периоды психотической декомпенсации (понимание истерии включало в себя галлюцинаторные переживания, пересекавшие границы реальности). Чем больше мы узнавали о глубине определенных проблем и об их крепком сплетении с матрицей характера личности, тем чаще мы сегодня употребляем термин “невротик” для обозначения очень высокого уровня способности к функционированию – несмотря на некоторые эмоциональные страдания.

Люди, личность которых сейчас была бы описана психоаналитическими наблюдателями как организованная на невротическом уровне, опираются в основном на более зрелые защиты, или защиты второго порядка. При этом они используют также и примитивные защиты, которые, однако, не столь заметны на фоне их общего функционирования и проявляются, как правило, лишь во время необычайного стресса. *Хотя наличие примитивных защит не исключает диагноза структуры характера невротического уровня, отсутствие зрелых защит исключает его.* В частности, в психоаналитической литературе было отмечено, что более здоровые люди используют

вытеснение в качестве своей основной защиты, отдавая ему предпочтение по сравнению с менее дифференцированными способами решения конфликтов, такими, как отрицание, расщепление, проективная идентификация и другие архаические механизмы.

Майерсон (Myerson, 1991) описал, как эмпатичные родители позволяют ребенку в раннем возрасте испытывать сильные чувства и состояния примитивного аффекта без задержки на инфантильных способах обращения с ними. Когда ребенок вырастает, эти могущественные и зачастую мучительные психические состояния отставляются в сторону и забываются – вместо того, чтобы постоянно переживаться вновь, а затем отсекались, расщеплялись или проецировались. Они могут вновь всплыть в ходе длительной и интенсивной терапии, когда аналитик и анализируемый совместно, в безопасных условиях, вызывающих “невроз переноса”, вскрывают, постепенно углубляясь, слои вытесненного. Но все же примитивные аффекты и архаические способы обращения с ними не характерны для личностей невротического диапазона. И даже в ходе глубокого психоаналитического лечения клиент невротического уровня сохраняет некоторые более рациональные, объективные способности среди любых аффективных штормов и связанных с ними напряжений.

Кроме того, личности с более здоровой структурой характера обладают интегрированным чувством идентичности (Erikson, 1968). Их поведение имеет некоторую непротиворечивость, а их внутреннему опыту свойственна непрерывность собственного “Я” во времени. Когда их просят описать себя, они не испытывают затруднений и отвечают неоднозначно. Они способны в общих чертах очертить свой темперамент, ценности, вкусы, привычки, убеждения, достоинства и недостатки вместе с ощущением своей долговременной стабильности. Когда их просят описать других важных людей – их родители или любимых – их характеристики обычно бывают многогранными и показывают понимание сложного, но согласованного ряда свойств, составляющих чью-либо личность.

Люди невротического уровня обычно находятся в надежном контакте с тем, что большинство людей называет “реальностью”. Они не только не знакомы с галлюцинациями или маниакальными интерпретациями опыта (за исключением влияния органики, химии или посттравматических ретроспекций), но они также поражают интервьюера или терапевта сравнительно небольшой потребностью в неправильном, с целью ассимиляции, понимании вещей. Пациент и терапевт субъективно живут в одном и том же мире. Обычно терапевт не чувствует никакого эмоционального давления, заставляющего его ради удовлетворенного

взгляда на жизнь смотреть на нее через искажающие линзы. Некоторая часть того, что привело невротического пациента к необходимости обратиться за помощью, рассматривается им самим как странное. Другими словами, многое в психопатологии для людей с невротической организацией является Эго-дистонным или становится таковым в процессе работы.

Люди невротического диапазона в ходе терапии рано демонстрируют способность к тому, что Стерба (Sterba, 1934) назвал “терапевтическим расщеплением” между наблюдающей и ощущающей частями собственного “Я”. Даже когда их трудности в некоторой степени Эго-синтонны, люди невротического уровня, по-видимому, не требуют от терапевта явного подтверждения правильности своего невротического способа восприятия. Например, параноидная личность, организованная невротически, будет проявлять желание рассмотреть возможность того обстоятельства, что подозрения исходят из некоторой его собственной *внутренней* предрасположенности подчеркивать враждебность намерений других людей. Напротив, параноидные пациенты пограничного и психотического уровней оказывают сильное давление на терапевта с целью признания собственного убеждения, что их трудности имеют внешний характер. Например, по их мнению, терапевт должен признать, что другие способны управлять ими. Более того, без такого подтверждения эти пациенты будут проявлять беспокойство по поводу того, что не чувствуют себя с терапевтом в безопасности*.

Аналогично, компульсивные люди невротического диапазона жалуются, что их повторяющиеся ритуалы – сумасшествие, но они чувствуют тревогу, если пренебрегают им. Компульсивные пограничные и психотические люди искренне полагают, что в какой-то мере защищают себя, компульсивно действуя определенным образом, и очень часто разрабатывают для этого продуманные рационализации. В первом случае пациент поймет предположение терапевта относительно того, что компульсивное поведение в некотором реалистическом смысле не является необходимым, однако во втором случае пациент может сильно расстраиваться из-за того, что терапевт, преуменьшающий важность соблюдения подобных ритуалов, дефективен в обыденном или моральном смысле.

Для примера: невротическая женщина с компульсивным наведением домашнего порядка будет стесняться признавать, что она так часто стирает простыни, в то время как пограничная или психотическая пациентка считает, что любой, кто стирает белье менее часто, неопрятен. Иногда

должны пройти годы лечения, прежде чем пограничный или психотический человек только упомянет о компульсивности, фобии или навязчивости – ведь в них нет ничего необычного, с точки зрения пациента. Я работала с одной пограничной клиенткой более 10-ти лет, прежде чем она случайно упомянула о хорошо разработанном, отнимающем много времени, утреннем ритуале “чистки своих пазух (sinuses)”, который она считала частью обычной хорошей гигиены.

Другая пограничная женщина, которая никогда не упоминала булимию среди множества еще более удручающих симптомов, после 5 лет терапии обронила замечание: “Кстати говоря, я заметила, что у меня больше нет рвоты”. Ранее она и не думала рассматривать обусловленность этой части своего поведенческого репертуара.

Другой важный аспект дифференциального диагноза между невротичными и менее здоровыми людьми – природа их трудностей. Истории пациентов, их поведение в ситуации интервьюирования, как замечено ранее, свидетельствуют об их более или менее успешном прохождении первых двух стадий (по Эриксону) – базового доверия и базовой автономии – и показывают, что они сделали несколько шагов по направлению к третьей стадии: обретению чувства идентичности и инициативности. Пациенты ищут терапии не из-за проблем, связанных с безопасностью или с идеями воздействия, но из-за того, что вовлечены в конфликты между своими желаниями и теми препятствиями, которые, как они подозревают, являются делом их собственных рук. К данной группе применимо следующее замечание Фрейда: истинной целью терапии является устранение препятствий к любви и работе, свойственных этой группе. Некоторые пациенты невротического уровня, кроме того, также хотят развить свою способность к одиночеству и к игре.

Переживания в присутствии человека, находящегося на более здоровом крае континуума патологии характера, являются благоприятными. Ответом на наличие у пациента здорового наблюдающего Эго стало ощущение терапевтом прочного рабочего альянса. Нередко с момента самой первой встречи с невротическим клиентом терапевт чувствует, что находится с пациентом по одну сторону баррикады, их общим врагом является проблематичная часть пациента. Социолог Эдгар З. Фрайденберг (Edgar Z. Friedenberg, 1959) сравнивал этот альянс с работой двух молодых людей, ремонтирующих машину: Один из них – эксперт, а другой – заинтересованный ученик. Кроме того, каким бы ни был знак переноса терапевта, положительным или отрицательным, он не будет чрезмерным. Клиент невротического уровня не вызывает у слушателя ни желания убить,

ни компульсивного стремления к спасению.

Характеристики структуры личности психотического уровня

На психотическом краю спектра люди, конечно, намного более внутренне опустошены и дезорганизованы. Интервьюирование глубоко взволнованного пациента может варьировать от участия в приятном, ничего не дающем разговоре до возможности стать жертвой атаки, имеющей своей целью убийство. До появления антипсихотических лекарств в 1950-х годах немногие терапевты обладали естественным интуитивным талантом и эмоциональной выдержкой, чтобы оказывать значительное терапевтическое влияние на людей, пребывающих в психотическом состоянии. Одним из больших достижений психоаналитической традиции стало наведение некоторого порядка в очевидном внутреннем хаосе пациентов, которых с легкостью отбрасывали как безнадежных и непостижимых сумасшедших, и, соответственно, предложение средств понимания и оказания помощи серьезным психическим больным.

Тех пациентов, которые, без сомнения, находятся в состоянии психоза, диагностировать нетрудно: они демонстрируют галлюцинации, бред, идеи отношения и алогичное мышление. Однако вокруг много людей, которые характерологически находятся на психотическом уровне организации, но их внутренняя сумятица не заметна на поверхности, если они не подвержены сильному стрессу. Знание о том, что ты имеешь дело с “компенсированным” шизофреником или в данный момент не склонным к самоубийству депрессивным пациентом, который, тем не менее, подвержен периодическому бредовому стремлению к смерти, может означать различие между предотвращением и провоцированием чьей-либо гибели. В этом разделе я попытаюсь представить и объяснить читателю схему некоторых характерных черт людей с настолько хрупкой психологией, что они оказываются склонными к хроническим психологическим срывам или серьезным ментальным и эмоциональным ухудшениям*.

Во-первых, важно понимать защиты, используемые психотическими личностями. Эти процессы будут описаны далее. В целях дальнейшего обсуждения я их просто перечислю: уход в фантазии, отрицание, тотальный контроль, примитивная идеализация и обесценивание, примитивные формы проекции и интроекции, расщепление и диссоциация. Эти защиты довербальны и дорациональны; они защищают психотическую личность от архаического страха, настолько всепоглощающего, что даже

пугающие искажения, созданные самими защитами, кажутся меньшим злом.

Во-вторых, люди, личность которых организована на психотическом уровне, имеют серьезные трудности с идентификацией – настолько, что они не полностью уверены в собственном *существовании*, еще больше, чем в том, что их жизнь удовлетворительна. Они глубоко сконфужены по поводу того, кто они такие. Эти пациенты обычно решают такие базовые вопросы самоопределения, как концепция тела, возраста, пола и сексуальной ориентации. Вопросы “Откуда я знаю, кто я такой?” или даже “Откуда я знаю, что я существую?” не являются необычными для людей с психотической организацией. Ими они задаются с полной серьезностью. Они также не могут полагаться на опыт других как на опыт, обладающий собственной непрерывностью. Когда их просят описать самих себя или каких-либо других важных для них людей, их описания обычно бывают невразумительными, поверхностными, конкретными или очевидно искажающими.

Часто почти неуловимо ощущается, что пациент с психотической личностью не укоренен в реальности. Хотя большинство людей имеет остатки магических представлений (Бог решил послать дождь, потому что я забыл зонт), пристальное исследование покажет, что подобные воззрения для психотических личностей не являются чуждыми Эго. Они обычно далеки от общепризнанных в их культуре представлений о “реальности” или совершенно запутаны в них. Хотя эти люди могут сверхъестественным образом быть восприимчивыми к стимулам, лежащим в основе ситуаций, они часто не знают, как интерпретировать их значение и наделяют их очень индивидуализированным смыслом.

Например, весьма параноидная пациентка, с которой я работала в течение долгого времени и состояние рассудка которой часто оказывалось под угрозой, сверхъестественным образом чувствовала мое эмоциональное состояние. Но затем она привязывала его к собственным восприятиям, которые имела относительно своих положительных и отрицательных качеств, например: “Вы выглядите раздраженной. Должно быть, думаете, что я плохая мать”. Или: “Вы выглядите так, как будто вам все надоело. Наверное, я обидела вас на прошлой неделе, когда ушла на 5 минут раньше”. Ей потребовалось много лет, чтобы трансформировать убеждение “Злые люди собираются убить меня, потому что они ненавидят мой стиль жизни” в “Я чувствую себя виноватой благодаря некоторым особенностям моей жизни”.

У людей со склонностями к психотическим срывам существует

заметная неспособность отстраняться от своих психологических проблем и относиться к ним бесстрастно. Возможно, в когнитивном плане этот дефицит может быть связан с подробно описанными трудностями с абстракцией, которые испытывают люди с диагнозом шизофрении (Kasapin, 1944). Даже те пациенты психопатического уровня, которые достаточно овладели жаргоном для того, что бы *делать вид*, что они способны к самонаблюдению (“Я знаю, что имею склонность к чрезмерной реакции” или “Я не всегда ориентируюсь во времени, пространстве и личности”), покажут внимательному наблюдателю, что, пытаясь уменьшить беспокойство, они податливо повторяют то, что слышали о себе. Одна моя пациентка имела большой опыт лечения в психиатрических госпиталях, где ее спрашивали, что означает пословица “Лучше синица в руке, чем журавль в небе”*. Она спросила своего знакомого, что это значит, и запомнила ответ (пациентка с гордостью предоставила мне это объяснение, когда я прокомментировала странную механистичность ее ответа).

Ранние психоаналитические формулировки, касающиеся трудностей, с которыми сталкиваются психотические люди при прогнозировании последствий своих ошибочных представлений о реальности, подчеркивали энергетический аспект дилеммы, говоря о том, что они тратят чересчур много энергии на борьбу с экзистенциальным ужасом и для оценки реальности не остается сил. Модели Эго-психологии подчеркивали отсутствие у психотических личностей внутреннего различия Ид, Эго и супер-Эго, а также различия между наблюдающим и переживающим аспектами Эго. Исследователи психозов, вдохновленные теориями объектных отношений, межличностной и сэлф-психологии, ссылаются на смешение границ между внутренним и внешним опытом, а также на дефицит базового доверия, который делает вхождение в мир неопределенности, где пребывает интервьюер, субъективно слишком опасным для психотика. Возможно, полное объяснение отсутствия у психотиков “наблюдающего Эго” включает в себя все эти элементы, а также некоторые конституциональные, биохимические, ситуационные и травматические аспекты. Тем, кто хочет помочь этим людям, нужно понимать, что у потенциальных или явных психотиков очень близко к поверхности находятся смертельный страх и ужасный хаос.

Природа основного конфликта потенциально склонных к психозам людей в буквальном смысле экзистенциальная: жизнь или смерть, существование или уничтожение, безопасность или страх. Их сны полны холодящих душу образов смерти и разрушения. “Быть или не быть” – их повторяющаяся тема. Лэйнг (Laing, 1965) ярко описал этих пациентов как

страдающих “онтологической уязвимостью”. Изучение под влиянием психоанализа семей шизофреников в 1950-х и 1960-х годах последовательно показало паттерны эмоциональных коммуникаций, в которых психотический ребенок получал скрытые послания, подразумевающие, что он является не отдельной личностью, а продолжением кого-то другого (Singer & Wynne, 1965a, 1965b; Mischler & Waxler 1968; Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1969; Lidz, 1973). Хотя открытие основных транквилизаторов и отвлекло внимание от сугубо психологических исследований процессов, связанных с психозом, никто еще не предоставлял доказательств, которые опровергли бы наблюдение, что психотические личности глубоко сомневаются в своем праве на существование в качестве отдельной личности, или, быть может, совсем не знакомы с чувством существования.

Как ни странно, но с пациентами, чья структура принадлежит психотическому уровню, контрперенос терапевта зачастую вполне положителен. Природа этого хорошего чувства отлична от того, что характеризует контртрансферентные реакции с клиентами невротического уровня. Обычно по отношению к психотикам субъективно ощущается большее могущество, родительский протекционизм и глубокая душевная эмпатия, чем к невротикам. Выражение “любимый шизофреник” было популярно как выражение сочувствия, которое клиницисты очень часто проявляют по отношению к своим наиболее серьезно больным пациентам. (Разительно контрастной группой здесь является, и в дальнейшем это будет обсуждаться, популяция пограничных пациентов.) Психотические пациенты настолько отчаянно нуждаются в основных человеческих отношениях и в получении надежды, что кто-либо сможет облегчить их несчастье, что они будут благодарны и отзывчивы к каждому терапевту, который сделает нечто большее, чем станет просто классифицировать и лечить их. Благодарность психотиков трогательна.

Люди с психотическими тенденциями особенно любят искренность терапевта. Вылечившаяся от шизофрении женщина однажды объяснила мне, что могла бы забыть даже серьезные недостатки своего терапевта, если бы считала их “честными ошибками”. Психотические пациенты также ценят просветительные усилия терапевта, направленные на нормализацию или преобразование их предубеждений. Подобная предрасположенность, вместе со склонностью к примитивному слиянию и идеализации, может заставить терапевта ощутить свою силу и благосклонность к пациенту.

Обратной стороной мучительной зависимости пациента от терапевта является психологическая ответственность. Фактически процесс

контрпереноса у психотиков удивительно похож на нормальные чувства, испытываемые матерью по отношению к ребенку в возрасте до полутора лет: дети восхитительны в своей привязанности и пугают своими потребностями. Они еще не оппозиционны и не раздражены, но напрягают все ваши ресурсы до предела. “Я бы не стал работать с шизофреником, – сказал мне однажды супервизор, – если бы не был готов быть съеденным заживо”.

Эта “потребительская” черта их психологии – одна из причин того, почему многие терапевты предпочитают не работать с шизофрениками и другими психотически организованными людьми. Кроме того, как убедительно аргументировал Карон (Caron, 1992), доступ психотических личностей к глубоко волнующим реальностям, которые остальные предпочли бы игнорировать, зачастую слишком велик для нас. (Другими причинами их относительной непопулярности в качестве пациентов, несмотря на их привлекательные качества, являются: отсутствие у терапевтов адекватной подготовки в психотерапии психотиков; экономические давления, которые питают рационализации, касающиеся ограниченности подходов или “управления” вместо терапии; а также личная склонность не работать с относительно умеренными целями по сравнению с теми, которые могли быть достигнуты с личностями невротического уровня.) Но работа с психотическими клиентами может оказаться эффективной и приносить удовлетворение, если придерживаться реалистичных взглядов на природу психологических трудностей.

Характеристики пограничной (borderline) структуры личности

Яркой чертой характера людей с пограничной организацией личности является использование ими *примитивных защит*. Поскольку они полагаются на такие архаичные и глобальные операции, как отрицание, проективная идентификация и расщепление, то, когда они регрессируют, их бывает трудно отличить от психотиков. Важным различием между пограничным и психотическим типом людей в сфере защит является следующее: когда терапевт дает пограничному пациенту интерпретацию примитивной формы ощущений, тот обнаруживает некоторую временную способность реагировать. Если терапевт делает аналогичную интерпретацию с психотически организованным человеком, тот станет еще более беспокойным.

Для иллюстрации давайте рассмотрим защиту примитивного обесценивания, поскольку обесценивание знакомо любому терапевту, и эту подсознательную стратегию легко понять без обсуждения, которое будет представлено в следующей главе. Интерпретация такой защиты может выглядеть следующим образом: “Вы, определенно, любите лелеять все мои недостатки. Возможно, это защищает вас от необходимости допустить, что вы нуждаетесь в моей помощи. Возможно, если бы вы никогда не принижали меня, то чувствовали бы себя “принижено” или стыдились. Поэтому вы пытаетесь избежать этого чувства”. Пограничный пациент может высмеять подобную интерпретацию, недоброжелательно допустить ее или принять молчаливо, но, в любом случае, он подаст некоторые знаки, свидетельствующие об уменьшении беспокойства. Психотик же реагирует *увеличением* беспокойства, поскольку для человека, испытывающего экзистенциальный страх, обесценивание силы терапевта, возможно, является единственным психологическим способом, посредством которого он достигает чувства защищенности от уничтожения.

Кроме того, пограничные пациенты и похожи, и отличаются от психотиков в сфере *интеграции идентичности*. Их ощущение собственного “Я”, вероятнее всего, полно противоречий и разрывов. Когда их просят описать собственную личность, они, подобно психотикам, испытывают затруднения. Аналогичным образом, когда их просят описать важные фигуры в их жизни, пограничные пациенты отвечают чем угодно, но не трехмерным, оживляющим описанием узнаваемых человеческих существ. Типичный ответ: “Моя мать? Мне кажется, она просто обычная мать”. Они часто дают глобальные и минималистские описания, например: “Алкоголик. И все.” В отличие от психотических пациентов они никогда не отвечают конкретно или до эксцентричности поверхностно, но всегда стремятся отвести интерес терапевта от сложной природы их личности.

Кроме того, пограничные клиенты, имея дело со своими ограничениями в области интеграции идентичности, склонны к враждебной защите. Одна из моих пациенток пришла в полную ярость от вопросника, который был предложен ей в ходе стандартной приемной процедуры в клинике. Он содержал раздел незаконченных предложений, где клиента просили заполнить пустые места: “Я человек такого типа, который”. “Как кто-то может знать, что делать с этим дерьмом?” – злилась она. Спустя несколько лет и бесчисленное количество сессий она размышляла: “Сейчас я смогла бы заполнить эту форму. Интересно, почему это настолько вывело меня из себя?”

Отношение пограничных пациентов к своей собственной

идентичности отличается от отношения психотиков, несмотря на их подобие в отсутствии интеграции идентичности, в двух аспектах. Во-первых, ощущение непоследовательности и прерывности, от которого страдают пограничные люди, не сопровождается экзистенциальным ужасом в такой степени, как у шизофреников. Пограничные пациенты могут иметь проблемы с идентичностью, но они знают, что таковая существует. Во-вторых, для пациентов с психотическими тенденциями менее вероятно (сравнительно с пограничными пациентами) проявление враждебности к вопросам о собственной идентичности и идентичности других людей. Они слишком обеспокоены потерей чувства общности, согласующегося или нет, чтобы обижаться на то, что терапевт фокусируется на данной проблеме.

Несмотря на только что упомянутые различия между пограничными и психотическими людьми, следует сказать, что обе эти группы, в отличие от невротиков, в большой мере полагаются на примитивные защиты и страдают от базового нарушения в ощущении собственного “Я”. Область опыта, в которой эти две группы различаются радикально, – это *тестирование реальности*. Пограничные клиенты, когда с ними правильно беседуют, демонстрируют понимание реальности, сколь бы сумасшедшими или кричащими ни казались их симптомы. Стало стандартной психиатрической практикой оценивать степень “понимания болезни” пациентом – для того, чтобы провести различие между психотиками и непсихотиками.

Этот вопрос несколько иначе уже обсуждался в предыдущих разделах, где люди невротического уровня были противопоставлены людям, находящимся на психотическом краю спектра. Кернберг (Kernberg, 1975) предложил заменить этот критерий “адекватностью ощущения реальности”, поскольку пограничный клиент может неустанно отрицать психопатологию и, тем не менее, демонстрировать уровень понимания всего того, что является реальным или общепринятым. Это обстоятельство и отличает его от психотика.

Для установления дифференциального диагноза между пограничным и психотическим уровнями организации Кернберг советует при исследовании оценки человеком признанной реальности следующее: можно выбирать некоторые необычные черты, делая комментарии на этот счет и спрашивая пациента, осознает ли он, что другие люди тоже могут найти эту черту странной (например: “Я заметил, что вы имеете татуировку на щеке, которая гласит: “Смерть!” Понимаете ли вы, что мне или кому-то другому это может показаться странным?”). Пограничный человек

признает, что это действительно необычно и посторонние могут не понять значения татуировки. Психотик, скорее всего, испугается и смешается, поскольку ощущение того, что его не понимают, глубоко его беспокоит. Различия в реакциях, которые Кернберг и его соавторы (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1989) описали на основе клинического опыта и эмпирического исследования, имеют смысл в контексте психоаналитических предположений о симбиотической природе психоза, а также проблем сепарации-индивидуализации людей с пограничной патологией.

Как было замечено выше, способность пограничной личности наблюдать свою патологию – по крайней мере, аспекты, впечатляющие внешнего наблюдателя, – сильно ограничена. Люди с пограничной организацией характера приходят на терапию со специфическими жалобами: панические атаки, депрессия или болезни, которые, по убеждению пациента, связаны со “стрессом”. Или же они являются на прием по настоянию знакомых или членов семьи, но не с намерением изменить свою личность в направлении, которое кажется благоприятным для окружающих. Поскольку эти люди никогда не имели иного типа характера, у них отсутствует эмоциональное представление о том, что значит иметь интегрированную идентичность, обладать зрелыми защитами, способностью откладывать удовольствие, терпимостью к противоречивости и неопределенности и так далее. Они хотят просто перестать получать травмы или избавиться от некоторой критики.

При нерегрессивных состояниях, поскольку ощущение реальности пациентов в полном порядке, и они часто могут представить себя таким образом, что вызывают эмпатию терапевта, они не выглядят особенно “больными”. Иногда только после проведения терапии в течение некоторого времени терапевт начинает понимать, что данный пациент имеет внутреннюю пограничную структуру. Обычно первым знаком является следующее: интервенции, которые, как считает терапевт, были бы полезными, встречаются как атаки. Иными словами, терапевт пытается найти доступ к наблюдающему Эго, а пациент его не имеет. Он знает только, что некоторые аспекты его собственного “Я” подвергаются критике. Терапевт продолжает попытки создать подобие рабочего альянса, возможного с пациентами невротического уровня, и снова терпит неудачу.

В конце концов, независимо от диагностической проницательности клинициста, терапевт понимает, что первой задачей терапии будет простое усмирение штормов, которые продолжают бушевать в этом человеке. Он попытается вести себя таким образом, чтобы пациент воспринимал его как

человека, отличного от влияний, создавших и поддерживающих личность – такую проблематичную и отвергающую помощь. Только после того, как терапия приведет к некоторым существенным структурным изменениям, – что, по моему опыту, потребует приблизительно два года, – пациент изменится достаточно, чтобы понимать: терапевт пытался работать с ним на уровне характера. Тем временем, многие симптомы эмоционального стресса могут исчезать, но работа, как правило, будет беспорядочной и фрустрирующей для обеих сторон.

Мастерсон (Masterson, 1976) живо описал (другие исследователи опубликовали аналогичные наблюдения с иной точкой зрения), что пограничные клиенты кажутся попавшими в дилемму-ловушку: когда они чувствуют близость с другой личностью, они паникуют из страха поглощения и тотального контроля; чувствуя себя отделенными, ощущают травмирующую брошенность. Этот центральный конфликт их эмоционального опыта приводит во взаимоотношениях к хождению взад-вперед, включая сюда и терапевтические взаимоотношения, когда ни близость, ни отдаленность не удовлетворяют. Жизнь с таким базовым конфликтом, который не поддается немедленной интерпретации, изматывает пограничных пациентов, их семьи, друзей и терапевтов. Эти люди небезызвестны работникам психиатрических служб, в чьих дверях они часто появляются с разговорами о самоубийстве, демонстрируя “просьбу о помощи – отвергающее помощь поведение”.

Мастерсон рассматривает пограничных пациентов как фиксированных на подфазе воссоединения в процессе сепарации-индивидуации (Mahler, 1972b), когда ребенок уже обрел некоторую степень автономии, но все еще нуждается в заверении, что родитель существует и всемогущ. Эта драма развивается в ребенке около 2-х лет, когда он решает типичную альтернативу, отвергая помощь матери (“Я могу сделать это сам!”) и аннулируя это заявление в слезах у нее на коленях. Мастерсон полагает: в своей жизни пограничные пациенты имели, к своему несчастью, таких матерей, которые либо препятствовали их отделению, либо отказывались прийти на выручку, когда те нуждались в регрессе после достижения некоторой самостоятельности. Являются ли эти представления об этиологии правильными или нет, но его наблюдения о попадании пограничной личности в ловушку сепарации и индивидуации помогают понять изменчивые, требовательные и часто приводящие в замешательство качества пограничных пациентов. В главе 4 я буду обсуждать следствия, вытекающие из этого затрудненного процесса сепарации-индивидуации.

Переносы пограничных клиентов сильны, неамбивалентны и не

поддаются интерпретациям обычного типа. Терапевт может восприниматься либо как полностью плохой, либо как полностью хороший. Если благожелательный, но клинически наивный терапевт пытается интерпретировать переносы так, как их следовало бы интерпретировать с невротической личностью (“Возможно, то, что вы чувствуете ко мне, является тем, что вы чувствовали по отношению к отцу”), он обнаружит, что никакого облегчения или просто согласится с тем, что терапевт действительно ведет себя подобно раннему объекту. Также не является необычным и то обстоятельство, что пограничная личность, пребывая в одном психическом состоянии, воспримет терапевта как подобного в своем могуществе и достоинствах Богу, а в другом (может быть, днем позже) – как слабого и достойного презрения.

Контрпереносы с пограничными клиентами часто бывают сильными и выводящими из равновесия. Даже когда они не отрицательны (например, если терапевт чувствует глубокую симпатию к отчаявшемуся ребенку в пограничной личности и имеет фантазии относительно спасения и освобождения пациента), они могут вывести из душевного равновесия и потребуют немало сил. Многие аналитики, работающие в условиях стационара (G. Adler, 1973; Kernberg, 1981), заметили, что работники психиатрических учреждений либо имеют тенденцию выказывать чрезмерное сочувствие к пограничным пациентам (рассматривая их как несчастных, слабых созданий, требующих любви для роста), либо относятся к ним чрезмерно карательно (считая их требовательными, склонными к манипуляциям, которые необходимо ограничивать). Служащие стационарных заведений во время обсуждения планов лечения пограничных клиентов часто оказываются поделенными на два лагеря (Gunderson, 1984). Частные практики, проводящие лечение не в стационаре, могут внутренне колебаться между двумя позициями, отражая каждую сторону конфликта клиента в различные моменты времени. Для терапевта не является необычным, если он чувствует себя подобно вымотанной матери двухлетнего ребенка, который не хочет принимать помощь, но впадает в раздражение, если не получает ее.

Заключение

Эта глава дает беглый обзор усилий, необходимых для проведения различий между уровнями зрелости организации характера. Отталкиваясь от деления Крепелина на здоровых и больных, через психоаналитические

концепции симптомов или невроза характера до современной системы нозологии, выделяющей структуру невротического уровня, пограничную структуру и структуру психотического уровня, терапевты пытались объяснить различные реакции отдельных клиентов на попытки помочь им. Я стремилась доказать, что оценка *центральной проблемы* индивида (безопасность, автономия или идентичность), *характеристического переживания тревоги* (тревога уничтожения, сепарационная тревога или более специфические страхи наказания, повреждения, потери контроля), *основного конфликта развития* (симбиотический, сепарация-индивидуация, эдиповый), *способности к объектным отношениям* (монадические, диаидные, триаидные) и *чувства собственного “Я”* (затопленное, втянутое в сражение или ответственное) образует одно всестороннее измерение аналитической психодиагностики.

Дополнительная литература

В сфере общей психоаналитической теории развития будет полезен недавний труд Тайсонов (Tysons, 1990). Для того, чтобы проследить связь теории развития и диагноза, можно посмотреть две книги Бланков (G. Blanck & R. Blanck, 1979, 1986), имеющие два раздела на данную тему. Немного более трудным источником, но стимулирующим понимание психопатологии с точки зрения теории развития, является книга Джiovаччини “Нарушение в развитии” (Giovacchini, “Developmental Disorders”, 1986).

Для подробного изучения различий между невротическими симптомами и невротическим характером я рекомендую главу “Нарушения характера” (“Character Disorders”) в классическом труде Феничела (Fenichel, 1945). Менее пугающим и очень легко читающимся введением в аналитические идеи, касающиеся психопатологии, является вводный текст Немия (Nemiah, 1973). Джозеф (Joseph, 1992) и Актар (Akhtar, 1992) недавно опубликовали интегрирующие книги, которые на более глубоком уровне излагают некоторые затронутые здесь характерологические вопросы.

За последние десятилетия New York University Press опубликовал превосходное собрание статей по неврозам (Lax, 1989), психозам (Buckley, 1988) и пограничным состояниям (M. Stone, 1986). Для обзора феноменологического подхода к психозу “Расщепленное Я” Лэйнга (Laing, “The Divided Self”, 1965) все еще не имеет себе равных. Книга

“Психотическое ядро” Эйгена (Eigen, “The Psychotic Core”, 1986) трудна, но вознаграждает за потраченные усилия. Литература по пограничным состояниям носит настолько многосторонний характер и настолько многочисленна, что в ней нетрудно потеряться, но сжатый обзор Мейсснера (Meissner, 1984) и собрание содержательных статей Хартколлиса (Hartcollis, 1977) будут хорошим началом в этой области.

4. Клиническое приложение уровней развития организации личности

Подобно политике, психотерапия является искусством возможного. Самым большим преимуществом для терапевта при теоретическом осмыслении клиентов, с точки зрения развития, является возможность понять, чего было бы разумно ожидать в случае оптимальной терапии для каждого из них. Как врач ожидает от здорового человека более быстрого и полного восстановления организма после болезни, чем от болезненного, как преподаватель полагает, что сообразительный студент освоит больший материал, чем тугодум, так и терапевту стоит ожидать различного результата от людей с различным уровнем развития характера. Реалистичные цели защищают пациента от деморализации, а терапевта – от перегорания.

Нередко можно слышать, по крайней мере, в академических психологических кругах, что психоаналитическая терапия подходит не для всех, а только для “не-очень-сильно-нарушенных” богатых потомков белых семей среднего класса. Рациональным зерном в этом аргументе является то, что классический психоанализ оправдывает себя при лечении пациентов невротического уровня, способных ясно выражать свои мысли, пациентов, которые приходят с честлюбивой целью изменить собственный характер. Было обнаружено, что классификации и понятия, определяющие классический анализ, в меньшей степени подходят для пациентов других типов, хотя в начале психоаналитического движения анализ пытались проводить с людьми всех типов. Модифицированные подходы еще не описывались, и общий взгляд был таковым: следует пытаться проводить анализ в тех случаях, когда он помогает. Кроме того, рекомендованная Фрейдом частота сессий (первоначально он предлагал шесть, потом пять раз в неделю; затем почувствовал, что трех или четырех раз может быть достаточно) сделала анализ приемлемым лишь для относительно обеспеченного человека*.

То, что психоаналитическая терапия работает быстрее и движется дальше с несколько более развитыми людьми, чем с теми, кто имеет серьезные эмоциональные затруднения, вполне соответствует реакциям более здоровых людей на медицинское вмешательство или способностям людей, получающих образование. Более того, похожая ситуация является обычной и для непсихоаналитической терапии: системная семейная

терапия, рационально-эмотивная терапия, бихевиоральная терапия, гуманистическое консультирование и фармакологическая поддержка, – все это работает лучше с сотрудничающими людьми и людьми без ярко выраженного дефекта, чем с нарушенными и трудными клиническими группами. Верно, что с более нарушенными людьми труднее проводить хорошую аналитически ориентированную терапию, но в то же время неверно, что психоаналитическая теория бесполезна для понимания и оказания помощи тем, кто имеет серьезные нарушения.

Я полагаю, что некоторые из читателей этой книги готовы выдвинуть аргументы, свидетельствующие о безразличии аналитической теории к проблемам глубоко страдающих людей со множеством затруднений: несовершеннолетним, наркоманам, неимущим... Если в настоящей главе удастся передать богатство и своеобразие психоаналитически ориентированной терапии, это исправит указанное непонимание. Я могу и не охватить всех тонкостей различных психодинамических подходов к пациентам с различным уровнем развития организации, но надеюсь представить достаточное количество аспектов различия между раскрывающей, поддерживающей и экспрессивной техниками, которые подчеркивают значение хорошего диагностического заключения.

Далее следует описание и теоретическое обоснование некоторых наиболее характерных приемов, которыми пользуется умелый терапевт-аналитик, работая с различными уровнями организации характера. Окончательной целью этой работы является содействие личности в решении задачи, на данном уровне развития непреодолимой для него – будь то задача полного творческого расцвета личности или же приобретение некоторой минимальной осведомленности о том, что он действительно существует и заслуживает чуткой поддержки.

Психоаналитическая терапия с пациентами невротического уровня

В силу разных причин психоаналитическую терапию легче проводить с более здоровыми пациентами, чем с пограничными и психотически организованными, по крайней мере, на раннем этапе работы. Пользуясь терминами Эриксона, следует предположить наличие базового доверия, высокой степени автономии и надежного чувства идентичности. Целью терапии справедливо можно считать устранение бессознательных препятствий для получения полного удовлетворения в любви, работе и

развлечении. Фрейд приравнивал “лечение” к освобождению и, следуя традициям Платона, полагал истинным то, что в конце концов сделает человека свободным. Поиск тяжелой правды о самом себе возможен с людьми невротического уровня, поскольку их самооценка достаточно эластична, чтобы допустить некоторые неприятные открытия. Соответственно, Теодор Райк (Theodor Reik, 1948) неустанно повторял, что первым условием проведения чужого или личного анализа является моральное мужество. За неимением лучшего термина, а также чтобы не углубляться в то, что же является наиболее целительным в психоаналитической терапии более здоровых людей (интерпретация? реконструкция? эмпатия? “контейнирование”?), я буду просто ссылаться на длительную терапию или терапию с открытым концом, проводимую с пациентом невротического уровня, как на “общепринятую” аналитическую терапию, понимая, что любая подобная терапия может формироваться концепцией драйвов, Эго, объектных отношений или собственного “Я” – или же их сочетанием.

Общепринятые модели терапии относительно здоровых пациентов

Невротический пациент быстро устанавливает с терапевтом рабочий альянс, когда клиницист и наблюдающая часть пациента объединяются в раскрытии прежде бессознательных защит, чувств, фантазий, надежд, конфликтов и стремлений. Если пациент стремится полностью понять свою личность с целью достижения максимально возможного уровня роста и изменения, должен быть выбран *интенсивный анализ*. Сегодня студенты, обучающиеся психоанализу, добиваются от большинства пациентов обязательства приходить на “три-или-четыре-сессии-в-неделю”, как того требует анализ (как правило, этого требует и институт!), но обычный аналитический опыт часто свидетельствует, что пациенты невротического уровня после периода менее интенсивной терапии решают, что хотят “пойти глубже” и переходят от аналитически ориентированной терапии (дважды в неделю или еще реже) к анализу.

Психоанализ занимает годы, но это не исключает того обстоятельства, что (особенно это касается более здоровых людей) улучшение в симптоматике или поведении наступает столь же быстро, как и при проведении любой другой терапии. Люди естественным образом чувствуют разницу между изменениями в поведении, которых можно достичь

несмотря на психологию индивидуума, и теми изменениями, которые наступают в соответствии с внутренними ощущениями человека. Возможность перехода из первого состояния во второе и является одной из причин того обстоятельства, что пациенты соглашаются на проведение аналитической терапии в течение длительного времени. Аналогией в этом случае может служить разница, которую чувствует человек, склонный к алкоголизму, между начальным периодом трезвости, когда он каждую минуту проводит в борьбе, сопротивляясь соблазну выпить, и последующим выздоровлением, когда он больше уже не испытывает тяги к спиртному. *Поведение* (человек не пьет) одно и то же на раннем и позднем этапе трезвости, чего нельзя сказать о причинах этой перемены. Могут потребоваться годы встреч в группах Анонимных Алкоголиков и неослабная дисциплина по отношению к старым паттернам, привычкам и убеждениям, но для излеченного алкоголика переход от едва управляемой навязчивости к безразличию по отношению к алкоголю является бесценным достижением.

Людам, не готовым взять на себя обязательства относительно времени, денег и эмоциональных сил, которые налагает на них интенсивный анализ, значительную помощь может оказать *психоаналитическая терапия*. Большинство непрофессионалов считает, что психотерапия развивается путем модификации классического анализа в направлении к более конкретному фокусированию на проблемах. Это приводит к тому, что пациент и терапевт встречаются менее трех раз в неделю и, как правило, лицом к лицу. Терапевт в меньшей степени поощряет эмоциональную регрессию, в меньшей степени способствует развитию невроза переноса и более активен в определении тем и акцентировании того, что в более интенсивной терапии было бы идентифицировано самим пациентом. В классическом тексте Гринсона по психоанализу (Greenson, 1967) большое внимание уделяется вопросу “анализируемости”: с 1967 года стало очевидно, что классический анализ подходит только для той части пациентов, которые стремятся к психотерапевтической помощи.

Другие подходы к относительно здоровым пациентам

Другим качеством пациентов невротического уровня является их пригодность для краткосрочной аналитической терапии, подхода, разработанного Маланом (Malan, 1963), Манном (Mann, 1973), Беллаком и Смоллом (Bellak & Small, 1978), Дэванлу (Davanloo, 1978, 1980), Сифнеосом

(Sifneos, 1992) и другими. Настойчивое фокусирование на конфликтной области может оказаться слишком подавляющим для некоторых людей, имеющих пограничную и психотическую структуру. В отличие от них человек, обладающий характером невротического уровня, может воспринимать это фокусирование как стимулирующее и продуктивное. Подобным же образом высокофункциональным клиентам хорошо помогает работа в аналитически ориентированной группе и в семейных вариантах терапии, в то время как пограничным и психотическим людям она часто не приносит облегчения. (Низкофункциональные пациенты поглощают так много эмоциональной энергии группы или членов семьи, что другие стороны безнадежно застревают между чувством обиды на них за то, что постоянно находятся в центре внимания, и чувством вины за эту обиду, поскольку более нарушенный человек, очевидно, и страдает больше).

Из всего вышесказанного следует: по существу, любой терапевтический подход, а не только психодинамический, будет максимально полезен для пациентов невротического уровня. Они уже обладают достаточным опытом переживаний с любимым человеком. Этот опыт позволяет им принимать благожелательность терапевта и помогает объединяться в общих усилиях. Понятно, что эти пациенты пользуются популярностью. Одна из причин того явления, что прохождение классического анализа кажется престижным, может состоять в следующем: люди, обладающие внутренней потребностью быть анализируемыми, охотно реагируют и, следовательно, ценят терапию. Они являются хорошей рекламой для своих аналитиков* в отличие от пограничных пациентов, которые, например, могут – даже при том условии, что терапия им помогает – безжалостно порочить своих терапевтов в глазах окружающих или идеализировать их в такой преувеличенной манере, что у других создается впечатление, будто ими занимается виртуозный шарлатан.

Большинство психодинамических авторов знает, что интенсивный психоанализ предлагает невротически организованному человеку самую значительную пользу. Стоит порекомендовать ее каждому, у кого есть возможность предпринять глубинную терапию с высокой частотой терапевтических сессий (особенно это касается достаточно молодых людей, у которых впереди – годы жизни, чтобы пожинать плоды терапии). Я разделяю это мнение, в течение всей своей жизни ощущая пользу от хорошего классического анализа, который прошла в молодости. Тем не менее, также верно и то обстоятельство, что человек невротического уровня способен извлечь для себя пользу из опыта самых разных переживаний, а также найти источники психологического роста даже в тех

условиях, которые другим могут казаться калечащими.

Читатели, чувствующие, что не получили достаточной информации об аналитической терапии относительно здоровой диагностической группы, найдут для себя больше сведений в следующих двух разделах. При обсуждении поддерживающей и экспрессивной терапии я сравню их с более традиционными подходами, и в процессе этого обсуждения каждый из видов станет более ясным и понятным.

Психоаналитическая терапия с пациентами психотического уровня

Наиболее важным для понимания пациентов, функционирующих на симбиотическом уровне, даже если они не явно психотические, является тот факт, что эти люди находятся в состоянии паники. Неслучайно, что лекарства, помогающие при лечении шизофрении, оказывают в основном успокаивающее действие. Пациенты, склонные к психотической дезорганизации, испытывают чувство незащищенности в этом мире и всегда готовы поверить, что распад неизбежен. Применять к ним какие-либо подходы, допускающие некоторую долю двусмысленности (как это делает традиционная аналитическая терапия при работе с невротическими пациентами) – то же самое, что плеснуть бензин в пламя психотического ужаса. Соответственно, методом выбора при лечении подобных пациентов обычно является *поддерживающая психотерапия*.

Поддерживающая техника: создание атмосферы психологической безопасности

Любая терапия является поддерживающей, но в аналитической традиции это определение имеет более узкое значение, отражающее опыт нескольких десятилетий психодинамической работы с более нарушенными людьми (Klein, 1940, 1945; Rosenfeld, 1947; Fromm-Reichmann, 1950; Segal, 1950; Federn, 1952; Sullivan, 1962; Searles, 1965; Jacobson, 1967; Lidz, 1973; Arieti, 1974; Karon & VandenBos, 1981; Little, 1981; Eigen, 1986; Rockland, 1992) *. В качестве первого аспекта поддерживающей работы я бы отметила *демонстрацию* терапевтом своей *надежности*. Тот факт, что люди психотического уровня часто уступают, вовсе не означает, что они вам доверяют. На деле их податливость означает совершенно обратное: она выражает страх, что авторитетные фигуры убьют их за то, что они имеют

собственные желания. Терапевт всегда должен помнить свою задачу – он должен подтверждать, что отличается от примитивных образов враждебных и всемогущих авторитетов, на которых застрял человек психотического уровня.

Доказать, что вы – безопасный объект, не так просто. Если терапевт имеет дело с человеком невротического уровня, находящимся в паранойальном состоянии, достаточно проинтерпретировать перенос: объяснить, как пациент путает кого-либо с негативной фигурой из своего прошлого или как он проецирует на него какую-то негативную часть самого себя. С тяжело нарушенными людьми интерпретация подобного рода бесполезна; они, фактически, воспримут ее как дьявольскую увертку. Вместо этого необходимо многократно *действовать* отличным от самых пугающих ожиданий пациента образом. Чтобы невротический пациент почувствовал себя комфортно, достаточно принять выражение лица, передающее расположение. Если же ваш пациент – человек с риском психоза, необходимо активно демонстрировать его принятие как равного в моральном смысле. Это может включать простые коммуникации. Например, вы можете обратиться с просьбой сказать вам, если в офисе станет слишком жарко или холодно; спросить мнение относительно новой картины; создать для вашего пациента благоприятную возможность продемонстрировать области его личной компетенции. Вы можете дать комментарии по поводу созидательных и позитивных аспектов даже самых причудливых симптомов. В этом контексте Карон (Karon, 1989) приводит уместный пример:

“В терапевтических целях часто бывает полезным сказать пациенту:

– Это блестящее объяснение. Пациент обычно бывает удивлен тем обстоятельством, что профессионал всерьез воспринимает его идеи.

– Вы хотите сказать, что это правильно?

Если, как обычно бывает, терапевт уверен, что пациент сможет выдержать это, ему полезно будет сказать:

– Нет, но я знаю нечто о человеческой психике, чего вы пока не знаете, и я расскажу об этом, если вам интересно. Однако то, что знаете вы, будет блестящим объяснением.

С таким неунижающим подходом к пациенту часто можно добиться того, что даже самый подозрительный параноик задумается над происходящим, над его реальным значением, а также над своими попытками разрешить ужасающие дилеммы собственных симптомов и жизненной истории”.

Другой аспект демонстрации надежности терапевта состоит в том, чтобы вести себя с безусловной эмоциональной искренностью. Каждый, кто имел опыт общения с шизофрениками, подтвердит их восприимчивость к оттенкам чувств, их потребность ощущать эмоциональную искренность своего терапевта. В общении люди психотического уровня требуют значительно большей эмоциональной открытости, чем другие пациенты. Если же этого не будет, они просто замкнутся в своих фантазиях. Именно в данной области техника поддерживающей терапии диаметрально противоположна вскрывающей. С более здоровыми людьми эмоциональное самораскрытие нежелательно, и пациент может отмечать и развивать свои фантазии относительно эмоционального состояния терапевта. Более нарушенному пациенту ваше поведение и ваши эмоции должны быть понятны.

Рассмотрим, к примеру, раздражение. Для терапевта будет естественным чувствовать раздражение по отношению к пациенту в разные моменты терапевтического процесса. Особенно, если тот склонен к саморазрушительному поведению. Осознание пациентом того обстоятельства, что его терапевт выглядит раздраженным, будет угнетать любого из них, но в более проблемных пациентов оно вселяет смертельный ужас. Если человек невротического уровня спрашивает: “Вы на меня сердитесь?”, полезно ответить что-нибудь вроде: “А что бы вы почувствовали или подумали, если бы я на вас рассердился?”. Если тот же вопрос будет задан потенциально психотическим пациентом, терапевт должен ответить, например, так: “Вы очень чувствительны. Видимо, я действительно чувствую легкое раздражение – не только на вас, но и на себя. Я слегка недоволен тем, что не могу помочь вам так быстро, как мне хотелось. А почему вы спросили об этом?”

Заметим, что применение поддерживающих мер все равно побуждает пациента исследовать свое восприятие, но только после того, как потенциально тормозящее опасение прямо нейтрализовано некоторой информацией. В приведенном выше примере терапевт явно выразил уважение к проницательности пациента, тем самым укрепляя его реалистичную самооценку. Он косвенным образом нейтрализовал примитивные представления об опасном всемогуществе терапевта, объясняя свое раздражение не высшими материями, а обыкновенной человеческой слабостью. Те, кому неудобно признавать в себе основополагающие человеческие побуждения, никогда не должны работать с пациентами психотического круга. Они могут почувствовать лицемерие, а

это в прямом смысле слова сводит их с ума.

Поступая таким образом, важно дать психотическому пациенту прямые обоснования своего метода работы, обоснования, которые будут ему эмоционально понятны. Высокофункциональные люди часто оказываются терапевтически здравомыслящими, и если что-то им кажется необоснованным, они обычно об этом спрашивают. Возьмем, к примеру, оплату. Невротики, независимо от того, сколь много они имеют фантазий относительно значения денег, обычно редко стремятся разобраться в том, за что взимается плата. Был заключен контракт, и разумная часть более здоровых пациентов понимает, что взаимоотношения с терапевтом – это взаимоотношения, при которых за оказанные услуги взимается плата.

Напротив, психотически уязвимые личности могут иметь всевозможные тайны и весьма своеобразные представления о значении денежного обмена – не в форме фантазий, которые сосуществуют с более разумными обоснованиями, а как личные убеждения. Один из моих наиболее психотичных пациентов через несколько месяцев сообщил мне, что, по его мнению, если бы я действительно хотела ему помочь, то лечила бы его бесплатно, а любая другая основа наших отношений является порочной. Он объяснил мне, что пришел ко мне потому, что думал достаточно расположить меня к себе. Тогда я, возможно, стала бы лечить его исключительно из хорошего к нему отношения и, тем самым, избавила бы его от глубокой убежденности в собственной ненужности. Такой образ мышления далеко не редкость у людей, испытывающих симбиотическую озабоченность, и с ними надо разбираться прямо. “Анализирование” подобного образа мышления, как это бывает с невротиками, не поможет, поскольку такие представления синтонны и не являются скрытым признаком инфантильных форм мышления.

Следовательно, если такой пациент спрашивает об оплате, ему следует отвечать, например, так: “Я беру плату, поскольку зарабатываю себе на жизнь, помогая людям разрешать их эмоциональные проблемы. Кроме того, я на практике понял: когда я беру меньшую плату, то обнаруживаю, что начинаю чувствовать обиду на пациента, и думаю, что не смогу как следует помочь тому, на кого лично обижен.” Это не только полезный урок по устройству мира и, по сути, по взаимной природе психотерапии (что само по себе корректирует наиболее искаженные и путанные представления о взаимоотношениях, которые имеют наиболее нарушенные люди). Это эмоционально честно, и потому будет принято с облегчением даже в том случае, если пациент продолжает считать, что плата необязательна или чересчур велика.

С психотическими пациентами я веду себя очень открыто. Обо мне известно, что я обсуждаю свою семью, личную историю и даже свои суждения. Я делаю все, чтобы пациент чувствовал себя со мной непринужденно, как с обыкновенным человеком. Это спорный подход, отчасти потому, что далеко не каждый терапевт по своему складу характера способен чувствовать себя комфортно при самораскрытии. Отчасти же потому, что подобное поведение таит в себе ряд опасностей, немаловажная из которых состоит в том, что некоторые аспекты раскрывшейся индивидуальности терапевта могут вызвать у пациента психотическую реакцию. С другой стороны, существует резкое различие между симбиотически организованными людьми и более индивидуированными. Первые имеют такие глобальные всеобъемлющие переносы, что могут осознать свое искаженное видение реальности лишь в тех случаях, когда им рисуют ее яркими красками непосредственно у них перед глазами. Переносы последних трудно уловимы, бессознательны и проявляются, только когда терапевт тщательно непроницаем.

Страх пациента перед тем, что он находится в руках могущественного, отстраненного и, возможно, карающего Другого, настолько велик, что преимущество более открытого поведения терапевта может перевесить риск, если какое-либо открытие, сделанное по поводу терапевта, провоцирует психотический отклик, с ним можно работать; непроницаемость же в любом случае провоцирует его подобие. На деле случайные срывы в работе с более нарушенными людьми неминуемы, их нельзя избежать с помощью “правильной” техники. Однажды я вызвала у молодого параноика явный бред о том, что собираюсь его убить, когда в его присутствии рассеянно прихлопнула какую-то мошку (“Вы убили живое существо!”).

Свою заботу, а следовательно, и надежность, пациенту психотического круга можно продемонстрировать и другим способом, если предложить ему свою помощь в разрешении более специфических проблем. При психотерапии более здоровых людей это бывает менее оправдано. В данном контексте Карон и Ванденбос (Karon и VandenBos, 1981) обсуждали значение практического совета, данного пациенту, по поводу его бессонницы. Еще один способ – готовность разделить позицию пациента по некоторым вопросам. Например: “Я думаю, важно, чтобы вы пошли на похороны сестры. Я знаю, это будет нелегко, но боюсь, что если вы этого не сделаете, будете себя корить, но будет уже поздно. Я останусь здесь и помогу вам справиться с вашим горем.” Обычно не следует предлагать готовое решение более здоровым людям, поскольку это косвенным образом

инфантилизирует психологически автономную личность.

Должна заметить: как самораскрытие, так и советы являются теми аспектами поддерживающей терапии, которые делают ее “необратимой”. Если вы неправильно диагностировали пациента в направлении оценки его здоровья, вы не сможете вновь стать невидимым. Терапия смещается от вскрывающей к более экспрессивной или от экспрессивной к более поддерживающей (если первоначальный диагноз был слишком оптимистичным), но терапевт не сможет восстановить свою способность анализировать перенос после того, как пациент видел его более “настоящим”.

Теперь читателю ясно, что с людьми психотического уровня следует вести себя более авторитетно (но не авторитарно), чем с высокофункционалирующими пациентами. Действуя наравне, но профессионально более компетентно, терапевт позволяет напуганным пациентом почувствовать себя более защищенными. Естественно, терапевт должен быть по-настоящему уверен в тех вопросах, в решении которых он берет на себя авторитетный тон. Со временем, по мере продвижения терапии, даже очень нарушенные люди смогут чувствовать себя достаточно безопасно, чтобы выражать свое отличающееся мнение, и терапевт будет гордиться тем, что добился развития у пациента некоторой истинной психологической независимости.

Поддерживающая техника: воспитание пациента

Вторым и связанным с первым аспектом поддерживающей терапии, который я хочу отметить, является *просветительская роль* терапевта. У людей психотического уровня существуют зоны сильного когнитивного замешательства, связанные с эмоциями и фантазиями. Если исследователи семейной динамики шизофрении были правы (Singer & Wynne, 1965a, 1966b; Mischler & Waxler, 1968; Bateson и др., 1969, Lidz, 1973), эти пациенты выросли в системах, где использовался очень противоречивый и сковывающий эмоциональный язык. Члены семьи могли говорить о любви, а вели себя с ненавистью, претендовали на то, чтобы выражать чувства пациента, невольно искажая их и так далее. В результате, психотикам часто требуется четко объяснять: что чувства – это естественные реакции; чем чувства отличаются от действий; как они вплетаются в фантазии; насколько универсальным является то обстоятельство, что, по мнению психотически организованного человека, составляет его непереносимую и запутанную

драму.

Одним из компонентов образовательной роли является нормализация. Чтобы помочь симбиотически фиксированному человеку, необходимо добиться от него изложения всех его забот и представить их как естественные аспекты жизни эмоционально чувствительного человека. Например, одна из моих пациенток очень встревожилась, обнаружив, что восхищается моими ногами в тот момент, когда я открывала окно. Она беспокоилась, что это признак лесбиянства. Общаясь с более здоровым человеком, я просто попросила бы ее попытаться проследить свои ассоциации в этом направлении, допуская возможность беспокойства пациентки по поводу сексуальной ориентации, и считала бы, что это приведет нас к интересным открытиям относительно скрытых аспектов ее личности. Но я имела дело с маниакально-депрессивной женщиной, поэтому мягко заметила, что чувствую себя польщенной (поскольку она выглядела испуганной, словно ожидала, что я ужаснусь перспективе ее влечения). Далее я продолжила, что на основании ее истории я заключила, что она по сути своей не лесбиянка, хотя у любого человека возникают некоторые сексуальные чувства по отношению к людям обоих полов. Единственное, чем она, возможно, отличается от тех, кто отмечает у себя подобные идеи, состоит в том, что некоторые из них умеют автоматически удерживать подобные восприятия в бессознательном. Я придала новую форму беспокойству моей пациентки, представив его в качестве еще одного примера ее большей, чем у большинства людей, чувствительности к внутренней жизни и эмоциональной утонченности. Я повторила, что моя роль сводится к тому, чтобы помочь ей принять тот факт, что она часто соприкасается с такими аспектами общечеловеческой психологии, о которых большинство людей не подозревает.

При таком подходе вы обращаетесь ко всей накопленной человечеством психоаналитической мудрости, обобщая в интересах пациента все, что терапевту известно о человеческой психологии. В эту нестандартную технику внесли свой вклад ранние концепции психоза, трактующие его как состояние беззащитности в противоположность сверхзащитности невротиков. (Теперь мы смотрим на психотиков как на людей, имеющих защиту, но очень примитивную, не подлежащую анализу без того, чтобы не лишить пациента тех немногих способов почувствовать себя менее напуганным, которые у него есть.) Предрасположенных к психозам людей травматически перевозбуждает содержание первичного процесса, и вернуть им душевное равновесие можно лишь нормализуя материал.

Например, молодой человек, которого я наблюдала по поводу психотической реакции на смерть отца, признался: он иногда считает, что сам *стал* своим отцом; его собственная личность умерла, и отец занял ее тело. Молодой человек видел повторяющиеся сны, в которых его преследовали монстры, превращавшиеся в его отца и пытавшиеся его убить. Он искренне начал бояться, что покойный, который при жизни был тяжелым и жестоким человеком, проникнет в него, встав из могилы. Я заверила, что это вполне естественная, хотя и не всегда осознанная фантазия, которую люди часто имеют после похорон. Исчезновения этих чувств можно ожидать по окончании траура. Я объяснила, что его вера в то, что отец вселился в него тело, стала выражением многочисленных естественных реакций на смерть родителя. Во-первых, она указывала на отрицание смерти отца – нормальная фаза скорби; во-вторых, выражала его собственное чувство вины, испытываемое выжившим чувство, воплотившееся в фантазии о том, что умер не отец, а он сам; в-третьих, это явилось попыткой уменьшить тревогу, а именно: если отец находится в его телесной оболочке, он не может одновременно находиться где-то еще и планировать убийство своего сына за то, что тот его пережил.

Такая активная, образовательная позиция благотворно влияет на эмоциональное равновесие психотически встревоженного человека, поскольку смягчает ужас пациента перед сумасшествием. Кроме того, она вводит пациента в более сложный психологический мир и неявно приглашает его “присоединиться к роду человеческому”. Многим людям, обладающим психотически-симбиотической структурой личности, с детства навязывали жесткую роль – сначала в семье, а потом в других социальных системах, определяющих их как чокнутых. Соответственно, эти люди отправляются на лечение, ожидая, что терапевт будет так же поражен отсутствием у них здравомыслия. Доброжелательное участие само по себе оказывает на пациента живительное корректирующее воздействие. В просветительной беседе важнее передать общую надежду на возможность понимания, чем быть предельно точным. Поскольку вы никогда ничего не можете знать точно, лучше смягчать формулировки, называя подобного рода объяснения “наилучшими догадками” или “предварительным пониманием”.

Такой стиль воздействия был впервые разработан для детей, у которых примитивные предубеждения сосуществовали со страхами регрессии (Bornstein, 1949). По-другому он назывался “восходящей реконструкцией” (R.M. Loevenstein, 1951; Greenson, 1967), “восходящей интерпретацией” (Horner, 1990) и просто “интерпретацией вверх”. Эти названия указывают

на отличие данной интерпретации от интерпретаций, полезных для пациентов невротического уровня, когда работа идет “с поверхности в глубь” (Fenichel, 1941), и направлена на ближайшую к осознанию защиту. При “интерпретации вверх” терапевт прямо вскрывает глубинный материал, проговаривает его содержание и объясняет, почему данный материал вошел в жизненный опыт пациента. Как ни странно, этот существенный аспект психодинамической работы с напуганными пациентами редко приводится в методической литературе.

Поддерживающая техника: привязка тревоги к определенным стрессам

Таким образом, мы подошли к третьему принципу поддерживающей терапии, а именно: *интерпретации в первую очередь чувств и жизненных стрессов, а не защит*. Например, терапевту, работающему с более нарушенными людьми, часто приходится выслушивать развернутые параноидальные тирады расстроенного пациента. Заманчиво, невзирая на атаку чувства страха и ненависти психотического уровня, попытаться интерпретировать проективную защиту или противопоставить искаженным представлениям пациента свое видение реальности. Но любая из этих стратегий, похоже, вызовет у пациента подозрение, что терапевт находится в тайном сговоре с мучителями. Но просто сидеть и смотреть на беспорядочный психотический выплеск тоже вряд ли терапевтично. Что же делать?

Во-первых, следует дождаться того момента, когда пациент сделает паузу, чтобы передохнуть. Лучше прождать слишком долго, чем недостаточно (со стороны терапевта это может выражаться в спокойном сидении и сочувственных кивках в течение большей части сессии), напоминая себе во время ожидания, что, по крайней мере, пациент теперь достаточно доверяет вам, чтобы бесконтрольно выражать свои чувства. Во-вторых, можно произнести, например, такую фразу: “Сегодня вы, кажется, более подавлены, чем обычно”, никак не указывая на то, что по своему содержанию расстройство является сумасшествием. Наконец, нужно постараться помочь клиенту установить, что же вызвало такую бурю чувств. Часто главная причина расстройства пациента только внешне связана с темой его излияний, рассказом о некоторых жизненных обстоятельствах, включающих разлуку (ребенок пациента идет в детский сад, брат объявил о помолвке, терапевт упомянул о своих планах на

отпуск). Тогда необходимо активно согласиться с тем, что расставания очень неприятны.

При этом иногда следует не обращать внимания на то обстоятельство, что вы как бы разделяете искаженные представления пациента, а порою (наиболее ярко это изложено в занимательной статье Роберта Линднера “Реактивная кушетка” (“The Jet-Propelled Couch”, Robert Lindner, 1955), надо даже активно принимать систему отсчета пациента. Иногда только в подобном единении пациент будет чувствовать себя достаточно понятым, чтобы принять последующую интерпретацию (Federn, 1952). Школа “Современного психоанализа” Спотница возвысила этот метод терапии до уровня высокого искусства (Spotnitz, 1976). Первоначально созданный как “присоединение к сопротивлению” или как практикуемый “парадигматический психоанализ” (Coleman & Nelson, 1957), данный подход приобрел много общих черт с более поздним “парадоксальным воздействием”, предпочитаемым некоторыми семейными системными терапевтами. Присоединение это не столь цинично, как может показаться, поскольку даже в наиболее параноидальных построениях всегда присутствует доля правды.

Примеры присоединения при проверке ложных построений включают в себя следующие подходы: пациентка врывается в кабинет терапевта, обвиняя его в причастности к заговору с целью убить ее. Вместо того, чтобы спрашивать о существовании заговора или предполагать вслух, что она проецирует свои собственные желания, терапевт говорит: “Простите! Если я и был причастен к такому заговору, то ничего об этом не знал. Что происходит?” Другой пациент может впасть в угрюмое молчание, а когда ему помогают разговориться, признается, что он ответственен за бойню на Ближнем Востоке. Терапевт отвечает: “Наверное, это ужасно нести такое бремя вины. Каким образом вы к этому причастны?” Или пациент доверительно сообщает, что медсестра, коллега и друг терапевта, пыталась его отравить. Терапевт говорит: “Какой ужас! Почему вы считаете, что она настолько вас ненавидит, что готова убить?”

Заметьте, что во всех случаях терапевт не выражает согласия с интерпретацией событий пациентом, но и не наносит удара по самолюбию пациентов, отвергая их. И что самое важное, терапевт провоцирует дальнейшее обсуждение. Обычно стоит пациенту выпустить пар, как на смену его параноидальным идеям постепенно приходит более реалистичное понимание происходящего. Иногда терапевт может помочь, мягко спрашивая пациента о других возможных объяснениях подобного восприятия, *но только после того, как пациенту дали возможность*

выговориться. Нередко в конце сеанса пациент переориентируется на реальность и уходит приободренным.

Теперь читатель, наверное, уже усвоил, насколько отличается работа психоаналитика с людьми психотического уровня от терапии невротиков. Не у каждого хватит характера, чтобы спокойно выполнять такую работу – ее облегчает то, что наличие контрфобии и чувство всемогущества в некоторой степени не чужды личностям многих терапевтов. Тем же, кто не обладает подобными свойствами, будет лучше попробовать себя в другой области службы психического здоровья. Один из наиболее важных моментов, который необходимо понять в процессе обучения, состоит в том, какие типы людей вам приятны и вы будете лечить их эффективно, а каких следует избегать.

Поддерживающая терапия с психотичными и потенциально психотичными людьми имеет разные цели и разные критерии по сравнению с терапией более здоровых людей. Несмотря на некоторые предрассудки, выраженные в политике сдерживания цен (позиция, для меня сравнимая с аргументом, что раковые больные должны получать аспирин), психотерапия психотиков эффективна и принимается с благодарностью (“A recovering Patient”, 1986). Терапия людей с серьезными нарушениями может спасти им жизнь; компетентность в этой области встречается значительно реже, чем в области лечения более здоровых людей. Она эмоционально и интеллектуально стимулирует, повышает творческий потенциал. В то же время она может быть эмоционально тяжелой, опустошающей, угнетающей и неизбежно требует работы на пределе возможностей.

Психоаналитическая терапия с пограничными пациентами

Термин “*пограничный*” (borderline) имеет разнообразные значения. Дело не только в том, что депрессивный человек с пограничными чертами сильно отличается от нарциссического, параноидного или истерического пограничного пациента, но и в том, что внутри категории пограничного существует широкий диапазон тяжести состояния, простирающийся от невроза, с одной стороны, до психоза, с другой (Grinker и др., 1968). Неудивительно, что чем ближе психология пациента к невротической, тем более положительно он будет реагировать на более “неприкрытое” лечение, в то время как клиенты, находящиеся на грани психоза, лучше реагируют на более поддерживающую терапию. Люди не одномерны: каждая

невротическая личность обладает некоторыми тенденциями пограничной, и наоборот. Но в целом для людей с организацией личности пограничного уровня следует выбирать *экспрессивную психотерапию*.

Целью терапии, проводимой с пациентами, обладающими пограничной структурой, является развитие целостного, надежного, комплексного и позитивно значимого ощущения самих себя. Наряду с этим процессом происходит развитие способности полноценно любить других людей, несмотря на их изъяны и противоречия. Для пограничных людей возможно постепенное продвижение от неустойчивой реактивности к стабильному приятию своих чувств, ценностей и восприятия жизни, несмотря на трудности, которые они представляют для терапевта, особенно на ранних стадиях лечения.

Теоретики с разными представлениями о природе возникновения пограничной структуры личности подчеркивали различные аспекты терапевтической работы (Balint, 1968; Kernberg, 1975; Masterson, 1976; G. Adler & Buie, 1979; Giovacchini & Boyer, 1982; Pine, 1985; G. Blanck & R. Blanck, 1986; Searles, 1986; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987; Meisner, 1988). Нередко в книгах и статьях по психоаналитической терапии отмечаются некоторые методические требования для работы с более тяжелыми, но не психотическими людьми (Eissler, 1953; Stone, 1954). В литературе по технике работы с пограничными клиентами существуют значительные расхождения, которые не могут вместиться в два параграфа, но я все же упомяну о двух общепринятых принципах лечения, которые будут понятны новичкам в психоанализе.

Экспрессивная техника: безопасные границы

Экспрессивная терапия имеет много общего как с поддерживающей, так и с вскрывающей терапией: пациента просят говорить все, что приходит ему на ум; терапевт помогает ему в этом разобраться; обе стороны ожидают, что в результате череды инсайтов и налаживания благоприятных дружеских отношений будут происходить изменение и рост личности. Но различия существенны. Большинство из них проистекает из того обстоятельства, что пограничная личность, по определению, не имеет интегрированного наблюдающего Эго, наблюдающего объекты так, как их видит терапевт. Вместо этого пограничная личность подвержена хаотичному метанию между различными состояниями Эго, не обладая пока способностью собрать их воедино.

Несмотря на то, что пациенты в пограничном состоянии обладают большей способностью к доверию, чем психотически организованные люди, и не требуют от терапевта постоянной демонстрации того факта, что в его кабинете они находятся в безопасности, может потребоваться несколько лет, чтобы добиться такого терапевтического альянса, который при работе с невротиком возникает через несколько минут после знакомства. В то время, как психотик, скорее, стремится психологически слиться с врачом, а невротик – сохранить свою отдельную идентичность, пограничная личность мечется, “дезориентируя себя и других”, между симбиотической привязанностью и злобной изолированной отделенностью. (Оба состояния угнетают: одно вызывает ощущение, что тебя поглощают, другое – чувство покинутости).

Ввиду нестабильности состояния Эго, решающим моментом терапии таких пациентов является *установление постоянных условий терапии* — то, что Роберт Лангс (Robert Langs, 1973) назвал терапевтическими рамками. Это включает в себя не только время и оплату, но и многочисленные решения по поводу границ взаимоотношений, которые редко приходится принимать в работе с другими клиентами. Обычно возникают проблемы такого рода: “Можно мне позвонить вам домой?”, “Что, если я захочу покончить с собой?”, “Вы можете по каким-либо причинам нарушить конфиденциальность?”, “Как долго я смогу пропускать сеансы, не платя за это?”, “Можно я посплю на полу у вас в приемной?”. “Вы напишете моему профессору, что я был слишком подавлен, чтобы сдавать экзамен?”

Некоторые из этих ситуаций находят свое выражение в форме вопросов; другие проявляются в виде действия, пока проверяются границы взаимоотношений (например, вы находите клиента спящим на полу в приемной). У пограничного пациента может возникать бесконечное количество подобных вопросов, и терапевту важно знать, что главное не то, *какие условия будут поставлены* (они могут варьироваться в зависимости от личности пациента и предпочтений терапевта), а то, *чтобы они были поставлены, постоянно проверялись и подкреплялись особыми санкциями, если пациент им не следует**.

Пограничные пациенты часто будут гневно реагировать на установленные терапевтом границы, но в любом случае они получают следующую терапевтическую информацию: (1) терапевт рассматривает пациента как взрослого человека и уверен в его способности справиться с фрустрацией; (2) терапевт отказывается от того, чтобы его эксплуатировали, и поэтому служит моделью самоуважения. Обычно

история жизни людей пограничного уровня свидетельствует о том, что они нередко испытывали на себе противоречивые воздействия: им потворствовали во время регрессии (и, как правило, игнорировали, когда они находились в соответствующем их возрасту состоянии), от них ожидали разрешения себя эксплуатировать, и они позволяли это с собой делать.

Новичок в психотерапии пограничных пациентов часто гадает, когда же наконец все предварительные условия будут поставлены, сформируется рабочий альянс и начнется собственно терапия. Опытный терапевт ответит, что вся работа, связанная с условиями лечения, является терапией. Когда достигается альянс по невротическому типу, пациент, по определению, делает гигантский шаг в собственном развитии. В замешательство приводит необходимость тратить столько времени на установление границ с людьми, нередко талантливыми, умными, владеющими хорошей речью, с которыми естественным образом хочется заниматься другими вещами. Вряд ли, отправляясь учиться, мы представляли себе психоанализ как копание в таких мелочах, как установление границ. Поэтому люди, впервые работающие с пограничными клиентами, могут периодически испытывать приступы сомнения в своей профессиональной компетентности.

Другой аспект условий работы с пограничными клиентами, который я хочу вкратце отметить, состоит в том, что за исключением немногих людей, находящихся ближе к границе с неврозом, терапевту, как правило, лучше работать с клиентом лицом к лицу. Пограничные пациенты хоть и не подвержены таким всепоглощающим переносам, как психотически уязвимые люди, но они и без того испытывают переносов более чем достаточно, чтобы терапевт создавал еще и дополнительную неопределенность, уходя из поля зрения пациента. Кроме того, поскольку вряд ли следует поддерживать состояние напряженности в пограничных людях, только особый набор обстоятельств (временная суицидальность или потребность в интенсивной помощи в процессе излечения от наркотической зависимости) может потребовать более трех сессий в неделю, как в классическом психоанализе.

Экспрессивная техника: проговаривание контрастных чувственных состояний

Следующее обстоятельство, на которое следует обратить внимание при работе с пограничными клиентами, связано с формулировкой

интерпретаций. Во-первых, контраст. С невротиками комментирование должно происходить не чаще, чем это требуется для поддержания внимания пациента (чем реже, тем лучше). Интерпретировать следует лаконично и эмоционально сжато (Fenichel, 1941; Colby, 1951; Hammer, 1968). Часто интерпретируется подоплека некоего конфликта, когда пациент знает только об одной стороне чувств. Например, женщина невротического уровня так рассказывает о подруге, с которой находится в своего рода состязательной ситуации, что кажется, будто она не сталкивается ни с какими отрицательными чувствами. Терапевт может заметить: “Но вы все-таки с удовольствием бы ее убили.” Или, например, мужчина продолжает ассоциировать на тему о том, как он независим и раскован. Терапевт может сказать: “И все же, вас постоянно беспокоит, что я о вас думаю.”

В таких случаях соответствующие невротические пациенты будут знать, что терапевт вскрыл часть их субъективного опыта, которую они сами от себя утаивали. Поскольку эти люди способны оценить ненавязчивое поведение терапевта, а также тот факт, что он не настаивает на истинности их бессознательного отношения и иллюзорности предыдущих сознательных объяснений, то благодаря интерпретации они чувствуют, что их восприятие расширилось. Пациенты чувствуют себя понятыми, хотя и слегка задетыми. Но если говорить таким образом с людьми пограничного уровня, они почувствуют, что их критикуют и унижают, поскольку, если не выразить интерпретацию по-другому, главное, что они воспримут, будет состоять в следующем: “Вы полностью заблуждаетесь по поводу своих истинных чувств”. Это непонимание происходит из их тенденции находиться в том или другом состоянии Эго, а не в состоянии комплексного личностного отождествления, когда неопределенность и амбивалентность можно перенести.

По этим причинам начинающие терапевты нередко полагают, что проявляют заботливое понимание, в то время как клиент реагирует таким образом, будто на него нападают. Обойти эту проблему можно, если напомнить себе, что у пациента в пограничном состоянии отсутствует наблюдающее Эго, воспринимающее интерпретацию как дополнительную информацию о себе, и, соответственно, этой функцией следует наделять интерпретацию. С пограничными пациентами вы скорее будете восприняты эмпатически, если скажете: “Теперь я вижу, как много для вас значит Мэри. Однако возможно, что существует такая часть вас самих, безусловно, не определяющая ваши поступки, которая хотела бы от нее избавиться, поскольку она в некотором роде с вами конкурирует?” Или: “Вы,

безусловно, установили, что обладаете очень сильной независимостью и самодостаточностью. Интересно, но похоже, что с ними уживаются некоторые противоположные тенденции, например, чувствительность к моему мнению о вас”. Подобные интерпретации не столь сильны и красивы с точки зрения экономии слов, зато ввиду наличия у пограничных людей специфических психологических проблем, они скорее будут восприняты должным образом.

Экспрессивная техника: интерпретация примитивных защит

Третьей отчетливой характеристикой эффективной терапии пациентов пограничного уровня является *интерпретации примитивной защиты по мере ее проявления во взаимоотношениях*. Принципиально эта работа не отличается от психологической работы с Эго невротиков, разве что в случае с пограничным пациентом, когда защита анализируется по мере ее проявления в переносах. Но поскольку защита у людей в пограничном состоянии носит слишком глобальный характер, и они чувствуют и ведут себя по-разному в разных состояниях Эго, то анализ защиты потребует специального подхода.

С пациентами в пограничном состоянии терапевту обычно не стоит делать того, что психоаналитики называют генетической интерпретацией, когда реакция переноса привязывается к чувствам, которые наиболее соотносятся с некоторой фигурой из прошлого пациента. Работая на невротическом уровне, можно достичь хороших результатов, делая интерпретации типа: “Возможно, вы так злитесь на меня, потому что воспринимаете меня как вашу мать.” Невротичный пациент часто соглашается, отмечает различие между терапевтом и своей матерью и начинает интересоваться, в чем еще может проявляться это искаженное восприятие. Реакция пациента в пограничном состоянии может варьировать от “Ну и что?” (“Вы весьма похожи на мою мать, так почему бы мне так не реагировать?”) до “И как это мне может помочь?” (“Вы все увиливаете. Когда вы наконец начнете мне помогать?”) и до “Правильно!” (“Наконец-то вы поняли. Проблема в моей матери, и я хочу, чтобы вы ее решили!”). Подобная реакция может полностью огоршить начинающего терапевта, выбить у него почву из под ног, особенно если генетические интерпретации были наиболее удачным методом его личной терапии.

С пограничными клиентами можно интерпретировать природу эмоциональной ситуации, сложившейся в данный момент. Например,

злость. У пограничного пациента защита при работе, скорее всего, не является переносом или честной проекцией, как это происходило в вышеизложенном примере у невротика с материнским переносом. Вместо этого пациент использует проективную идентификацию. Он пытается избавиться от ощущения “я плохой” (Sullivan, 1953) и связанного с ним озлобления, перекладывая их на терапевта. Но перенос образа и представления не является “чистым”. Пациент продолжает испытывать некоторое ощущение своей “нехорошести” и злости, несмотря на проекцию. Это болезненная цена, которую пограничная личность, а за ней и терапевт, платит за неадекватную психологическую сепарацию.

Мы наблюдаем существенную и предельно понятную разницу между пограничными пациентами, с одной стороны, и психотиками и невротиками, с другой. В следующей главе мы разберем это более подробно. Сейчас кратко отмечу: при проецировании психотик в значительной степени лишен контакта с реальностью, чтобы не беспокоиться, насколько его проекция “подходит”. Невротик при проецировании имеет наблюдающее Эго, способное заметить, что он проецирует. Пограничные пациенты не могут избавиться от ощущения проецирования, не могут безразлично отнестись к тому, насколько реалистично то, что происходит, поскольку, в отличие от психотиков, связь с реальностью у них не нарушена. Пограничные пациенты не могут переложить это на бессознательную часть Эго, поскольку, в отличие от невротиков, в их личности отсутствует дифференциация наблюдающего и переживающего Эго. Поэтому они продолжают ощущать то, что проецируют, наряду с *потребностью сделать это соответствующим реальности*, чтобы не чувствовать себя сумасшедшими. В результате терапевт испытывает на себе злость пациента (или какое-либо другое сильное чувство), ощущает, как в нем самом поднимается контрперенос гнева, поскольку пациент пытается утвердить свою проекцию, настаивая на том, что злится из-за неприязненного поведения терапевта. Вскоре терапевт действительно начинает вести себя неприязненно, потому что чувствует: его переиграли. Подобные стычки являются причиной плохой репутации, которой пользуются пациенты в пограничном состоянии среди специалистов по душевным заболеваниям, даже несмотря на то, что они нередко бывают приятными людьми и обычно хорошо реагируют на квалифицированное лечение.

В вышеизложенной непростой ситуации для того, чтобы интерпретация дошла до пограничного пациента, следует сказать, например: “Похоже, у вас сложилось убеждение, что вы плохой. Поэтому

вы злитесь и пытаетесь справиться со своей злостью, утверждая, что плохой я и что именно моя злость вызывает в ответ вашу. А вы можете представить себе: и вы, и я сочетаем в себе плохое и хорошее? Так, может быть, не стоит это так раздувать?” Вот пример сиюминутного столкновения с примитивной защитой. В нем представлена попытка терапевта продвинуть пациента от такой психологии, когда все имеет только два оттенка – черное и белое, по принципу “все или ничего”, к психологии, где различаются хорошие и плохие аспекты и целый спектр эмоций объединяется в одной личности. Эти попытки ему придется повторять в различных формах по крайней мере еще в течение нескольких месяцев. Такой вид интерпретации многим дается нелегко, но, к счастью, с практикой это приходит.

Экспрессивная техника: получение супервизирования от пациента

Четвертым направлением в технике работы с пограничными пациентами (его я считаю очень полезным) является *обращение к пациенту за помощью* при решении дилемм “или/или”, с которыми, как правило, сталкивается терапевт. Эта методика, когда пациент становится вашим методистом, имеет отношение к представлениям, основанным на принципе “все или ничего” и присутствующим у пограничных пациентов*.

Они стремятся создать у терапевта ощущение, что в данной ситуации существуют два взаимоисключающих решения, оба из которых неверны по разным причинам. Обычно это представляет собой проверку, когда, если терапевт действует одним образом, он терпит поражение на одном полюсе конфликта с пациентом, а если выбирается другая альтернатива – поражение произойдет на противоположном полюсе.

Однажды я лечила 22-летнего молодого человека, у которого был отец-алкоголик, похоже, не замечающий существования сына, и назойливая, тревожная, влезающая во все дела мать. Она вмешивалась в жизнь сына до такой степени, что каждый день убирала его одежду. (Я была знакома с его родителями и потому знала о реальных людях, оказывающих влияние на пациента, больше, чем в таких случаях обычно знает терапевт.) По мере продолжения терапии мой пациент стал во время сеанса замыкаться в молчании, которое продолжалось все более продолжительные периоды времени. Поначалу казалось, ему просто нужно время, чтобы собраться с мыслями, но когда продолжительность молчания достигла 15, а затем 20

минут, я поняла, что происходит что-то менее приятное, и с моей стороны будет упущением не разобраться в этом.

Если бы пациент был невротиком, я бы напомнила ему о том, что он согласился проговаривать все, что приходит ему в голову, и выяснила бы вместе с ним, что мешает ему это делать. Другими словами, я провела бы простой анализ сопротивления. Но я чувствовала, что с этим молодым человеком происходит нечто более примитивное, связанное с удержанием равновесия между страхом быть поглощенным и страхом оказаться покинутым. Я знала, что между нами еще не установился достаточный рабочий альянс, чтобы можно было работать с этим молчанием так, как с более здоровым пациентом. Я была абсолютно уверена: если я останусь спокойной, он почувствует боль отвержения, подобно отвержению отцом; если же я заговорю, он воспримет это как навязчивость, подобную материнской. Возможно, мое замешательство в данной критической ситуации отражало его ощущение, что он будет проклинать себя и если заговорит, и если промолчит.

После того, как я некоторое время пыталась понять, какого рода вмешательство будет менее вредным, мне пришло в голову попросить *его* самого помочь разрешить эту проблему. По крайней мере, в таком случае, что бы ни получилось из нашего взаимодействия, в нем будет присутствовать элемент автономии пациента. Я спросила его, как бы он хотел, чтобы я реагировала на его молчание. Молодой человек ответил, что ему хочется, чтобы я задавала вопросы и вытягивала из него слова. Тогда я заметила, что была бы рада сделать это, но могу заблуждаться по поводу его мыслей, поскольку с тех пор, как он замолчал, я не имею представления, о чем он думает. (В снах и фантазиях, которые он мне рассказывал, можно было прочесть веру в то, что некоторые люди, подобные вымышленной всеведущей матери, пришедшей из раннего детства, способны читать его мысли. Я хотела дать ему обратную и более реальную информацию.)

Пациент воспрял духом и изменил свое решение, объявив, что я должна подождать, пока он не почувствует себя готовым к разговору. После чего на протяжении трех сеансов подряд он приходил, приветливо здоровался, садился, молчал 45 минут и вежливо уходил, когда я говорила, что время истекло. Интересно, насколько в ужасном внутреннем состоянии я находилась до того, как попросила своего пациента просветить меня, настолько спокойно я воспринимала его молчание потом. Через два года он сказал мне, что моя готовность принять его указания положила начало его способности вести себя самостоятельно в присутствии других. Таким

образом, этот метод снижает чувство неловкости у терапевта и, что более важно, моделирует принятие неопределенности, укрепляет чувство собственного достоинства и творческое начало пациента, а также напоминает обеим сторонам о кооперативной природе их совместной работы.

Экспрессивная техника: поддержка индивидуации и препятствие регрессии

Людям с пограничным уровнем организации личности эмпатия требуется не меньше, чем остальным, но их изменения в настроении и флуктуации состояния Эго мешают врачу понять, когда и где ее следует выражать. Поскольку ваши пациенты вызывают контрпереносы любви, когда подавлены или напуганы, и контрпереносы ненависти, когда ведут себя отвергающе, можно обнаружить, что вы непреднамеренно поощряете в них регрессию и наказываете за проявление индивидуальности. Терапевты, которые привыкли, работая с невротиками, поддерживать умеренную регрессию, могут с непривычки поддерживать некоторые из наиболее нездоровых реакций пограничных пациентов. Однако правильная оценка их психологии дает терапевту основание для более осознанного поведения: следует быть относительно невосприимчивым к состояниям субъективной беспомощности и демонстрировать понимание самоуверенности пациента – даже если она принимает форму сердитого противостояния.

В работе Мастерсона и его коллег, обсужденной в предыдущей главе, предложен терапевтический подход, основанный на внимании к проявлениям близости и отчужденности. Мастерсон считает, что матери пациентов, диагностируемых как пограничные, были сильно привязаны к детям и отзывчивы к ним в раннем младенчестве, но подавляли проявление их индивидуальности, обычно начинающей проявляться в возрасте от 18-ти месяцев до трех лет. В результате подобного воспитания эти пациенты значительно позже приобретают способность чувствовать себя безопасно, находясь в зависимых взаимоотношениях; в одиночестве же они страдают от мучительной заброшенности, которую Мастерсон назвал “депрессией покинутости”. Таким образом, близость комфортна, но с ней приходит чувство, что тебя поглощают, контролируют и инфантилизируют. Отделенность, несмотря на свою объективную болезненность, в конечном счете наделяет силой.

В рекомендуемой Мастерсоном методике работы с пограничными пациентами сделан акцент на необходимости намеренно действовать противоположным образом, чем это делала мать, активно противостоять регрессивному и саморазрушающему поведению (например: “Зачем вам надо клеить мужчин по барам?”) и подчеркнута поощрять все усилия, направленные в сторону автономии и действенности (например: “Я рад видеть, что вы можете дать мне отпор, когда я вас злю”). В этой модели делается упор на то, чтобы пресекать цепкую зависимость, не дающую пограничным пациентам основания для самоуважения. Необходимо уметь видеть поступательные, адаптивные элементы даже в наиболее раздражающих проявлениях самоутверждения. Поскольку естественные контрпереносы человека идут в обратном направлении, эти чувства далеко не всегда легко принять.

Экспрессивная техника: интерпретация в состоянии покоя

Пайн (Pine, 1985) пополнил литературу, посвященную методам работы с пациентами, которые с трудом добиваются индивидуации и сепарации, важным афоризмом: “Куй железо, пока холодно.” Давно известно, что людям невротического уровня лучше всего предлагать интерпретацию тогда, когда они находятся в состоянии эмоционального подъема, чтобы содержание наблюдения терапевта не послужило интеллектуализированием и чтобы сила воздействия обсуждаемых вопросов оказалась несомненной. В работе с пограничными пациентами действует противоположное правило. Когда эти люди находятся в повышенном эмоциональном состоянии, они слишком расстроены, чтобы что-то воспринимать. Обсуждать то, что с ними произошло, когда они пребывают в состоянии гнева, паники или острой регрессии, можно, но только после того, как это состояние прошло, и пациенты внутренне отошли от столь изматывающего взрыва чувств.

Пограничному пациенту можно сказать: “Я подумала. То, о чем вы сейчас говорите, – о вашей тенденции испытывать убийственную злость и нападать на людей в этом состоянии – напоминает ваши яростные нападки на меня на прошлой неделе. Тогда у меня возникло чувство, что вы должны были разрушить все, что бы я вам ни предложила.” В состоянии эмоционального покоя пограничный пациент захочет (и даже с облегчением) услышать, что терапевт упомянул подобную динамику и попытался ее понять. Но в состоянии напряжения чувств он воспримет

такую интерпретацию не только как осуждение, но и как попытку отбросить страстно сдерживаемые чувства – как будто они достойны презрения. Попытка сказать пациенту, обътому злобной яростью, что он пытается уничтожить терапевта, только приведет к усилению беспомощной ярости от сознания того обстоятельства, что человек испытывает такие грубые порывы. А соответствующий разговор в будущем может оказаться весьма полезным.

Экспрессивная техника: соответствующий материал контрпереноса

Последний аспект в рекомендациях, данных относительно психотерапии пациентов, диагностированных как пограничные, *касается важности понимания терапевтом контрпереноса*. Пограничные клиенты в значительно большей степени, чем личности невротического и психотического уровня, общаются посредством мощного и невербализованного переноса восприятий. Под этим я подразумеваю, что даже если они свободно ведут беседу в процессе терапии, наиболее важные сообщения, которые они посылают, часто заключены не в их словах, а в “фоновой музыке” их эмоционального состояния. Интуитивные, эмоциональные и образные реакции терапевта, возникающие при общении с пограничным пациентом, нередко могут дать больше материала относительно того, что происходит между ними, чем конструктивная рефлексия общения с пациентом или поиск ответа в теории и методологии.

Когда вы внезапно чувствуете усталость, гнев или панику, или вас переполняет желание прийти на помощь, когда вас осаждают сексуальные образы, вероятно, происходит нечто, что бессознательно возбуждается пациентом и сообщает какую-либо важную информацию о его внутреннем состоянии. Например, возьмем параноика, которого лечит молодая женщина. Пациент находится в состоянии самоуверенного возмущения неправильным обращением с ним некоторого авторитета. Терапевт начинает замечать, что чувствует себя маленькой, слабой, боится его критики и все время представляет, что на нее нападают. Женщина должна учитывать, что ее чувства – просто отщепленная, неосознаваемая часть личности пациента, которая проецируется на нее почти физически. Если эта идея после некоторой рефлексии покажется разумной, будет терапевтически полезным (для обеих сторон) сказать, например: “Я знаю, что вы испытываете злость и возбуждены, но мне кажется, существует

другая часть вашей личности, которая чувствует себя слабой, беспокоится и опасается нападения.”

Эта сфера контрпереноса в качестве источника информации может сыграть с вами шутку, и к ней надо относиться внимательно. Далеко не каждая мелькнувшая мысль и испытанное при работе с пограничным пациентом чувство бывает навеяно именно им. В худших случаях терапевты могут причинить вред, ссылаясь на концепции проективной идентификации или наведенного контрпереноса. Я даже слышала о тех, кто начинал спорить с пограничным пациентом о том, что по его вине у терапевта возникают сильные реакции. Я бы не хотела давать никому оснований для рационализации в данном направлении. Многочисленные клинические данные свидетельствуют, что контрперенос, как и перенос, всегда представляет собой смесь генерированного изнутри и стимулированного извне материала, иногда со смещением в одну сторону, иногда – в другую (Sandler, 1976; 1987; Roland, 1981; Gill, 1983; Tansey & Burke, 1989; Jacobs, 1991). Терапевты должны осознавать свою собственную динамику и нести эмоциональную ответственность за свои реакции, даже если именно пациент возбуждает их. Те интерпретации, в надежности которых терапевт уверен, должны предлагаться в такой форме, чтобы пациент мог согласиться с наличием самой проблемы – даже если объяснение покажется ему ложным.

Хочу добавить, что полностью противоположный подход, когда контрперенос рассматривается лишь как “личное дело”, может неблагоприятно отразиться на клиническом процессе. Некоторые преподаватели-психоаналитики делают такой большой упор на понимании студентом своей динамики, что добиваются формирования разрушительного уровня самоосознания. На то, чтобы разобраться в пациенте на основании его ответов, уже не остается эмоциональной энергии. На смену терапевтической взаимосвязанности приходит какое-то обращенное внутрь видение, и талантливые и увлеченные люди перестают доверять своему зачастую прекрасному природному чутью, потому что боятся что-либо сделать неправильно.

Если бы в приведенном выше примере терапевт решила разобраться с контрпереносом одна, размышляя о том, что она чувствует себя маленькой и испуганной в присутствии раздраженного мужчины, напоминающего ей отца, такой инсайт не имел бы терапевтического значения. Все это помогло бы ей сдерживать защитные реакции, что само по себе и неплохо, но не привело бы к замечательным результатам. Худшее, что может случиться, когда вы заблуждаетесь относительно своих чувств по отношению к

пациенту, состоит в том, что вы ошибетесь. Если же интерпретация будет происходить в форме предположений, а не утверждений, пациент радостно укажет вам на ошибки.

Вот и все, что я вкратце могу сообщить о рекомендациях по терапии различных уровней развития структуры личности. Опытный клиницист поймет, что я только скользнула по поверхности. Если бы эта книга служила методическим пособием, то каждая тема потянула бы на главу или даже на целую книгу. Теперь позвольте мне поднять тему взаимодействия категорий развития и типологических категорий структуры личности, а также их сложной взаимосвязи.

Взаимодействие зрелостных и типологических измерений личности

На рис. 4.1 наглядно представлена схема, по которой многие аналитические диагносты определяют структуру личности пациента. На оси развития расположены три главные категории организации, обсуждавшиеся выше. Фактически мы имеем дело с континуумом с различиями в степени выраженности, которые постепенно становятся достаточными, чтобы получить концептуальное выражение как различные типы. Конкретные люди различаются по степени зрелости; в условиях достаточно сильного стресса совершенно здоровый человек может иметь временную психотическую реакцию; даже у шизофреника с самым сильным бредом наступают моменты полных просветлений.

Зрелостные категории должны иметь для читателя смысл конструктов. Многие из этих типологических конструктов могут быть хорошо знакомы, даже если они не будут систематически обсуждаться в следующих частях этой книги. В главах 5 и 6 я детально изложу психоаналитическую концепцию защит, так как положе-

ние личности на типологической оси определяет привычное использование одной защиты или одной группы защит.

В этой связи хочу привести наблюдение, которое может помочь читателю интерпретировать данную схему. Я думаю, понятно, что подразумевает каждая из категорий, отмеченных на горизонтальной оси: здесь представлен спектр патологий характера – от психотической области до области невротик-здоровый. Однако люди распределяются неравномерно по всем точкам каждого континуума. Те категории, которые представляют привычное использование примитивных защит,

сосредоточены на психотическом краю континуума. Например, параноидные личности, которые, по определению, зависят от защиты путем проекции, относятся скорее к нижнему, чем к верхнему краю оси развития личности. Типологические категории, предполагающие опору на более зрелые защиты, сосредоточены по направлению к невротическому полюсу. Так, большая часть обсессивных личностей находится на невротическом конце обсессивной шкалы по сравнению с психотическим.

Любой человек на основании своего жизненного опыта знает, что все люди – разные. Для него очевидно: кто-то вполне может иметь высокую степень развития Эго и интегрированную идентичность, но при этом он будет все еще сохранять большую тревожность с примитивной защитой. Возвращаясь к разговору о параноидальных личностях, многие из нас могут вспомнить о людях, которых мы знаем, чьи особенности характера отчетливо параноидальны, но кто имеет хорошую силу Эго, ясное представление по поводу своего существования как человеческой индивидуальности, развитую и укрепленную идентичность и прочные отношения. Они часто находят себе пристанище, выбирая профессию частного детектива, ищут работу в правоохранительных силовых органах или выполняют секретные миссии, где их параноидальные тенденции работают на пользу. Тот факт, что достаточно здоровые параноики обычно не обращаются к психотерапевту (факт, внутренне связанный с их паранойей), не означает, что они не относятся к людям, которым это требуется. Частота, с которой люди обращаются к терапевту, вследствие чего попадая в статистику психических нарушений, не одинакова для разных типов личностной структуры, потому что эти категории отражают важные различия и в таких областях, как способность человека доверять, склонность надеяться, готовность расстаться с деньгами ради нематериальной выгоды и так далее.

Соответственно, обычный жизненный опыт также подсказывает, что люди могут полагаться в основном на “зрелую” защиту типа интеллектуализации, и тем не менее они имеют плохое тестирование реальности, неадекватную сепарацию, ограниченную интеграцию идентичности и неудовлетворительные объектные отношения. Поэтому, хотя легче найти относительно здорового обсессивного человека, чем обсессивного психотика, каждый, работавший в приемном отделении стационара, встречался с людьми, чья склонность к интеллектуализации перешла свою грань и превратилась в бред.

Часто клинически более важно иметь представление об общем уровне развития пациента, чем идентифицировать его с наиболее подходящим

типологическим описанием. Люди, особенно высокофункционирующие, редко служат примером одного чистого типа личности, так как гибкость защиты – один из аспектов психологического здоровья, или силы Эго. Но важны оба типа оценки, что далее будет проиллюстрировано на примерах дифференциального диагноза в главах 7—15.

Заключение

Темой настоящей главы послужили рекомендации, данные относительно терапевтических методик в зависимости от того, кем, с точки зрения структуры личности, является пациент – невротиком, психотиком или пограничным. Невротики обычно являются прекрасными кандидатами для психоанализа или традиционных психоаналитически ориентированных “раскрывающих” методик. Сильное Эго также делает их восприимчивыми к другим способам вмешательства.

Пациенты на симбиотически-психотическом уровне нередко нуждаются в поддерживающей терапии, в которой среди прочего, делается упор на безопасность, просвещение и внимание к влияниям конкретных стрессов.

Пациентам, находящимся на пограничном уровне, лучше всего помогает экспрессивная терапия – стиль работы, при котором решающее значение имеют установление границ отношений, необходимость обозначения контрастных состояний Эго и интерпретация примитивных защит. В безвыходных ситуациях можно обращаться за помощью к пациенту. В этих случаях полезно пресекать регрессию и поддерживать индивидуацию. Терапевт формирует свое понимание личности пациента, когда тот находится в состоянии спокойствия и принимает во внимание информацию, содержащуюся в контрпереносах.

И, наконец, структура личности была графически представлена на двух осях – в целях иллюстрации принципа оценки зрелостного и типологического измерений.

Дополнительная литература

Стандартным учебником по классическому психоанализу пациентов с невротическим уровнем организации личности продолжает оставаться книга Гринсона “Техника и практика психоанализа” (Greenson, “The Technique and Practice of Psychoanalysis”, 1967). Из книг по традиционной

аналитической терапии я порекомендовала бы труд Колби (Colby, 1951) и Чессика (Chessick, 1969). В книге Шафер “Аналитическое отношение” (Schafer, “The Analytic Attitude”, 1983) оговорены все те аспекты терапии, которые обычные книги опускают. Из книг по терапии, где делается попытка рассмотреть уровни организации личности, я посоветую Фромм-Райхман, (Fromm-Reichmann, 1950), Паolino (Paolino, 1981), Неджеса (Hedges, 1983) и Пайна (Pine, 1985). Наиболее читаемым источником по терапии, где учитываются уровни развития, написанным с точки зрения объектных отношений, наверное, является книга Хорнера “Психоаналитическая терапия объектных отношений” (Horner, “Psychoanalytic Object Relations Therapy”, 1991). Особую ценность имеет сочинение Вольфа “Лечение собственного “я” (Wolf, “Treating the Self”, 1988), представляющее взгляды сэлф-психологов на терапию.

К лучшим образцам известных мне книг, освещающих проблемы работы с пациентами психотического уровня (хорошие источники в этой области весьма редки) относятся работы Ариети (Arieti, 1955), Сирлза (Searles, 1965), Лидца (Lidz, 1973), Джiovаччини (Giovacchini, 1979), а также труды Карона и Ванденбоса (Karon и VandenBos, 1981). Потребность в грамотном исследовании поддерживающей терапии, наконец, нашла свое удовлетворение в прекрасной книге Рокланда (Rockland, 1992).

Литература по экспрессивной терапии сумбурна вследствие наличия множества подходов к пациентам с пограничной организацией. Кернберг и его коллеги (1989) сводят формулировки к конкретным клиническим рекомендациям. Теория Мастерсона по технике, обладающая тем достоинством, что хорошо написана, лучше всего резюмирована в его книге о пограничных состояниях у взрослых (1976). Вполне удобоваримым описанием другого подхода к пониманию и лечению людей этой группы служит книга Геральда Адлера (Gerald Adler, 1985).

5. Первичные (примитивные) защитные процессы

Знание концепции защит и разнообразия защитных механизмов, используемых в человеческом бытии, является решающим для понимания психоаналитической диагностики характера. Основные диагностические категории, используемые психотерапевтами-аналитиками для описания типов личности, несомненно, имеют отношение к устойчивым процессам индивидуальной специфической защиты или группы защит. Иначе говоря, диагностическая категоризация – это своего рода скоропись для обозначения свойственного человеку защитного паттерна.

Термин “защита”, используемый в психоаналитической теории, во многих отношениях неудачен. То, что мы у зрелых взрослых называем защитами, не что иное как глобальные, закономерные, здоровые, адаптивные способы переживания мира. Первым, кто наблюдал некоторые из этих процессов и дал им названия, был Фрейд.

Выбор им термина “защита” отражает два аспекта его мышления. Во-первых, Фрейд восхищался военными метафорами. Стремясь сделать психоанализ приемлемым для скептически настроенной публики, он часто в педагогических целях использовал аналогии, сравнивая психологические действия с армейскими тактическими маневрами, с компромиссами при решении различных военных задач, со сражениями, имеющими неоднозначные последствия. Во-вторых, когда Фрейд впервые столкнулся с наиболее драматическими и запоминающимися примерами того, что мы теперь называем защитами (прежде всего с вытеснением и конверсией), он увидел эти процессы действующими в их *защитной функции*. Изначально его привлекали люди с эмоциональными нарушениями, с преобладанием истерических черт, люди, которые пытались таким образом избежать повторения предыдущего опыта, которое, как они опасались, могло принести им невыносимую боль. По наблюдению Фрейда, они достигают этого за счет большого ущерба для общего функционирования. В конечном счете, для них было бы лучше полностью пережить переполняющие их эмоции, которых они так опасаются, и тем самым высвободить свою энергию (согласно теории драйвов) для развития собственной жизни. Таким образом, наиболее ранний контекст, в котором говорилось о защитах, был тот, где задачей терапевта служило уменьшение их интенсивности.

В данном контексте терапевтическая ценность ослабления или слома

неадаптивных защит личности самоочевидна. К сожалению, в пылу энтузиазма, с которым были встречены ранние наблюдения Фрейда, идея, что защиты по природе своей малоадаптивны, распространилась среди светской публики до такой степени, что это слово приобрело незаслуженно негативный оттенок. Назвать кого-либо защищающимся значило подвергнуть критике. Аналитики и сами используют это слово в обыденной речи таким образом, но при обсуждении защитных механизмов на научном, теоретическом уровне они не обязательно полагают, что при действии защиты происходит нечто патологическое.

Фактически, аналитически ориентированные терапевты иногда рассматривают определенные проблемы – прежде всего психотические и близкие к психотической “декомпенсации” – как свидетельство *недостаточности* защит.

Феномены, которые мы называем защитами, имеют множество полезных функций. Они появляются как здоровая, творческая адаптация и продолжают действовать на протяжении всей жизни. В тех случаях, когда их действие направлено на защиту собственного “Я” от какой-либо угрозы, их можно рассматривать как “защиты”, и это название вполне оправдано. Личность, чье поведение носит защитный характер, бессознательно стремится выполнить одну или обе из следующих задач: (1) избежать или овладеть неким мощным угрожающим чувством – тревогой, иногда сильнейшим горем или другими дезорганизующими эмоциональными переживаниями; (2) сохранение самоуважения. Эго-психологи выделяли функцию защит как средство преодоления тревоги. Теоретики объектных отношений, делающие акцент на привязанности и сепарации, ввели представление о том, что защиты действуют и против горя. Сэлф-психологи уделили внимание роли защит в психических усилиях, служащих поддержанию сильного, непротиворечивого, позитивного чувства собственного “Я”.

Психоаналитические мыслители полагают (хотя это и не отражено явно в нашей литературе по диагностике), что каждый человек предпочитает определенные защиты, которые становятся неотъемлемой частью его индивидуального стиля борьбы с трудностями. Это предпочтительное автоматическое использование определенной защиты или набора защит является результатом сложного взаимодействия по меньшей мере четырех факторов: (1) врожденного темперамента; (2) природы стрессов, пережитых в раннем детстве; (3) защит, образцами для которых (а иногда и сознательными учителями) были родители или другие значимые фигуры; (4) усвоенных опытным путем последствий

использования отдельных защит (на языке теории обучения – эффект подкрепления). На языке психодинамики бессознательный выбор индивидом излюбленных способов преодоления затруднений “сверхдетерминирован”, что отражает кардинальный аналитический принцип “множественной функции” (Waelder, 1960).

В этой и следующей главах я рассмотрю основные защиты так, как сегодня они понимаются большинством практикующих аналитиков. Хотя и не существует доказательств того, что защиты появляются одна за другой в определенной строгой последовательности по мере развития ребенка, среди большинства психодинамически ориентированных клиницистов достигнуто согласие в том, что некоторые защиты представляют собой более “примитивный” процесс, чем другие. Как правило, к защитами, рассматриваемым как первичные, незрелые, примитивные, или защиты “низшего порядка” (Laughin, 1970) относятся те, что имеют дело с границей между собственным “я” и внешним миром. Защиты, причисляемые ко вторичным, более зрелым, более развитым или к защитами “высшего порядка”, “работают” с внутренними границами – между Эго, супер-Эго и Ид или между наблюдающей и переживающей частями Эго.

Примитивные защиты действуют общим, недифференцированным образом во всем сенсорном пространстве индивида, сплавляя между собой когнитивные, аффективные и поведенческие параметры, в то время как более развитые защиты осуществляют определенные трансформации чего-то одного – мыслей, чувств, ощущений, поведения или некоторой их комбинации. Концептуальное разделение более архаичных и более высокоорганизованных защит несколько произвольно, поскольку некоторые теоретически более зрелые защиты, – соматизация, отреагирование, эротизация – могут действовать автоматически и недоступны модификации вторичными мыслительными процессами. Однако с тех пор, как Кернберг привлек внимание к действию архаических форм проекции и интроекции у пограничных пациентов, в психоаналитических описаниях стало общепринятым определять следующие защиты как “примитивные”: изоляция, отрицание, всемогущественный контроль, примитивные идеализация и обесценивание, проективная и интроективная идентификация, расщепление Эго. Я добавляю к списку примитивных процессов диссоциацию (по причинам, о которых речь пойдет ниже), а в остальном соглашаюсь с ним, несмотря на его неясности и концептуальные ограничения.

Чтобы быть классифицированной как примитивная, защита должна обнаруживать наличие в себе двух качеств, связанных с довербальной

стадией развития. Она должна иметь недостаточную связь с принципом реальности (см. главу 2) и недостаточный учет отделенности и константности объектов, находящихся вне собственного “Я”. Например, отрицание считается манифестацией более примитивного процесса, чем вытеснение. Чтобы что-то вытеснилось, оно сначала должно быть познано каким-либо путем, а затем уже переведено в бессознательное. Отрицание – это мгновенный, внерациональный процесс. “Это не случилось” – более магический способ обращения с чем-либо неприятным, чем “это случилось, но я забуду об этом, потому что это слишком болезненно”.

Аналогичным образом, защитный механизм, известный как “расщепление”, посредством которого личность разделяет свой опыт на категории “все хорошо” и “все плохо”, где нет места неопределенности и амбивалентности, считается примитивным. Предполагается, что он происходит из времени, предшествующего периоду, когда ребенок открывает для себя константность объектов. Когда ребенок удовлетворен, присутствие матери связано для него с глобальным ощущением “хорошей матери”, а когда он фрустрирован – та же мать ощущается им как абсолютно “плохая мать”. Мы полагаем, что пока младенец не достиг этапа развития, когда он будет в состоянии признать, что перед ним в обеих ситуациях – один и тот же человек, в присутствии которого ему иногда хорошо, а иногда плохо, пока он не достиг этого этапа, каждое его переживание тотально, дискретно, определено. Напротив, такая защита как рационализация считается зрелой, поскольку для оправдания чувства необходимы достаточно сложные вербальные и мыслительные навыки и большее включение в реальность.

Добавляя еще один уровень сложности к этому растущему, противоречивому и пестрому набору наблюдений, составляющему современную психоаналитическую теорию, следует отметить, что в этом теоретическом подходе предполагается: некоторые защитные процессы имеют как примитивную, так и более зрелую формы. Например, “идеализация” может означать наряду с безоговорочной, полной обожания уверенностью в совершенстве другого человека еще и мягкое “оттеночное” ощущение особенности или превосходства другого с сохраняющимся признанием его ограничений. “Изоляцией” называют и полное отвержение реальности в пользу психотического состояния, и нерезко выраженную тенденцию реагировать на стресс уходом в мечтания. В тех случаях, когда аналитики склонны рассматривать конкретную защиту как континуум, заключающий в себе развитие от более ранних и архаичных к более поздним и дифференцирующим формам, я буду следовать общепринятой

манере и добавлять к названию защиты слово “примитивный”.

От внимательного читателя не укроется, что так называемые примитивные защиты – это просто способы, с помощью которых, как мы полагаем, ребенок естественным образом постигает мир. Психоаналитическая точка зрения предполагает, что эти способы обретения опыта присутствуют в каждом из нас, независимо от того, имеем мы или нет сколько-нибудь заметную патологию. Довербальные процессы, а также процессы, предшествующие принципу реальности и постоянству объектов, являются той основой, где формируется психика.

Проблемы возникают лишь в тех случаях, когда существует недостаток в более зрелых психологических навыках или когда данные защиты упорно используются для исключения возможных других. Все мы отрицаем, все мы расщепляем и все имеем стремление к всемогуществу. Однако большинство из нас дополняют эти реакции более изощренными способами переработки тревоги и ассимиляции сложной, беспокоящей реальности. Пограничная или психотическая личностная структура обусловлена отсутствием зрелых защит, а не наличием примитивных.

Примитивные защиты намного труднее описать, чем более зрелые. Их довербальность, дологичность, всеобъемлемость, образность и магический характер делают их крайне неудобными для представления в письменной речи. Я сделаю все, что смогу, для того, чтобы рассказать о них на формальном языке, но читатель должен иметь в виду, что выражение довербальных процессов на вербальном уровне в некотором смысле невозможно. Нижеследующий обзор посвящен защитами, которые обычно рассматривают как примитивные.

Примитивная изоляция

Когда младенец перевозбужден или расстроен, он попросту засыпает. Психологический уход в другое состояние сознания – это автоматическая реакция, которую можно наблюдать у самых крошечных человеческих существ. Взрослый вариант того же самого явления можно наблюдать у людей, изолирующих себя от социальных или межличностных ситуаций и замещающих напряжение, происходящее от взаимодействий с другими, стимуляцией, исходящей от фантазий их внутреннего мира. Склонность к использованию химических веществ для изменения состояния сознания также может рассматриваться как разновидность изоляции. Некоторые специалисты, среди которых и авторы новой редакции DSM, предпочитают

термин “аутистическое фантазирование”, обозначающий одну из форм более общей тенденции избегать личностных контактов, термину “изоляция”.

Некоторые младенцы конституционально значительно более других склонны к такой форме реагирования на стресс; исследователи замечали, что более всего склонны к изоляции те малыши, которые наиболее чувствительны. У конституционально впечатлительных людей нередко развивается богатая внутренняя фантазийная жизнь, а внешний мир они воспринимают как проблематичный или эмоционально бедный. Склонность к изоляции может усиливаться вследствие эмоционального вторжения или столкновения с людьми, заботившимися о младенце, а также с другими ранними объектами. Человека, привычно изолирующегося и исключаящего другие пути реагирования на тревогу, аналитики описывают как *шизоидного*.

Очевидный недостаток защиты изоляцией состоит в том, что она выключает человека из активного участия в решении межличностных проблем. Люди, имеющие дело с шизоидной личностью, зачастую не знают, как получить от нее какую-либо эмоциональную реакцию. “Он просто возится с пультом телевизора и ничего мне не отвечает” – вот наиболее типичная жалоба. Личности, постоянно укрывающиеся в собственном внутреннем мире, испытывают терпение тех, кто их любит, сопротивляясь общению на эмоциональном уровне. Пациенту с серьезным эмоциональным расстройством трудно помочь вследствие явного безразличия к психотерапевту, стремящемуся завоевать его внимание и привязанность.

Главное достоинство изоляции как защитной стратегии состоит в том, что, позволяя психологическое *бегство* от реальности, она почти не требует ее *искажения*. Человек, полагающийся на изоляцию, находит успокоение не в непонимании мира, а в удалении от него. Благодаря этому, он может быть чрезвычайно восприимчив, нередко к большому изумлению тех, кто махнул на него рукой как на тупого и пассивного. И, несмотря на отсутствие склонности к выражению собственных чувств, такой человек бывает очень восприимчив к чувствам других. На здоровом конце шизоидной оси мы находим людей, выдающихся своей креативностью: художников, писателей, ученых-теоретиков, философов, религиозных мистиков и других высокоталантливых созерцателей жизни, чье свойство находиться в стороне от стереотипов дает им способности к уникальному неординарному видению.

Отрицание

Еще один ранний способ справляться с неприятностями – отказ принять их существование. Все мы автоматически отвечаем таким отрицанием на любую катастрофу. Первая реакция человека, которому сообщили о смерти близкого: “Нет!”. Эта реакция – отзвук архаического процесса, уходящего корнями в детский эгоцентризм, когда познанием управляет дологическая убежденность: “Если я не признаю этого, значит, это не случилось”. Подобные процессы вдохновили Сельму Фрайберг назвать свою классическую популярную книгу о раннем детстве “Волшебные годы” (Selma Fraiberg, “Magic years”, 1959).

Человек, для которого отрицание является фундаментальной защитой, всегда настаивает на том, что “все прекрасно и все к лучшему”. Родители одного из моих пациентов продолжали рожать одного ребенка за другим, хотя уже трое из их отпрысков умерли от того, что любые другие родители, не находящиеся в состоянии отрицания, поняли бы как генетическое нарушение. Они отказывались оплакивать умерших детей, игнорировали страдания двух здоровых сыновей, отвергали советы обратиться в генетическую консультацию и твердили, что происходящее с ними есть воля Бога, знающего их благо лучше их самих. Переживания восторга и всепоглощающей радости, особенно когда они возникают в ситуациях, в которых большинство людей нашли бы негативные стороны, также говорят о действии отрицания.

Большинство из нас до некоторой степени прибегает к отрицанию, с достойной целью сделать жизнь менее неприятной, и у многих людей есть свои конкретные области, где эта защита преобладает над остальными. Большинство людей, чьи чувства уязвлены, в ситуации, когда плакать неуместно или неразумно, более охотно откажутся от своих чувств, чем, полностью их осознавая, подавят слезы сознательным усилием. В чрезвычайных обстоятельствах способность к отрицанию опасности для жизни на уровне эмоций может оказаться спасительной. Благодаря отрицанию мы можем реалистически предпринять самые эффективные и даже героические действия. Каждая война оставляет нам массу историй о людях, которые “не потеряли головы” в ужасных, смертельно опасных обстоятельствах и в результате спасли себя и своих товарищей.

Хуже то, что отрицание может привести и к противоположному исходу. Одна моя знакомая отказывается делать ежегодные гинекологические анализы, словно, игнорируя возможность рака матки и

шейки матки, она магическим образом может избежать этих болезней. Жена, отрицающая, что избивающий ее муж опасен; алкоголик, настаивающий, что не имеет никаких проблем с алкоголем; мать, игнорирующая свидетельства о сексуальных домогательствах к ее дочери; пожилой человек, не помышляющий об отказе от вождения машины, несмотря на явное ослабление способностей к этому, – все это знакомые примеры отрицания в его худшем виде.

Данная психоаналитическая концепция более или менее без искажений воспринята повседневным языком, отчасти потому, что слово “отрицание”, так же как “изоляция”, не стало жаргонным. Другая причина популярности этой концепции – ее особая роль в программе “12 шагов” (лечения наркомании) и других мероприятиях, направленных на помощь их участникам в осознании привычного использования ими этой защиты и для того, чтобы помочь им выйти из ада, который они создали для себя.

Компонент отрицания можно найти в большинстве более зрелых защит. Возьмем, например, утешительную веру в то, что отвергший вас человек *на самом деле* хотел быть с вами, но просто еще не готов отдать себя целиком и оформить ваши отношения. В этом случае мы наблюдаем отрицание отвержения, а также более изощренный прием нахождения оправдания, который называется рационализацией. Аналогично этому, защита путем реактивного формирования, когда эмоция обращается в свою противоположность (ненависть – любовь), является специфическим и более сложным видом отрицания чувства, от которого нужно защититься, чем просто отказ испытывать данное чувство.

Самый очевидный пример психопатологии, обусловленной использованием отрицания, – *мания*. Пребывая в маниакальном состоянии, люди могут в невероятной степени отрицать свои физические потребности, потребность в сне, финансовые затруднения, личные слабости и даже свою смертность. В то время как депрессия делает совершенно невозможным игнорирование болезненных фактов жизни, мания придает им психологическую незначимость. Люди, для которых отрицание служит основной защитой, маниакальны по своему характеру. Аналитически ориентированные клиницисты относят их к типу гипоманиакальных. (Приставка “гипо”, означающая “мало” или “несколько”, указывает на отличие этих людей от индивидов, переживающих настоящие маниакальные эпизоды.)

Эта категория была охарактеризована также словом “циклотимия” (“чередование эмоций”), поскольку в ней наблюдается тенденция чередования маниакальных и депрессивных настроений, обычно не

достигающих выраженности клинически диагностируемого биполярного заболевания. Аналитики рассматривают эти перепады как результат периодических использований отрицания, за которыми каждый раз следует неизбежный “обвал”, когда у человека вследствие маниакального состояния наступает истощение.

Наличие ничем не модифицированного отрицания у взрослого человека, как и других примитивных защит, является поводом для беспокойства. Однако слегка гипоманиакальные люди могут быть очаровательны. Многие комические и эстрадные артисты демонстрируют остроумие, энергетический подъем, склонность играть словами и заразительно приподнятое настроение. Именно эти признаки характеризует людей, которые в течение длительного времени успешно отстраняют и трансформируют болезненные переживания. Но близкие и друзья нередко замечают и обратную сторону их характера – тяжелую и депрессивную, и часто нетрудно увидеть психологическую цену их маниакального шарма.

Всемогущий контроль

Мы исходим из того положения, что для новорожденного мир и собственное “Я” составляют единое целое. Пиаже отразил это утверждение в своей концепции “первичного эгоцентризма” (Piaget, 1937) – фазы когнитивного развития, примерно соответствующей “первичному нарциссизму” Фрейда, в течение которой превалируют первичные мыслительные процессы. Это означает, что источник всех событий новорожденный воспринимает в некотором смысле как внутренний: если младенцу холодно и заботящийся о нем человек замечает это и как-то его согревает, у ребенка возникает довербальное переживание магического добывания тепла им самим. Осознание того, что контроль находится в отделенных от него других людях, вне его самого, еще не появилось.

Ощущение, что ты способен влиять на мир, обладаешь силой, является, несомненно, необходимым условием самоуважения, берущего начало в инфантильных и нереалистических, однако на определенной стадии развития нормальных фантазиях всемогущества. Первым, кто вызвал интерес к “стадиям развития чувства реальности”, был Шандор Ференци (Sandor Ferenczi, 1913). Он указывал, что на инфантильной стадии первичного всемогущества, или грандиозности, фантазия обладания контролем над миром нормальна. По мере взросления ребенка она на следующей стадии естественным образом трансформируется в идею

вторичного, “зависимого” или “производного” всемогущества, когда один из тех, кто первоначально заботится о ребенке, воспринимается как всемогущий.

В конце концов, по мере дальнейшего взросления, ребенок примиряется с тем неприятным фактом, что ни один человек не обладает неограниченными возможностями. Большинство аналитиков предполагает, что предпосылкой зрелой взрослой позиции, согласно которой никто не обладает неограниченной властью, парадоксальным образом является противоположный эмоциональный опыт младенчества, достаточно защищенного на первых порах времени жизни, в течение которого ребенок мог наслаждаться нормальными на той фазе иллюзиями сначала собственного всемогущества, а затем – всемогущества людей, от которых он зависел.

Некоторый здоровый остаток этого инфантильного ощущения всемогущества сохраняется во всех нас и поддерживает чувство компетентности и жизненной эффективности. Если мы эффективно осуществляем свое намерение, у нас возникает естественное “пиковое чувство”. Всякий, испытавший когда-либо ощущение “близкой удачи” и вслед за ним выигрыш в некоей азартной игре, знает, сколь прекрасно это чувство всемогущественного контроля. Убежденность, высказанная прежним вице-президентом Кели и приписанная им своей бабушке, в том, что можно достичь абсолютно всего, если твердо решить и стоять на своем, является элементом стандартной американской идеологии, не выдерживающей проверки здравым смыслом и большей частью человеческого опыта. Но, тем не менее, эта убежденность порой играет мощную позитивную роль самоактуализирующегося вымысла.

У некоторых людей потребность испытывать чувство всемогущественного контроля и интерпретировать происходящее с ними как обусловленное их собственной неограниченной властью совершенно непреодолима. Если личность организуется вокруг поиска и переживания удовольствия от ощущения, что она может эффективно проявлять и использовать собственное всемогущество, в связи с чем все этические и практические соображения отходят на второй план, существуют основания рассматривать эту личность как *психопатическую* (“социопатическая” и “антисоциальная” – синонимы более позднего происхождения).

Бен Бурстен в своем классическом исследовании “Манипулятор” (Ben Bursten, “The Manipulator”, 1973a) подчеркивает, что социопатия и криминальность – это пересекающиеся, но не идентичные понятия. Это еще одна область, в которой обыденное представление и более изощренная

психоаналитическая концептуализация расходятся между собой: в обществе стало принято говорить, что большинство преступников – психопаты, и наоборот. Однако многие люди, редко нарушающие закон, личностно мотивированы всемогущественным контролем как защитой. Исследование Бурстена посвящено использованию ими сознательной манипуляции как базовому способу избегания тревоги и поддержания самоуважения.

“Перешагивать через” других – вот основное занятие и источник удовольствия для индивидов, в личности которых преобладает всемогущественный контроль. Их часто можно встретить там, где необходимы хитрость, любовь к возбуждению, опасность и готовность подчинить все интересы главной цели – проявить свое влияние. Эти люди появляются, например, на ключевых позициях в бизнесе, где требуется рисковать: в политической системе, армии, ЦРУ и в других организациях скрытого воздействия (в коммерции, среди вождей культов и лидеров евангелизма, в рекламной и развлекательной индустриях и во всех сферах, где много власти в чистом виде).

Примитивная идеализация (и обесценивание)

Тезис Ференци о постепенном замещении примитивных фантазий собственного всемогущества примитивными фантазиями о всемогуществе заботящегося лица по-прежнему важен в психоаналитической клинической теории. Любой может наблюдать, как горячо малыш стремится верить, что мама или папа могут защитить его от всех жизненных опасностей. Становясь старше, мы забываем, насколько пугающим было первое столкновение с реалиями враждебности, подверженности болезням и неудачам, смерти и другим ужасам (Brenner, 1982).

Одним из способов, которым ребенок может уберечь себя от этих подавляющих страхов, является вера в то, что *кто-то*, какая-то благодетельная всемогущая сила обеспечивает защиту. (Фактически, этим способом является желание верить в то, что люди, правящие миром, более мудры и могущественны, чем обычные, подверженные ошибкам и слабостям человеческие существа, и оно живет в большинстве из нас и дает знать о себе большей или меньшей сокрушенностью всякий раз, когда события показывают нам, что это лишь желание, а не реальность.)

Убежденность маленьких детей в том, что их мать или отец способны к сверхчеловеческим деяниям, – великое благо и вместе с тем бедствие

родительства. Существует неоспоримое преимущество в целительном действии наших “бо-бо”, и трудно найти что-либо более трогательное, чем безоглядное любящее доверие наших детей. Но в других случаях оно вызывает у родителей едва контролируемое раздражение. Я помню, как одна из моих дочерей в возрасте 2,5 лет устроила самый настоящий скандал, когда я пыталась объяснить ей, что нельзя остановить дождь для того, чтобы она могла пойти купаться.

Все мы склонны к идеализации. Мы несем в себе остатки потребности приписывать особые достоинства и власть людям, от которых эмоционально зависим. Нормальная идеализация является существенным компонентом зрелой любви (Bergmann, 1987). И появляющаяся в ходе развития тенденция деидеализировать или обесценивать тех, к кому мы питали детскую привязанность, представляется нормальной и важной частью процесса сепарации-индивидуации. Ни один 18-летний не уйдет из дома добровольно, считая его много лучшим местом, чем то, куда он отправляется. У некоторых людей, однако, потребность идеализировать остается более или менее неизменной еще с младенчества. Их поведение обнаруживает признаки архаических отчаянных усилий противопоставить внутреннему паническому ужасу уверенность в том, что кто-то, к кому они привязаны, всемогущ, всеведущ и бесконечно благосклонен, и психологическое слияние с этим сверхъестественным Другим обеспечивает им безопасность. Они также надеются освободиться от стыда: побочным продуктом идеализации и связанной с ней веры в совершенство является то, что собственные несовершенства переносятся особенно болезненно; слияние с идеализируемым объектом – естественное в этой ситуации лекарство.

Томление по всемогущественному заботящемуся существу естественным образом выражается в религиозных верованиях. Более проблематичным оно предстает в таких феноменах, как настаивание на том, что собственный любовник совершенен, гуру непогрешим, школа самая лучшая, вкус безупречен, правительство неспособно ошибаться и тому подобных иллюзиях. В Гайане в 1978 году более 900 человек добровольно выпили цианистый калий, предпочтя суицид признанию того факта, что их лидер Джим Джонс оказался не на высоте. В целом, чем более зависим человек, тем сильнее для него соблазн идеализации. Многие мои знакомые женщины во время беременности – пугающего столкновения с собственной уязвимостью – заявляли мне, что их гинеколог “замечателен” или “лучший в мире”.

Если человек строит свою жизнь так, что создается впечатление, что

он стремится ранжировать все аспекты человеческого бытия согласно ценности в сравнении с несовершенными альтернативами; а также что он мотивирован поиском совершенства – как через слияние с идеализированными объектами, так и через совершенствование собственного “Я”, – мы рассматриваем его как *нарциссического*.

Психоаналитическая литература много внимания уделила другим аспектам нарциссической личности, в то время как структурно ее психология базируется на зависимости от защиты в форме примитивной идеализации. Другие знакомые нам свойства характера нарциссических личностей можно вывести из использования этой защиты. Так, их потребность постоянно заново убеждаться в своей привлекательности, силе, известности и значимости для других (в своем совершенстве) обусловлена зависимостью от этой защиты. Самооценка у людей, личность которых построена на примитивной идеализации, искажается идеей, что любить себя самого можно лишь совершенствуясь.

Примитивное обесценивание – неизбежная обратная сторона потребности в идеализации. Поскольку в человеческой жизни нет ничего совершенного, архаические пути идеализации неизбежно приводят к разочарованию. Чем сильнее идеализируется объект, тем более радикальное обесценивание его ожидает; чем больше иллюзий, тем тяжелее переживание их крушения. Терапевты, работающие с нарциссическими пациентами, могут горестно поведать о том “обвале”, который происходит, если пациент, полагавший, что его терапевт способен “ходить по воде, как по суше”, обнаруживает, что тот решительно не может ходить означенным образом. Общеизвестно, что рабочий альянс с нарциссическими пациентами имеет свойство внезапно рушиться, когда пациент разочаровывается в терапевте. Как бы ни было приятно в контрпереносе чувствовать себя объектом абсолютной идеализации, это тем не менее обременительно – как из-за раздражающих аспектов роли идеализированного, когда кто-то действительно верит, что вы можете остановить дождь, так и из-за того (большинство терапевтов познало это на собственном горьком опыте), что вас ставят на пьедестал лишь для того, чтобы потом с него сбросить. Мой коллега Дж. Уэйлп (J. Waihlp), личная беседа, май 1992) также добавляет, что эта роль сковывает терапевта: она соблазняет его отрицать свое неведение, с пренебрежением отвергать скромную помощь и содействие и заставляет считать, что речь должна идти только о наивысших результатах.

В повседневной жизни аналогией этому процессу служит та мера ненависти и гнева, которая может обрушиться на того, кто казался таким

многообещающим и не оправдал ожиданий. Мужчина, веривший, что онколог его жены был единственным специалистом по раку, который мог ее исцелить, с наибольшей вероятностью подаст на врача в суд, если болезнь жены все же одержит верх над усилиями доктора. Некоторые люди всю жизнь занимаются тем, что в повторных циклах идеализации и обесценивания сменяют одни интимные отношения другими. Каждый раз они воспринимают нового партнера как идеал, после того как в очередной раз предыдущий партнер оказался обычным человеческим существом. Модификация защиты примитивной идеализации – вот законная цель любой долговременной психоаналитической терапии, однако в работе с нарциссическими пациентами это особенно актуально благодаря массивному неблагоприятному действию этой защиты на их жизнь и жизнь тех, кто пытается их любить.

Проекция, интроекция и проективная идентификация

Я соединяю вместе обсуждение двух самых примитивных защитных процессов, проекции и интроекции, поскольку они представляют собой две стороны одной психологической медали. И там, и здесь наблюдается недостаточность психологического разграничения собственной личности и окружающего мира. Как упоминалось выше, в нормальном младенчестве прежде чем у ребенка развивается способность разделять ощущения, приходящие изнутри и извне, у него имеется генерализованное ощущение “самого себя”, тождественное переживанию “всего мира”. Вероятно, младенец, которого мучают колики, субъективно переживает это как “Боль!”, чем как “Что-то внутри меня болит”. Он еще не способен различать внутреннюю боль (колики) и происходящий извне дискомфорт, (давление слишком туго завязанных подгузников). На этом этапе недифференцированности начинают действовать процессы, которые позже в связи с их защитной функцией мы назовем проекцией и интроекцией. Когда эти процессы работают сообща, они объединяются в единую защиту, называемую *проективной идентификацией*. Некоторые авторы (Scharff, 1922) выделяют проективную и интроективную идентификацию, однако в обеих разновидностях на самом деле используются аналогичные процессы.

Проекция – это процесс, в результате которого внутреннее ошибочно воспринимается как приходящее извне. В своих благоприятных и зрелых формах она служит основой эмпатии. Поскольку никто не в состоянии проникнуть в чужую психику, для понимания субъективного мира другого

человека мы должны опираться на способность проецировать собственный опыт. Интуиция, явления невербального синхронизма и интенсивные переживания мистического единства с другим человеком или группой связаны с проекцией собственного “Я”, при мощной эмоциональной отдаче для обеих сторон. Хорошо известно, что влюбленные воспринимают состояния друг друга способами, которые сами не могут логически объяснить.

Проекция в своих пагубных формах несет опасное непонимание и огромный ущерб межличностным отношениям. В тех случаях, когда спроецированные позиции серьезно искажают объект или когда спроецированное содержание состоит из отрицаемых и резко негативных частей собственного “Я”, возникают всевозможные проблемы. Кто-то может возмущаться тем, что их неправильно воспринимают. Если этим людям приписывают, например, предубежденность, зависть или преследование (эти качества чаще всего игнорируются у себя и приписываются другим), они платят тем же. Если для человека проекция является основным способом понимания мира и приспособления к жизни, можно говорить о *параноидном* характере*.

Интроекция — это процесс, в результате которого идущее извне ошибочно воспринимается как приходящее изнутри. В своих благоприятных формах она ведет к примитивной идентификации со значимыми другими. Маленькие дети вбирают в себя всевозможные позиции, аффекты и формы поведения значимых в их жизни людей. Процесс этот столь тонкий, что кажется таинственным. Однако если его замечаешь, ошибиться невозможно. Задолго до того, как ребенок становится способным принять субъективное волевое решение быть таким, как мама или папа, он уже “проглотил” их в некоем примитивном смысле.

В своих не столь позитивных формах интроекция, как и проекция, представляет собой очень деструктивный процесс. Наиболее известные и впечатляющие примеры патологической интроекции включают в себя процесс, названный, если учитывать его примитивность, несколько неудачно — “идентификация с агрессором” (А. Freud, 1936) *. Хорошо известно как из непосредственных наблюдений в естественных условиях (Bettelheim, 1960), так и из эмпирических исследований (Milgram, 1963), что в ситуациях переживания страха или плохого обращения люди пытаются овладеть своим страхом и страданием, перенимая качества мучителей. “Я не беспомощная жертва; я сам наношу удары и я могущественен,” — людей неосознанно влечет к подобной защите. Понимание данного механизма критически важно для процесса

психотерапии. Он не совпадает ни с какими диагностическими категориями, однако особенно ярко проявляет себя при характерологических предрасположенностях к *садизму*, *эксплозивности* и тому, что часто называют *импульсивностью*, вводя этим словом в заблуждение (см. “отреагирование” в главе 6).

Другой путь, которым интроекция может приводить к патологии, связан с горем и его отношением к депрессии (Freud, 1917). Когда кого-то мы любим или глубоко к кому-то привязаны, мы интроецируем этого человека, и его репрезентация внутри нас становится частью нашей идентичности (“Я сын Тома, муж Мэри, отец Сью, друг Дана” и так далее). Если человек, образ которого мы интернализовали, умер, разлучен с нами или отвержен, мы чувствуем не только, что *окружающий нас мир* стал беднее, но также что мы сами как-то уменьшились, какая-то часть нашего собственного “Я” умерла. Чувство пустоты начинает доминировать в нашем внутреннем мире. Кроме того, если, стремясь воссоздать присутствие любимого объекта, вместо того, чтобы его отпустить, мы становимся поглощены вопросом о том, в результате какой нашей ошибки или греха он ушел от нас. Притягательная сила этого обычно неосознаваемого процесса основана на скрытой в нем надежде, что, поняв свою ошибку, мы вернем человека (еще одна манифестация инфантильного всемогущества). Таким образом, если мы пытаемся избежать горя, то взамен получаем бессознательные самоупреки. Фрейд (Freud, 1917) прекрасно описал процесс горевания как постепенное примирение с ситуацией утраты, в которой “тень объекта пала на Эго.” Если же человек не в состоянии с течением времени внутренне отделиться от любимого существа, образ которого им интроецирован, и не может эмоционально переключиться на других людей (что и составляет функцию процесса горевания), он будет продолжать чувствовать себя “уменьшенным”, недостойным, истощенным и потерянным. Людей, систематически использующих интроекцию для уменьшения тревоги и сохранения целостности собственного “Я” путем удержания психологических связей с неудовлетворительными объектами ранних лет жизни, можно со всем основанием рассматривать как характерологически *депрессивных*.

Мелани Кляйн (Melanie Klein, 1946) – первый аналитик, описавший защитный процесс, который она постоянно обнаруживала у наиболее нарушенных пациентов и который она назвала “проективной идентификацией”. Огделл (Ogdell, 1982) сжато охарактеризовал это соединение проективного и интроективного механизмов следующим образом:

“При проективной идентификации не только пациент воспринимает терапевта искаженным образом, обусловленным ранними объектными отношениями пациента: кроме этого, на терапевта оказывается давление, чтобы он тоже переживал себя в соответствии с бессознательной фантазией пациента”.

Иными словами, пациент не только проецирует внутренние объекты, но и вынуждает человека, на которого он их проецирует, вести себя подобно этим объектам – как если бы у него были те же самые интроекты. Проективная идентификация – сложное понятие, вызвавшее массу споров в психоаналитической литературе (Finell, 1986). Одни исследователи утверждали, что проективная идентификация качественно не отличается от проекции, в то время как другие полагали, что введение этой концепции имеет огромное клиническое и теоретическое значение (Kernberg, 1975). В моем понимании она укладывается в следующие рамки: и проекция, и интроекция имеют целый континуум форм – от самых примитивных до самых зрелых (Kernberg, 1976). На примитивном конце спектра они слиты, поскольку в них смешано внутреннее и внешнее. Это слияние мы и называем проективной идентификацией. В главе 4 я коротко обсуждала ее действие при психотических и пограничных состояниях.

Для того, чтобы проиллюстрировать отличия этого процесса от зрелой проекции, рассмотрим гипотетические высказывания двух молодых людей на предварительной беседе перед госпитализацией.

Пациент А (несколько извиняющимся тоном):

– Я знаю, что у меня нет причин считать, что вы меня осуждаете, но я все равно так думаю и ничего не могу с этим поделать.

Пациент В (обвинительным тоном):

– Вы, психиатры паршивые, все любите вот так сидеть в кресле и судить людей, но мне плевать, *что* вы там думаете!

Предположим, что в реальности психотерапевт начинает сессию с каждым из этих пациентов, находясь в искренне дружественной, заинтересованной, безоценочной позиции. Судя по *содержанию*, пациентов беспокоит примерно одно и то же: терапевт может принять по отношению к ним жесткую оценочную позицию. Оба пациента проецируют на терапевта интернализированный критикующий объект. Однако их коммуникации сильно различаются по следующим трем аспектам.

Во-первых, пациент А обнаруживает признаки наблюдающего Эго, части собственного “Я”, которая может видеть, что его фантазия совершенно не обязательно соответствует реальности, в этом случае проекция Эго-дистонна. Пациент В, с другой стороны, переживает проецируемое как точное описание позиции терапевта; его проекция Эго-синтонна. Он настолько убежден в этом, что тут же предпринимает встречную атаку в ответ на нападение, которое, как он уверен, уже планирует терапевт. Здесь имеет место слияние когнитивных, аффективных и поведенческих измерений опыта, характерное для примитивных процессов.

Во-вторых, проективные процессы двух пациентов различаются в том, насколько они достигают защитной цели – избавления от неприятного чувства. Пациент А вывел вовне критическую позицию и испытывает облегчение, сообщая о ней. Пациент В проецирует и, в то же время, сохраняет ее. Он приписывает ее другому человеку, но это не избавляет его от того обстоятельства, что он чувствует себя осуждающим. Кернберг характеризует данный аспект проективной идентификации как “сохранение эмпатии” с проецированным содержанием.

Наконец, коммуникации пациентов имеют совершенно разное эмоциональное воздействие. Терапевту легко симпатизировать пациенту А. Между ними должен быстро сформироваться рабочий альянс. С пациентом В терапевт столь же быстро начнет ощущать себя именно таким, каким тот его воспринимает: равнодушным, осуждающим и не собирающимся тратить энергию, необходимую для того, чтобы попытаться проявить заботу об этом пациенте. Иными словами, контртрансфер терапевта с первым пациентом будет позитивным и мягким, со вторым – негативным и интенсивным.

Свойство проективной идентификации действовать как “самоактуализирующееся пророчество” однажды было мне объяснено Коэном (Cohen, личная беседа, февраль 1987) как естественный результат степени нарушений, достаточной для того, чтобы восприятие реальности основывалось на очень примитивных механизмах, но *недостаточной для психоза*. Женщина, бессознательно заинтересованная в том, чтобы укорениться в реальности, будет чувствовать себя не столь сумасшедшей, если вызовет в другом человеке проявление чувств, которые, как она убеждена, у него существуют. Истинно психотическую женщину не волнует, “подходит” ее проекция или нет, поэтому она не вынуждает других, чтобы те своими реакциями подтвердили адекватность ее проекции и, тем самым, ее нормальность.

Проективная идентификация – воздействие особо мощное и бросающее вызов способности терапевта к оказанию помощи. Все защиты, обсуждаемые в этой главе, считаются примитивными, однако эта, как и расщепление, обсуждаемое ниже, имеет для клиницистов особую репутацию источника мучений. Когда вы имеете дело с пациентом, абсолютно уверенным в “истинности” ваших чувств, с его неустанной борьбой за то, чтобы вы почувствовали именно это, – нужна ясная голова и железная самодисциплина для того, чтобы выдержать подобный эмоциональный напор. Более того, поскольку все мы – люди, внутри каждого из нас находятся любые эмоции, защита и позиция. Поэтому никогда нельзя сказать, что осуществляющий проективную идентификацию абсолютно неправ. На пике клинического взаимодействия действительно бывает очень трудно обозначить, где кончается защита пациента и начинается психика терапевта. Вероятно, именно вследствие того обстоятельства, что действие этой защиты у пациента угрожает уверенности терапевта в собственном психическом здоровье, проективная идентификация вкупе с расщеплением ложится в основу заключения о *пограничной личностной организации*. Особенно тесно, в силу мощной проективной части, она связана с пограничным уровнем параноидной личности.

Однако, в противоположность популярному среди профессионалов мнению, проективная идентификация используется не только теми людьми, которых можно отнести к пограничным. Этот процесс может проявляться в нашей обыденной жизни множеством тонких и вполне благотворных действий, без какой-либо психопатологии. Например, когда проецируемое и интроецируемое содержание вызывает чувства любви и радости, это может объединить группу благотворной эмоцией. Даже если это содержание негативно, но сам процесс не обладает качествами неумолимости, интенсивности и незатронутости со стороны других межличностных процессов более зрелого уровня, он совершенно не обязательно приводит к пагубным результатам.

Расщепление (splitting*) Эго

Расщепление Эго**, обычно называемое просто “расщеплением”, – это еще один мощный межличностный процесс. Истоки его, как считается, находятся в довербальном периоде, когда младенец еще не может отдавать себе отчет в том, что заботящиеся о нем люди обладают и хорошими, и

плохими качествами, и с ними связаны как хорошие, так и плохие переживания. Нередко у двухлетних детей мы наблюдаем потребность приписывать хорошие или плохие валентности всему окружающему миру и тем самым структурировать свое восприятие. Подобное приписывание, вместе с различением большого и маленького (взрослого и ребенка) – одна из первичных форм организации опыта. Пока нет константности объекта, не может быть и амбивалентности, поскольку амбивалентность предполагает наличие противоположных чувств к постоянному объекту. Вместо этого существует хорошее или плохое отношение к внешнему объекту.

В повседневной жизни взрослого расщепление остается мощным и привлекательным средством осмысления сложных переживаний, особенно если они являются неясными или угрожающими. Политологи могут подтвердить, насколько импонирует любой неблагополучной группе идея поиска конкретного злодея, против которого ее “хорошие” члены должны бороться. Мифология нашей культуры наводнена манихейскими образами противостояния добра и зла, Бога и дьявола, демократии и коммунизма, ковбоев и индейцев, одинокого правдолюбца и ненавистной бюрократии и так далее. Столь же расщепленные образы можно найти в фольклоре и в организующих верованиях любого общества.

Механизмы расщепления могут быть очень эффективны в своей защитной функции уменьшения тревоги и поддержания самооценки. Конечно, расщепление всегда влечет за собой искажение, и в этом заключается его опасность. В научном исследовании “авторитарной личности” (Adorno, Frenkl-Brunswick, Levinson & Sanford, 1950) в период после II Мировой Войны рассмотрены далеко идущие социальные последствия использования расщепления (которое в этом исследовании так не называется) в целях осмысления мира и нахождения своего места в нем. Авторы указанной работы полагали, что подобного рода негибкость особенно соответствует некоторым правым взглядам, но последующие комментаторы установили факт существования также левых и либеральных форм авторитарности (Brown, 1965).

В клинике мы наблюдаем расщепление, когда пациент занимает неамбивалентную позицию и воспринимает ее противоположность (то, что большинство из нас воспринимало бы амбивалентным) как нечто совершенно отдельное. Например, женщина с пограничным уровнем расстройства ощущает своего терапевта как абсолютно хорошего в противоположность якобы равнодушным, враждебным, глупым бюрократам, работающим в том же учреждении. Или терапевт внезапно

становится объектом искренней агрессии – пациент воспринимает его как воплощение зла, пренебрежения или некомпетентности, хотя на прошлой неделе он видел в том же самом терапевте человека, который просто не мог сделать что-либо неправильно. Если расщепляющему пациенту указать на его непоследовательность, он не сочтет заслуживающим внимания тот факт, что человек, казавшийся таким хорошим, стал вдруг плохим.

Прекрасно известно, что в психиатрических больницах и центрах психического здоровья пограничные пациенты расщеплены не только внутренне. Они создают (посредством проективной идентификации) расщепление среди персонала (Stanton & Schwartz, 1954; Main, 1957; G. Adler, 1972; Kernberg, 1981; Gunderson, 1984). Сотрудники, работающие с этими пациентами, регулярно вступают в споры друг с другом, поскольку одни из них испытывают сильную симпатию к пациенту, стремятся спасти его и нянчиться с ним, а другие чувствуют столь же сильную антипатию, пытаются не идти ему навстречу, ставить жесткие границы. Вот одна из причин, по которой расщепление как защита, мягко говоря, не вызывает восторга у профессионалов. Пациенты, использующие ее как привычный способ организации опыта, имеют свойство истощать терпение тех, кто о них заботится.

Диссоциация

Несколько сомневаясь, я все же поместила *диссоциацию* в класс примитивных защит на основании того, что ее действие глобальным и поразительным образом охватывает всю личность, а также потому, что многие диссоциированные состояния психотичны по своей природе. Она сильно отличается от всех описанных выше процессов тем, что последние представляют собой нормальные способы функционирования и становятся проблемными, только если человек остается в них слишком долго или исключает другие пути взаимодействия с реальностью. Диссоциация отличается следующим: любой из нас может быть *способен* к диссоциации при определенных условиях (впрочем, и это спорно: многие исследования показывают, что только высоко гипнабельные люди могут прибегать к данной защите). Но все же большинству из нас достаточно повезло, чтобы никогда не оказаться в таких условиях.

Диссоциация – это “нормальная” реакция на травму, но нельзя сказать, что в ходе развития обязательно должны быть травмы. Любой из нас, столкнувшись с катастрофой, большей, чем способен вынести (особенно

если она связана с непереносимой болью или ужасом) может диссоциировать. Об отделении от тела во время угрожающих жизни бедствий и серьезных хирургических операций сообщалось так много, что лишь очень скептически настроенные люди могут полностью игнорировать свидетельства существования диссоциативных феноменов. Человек, с которым произошло непереносимое несчастье, в любом возрасте может диссоциировать; маленькие дети, неоднократно подвергавшиеся ужасному абьюзу, могут научиться диссоциации как привычной реакции на стресс. В этом случае, если дети выживают и становятся взрослыми, они могут быть диагностированы как страдающие от характерологического диссоциативного расстройства и названы *множественной личностью*.

В последние два десятилетия наблюдается буквально взрыв исследований и клинических сообщений на тему множественной личности и диссоциации. Во всех этих изданиях подчеркивается тот факт, что диссоциирующих людей значительно больше, чем считалось ранее. Не исключено, что стало больше страшного детского абьюза, порождающего диссоциацию, или же мы достигли некоего порога массового осознания, особенно после публикации “Сибиллы” (Schreiber, “Sybil”, 1973), книги, которая настойчиво приглашает людей, подозревающих у себя регулярное диссоциирование, как можно скорее обратиться к профессионалам в сфере психического здоровья*.

Выгоды диссоциирования в невыносимой ситуации очевидны: диссоциирующий отключается от страдания, страха, паники и уверенности в надвигающейся смерти. Всякий, кто пережил выход из тела, находясь в смертельной опасности, и даже тот, кто не имеет такой мощной основы для эмпатии, легко поймет, что лучше быть вне чувства ожидания предстоящего собственного уничтожения, чем внутри его. Эпизодическая или мягкая диссоциация может способствовать проявлениям редкого мужества. Огромным недостатком такой защиты является, конечно, ее тенденция автоматически включаться в условиях, когда на самом деле не существует риска для жизни, и более точная адаптация к реальной угрозе нанесла бы значительно меньший урон общему функционированию.

Травмированные люди склонны реагировать на обычный стресс как на опасность для жизни, немедленно впадая в амнезию или становясь совершенно другими – ко всеобщему смятению. Человек, не имеющий личной травматической истории, не заподозрит диссоциацию, если его друг внезапно забудет что-то важное или необъяснимо изменится. Он, скорее, подумает, что его приятель пребывает в дурном расположении духа, неуравновешен или просто лгун. Таким образом, тот, кто постоянно

прибегает к такой защите, платит за это высокую цену межличностными отношениями.

Заключение

В настоящей главе я описала защиты, которые аналитики обычно рассматривают как первичные или примитивные: изоляцию, отрицание, всемогущественный контроль, примитивную идеализацию и обесценивание, примитивные формы проекции и интроекции, расщепление. Я включила сюда и диссоциацию, поскольку в крайней форме она трансформирует идентичность использующего ее человека. Я рассмотрела происхождение каждой из защит в ходе нормального развития личности (кроме диссоциации, которая вызывается травмой), назвала адаптивные и дезадаптивные действия каждой из них, указала личностные типы, связанные с преимущественным использованием каждой из первичных защит.

Дополнительная литература

Примитивным формам проекции и интроекции посвящено несколько достойных внимания книг (Ogden, 1982, Sandler, 1987; Schaff, 1992). Обсуждения других первичных защит можно найти в работах на тему психического развития, которые написаны различными авторами. Работы Клайн “Любовь, грех и искупление” (Klaine, “Love, Guilt And Reparation”, 1937), “Зависть и благодарность” (Klaine, “Envy And Gratitude”, 1957) многое рассказывают о примитивных процессах и, в отличие от некоторых других ее книг, доступны начинающим терапевтам. Балинт (Balint, 1968) талантливо описал архаическую индивидуальную динамику; Бион (Bion, 1959) замечательно рассмотрел ее действие в группах.

6. Вторичные (высшего порядка) защитные механизмы

Поскольку фактически любой психологический процесс может быть использован в качестве защиты, никакой обзор защит не может считаться полным. По этой же причине любая селекция защитных операций из круга существующих возможностей оказывается произвольной*. Я выбрала для описания “зрелые” защиты, или защиты “высшего порядка”, следуя двум критериям: (1) частота, с которой они упоминаются в психоаналитической клинической литературе и терапевтами-практиками; (2) их соотносимость с индивидуальными паттернами характера. Читатель должен понимать, что список любого другого автора будет несколько иным, там будут выделены иные аспекты защиты и отражены достижения в психоаналитической теории и практике другого автора.

Репрессия (вытеснение)

Самой основной из так называемых защит высшего порядка является репрессия. Она была одной из первых, что привлекли внимание Фрейда, и сегодня имеет давнюю историю психоаналитического клинического и эмпирического исследования. Сутью репрессии является *мотивированное забывание или игнорирование*. Скрытая здесь метафора напоминает о ранней модели драйвов, содержащей идею о том, что импульсы и аффекты стремятся высвободиться и должны контролироваться динамической силой. Фрейд (Freud, 1915) писал, что “суть репрессии состоит в том, что нечто просто удаляется из сознания и удерживается на дистанции от него”. Если внутренний расклад или внешние обстоятельства достаточно огорчительны или способны привести пациента в замешательство, возможно их намеренное отправление в бессознательное. Этот процесс может применяться ко всему опыту, к аффекту, связанному с опытом, или к фантазиям и желаниям, ассоциированным с опытом.

Не все трудности, связанные с привлечением внимания или с воспоминаниями, представляют репрессию. Лишь в тех случаях, когда очевидно, что мысль, чувство или восприятие чего-либо становятся неприемлемыми для осознания *из-за своей способности причинить беспокойство*, они становятся основой предполагаемого действия данной

защиты. Другие недостатки внимания и памяти могут быть вызваны токсическими или органическими причинами или же просто обычным умственным отбором важного от тривиального.

Примером действия репрессии в глобальном, массивном виде мог бы послужить такой опыт насилия или зверства, после которого жертва ничего не может вспомнить. Случаи, которые когда-то назывались “военными неврозами”, а теперь известны как реакции посттравматического стресса, психоаналитически объяснялись отнесением к концепции репрессии*. В подобных случаях человек не способен вспомнить конкретные шокирующие, причиняющие боль жизненные события, но находится под давлением назойливых всплесков воспоминаний о них. Это феномен, который Фрейд образно назвал “возвращением репрессированного”. В исследованиях, посвященных раннему психоанализу, описано много подобных случаев.

Позднее в аналитической теории термин “репрессия” применялся больше по отношению к идеям, продуцируемым внутри, чем по отношению к травме. Репрессия рассматривалась как средство, с помощью которого ребенок справляется с нормальными с точки зрения развития, но неосуществимыми и пугающими желаниями. Таковым может оказаться, например, желание уничтожить одного из родителей, чтобы самому обладать другим. Он постепенно научается отсылать эти желания в бессознательное. Современные аналитики считают, что человек должен достигнуть чувства целостности и непрерывности собственного “Я”, прежде чем станет способен сдерживать беспокоящие его импульсы репрессией. У людей, ранний опыт которых не позволил им приобрести эту константность идентичности, неприятные чувства имеют тенденцию сдерживаться при помощи более примитивных защит – отрицание, проекция и расщепление (Myerson, 1991).

Неклиническим примером репрессии может служить то, что Фрейд называл частью “психопатологии обыденной жизни” – временное забывание говорящим имени человека, которого он представляет, в контексте, очевидно содержащем некое бессознательное негативное отношение говорящего к представляемому им человеку. Во всех этих трех вариантах репрессии – в тяжелых, глубоких случаях забывания непереносимой травмы, в процессах, нормальных с точки зрения развития и позволяющих ребенку отказаться от инфантильных стремлений и искать объекты любви вне семьи, а также в тривиальных и часто забавных примерах действия репрессии, можно разглядеть базальную адаптационную природу этого процесса. Если некто постоянно осознает

весь свой арсенал импульсов, чувств, воспоминаний, фантазий и конфликтов, он будет постоянно ими затоплен.

Как и другие бессознательные защиты, репрессия начинает создавать проблемы только тогда, когда она: (1) не справляется со своей функцией (например, надежно удерживать беспокоящие мысли вне сознательного так, чтобы человек мог заниматься делом, приспосабливаясь к реальности); (2) стоит на пути определенных позитивных аспектов жизни; (3) действует при исключении других, более удачных способов преодоления трудностей. Свойство чрезмерно полагаться на репрессию, а также на другие защитные процессы, нередко сосуществующие с ней, в целом считается отличительной чертой *истерической личности*.

Вначале Фрейд пытался способствовать тому, чтобы истерические пациенты осознали травматические события своей истории и те потребности и чувства, которые они возбуждают, и обсудить добытую интересную “неприемлемую” информацию. Работая с такими пациентами, он первоначально пришел к выводу (как было отмечено в главе 2), что репрессия является причиной тревоги. Согласно его исходной механистической модели, тревога, часто сопутствующая истерии, обусловлена подавлением сдерживаемых драйвов и аффектов. Эти чувства не подвергаются разрядке и, следовательно, поддерживают постоянное состояние напряжения*.

Позже, когда Фрейд пересмотрел свою теорию в свете накопленных клинических наблюдений, он изменил собственную версию понимания причины и следствия, полагая, что репрессия и другие механизмы защиты являются скорее *результатом*, чем причиной тревоги. Иными словами, предсуществующий иррациональный страх порождает необходимость забыть.

Эта более поздняя формулировка понимания репрессии как элементарной защиты Эго, средства автоматического подавления бесчисленных страхов, просто неизбежных в нашей жизни, стала общепринятой психоаналитической предпосылкой. Тем не менее, исходный постулат Фрейда о репрессии как причине тревоги не лишен некоторой интуитивно ощущаемой истины: чрезмерная репрессия несомненно может вызвать столько же проблем, сколько и разрешить.

Данный процесс, обозначенный Моурером (Mowrer, 1950) как “невротический парадокс”, где попытки подавить одну тревогу только вызывают новую, составляет суть того явления, которые однажды было названо неврозом (термин, который раньше использовался более широко, чем это принято сегодня). В соответствии с этими положениями, Теодор

Райк противопоставил эмоционально здорового человека, который может стоять перед витриной, восхищаться ювелирными изделиями “Тиффани” и спокойно фантазировать о том, как их украсть, и невротическим человеком, который, посмотрев на витрину, бежит от нее прочь. Когда психоаналитические идеи начали овладевать умами образованной части общества, такие популярные примеры патологического действия репрессии в качестве защиты внесли свой вклад в широко распространенное преувеличение значения устранения репрессии и отбрасывания ограничений. Они также сформировали представления, что именно это является сутью всей психоаналитической терапии.

Элемент репрессии присутствует в действии большинства защит высшего порядка (хотя мысль, что в тех случаях, когда остается неясным, действительно ли человек изначально не знает что-то или утратил то, что знал, задействовано скорее отрицание, чем репрессия, требует доказательств). Например, при реактивном образовании, смене определенной точки зрения на противоположную (ненависти – на любовь или идеализации – на презрение), настоящая эмоция может выглядеть как репрессированная (или отрицаемая – в зависимости от того, была ли она прочувствована осознанно). При изоляции аффект, связанный с идеей, репрессирован (или отрицается). При реверсии происходит репрессия первоначального сценария, который теперь разворачивается в обратном направлении. И так далее. В свете этого обстоятельства можно приветствовать изначальное предположение Фрейда, что репрессия является прародителем всех других видов защитных процессов, несмотря на существующее в настоящее время в аналитическом сообществе согласие, что описанные в главе 5 процессы предшествуют репрессии у ребенка в возрасте до полутора лет.

Регрессия

Регрессия является относительно простым защитным механизмом, знакомым каждому родителю, который наблюдал, как его ребенок соскальзывает к прежним привычкам (присущими более ранним стадиям развития), когда он устал или голоден. Социальное и эмоциональное развитие никогда не идет строго прямым путем; в процессе роста личности наблюдаются колебания, которые с возрастом становятся менее драматичными, но никогда полностью не проходят. Практически каждый человек, находясь в состоянии сильной усталости, начинает хныкать.

Подфаза воссоединения (“репрошман”) в процессе сепарации-индивидуации, которую Малер описала как универсальную особенность, проявляющуюся в конце второго года жизни каждого ребенка (когда ребенок, начинающий ходить и только что провозгласивший свою независимость от матери, возвращается обратно и прячется под ее юбкой), становится одной из тенденций, присущих каждому человеку. Это возвращение к знакомому способу действия после того, как был достигнут новый уровень компетентности.

Данную тенденцию можно легко различить, проводя долгосрочную психотерапию и психоанализ. Пациент, который наконец собрал все свое мужество для того, чтобы попытаться вести себя по-другому (особенно, если это включает в себя новое поведение в отношениях с терапевтом – выражение ненависти или критики, признание мастурбационных фантазий, просьба изменить оплату или расписание с большим самоутверждением, чем допускалось в детстве), будет часто возвращаться к прежнему образу мыслей, чувств и поведения в последующих за этим сессиях. Терапевт, который не принимает приливов и отливов, присущих переменам в развитии, может быть разозлен подобным явлением. Контрперенос в этом случае походит на состояние доведенного до белого каления родителя, наконец-то преуспевшего в укладывании своего маленького ребенка спать самостоятельно и затем в течение недели получающего его визиты в спальню в три часа ночи. Это может продолжаться до тех пор, пока не станет ясно, что, несмотря на регрессивные тенденции в сопротивлении пациента, общее направление изменений прогрессивно.

Строго говоря, регрессией не является ни просьба о поддержке и утешении человеком, который обеспокоен достижением столь необходимого ему внутреннего комфорта, ни намеренное выискивание способов разрядки драйва на начальных уровнях. Для классификации данного процесса как защитного механизма он должен быть бессознательным. Так, поведение женщины, которая, рассказывая о чем-то, допускает нечаянные ляпсусы и впадает в угодливый тон маленькой девочки сразу после демонстрации своих амбиций; или реакция мужчины, который удивленно хлопает глазами, глядя на свою жену после того, как только что была достигнута новая степень близости с ней, демонстрируют регрессию в психоаналитическом смысле данного термина, если только эти действия не выбираются и осуществляются сознательно.

Некоторые люди используют регрессию как защиту чаще, чем другие. Например, некоторые из нас реагируют на стресс, вызванный ростом и возрастными изменениями тем, что заболевают. Многие, у кого не

диагностируется та или иная болезнь, порой физически чувствуют себя очень плохо и укладываются в постель. Этот процесс никогда не осознается (а если осознается, это называется просто симуляцией) и может причинять страдание как регрессировавшему, так и связанному с ним другому человеку. Этот вариант регрессии, известный как *соматизация**, обычно оказывается резистентным к изменениям и трудным для терапевтического вмешательства (McDougall, 1989).

Некоторые ипохондричные люди, отвлекающие врачей монотонными неясными причитаниями и периодическими меняющимися жалобами, которые никогда не поддаются лечению, используют регрессию для того, чтобы находиться в роли слабого – самый ранний способ преодоления сложных жизненных аспектов. К тому времени, когда они должны проконсультироваться у терапевта, пациенты уже выстроили дополнительную и фактически непроницаемую стену защит, берущую начало в обращении с ними как с избалованными детьми или своенравными людьми, ищущими постоянного внимания. Они ждут, что клиницист попытается их разоблачить как симулянтов. Следовательно, терапевт, чей пациент использует регрессию в позиции слабого в качестве своей любимой защиты, должен обладать сверхчеловеческими резервами такта и терпения, – тем более, если привычка пациента постоянно занимать постель больного обрела силу благодаря и другим выгодам этого положения (“вторичная выгода”, см. главу 14).

Вывод, что человек, жалующийся на физическую боль или сильную усталость, пользуется регрессией как главной защитной реакцией на эмоциональный стресс, не должен быть поспешным или неотрефлексированным. Стресс, наступивший в результате заболевания как такового, может обусловить регрессивную реакцию у страдающей личности. Люди нередко заболевают потому, что бессознательно депрессивны. Но они могут также впасть в депрессию и потому, что больны в медицинском смысле этого слова. Однако широко известно, что соматизация и ипохондрия, как и другие виды регрессии, являющие собой беспомощность и детские модели поведения, могут служить краеугольным камнем в характере личности. Когда регрессия определяет чью-то стратегическую линию преодоления жизненных трудностей, этот человек вполне может быть охарактеризован как *инфантильная личность***.

Изоляция

Одним из способов преодоления страха и других болезненных психических состояний является изоляция чувства от понимания. Более технически: аффективный аспект переживания или идеи может быть отделен от своей когнитивной составляющей. Изоляция аффекта весьма разнообразна: хирург не смог бы эффективно работать, если бы был постоянно настроен на физические страдания пациентов или на свое собственное отвращение, дистресс или садистические чувства, взрезая чей-то живот; генерал не сможет разрабатывать стратегию сражения, если у него перед глазами будут все время нарисованы ужасы войны; офицеры полиции смогут расследовать преступления, связанные с насилием, только соблюдая хладнокровие.

“Психический ступор”, который Лифтон (Lifton, 1968) описал как следствие катастроф, является примером действия изоляции аффекта на социальном уровне. Терапевты, которые работали с людьми, пережившими Холокост, были поражены теми отстраненными “деревянными” описаниями зверств, не поддающихся обычному воображению. Политолог Герман Кан (Herman Kahn, 1962) написал очень серьезную книгу о возможных последствиях ядерного взрыва, в которой большинство ужасных последствий атомной катастрофы детально изображено в основном веселым отчужденным тоном. Будучи очень важной в плане адаптации в экстремальных ситуациях, изоляция является в большей степени дискриминативной, чем диссоциация: из сознания удаляется не весь опыт переживания, а только его эмоциональное значение.

Изоляция может стать центральной защитой и при отсутствии травмы – в результате взаимного наложения определенного стиля воспитания и индивидуального темперамента ребенка. Все мы знаем людей, которые заявляют, что у них нет никакого эмоционального ответа на вещи, которые у большинства из нас вызывают очень сильные чувства. Такие люди иногда провозглашают изоляцию добродетелью и идеализируют состояние, выражающее только рациональный интерес. Наша культурная традиция восхищаться способностью изолировать аффект от рассудка отражается в преклонении зрителей “Стар Трек” перед характером М-ра Спока, Вулкана. Тот факт, что изоляция расценивается как защита, а не как естественная позиция, проглядывает в намерении авторов этого сериала придать Споку скрытую эмоциональность.

Изоляция считается психоаналитическими теоретиками самой примитивной из “интеллектуальных защит”, а также базовым образованием в механизме действия таких психологических операций, как интеллектуализация, рационализация и морализация. Эти защиты будут

рассмотрены отдельно в последующих разделах, однако общим для них является отсылка в бессознательное личностного, внутреннего значения любой ситуации, идеи или внешних обстоятельств. Когда первичной защитой становится изоляция, и паттерн жизни отражает завышенную оценку значимости рассуждений и недооценку чувств, тогда структура характера определяется как *обсессивная*.

Интеллектуализация

Интеллектуализацией называется вариант более высокого уровня изоляции аффекта от интеллекта. Человек, использующий изоляцию, обычно говорит, что не испытывает чувств, в то время как человек, использующий интеллектуализацию, разговаривает по поводу чувств, но таким образом, что у слушателя остается впечатление отсутствия эмоции. Например, комментарий “Ну да, естественно, я несколько сержусь по этому поводу”, брошенный мимоходом, равнодушным тоном, предполагает, что сама мысль о чувстве гнева теоретически приемлема для человека, но его актуальное выражение все еще заблокировано. Когда пациенты в процессе психоанализа интеллектуализируют по поводу своего лечения, они пытаются суммировать свой материал, сидя на кушетке и говоря таким тоном, который больше подходит для сводки погоды, чем для раскрытия того, что ими движет. Во время президентских выборов 1988 года, когда М. Дукакис отвечал, явно интеллектуализируя, на вопрос о его реакции на гипотетическое изнасилование жены, он вызывал насмешки публики своей очевидной дефензивностью.

Интеллектуализация сдерживает обычное переполнение эмоциями таким же образом, как изоляция сдерживает травматическую сверхстимуляцию. Когда человек может действовать рационально в ситуации, насыщенной эмоциональным значением, это свидетельствует о значительной силе Эго, и в данном случае защита действует эффективно. Многие люди чувствуют себя более зрело, когда интеллектуализируют в стрессовой ситуации, а не дают импульсивный, “сопляческий” ответ.

Однако, если человек оказывается неспособным оставить защитную когнитивную неэмоциональную позицию (даже в таком провокационном случае, как с Дукакисом), то другие склонны интуитивно считать его эмоционально неискренним. Секс, добродушное поддразнивание, проявление артистизма и другие соответствующие взрослому человеку формы игры могут быть излишне ограничены у человека, который

научился зависеть от интеллектуализации, справляясь с жизненными трудностями.

Рационализация

Рационализация как защита является такой знакомой, что едва ли нуждается в представлении. Данный термин не только стал общеупотребительным со значением, с которым он используется в психоаналитической литературе, но большинство из нас находят это явление забавным – по крайней мере, когда наблюдают его в других. Бенжамин Франклин заметил: “Так удобно быть *разумным созданием*: ведь это дает возможность найти или придумать причину для всего, что ты собираешься сделать” (цит. по К. Silverman, 1986).

Рационализация может проявиться в любой из двух игр. Иногда нам не удается получить то, чего мы хотим, и тогда мы делаем вывод: не так уж и хотелось (иногда это явление называется термином “зеленый виноград” – по басне Эзопа о лисе и винограде). Или же происходит что-нибудь плохое. Тогда мы решаем: это не так уж и плохо (“сладкий лимон”). Примером первого вида рационализации может служить следующее заключение: дом, который мы не можем себе позволить, в любом случае слишком велик для нас. Примером второго вида рационализации вывод: “Ну хорошо, это был полезный опыт”.

Чем человек умнее и способнее к творчеству, тем лучшим рационализатором он является. Защита работает доброкачественно, если она позволяет человеку наилучшим образом выйти из трудной ситуации с минимумом разочарований. Однако как защита она имеет слабую сторону: фактически все может быть – и бывает – рационализировано. Люди редко делают что-либо только потому, что это хорошо для них. Они предпочитают обставить свои решения разумными доводами. Так, родитель, который бьет ребенка, рационализирует агрессию ссылкой на то, что делает это “для его же блага”. Терапевт, равнодушно увеличивающий плату для пациента, размышляет, что повышение оплаты будет способствовать развитию чувства самоуважения человека. Человек, который сидит на диете, рационализирует свое тщеславие продвижением к здоровью, и так далее.

Морализация

Морализация является близкой родственницей рационализации. Когда некто рационализирует, он бессознательно ищет приемлемые, с разумной точки зрения, оправдания для выбранного решения. Когда же он морализирует, это означает, что он ищет пути для того, чтобы чувствовать: он *обязан* следовать в данном направлении. Рационализация перекладывает то, что человек хочет, на язык разума, морализация направляет эти желания в область оправданий или моральных обязательств. Там, где рационализатор говорит “спасибо за науку” (что приводит к некоторому замешательству), морализатор будет настаивать на том, что это “формирует характер”.

Качество самооправдания, присущее такой специфической трансформации импульса, заставляет других считать ее забавной или смутно неприятной, хотя в определенных социальных и политических ситуациях лидеры, играющие на желании своих избирателей ощущать моральное превосходство, могут продуцировать массовое морализаторство абсолютно без усилий, и соблазненная подобным образом публика вряд ли это заметит. Великолепным примером морализации является вера колонистов в то, что они несли плоды высшей цивилизации народам, чьи природные богатства они расхищали. Гитлер оправдывал свои ужасные фантазии тем, что за ним следовало поразительное количество приверженцев его взглядов. Он утверждал, что уничтожение евреев, гомосексуалистов и цыган необходимо для этического и духовного улучшения человеческой расы. Испанская инквизиция представляла собой еще одно социальное движение, известное своей морализацией агрессии, жадности и жажды всемогущества.

На менее катастрофическом уровне многие из нас наблюдали, как некто рьяно защищает свой критицизм, направленный в адрес подчиненного, на том основании, что обязанность проверяющего – быть откровенным по поводу неудач подчиненного. Хорошо известно, что на защите диссертации враждебно настроенный оппонент может сделать замечание: “Окажем ли мы диссертанту любезность, если воздержимся от критики, которую заслуживает эта работа?”.

Одна из моих приятельниц, дизайнер по интерьерам, морализировала свое тщеславие, стоящее за решением сделать дорогостоящую подтяжку лица тем, что она обязана производить благоприятное впечатление на клиентов всем своим видом. Бетт Дэвис рассказывала, что, борясь с желанием продолжать актерскую карьеру во время второй мировой войны, она разрешила дискомфортную ситуацию, заметив: “Но потом я почувствовала: враг хочет разрушить и парализовать Америку. Поэтому я

решила продолжать работу” (цит. по Sorel, 1991).

Иногда морализацию можно рассматривать как более высокоразвитую версию расщепления. Хотя я и не встречала подобного ее представления в психоаналитической литературе, думается, что склонность к морализации будет поздней стадией примитивной тенденции глобального деления на плохое и хорошее. В то время как расщепление у ребенка естественным образом возникает прежде способности его интегрированного собственного “Я” выносить амбивалентность, решение в форме морализации через обращение к принципам смешивает чувства, которые развивающееся собственное “Я” способно выносить. В морализации можно усмотреть действие супер-Эго, обычно ригидного и наказующего.

Морализация является очень важной защитой в организации характера, которую аналитики называют *моральным мазохизмом* (Reik, 1941). Некоторые обсессивные и компульсивные люди также привязаны к этой защите. В психотерапии морализаторы нередко создают раздражающие дилеммы для клиницистов, обнаруживающих следующий факт: при конфронтации определенных саморазрушающих отношений или поведения пациенты считают своих терапевтов ущербными за то, что те не понимают проблем, связанных с их поведением. Один мой пациент, обсессивно-компульсивный человек невротического уровня, умолял меня дать моральное оправдание его компульсивной мастурбации в надежде, что тогда будет разрешен его конфликт. “Что бы Вы почувствовали, если бы я сказала, что думаю следующим образом: это происходит так же, как и развитие Ваших отношений с женщинами и их прекращение?”, – спросила я. “Я бы почувствовал себя раскритикованным, мне бы было очень стыдно, и я бы захотел провалиться сквозь землю”, – ответил он. “А если бы я сказала, что, принимая во внимание Ваше репрессивное прошлое, возможность получить сексуальное удовлетворение является достижением, и мастурбация представляет собой тенденцию продвижения вперед в Вашем сексуальном развитии?”, – предложила я. “Я бы подумал, что Вы испорченный человек”.

Таким образом, морализация иллюстрирует предостережение: данная защита может быть расценена как “зрелый” механизм, но при этом она может быть непроницаема для терапевтического вмешательства. Работа с пациентом невротического уровня, характер которого определяется хроническим и негибким использованием определенной защитной стратегии, может оказаться столь же трудной, как и работа с психотическим пациентом.

Компартментализация (раздельное мышление)

Раздельное мышление — еще одна интеллектуальная защита, возможно, ближе стоящая к диссоциативным процессам, чем к рационализации и морализации, хотя рационализация нередко служит поддержкой данной защиты. Как и изоляция аффекта, раздельное мышление находится ближе к более примитивной стороне. Его функция состоит в том, чтобы разрешить двум конфликтующим состояниям сосуществовать без осознанной запутанности, вины, стыда или тревоги. Тогда как изоляция подразумевает разрыв между мыслями и эмоциями, раздельное мышление означает разрыв между несовместимыми мысленными установками. Когда некто использует компартментализацию, он придерживается двух или более идей, отношений или форм поведения, конфликтующих друг с другом, без осознания этого противоречия. Для непсихологически думающего наблюдателя раздельное мышление ничем не отличается от лицемерия.

Обыденными примерами компартментализации, в которой многие из нас повинны, сами того не осознавая, являются: одновременная вера в Правило Золотой середины и стремление к Первому Номеру; признание важного значения открытой коммуникации и в то же время отстаивание своего нежелания разговаривать с кем-то; сожаление по поводу предубеждений и шутки по национальному вопросу.

В более патологической части континуума раздельного мышления мы обнаружим людей, которые являются большими гуманистами в общественной сфере, но при этом жестоки в обращении со своими детьми у себя дома. Все помнят недавний случай с проповедником, который выступал против греха, в то время как сам с энтузиазмом совершал его. Не у одного борца с порнографией была найдена обширная коллекция эротических фотографий. Проступок, который совершается с ясным чувством вины или в состоянии диссоциации, нельзя считать попадающим под защитную категорию раздельного мышления. Этот термин применим только в тех случаях, когда обе противоречивые идеи или оба действия доступны осознанию. При конфронтации человек, использующий раздельное мышление, будет рационализировать противоречия, чтобы избавиться от них.

Аннулирование (undoing)

Так же как морализация считается более зрелой версией расщепления, *аннулирование* может рассматриваться в качестве естественного преемника всемогущественного контроля. Магическое качество данной защиты выдает ее архаические источники, даже учитывая то обстоятельство, что человека, использующего защитное аннулирование, можно побудить, вызывая к его наблюдающему Эго, увидеть смысл того, что выражено в суеверном поведении. Аннулирование – термин, обозначающий бессознательную попытку уравновесить некоторый аффект (обычно вину или стыд) с помощью отношения или поведения, которые магическим образом уничтожают этот аффект. Ярким примером аннулирования может служить возвращение супруга домой с подарком, который предназначен для компенсации вспышки гнева накануне вечером. Если мотив осознается, мы технически не можем называть это аннулированием. Но если аннулирующий не осознает чувства стыда или вины, и, следовательно, не может осознавать собственного желания искупить их, мы можем применять это понятие.

Многие религиозные ритуалы имеют аспект аннулирования. Попытки искупления грехов, даже совершенных только в мыслях, можно считать универсальным человеческим импульсом. С возрастом, когда дети становятся способными осознать факт смерти, можно наблюдать целый ряд магических ритуалов, которые несут в себе компонент аннулирования. Детская игра – перешагивание через трещины на тротуаре, чтобы с мамой, идущей сзади, ничего не случилось, – психоаналитически объяснима как аннулирование бессознательного желания смерти матери, которое создает больше страхов, чем было до того, как понятие смерти приобрело более зрелое содержание. Фантазии всемогущества отражаются в скрытом убеждении, проявляющемся в поведении, что враждебные мысли опасны, так как мысль равнозначна поступку.

Одна из моих пациенток иногда приносила мне в подарок цветы. Она была очень тревожной и могла бы принять мой отказ от подарка или даже анализ причины, по которой она мне его дарит, за глубинный отказ от ее искренних импульсов. Поэтому я длительное время не предпринимала попыток исследовать значение подобного поведения. Однако моя пациентка смогла осознать тот факт, что она стремилась принести мне букет именно в тот момент, когда была особенно зла на меня. “Я думаю, что на самом деле это были цветы на вашу могилу”, – объяснила она улыбаясь.

Люди, которые испытывают сильные угрызения совести за предыдущие грехи, ошибки и провалы – реальные, преувеличенные или совершенные только в мыслях – могут планировать свою жизнь, используя

аннулирование. А. Стивенсон, например, случайно убивший своего кузена, когда был мальчиком, посвятил жизнь служению обществу. 79-летняя среднего достатка женщина кавказской национальности, которая была обследована по поводу психологии альтруизма как черты характера (McWilliams, 1984), долгие годы своей жизни посвятила делу признания равенства цветных. В ее анамнезе имеется упоминание о неумышленном оскорблении цветной женщины, которую, будучи 9-летней девочкой, она очень любила. Исследуя объединения аболиционистов, Томкинс (Tomkins, 1964) предположил наличие подобной же организации личности вокруг защитного аннулирования.

Когда аннулирование является центральной защитой в репертуаре человека, а действия, обладающие бессознательным смыслом искупления прошлых преступлений, представляют собой главное средство поддержания самоуважения индивида, мы расцениваем этого человека как компульсивную личность. Здесь я хочу особо подчеркнуть, что понятие компульсивности является нейтральным в смысле морального содержания (термины “компульсия” и “компульсивный” часто ассоциируются с нежелательным насильственным поведением). Другими словами, можно быть компульсивным пьяницей, но в то же время оставаться компульсивно гуманным*.

Поворот против себя

Анна Фрейд стремилась использовать простой, каждодневный язык, и ее термин “поворот против себя” не составляет исключения. Это понятие означает то же, что предположил бы неспециалист, а именно – перенаправление негативного аффекта, относящегося к внешнему объекту, на себя. Если некто критически настроен по отношению к авторитетному человеку, чье расположение кажется ему основой безопасности, и если он думает, что этот человек не сможет вынести критики, он будет чувствовать себя безопаснее, направив критические мысли и идеи вовнутрь. Детей, от которых не зависит выбор того, где им жить, и которые могут заплатить высокую цену за обиды, нанесенные заботливому и душевному воспитателю, защита в форме поворота против себя может отвлечь от намного более печального факта, что их благополучие зависит от независимого взрослого. Однако самокритику чувствовать неприятно, и тем более эмоционально предпочтительнее знать о реальной угрозе своему выживанию в условиях, когда человек не имеет власти изменить порядок

вещей.

Одна из моих пациенток провела очень важные для своего развития годы жизни, получая уход и заботу от суицидальной матери и сконцентрированного на себе отца, со всеми вытекающими отсюда последствиями. Безопасность ее семьи была так ненадежна, что неблагополучие наблюдалось даже на уровне существования. Одно из первых воспоминаний этой женщины касается того факта, что ее родителей выкинули из дома за неуплату аренды. Вместо постоянного ужаса, что мать убьет себя, а отец исчезнет по какой-то причине с полным самооправданием (обе возможности имели все шансы на осуществление), женщина стала верить, что если бы она была лучше, родители дарили бы ей всю свою любовь и защищали бы ее. Такое убеждение, адаптивное в детстве, обусловило ее продолжительное страдание с возрастом, когда пациентка стала реагировать на любую неприятную ситуацию нападками на саму себя, а не приложением созидательных усилий для того, чтобы улучшить свое положение. Потребовались годы терапии, чтобы она осознала на эмоциональном уровне, что не является больше беспомощным ребенком в дисфункциональной семье, который надеется только на действенность идеи внутреннего самосовершенствования.

У большинства из нас существует тенденция обращать против себя негативные аффекты, отношения и восприятия благодаря иллюзии, что этот процесс дает нам больше контроля над неприятными ситуациями. Поворот против себя является популярной защитой среди более здоровых людей, которые устойчивы перед искушением отрицать или проецировать неприятные качества, а также у тех, у кого подобные тенденции вызывают тревогу. Они предпочитают заблуждаться, считая, что трудности – это скорее их вина, чем чья-то еще. Автоматическое и компульсивное использование данной защиты является общим для депрессивных личностей. Оно наблюдается также в некоторых случаях мазохистического характера.

Смещение

Смещение — это еще одна защита, которая непрофессионалами воспринимается без искажения ее психоаналитического значения. В возрасте 11 лет одна из моих дочерей, наблюдая, как наша собака трепала свою игрушку сразу же после того, как была наказана за дурное поведение, прокомментировала это так: “Смотри! Она выплеснула свой гнев наружу –

на игрушку, совсем как человек!”. Термин “смещение” относится к перенаправлению драйва, эмоции, озабоченности чем-либо или поведения с первоначального или естественного объекта на другой, потому что его изначальная направленность по какой-то причине тревожно скрывается.

Классический сюжет о том, как мужчина, которого обругал начальник, пришел домой и наорал на жену, отшлепавшую детей, которые в свою очередь побили собаку, является учебным пособием по смещению. “Триангуляция” (включение в треугольник взаимоотношений – примеч. переводчика), которую, следуя традиции Мюррея Боуэна, подчеркивают семейные терапевты, является феноменом смещения. Я заметила, что в парах, где один из партнеров неверен, другой партнер направляет большую часть своей агрессии не на супруга, сбившегося с пути истинного, а на “другого” мужчину или женщину. Тирады в адрес “этого разрушителя семьи” предполагают, что партнер является невинной жертвой циничного совращения. Это должно защитить уже страдающего человека от дальнейшей угрозы взаимоотношениям, которая возникнет, если ярость обманутого супруга будет направлена прямо на неверного.

Страсть также может быть смещена. Сексуальные фетиши, по-видимому, можно объяснить как переориентацию эротического интереса с гениталий человека на бессознательно связанную область – ноги или даже обувь. Если в истории жизни мужчины произошло нечто, что сформировало у него представление о влагалище как о чем-то опасном, некоторые другие предметы, ассоциирующиеся с женщиной, могут так же пугать его.

Сама тревога нередко оказывается смещенной. Известный пациент Фрейда “Человек-Волк” лечился в последние годы у Рут Мак– Брунsvик по поводу нездоровой озабоченности своим носом. Она была понята как смещение пугающих, искаженных фантазий, связанных с его пенисом (Gardiner, 1971). Когда человек использует смещение тревоги с какой-то одной области на весьма специфический объект, который символизирует пугающее явление (страх пауков, которые представляют бессознательный образ поглощающей матери, боязнь ножей, которые бессознательно приравниваются к проникновению фаллоса), то он страдает фобией (Nemiah, 1973). Если у человека имеется паттерн смещения страхов во многих жизненных аспектах, мы рассматриваем такой характер как *фобический*.

Некоторые печальные культурные тенденции – как расизм, сексизм, гетеросексизм, громкое обличение проблем общества группами, лишенными гражданских прав и имеющими слишком мало власти, чтобы

отстоять свои права, содержат в себе значительный элемент смещения. Все это отражает тенденцию находить козла отпущения (что легко можно заметить в большинстве организаций и субкультур). Перенос как в клинических, так и во внеклинических проявлениях, которые Салливан назвал “паратаксическими искажениями”, содержит в себе смещение (чувств, направленных на объекты, важные в раннем детстве) наряду с проекцией (внутренних характерных особенностей собственного “Я”). Положительные виды смещения включают в себя перевод агрессивной энергии в созидательную активность (огромное количество домашней работы выполняется, когда люди находятся в возбужденном состоянии), а также переадресовку эротических импульсов с нереальных или запрещенных сексуальных объектов на доступного партнера.

Реактивное образование

Реактивное образование как защита является очень любопытным феноменом. Очевидно, что человеческий организм способен повернуть нечто совершенно в противоположную сторону для того, чтобы свести угрозу к минимуму. Традиционное определение реактивного формирования подразумевает преобразование негативного аффекта в позитивный или наоборот. Например, трансформация ненависти в любовь, привязанности в презрение, враждебности в дружелюбие содержит в себе много общих трансакций.

Возможно, самый ранний возраст, когда у ребенка можно наблюдать этот процесс – 3-4 года. Если в семье появляется новорожденный и происходит оттеснение старшего ребенка, ему нужно иметь достаточную силу Эго, чтобы сдерживать чувства ревности и гнева и обратить их в сознательное чувство любви к новорожденному. Типичным для реактивного образования является то обстоятельство, что какой-то неуправляемый аффект “прорывается” сквозь защиту, так что сторонний наблюдатель может почувствовать: в сознательном эмоциональном представлении что-то переиграно или фальшиво. Сестра дошкольного возраста, которую оттеснил младший брат, может проявлять особую привязанность и заботу, “любить ребенка до смерти”: обнимать слишком сильно, петь ему слишком громко, баюкать его слишком агрессивно и так далее. Многие взрослые помнят истории, когда старшие щипали своих младших братьев и сестер за щеки, пока те не начинали плакать, или предлагали им что-то очень вкусное, явно вредное и опасное для здоровья

маленьких, или совершали другие подобные действия, оправдывая себя тем, что они это делают из любви.

Более точным способом описания реактивного образования, помимо обращения эмоции в противоположную, может служить замечание, что его функция состоит в устранении амбивалентности. Основной психоаналитической предпосылкой является то обстоятельство, что ни одна позиция не является полностью изолированной. Мы можем ненавидеть человека, которого любим, обижаем того, к которому испытываем благодарность и признательность. Наша эмоциональная ситуация не сводится просто к одной или другой позиции*. Неправильным пониманием психоаналитической интерпретации является то, что аналитик получает удовольствие, разоблачая следующий факт: в то время, как кому-то *кажется*, что он чувствует “х”, на самом деле он испытывает “у”. В действительности же психоаналитически правильно было бы сказать: в то время, как кто-то чувствует “х”, он *также* (возможно, бессознательно) испытывает “у”. При реактивном формировании человек убеждает себя в том, что все, что он чувствует, относится только к одному полюсу сложного эмоционального ответа.

На примере оттесненного сиблинга, который ищет различных способов избежать негативных аффектов и испытывать только положительные чувства, в возрасте, когда тонкие различия между оттенками чувств и (что еще более важно) чувств и действий еще невозможны из-за незрелости, можно наблюдать, как разнообразна подобная защита. Другая ситуация, когда эта защита способствует адаптации: оба компонента чувств – унижение и восхищение – приводят ребенка скорее к соревнованию с компетентным Другим, чем к отказу от него. У взрослых нередко наблюдается реактивное формирование, но обычно мы считаем, что взрослые люди должны лучше осознавать все аспекты своих эмоциональных реакций на какую-то ситуацию и применять подавление скорее в области поведения, чем чувств.

Реактивное образование является излюбленной защитой в тех случаях психопатологии, когда враждебные чувства и агрессивные импульсы являются главным содержанием, и на опыте проверено, насколько опасно не уметь держать их в руках. Например, параноидные личности часто испытывают только ненависть и подозрительность, когда сторонний наблюдатель полагает, что они также способны чувствовать привязанность и зависимость. Обсессивные и компульсивные пациенты нередко свято убеждены, что испытывают лишь уважение и признательность к авторитетам, тогда как другие считают, что они чувствуют и обиду.

Реверсия

Еще одним способом справиться с чувствами, которые представляют психологическую угрозу собственному “Я”, является проигрывание сценария, переключающего отношение человека с субъекта на объект или наоборот. Например, если некто чувствует, что желание испытывать заботу со стороны других является постыдным или содержит угрозу, он может жертвенно удовлетворить свою потребность в зависимости, проявляя заботу о другом и бессознательно идентифицируясь с этим человеком, получающим удовлетворение от заботы о себе. Этот частный случай *реверсии* является оправданным временем приспособлением терапевтов, часто испытывающих чувство дискомфорта от собственной зависимости, но которые бывают счастливы заботиться о ком-то.

Как только ребенок достигает возраста, когда он начинает играть с куклами или “ролевыми персонажами” (куклы для мальчиков сейчас тоже продаются), о нем можно сказать: он использует реверсию. Достоинством реверсии является то обстоятельство, что человек перемещает сильные аспекты транзакций таким образом, чтобы играть скорее в иницирующую роль, чем отвечающую. Сторонники теории контроля-овладения называют это явление “трансформацией пассивного в активное”. Если развивается положительный сценарий, защита работает конструктивно. Если же имеет место отрицательный сценарий – деструктивно. Например, в общинах при унижительных и других обрядах посвящения, связанных с насилием, опыт преследуемой во время посвящения жертвы трансформируется, и ситуация начинает ощущаться как положительная благодаря переключению с пассивной роли на активную, с жертвы – на преследователя.

Иногда в клинической практике можно столкнуться с человеком, который использует реверсию для того, чтобы бросить вызов находчивости терапевта. Я длительное время работала с мужчиной, у которого была глубоко депрессивная мать-алкоголичка. Будучи мальчиком, он каждое утро видел ее сидящей с чашкой кофе и сигаретой в руке, вымотанную и несчастную. Проблема этого человека заключалась в его склонности к депрессии, берущей свое начало в неудовлетворительных отношениях с несчастной, склонной к суициду женщиной. Когда пациент приходил на сессию, он внимательно изучал мое лицо и произносил: “Сегодня вы выглядите устало”. Или: “Вы определенно погружены в мысли о чем-то”. Иногда он был прав, но в большинстве случаев я находилась в хорошем настроении и бывала озадачена его неточными наблюдениями. С течением

времени я все более активно оспаривала заключения пациента о моей усталости или подавленности, отвечая, что меня это не беспокоит. Вместо того, чтобы заинтересоваться моими ответами и использовать мои комментарии как мостик к пониманию того факта, что он смещает или проецирует, он психологически поменялся со мной ролями. Пациент утверждал: хотя я и *думаю*, что мне хорошо, это очевидно не так; он необыкновенно чутко и внимательно наблюдает за людьми и сразу может распознать подавленного человека.

Этот пациент, по сути, сделал себя терапевтом, а меня – своим пациентом, таким образом перевернув трудную для него ситуацию. Его детский опыт, связанный с ненадежным материнским авторитетом, не предоставил ему основы для эмоциональной безопасности в роли, которая предполагает зависимость – особенно от объекта женского пола. В этом случае, хотя использование им реверсии и защищало его от осознания глубоко лежащих беспокоящих чувств, оно также имело и другую, менее приятную сторону. Ему было очень трудно находиться в отношениях, которые были бы эмоционально реципрокными (взаимными). В число стимулов, вызывавших его депрессивные симптомы, входила серия неудачных дружб и любовных попыток, когда его стремление воссоздать сценарий зависимого и нуждающегося ребенка и эмпатически ограниченного родителя (с самим собой) в конце концов заставляло мучиться близких ему людей.

Другим субъектом моего исследования альтруизма (McWilliams, 1984) был привлекательный мужчина сорока лет. Ему доставляла огромное удовольствие его активность как добровольца международного агентства, занимавшегося усыновлением детей в тяжелых случаях (некоторые из них были особого этнического происхождения, другие имели физические недостатки, уродства или страдали врожденными заболеваниями). Вот его слова: “Я не могу описать, какое чувствую блаженство, когда передаю ребенка его приемной матери и осознаю, что для него началась новая жизнь”. Личная история моего пациента содержала неожиданную, очень травмировавшую его смерть матери, когда мальчику было 2 года. Это событие сопровождалось коротким периодом дистресса. За ним последовало неформальное усыновление ребенка экономкой, которая позже вышла замуж за его отца и стала ему матерью во всех психологических нюансах этого слова. Удачно организовывая усыновление, он чувствовал радость от осознания того факта, что спасал кого-то, как и сам был когда-то спасен (хотя он никогда не осознавал связи между своим прошлым и своей гуманной деятельностью). Мой пациент также испытывал облегчение, что

в этот раз ситуация перевернулась: он спаситель, у него существует власть, и есть другая сторона, которой является беспомощный зависимый ребенок.

Возможно, читатель отметил, что по мере продвижения в обсуждении этих защитных процессов не обнаруживается ни одного типа личности, который бы отражал сверхзависимость от них. Психологически здоровые люди стремятся не только использовать большинство зрелых защит (например, реверсию). Они также сдерживают тревогу и справляются с другими тяжелыми эмоциональными состояниями, обращаясь к различным защитным моделям. Поэтому на них нельзя навесить какой-то один ярлык.

Идентификация

Включение *идентификации* в список защитных механизмов может показаться излишним, так как большинство из нас расценивают возможность идентифицироваться с другим человеком или с его отдельными сторонами как конструктивную незащитную тенденцию. Установлено, что только некоторые виды идентификации могут считаться компонентами защит (например, той, которую психологи с ориентацией на социальное научение называли “моделирование”). Но психоаналитически думающие терапевты продолжают считать, что многие виды идентификации вызваны необходимостью избегать тревогу, горе, стыд, другие болезненные аффекты, или для того, чтобы поддерживать себя, ощущая угрозу чувству самоуважения и целостности. Как и другие зрелые защитные процессы, идентификация является нормальным аспектом психологического развития и становится проблематичной только в определенных условиях.

Фрейд (1923) был первым, кто предложил различать защитную и незащитную идентификацию — “анаклитическую” идентификацию (от греческого слова, означающего “полагаться на”) – и “идентификацию с агрессором”. Первый тип идентификации мотивируется невыполненным желанием походить на значимого человека (“Мамочка великодушна и создает комфорт, и я хочу быть как она”). Второй тип Фрейд рассматривал как автоматический, но мотивированный защитным решением проблемы ощущения угрозы со стороны другого человека, обладающего властью (“Я боюсь мамочкиного наказания за мои враждебные импульсы; если я *стану* как она, ее власть будет внутри меня, а не вне меня”). Фрейд полагал, что многие действия идентификации содержат элементы как непосредственного прямого принятия того, что любимо, так и защитного

уподобления тому, что является пугающим.

Аналитики используют слово “идентификация”, чтобы подчеркнуть зрелый уровень осознанной (даже если и частично бессознательной) попытки стать похожим на другого человека. Эта способность развивается естественным образом, начиная с ранних инфантильных форм, содержащих желание проглотить другого человека целиком, до более тонких, дискриминативных и субъективно произвольных процессов выборочного принятия качеств другого человека. Считается, что потенциал идентификации расширяется и модифицируется в течение всей жизни и является основой психологического роста и изменений.

Фактически, высокая ценность, которую аналитики придают эмоциональной близости, определяется именно тем, что близкие отношения создают благоприятную возможность для взаимного обогащения идентификациями (аргументы в пользу этого эффекта: R. Blank & G. Blank, 1968, книга о браке). В целом, можно сказать: как примитивная проекция трансформируется у эмоционально здорового человека в течение жизненного цикла во все возрастающую способность к эмпатии; так и архаичные формы идентификации постепенно превращаются во все более тонкие, со множеством нюансов, способы обогащения собственного “Я” путем аккумуляции качеств значимых других.

Наиболее известной парадигмой идентификации как защиты по Фрейду является эдипова ситуация. Согласно его известной схеме, в жизни маленького ребенка наступает возраст (обычно 3 года), когда его желания монопольного обладания матерью сталкиваются с грубым фактом отцовских притязаний на ее любовь и физическую доступность*. У ребенка есть страх, что его отец, власть которого очевидна и на которого он смотрит глазами соперника, убьет или искалечит его в отместку за желание убить или искалечить его самого. Ребенок в этом случае разрешает страх, связанный с подобными фантазиями, прибегая к идентификации (“Возможно, я и не смогу избавиться от отца, которого все же люблю, и на самом деле не хочу распоряжаться или заполучить мать, у которой имеются и свои проблемы, но я могу быть как отец и вырасту, чтобы иметь кого-то, как мама – в качестве своей собственной партнерши”). Фрейд чувствовал, что такая фантазия, которую он считал нормальной и универсальной, явилась прототипом идентификации с агрессором, в данном случае – с воображаемым агрессором**.

Идентификация изначально является нейтральным процессом. Она может иметь позитивные или негативные эффекты в зависимости от того, кто является объектом идентификации. Большую часть

психотерапевтического процесса составляет распознавание старых и новых идентификаций, которые разрешали конфликт ребенка и стали автоматическими, а теперь являются причиной конфликта у взрослого.

Например, один министр, с которым я работала над тем, как ему приходилось переживать тяжелые испытания, имел жестокого отца-алкоголика, склонного к насилию, и неэффективную фобическую мать. Мой пациент соревновался со своим дядей Гарри, который разрешал межличностные проблемы при помощи кулаков. Подобное решение было высоко адаптивным для него в течение отрочества, проведенного в хаотичной семье, и при встречах с враждебно настроенными соседями. Будущий министр мог врезаться любому, кто стоял на его пути, и в результате никто с ним не связывался. Будучи еще молодым человеком, он таким образом справлялся со страхом, разряжал беспокоящие его чувства, которые не находили понимания в доме, сохранял чувство самоуважения и гарантию того, что другие также будут его уважать. Однако в дальнейшем, когда он однажды стал угрожать побить нескольких противных церковных старост, он *потерял* уважение многих своих избирателей, которые сочли его поведение несовместимым с позицией настоящего христианина. И мой пациент приступил к терапии, зная, что должен выработать новые способы преодоления стресса. Как только он пришел к пониманию природы своих ранних идентификаций и цены, которую ему приходится за них платить сегодня, он справился со всеми проблемами.

Так как идентификация представляется средством на все случаи жизни, она более часто используется как защита в случаях эмоционального стресса (когда подвергаются проверке на прочность имеющиеся субъективные представления о том, кто ты есть). Очевидно, смерть и потеря подталкивают к идентификации с утраченным объектом любви, а затем – с теми, кто займет место утраченного в эмоциональном мире человека. Желание подростков найти героев, с которыми они могли бы соревноваться в попытках справиться со сложными требованиями “туманной юности”, наблюдается в течение многих веков. Фактически, тревожный рост суицидов среди подростков, наблюдающийся в последние годы, некоторые психоаналитики связывают с неудовлетворенностью современных подростков сегодняшними героями, предлагаемыми западной культурой (Hendin, 1975).

По-видимому, некоторые люди идентифицируются более легко и гибко, чем другие, представляя собой как бы “промокашку”, впитывающую любые психологические чернила. Очевидно, к группе риска относятся те, кто хотя бы в малейшей степени страдает от нарушения базовой

идентичности. Опыт конверсии содержит значительный компонент идентификации как защиты. Даже вполне здоровые люди с некоторым нарушением в области идентичности (например, женщины с истерической организацией характера и с бессознательным чувством, что ее пол является проблемой) могут больше других идентифицироваться с кем-либо из окружения, кто производит впечатление, что он лучше справляется с жизненными трудностями.

Возможно, способность человека идентифицироваться с новыми объектами любви является главным способом, благодаря которому люди освобождаются от эмоционального страдания, и одним из основных способов, который использует психотерапия в целях достижения изменений. Исследования терапевтического процесса неоднократно обнаруживали, что эмоциональные качества отношений между пациентом и терапевтом имеют более высокую корреляцию с результатом лечения, чем любой другой специфический фактор (Strupp, 1989). В последних аналитических статьях, посвященных терапевтическому процессу, уделяется особое внимание взаимоотношениям, в то время как интерпретация, считавшаяся главной опорой психологического лечения, почти не упоминается (Loewald, 1957; Levenson, 1972; Greenberg & Mitchell, 1983; Meissner, 1991).

В психоаналитическом лечении, где склонность пациента идентифицироваться с терапевтом поддерживается ради ее восстановительной силы, она также защищает (насколько это возможно) от абьюза. Практики стараются не эксплуатировать готовность пациента к идентификации, предоставляя человеческие добродетели (сострадание, заинтересованность, терпимость к различиям и чувство решающей ответственности за свое поведение) как всеобщие качества, воздерживаясь от показа особенностей своих личных качеств, от советов или от соглашения с чьим-то мнением. Фрейд настойчиво предостерегал аналитиков от того, чтобы подпасть под искушение представить себя в роли могущественного спасителя, знахаря или пророка в глазах своих пациентов. Это остается ведущим принципом: нарциссическое злоупотребление желанием пациента идентифицироваться остается профессиональным “табу”, хотя и нарушается наиболее часто из всех терапевтических запретов.

Отреагирование (вовне-действие, отыгрывание, acting out)

Другим механизмом, заслуживающим обсуждения, является общая категория “отреагирования”. Я заключила этот термин в кавычки, чтобы привлечь внимание к тому, как часто этот ярлык навешивается на все виды поведения. Это может не нравиться человеку, к которому он применяется, часто с некоторым уничижительным оттенком. Вероятно, многие из читателей встречались с непрофессиональным использованием данного термина с оттенком осуждения, без учета технического значения данного понятия.

Насколько мне известно, впервые выражение “отреагирование” появилось в психоаналитической литературе при описании действий пациентов вне офиса, когда их поведение реализовывало чувства, направленные на аналитика, но которые пациент боялся испытывать или допустить в сознание, особенно в присутствии аналитика (Freud, 1914).

Позже термин “отреагирование вовне” стали использовать в основном для описания поведения, обусловленного бессознательной потребностью справиться с тревогой, ассоциированной с внутренне запрещенными чувствами и желаниями, а также с навязчивыми страхами, фантазиями и воспоминаниями (Aichhorn, 1936; Fenichel, 1945). *Проигрывая* пугающий сценарий, пациент, бессознательно испытывающий страх, оборачивает пассивное в активное, превращает чувство беспомощности и уязвимости в действенный опыт и силу, независимо от того, насколько болезненна драма, которую он разыгрывает (Weiss, Sampson & the MZPRG, 1986).

Несколько лет назад я наблюдала одну учительницу. Ее взаимоотношения со своей карающей матерью заставляли женщину одновременно испытывать и чувство страха, и чувство сильного голода по близости. Моя пациентка предприняла сексуальные попытки с коллегой по имени Нэнси через несколько недель после начала терапии. Мне казалось, что она начала испытывать некоторое желание близости со мной и бессознательно предположила, что я, как и ее мать, буду с презрением относиться к ее привязанности. Она справилась со своими бессознательными и запрещенными стремлениями путем отреагирования тех аспектов, которых хотела и боялась, с той женщиной, что носила мое имя. Такой вид проигрывания, если допустить, что моя интерпретация данного события точна, часто случается во время анализа, особенно с теми пациентами, в которых с детства был заложен страх осуждения взрослым их потребностей и чувств.

Таким образом, термин *отреагирование* относится к любому виду поведения, которое предполагает выражение отношений переноса, принося в терапию в словесной форме пациент чувствует для

себя еще недостаточно безопасным. Этот термин может быть также применим к процессу, благодаря которому любое отношение вне или внутри терапии разряжается в действии с бессознательной целью справиться со страхами, связанными с этим отношением. То, чтоотреагируется вовне, преимущественно саморазрушительно или преимущественно способствует росту, или может быть в некоторой степени и тем, и другим. То, что заставляет отреагировать вовне, не является ни плохим ни хорошим, но такова бессознательная и пугающая природа импульсов, толкающая человека к действию компульсивным, автоматическим образом, который отличает поведение при отреагировании вовне. Использование популярного сегодня слова “отреагирование” для обозначения любого нежелательного поведения, например, детского шума или невежливого приветствия, является психоаналитически неоправданным. Негативный оттенок, который приобрело это выражение, нередко отражает тот факт, что позитивные виды отреагирования не привлекают к себе внимания так, как это свойственно его деструктивным видам.

Существует несколько навязчивых ярлыков, созданных аналитиками для обозначения обычно бессознательных типов поведения, которые подпадают под общий заголовок отреагирования. Сюда входят, например, эксгибиционизм, вуайеризм, садизм, мазохизм, перверсии и все понятия, содержащие приставку “контр”: контрфобия, контрзависимость, контрвраждебность и так далее*.

Все эти тенденции, когда они относятся к действиям, понимаемым как защитные, дают основание предполагать лежащий в их основе страх или другие непризнанные негативные чувства. Раннее наблюдение Фрейда – мы отреагируем то, чего не помним – по-прежнему остается пронизательным, особенно, если допустить, что причиной, по которой мы чего-то не помним, является нечто чрезвычайно болезненное, переходящее из состояния невозможности вспомнить в состояние отыгрывания в данный момент.

В той мере, в какой определенная категория людей полагается на отреагирование при решении своих психологических дилемм, эта группа подпадает под категорию *импульсивных личностей*. Подобная классификация вводит в заблуждение, так как подразумевает простую готовность сделать что-либо, чего хочется, прямо сейчас. Психотерапевтический опыт подвел многих серьезных клиницистов к убеждению: то, что может выглядеть как спонтанность или неосложненная импульсивность, часто является бессознательно и чрезвычайно сложно

мотивированным поведением, которое может наивно и беспорядочно выражать все, что угодно. Люди с истерической организацией личности известны отреагированием своих сексуальных сценариев; людей со всеми видами зависимости можно рассматривать как отреагирующих отношение к предмету своего предпочтения (в таких случаях, конечно, химическая зависимость может усложнить то, что уже было психологической зависимостью); люди с компульсиями, по определению, являются отреагирующими, когда уступают внутреннему давлению и вовлекаются в свои определенные компульсивные действия; социопаты вновь и вновь проигрывают сложные паттерны манипуляций. Таким образом, эта защита может проявляться во многих резко отличающихся клинических случаях.

Сексуализация (инстинктуализация)

Некоторые авторы, пишущие о защитных процессах, включили бы сексуализацию в концепцию отреагирования, поскольку ее действие обычно принимает форму отыгрывания. Я решила представить ее отдельно, частично из-за того, что сексуализация возможна без отреагирования вовне (процесс, который более точно можно было бы назвать *эротизацией*), а частично из-за того, что понятие с таким общим и интересным смыслом заслуживает особого внимания.

Изначально Фрейд полагал, что в основе всех видов человеческой деятельности фактически лежит базальная сексуальная энергия – сила, которую он описывал как либидо. (Позже в своих теоретических изысканиях, находясь под впечатлением от размеров человеческой деструктивности, он решил, что агрессивные стремления являются столь же фундаментальными и мотивирующими. Однако большая часть лексики его клинической теории происходит с того времени, когда Фрейд еще не изменил своего взгляда.) Одним из следствий его биологической, базирующейся на драйвах, психологической теории явилась тенденция рассматривать сексуальное поведение как выражение *первичной* мотивации, ни из чего не происходящей и ни от чего не зависящей. Объективно говоря, сексуальность является сильной динамической основой в человеческих существах, и человеческое сексуальное поведение во многих случаях можно приравнять к соответственно направленному выражению желания продолжения рода.

Клинический опыт и исследовательская работа (Stoller, 1968, 1975, 1980, 1985; Money, 1980, 1988) спустя многие годы после работы Фрейда

удивили большинство психоаналитически ориентированных ученых тем, в каких масштабах сексуальная фантазия и активность используются как защита для управления тревогой, сохранения самоуважения, нивелировки стыда или отвлечения от чувства внутренней умерщвленности.

Люди могут сексуализировать любой опыт, бессознательно стремясь превратить ужас, боль или другое переполняющее чувство в восторг. В аналитической литературе этот процесс называется также *инстинктуализацией*. Сексуальное побуждение – наиболее действенный способ почувствовать, что ты жив. Детским страхом смерти, который испытал ребенок, оставшийся один, ужасом перенесенного насилия над ним или другого страшного несчастья можно управлять психологически посредством превращения травматической ситуации в жизнеутверждающую. Изучение людей с необычными сексуальными наклонностями часто открывало опыт детских переживаний, которые превосходили способность ребенка справляться с ними и вследствие этого были трансформированы в самоинициированную сексуализацию травмы. Например, в работе Столлера о сексуальных мазохистах (Stoller, 1975) обнаружилось, что многие из тех, кто говорил о необходимости испытывать боль для достижения наивысшего эротического наслаждения, перенесли внутренние болезненные вмешательства при лечении в детском возрасте.

В общем, многие из нас используют сексуализацию для того, чтобы преодолеть и сделать более приятными некоторые печальные события в нашей жизни. Для людей разного пола имеются различия в том, что они склонны сексуализировать: для женщин более характерно сексуализировать зависимость, а для мужчин – агрессивность. Некоторые люди сексуализируют деньги, другие – грязь, третьи – власть и так далее. Многие из нас сексуализируют процесс обучения; эротичность присутствия талантливого учителя была отмечена со времен Сократа. Тенденцией людей эротизировать свою реакцию на кого-либо, представляющего власть, можно объяснить тот факт, почему политики и другие избранники имеют так много сексуально доступных поклонников и почему возможность сексуального насилия и сексуальной эксплуатации так велика среди влиятельных и известных людей.

Возможность того, что люди, находящиеся в слабой позиции, оборачивают свою зависть, враждебность и страх в сексуальный сценарий, в котором компенсируют соответствующий недостаток официальной власти обращением к очень личной власти эротики, составляет одну из социально значимых причин, по которой необходимо иметь законы и договоренности, защищающие тех, кто является зависимыми от других

(работник от нанимателя, студент от учителя, сержант от лейтенанта и так далее).

Нам всем необходимо освободиться от искушений, созданных нашими собственными защитами, также как и от возможности быть использованными людьми, являющимися авторитетами в нашей жизни.

Рискуя затронуть пункт, приложимый ко всем защитным процессам, позвольте мне сделать ударение на том, что сексуализация не является по своей сути проблематичной или деструктивной. Человеческие индивидуальные сексуальные фантазии, паттерны ответов и практика, вероятно, в большей степени индивидуальны, чем большинство других психологических аспектов нашей жизни. Что одного человека может зажечь, другого оставляет холодным. Если я сексуализирую опыт, полученный от того, что кто-то держит меня за волосы (даже если истоки моего поведения лежат в детстве и представляют собой защитное сексуализирование таскания за волосы моей жестокой матерью), и мой сексуальный партнер любит перебирать пальцами мои волосы, я, вероятно, не буду обращаться к психотерапевту. Но если я сексуализирую переживание страха перед насилующим, вновь и вновь вступая в отношения с мужчинами, которые бьют меня, то мне хорошо было бы поискать помощи. Как и у любой другой защиты, у сексуализации имеются контекст и следствия ее использования во взрослом возрасте, которые определяют, надо ли (мне самой или другим) расценивать ее как позитивную адаптацию, дурную привычку или патологию.

Сублимация

Одно время понятие *сублимации* находило широкое понимание среди образованной публики и представляло собой способ рассматривания различных человеческих наклонностей. Теперь, с отходом от теории драйвов как центральной в психоанализе, сублимацию стали меньше рассматривать в психоаналитической литературе, и она пользуется все меньшей популярностью как концепция. Изначально считалось, что сублимация является “хорошей” защитой, благодаря которой можно находить креативные, здоровые, социально приемлемые или конструктивные решения внутренних конфликтов между примитивными стремлениями и запрещающими силами.

Сублимация была тем обозначением, которое первоначально Фрейд дал социально приемлемому выражению базирующихся на биологии

импульсов (к которым относятся стремления сосать, кусать, есть, драться, совокупляться, разглядывать других и демонстрировать себя, наказывать, причинять боль, защищать потомство и так далее). Так, Фрейд указывал, что дантист может сублимировать садизм, выставившийся художник – эксгибиционизм, адвокат – желание уничтожать врагов. Согласно Фрейду, инстинктивные желания обретают силу влияния, благодаря обстоятельствам детства индивида; некоторые драйвы или конфликты приобретают особое значение и могут быть направлены на полезную созидательную деятельность.

Данная защита расценивается как здоровое средство разрешения психологических трудностей по двум причинам: во-первых, она благоприятствует конструктивному поведению, полезному для группы, во-вторых, она *разряжает* импульс вместо того, чтобы тратить огромную эмоциональную энергию на трансформацию его во что-либо другое (например, как при реактивном формировании) или на противодействие ему противоположно направленной силой (отрицание, репрессия). Такая разрядка энергии считается положительной по своей сути: она позволяет человеческому организму поддерживать необходимый гомеостаз (Fenichel, 1945).

Сублимация остается понятием, на которое по-прежнему ссылаются в психоаналитической литературе, если автор указывает на найденный кем-то креативный и полезный способ выражения проблемных импульсов и конфликтов. В противоположность общему неправильному пониманию того обстоятельства, что объектом психотерапии является избавление от инфантильных побуждений, психоаналитическая позиция относительно здоровья и роста подразумевает представление, что инфантильная часть нашей природы продолжает существовать и во взрослом состоянии. У нас нет возможности совершенно избавиться от нее. Мы можем только сдерживать ее более или менее удачно.

Цели аналитической терапии включают в себя понимание всех аспектов собственного “я” (даже самых примитивных и беспокоящих), развитие сострадания к самому себе (и к другим, так как человек нуждается в проецировании и смещении прежде непризнаваемых желаний унижать) и расширение границ свободы для разрешения старых конфликтов новыми способами. Эти цели не подразумевают “очищения” собственного “Я” от вызывающих отвращение аспектов или блокирование примитивных желаний. Именно это позволяет считать сублимацию вершиной развития Эго, многое объясняет в отношении психоанализа к человеческому существу и присутствию ему возможностям и ограничениям, а

также подразумевает значимость информации психоаналитического диагноза.

На этом заканчивается мой обзор защитных операций, который необходим для понимания организации характера индивида. Я должна напомнить читателю, что данная книга посвящена *структуре* личности, а не только личностным *расстройствам*. Хотя она и сфокусирована на постановке клинического диагноза, предполагающего, что человек, обратившийся за помощью, в любом случае страдает, следует помнить, что истоки проблемы, с которой надлежит справиться, могут лежать не в основе характера пациента. Например, проблема может служить ответом на стресс, который чрезмерно перенапряг резервы, имеющиеся у пациента, обладающего любой структурой характера.

Но *способ* страдания человека отражает его личностную организацию. И попытка смягчить страдание требует чуткого отношения к индивидуальным особенностям. И кактус, и плющ растут, если их поливают и достаточно освещают. Но садовник, не учитывающий особенностей каждого растения, никогда не вырастит их полноценными. Понимание разнообразия людей, основ их характеров является чрезвычайно значимым для ведения эффективной психотерапии – независимо от того обстоятельства, есть ли у пациента проблемы, обозначаемые как характерологические, или их не существует. Терапевтическая позиция, помогающая обсессивному человеку, который страдает от депрессии, отличается от позиции, помогающей другому депрессивному клиенту, чья основа личности более истерично организована.

Каждый из нас испытывает сильные страхи и желания детства. Ими возможно управлять с помощью доступной в данный момент защитной стратегии. При этом одни методы преодоления стоит поддерживать, а другие должны заменить ранние жизненные сценарии. Целью чуткого психодиагностического процесса является не оценка тяжести чьей-либо “болезни” или определение того, какие люди находятся за пределами “нормы” (McDougal, 1980). Этой целью становится необходимость понять особенности страдающего человека и придать ему силы таким образом, чтобы он мог оставить прошлое и построить будущее.

В следующих главах я опишу основные наиболее часто встречающиеся психодинамические организации личности. Каждая категория, как я указывала выше, представляет свойственное данному характеру доверие к определенной защите или группе защит. Она содержит широкий круг, в котором представлены как явные психотики, так и те, кто

является образцом психологического здоровья. Я буду описывать субъективные и объективные аспекты работы с представителями каждого типа личности, переводя психоаналитические термины и понятия, где это возможно, на язык обычных клинических взаимодействий.

Заключение

В этой главе были освещены наиболее частые и соотносящиеся с клинической практикой вторичные, или “высшего порядка”, защиты: репрессия, регрессия, изоляция, интеллектуализация, рационализация, морализация, компартментализация, аннулирование, поворот против себя, смещение, реактивное формирование, реверсия, идентификация, отреагирование, сексуализация и сублимация. Были приведены примеры адаптивных и неадаптивных защит с упоминанием соответствующих типов характера. В конце я сделала общие замечания относительно отношения защит к характеру, чтобы облегчить переход к темам следующих глав.

Дополнительная литература

Как я отметила в конце главы 5, комментарии, касающиеся защит, обычно бывают включены в другие темы и редко являются самостоятельным содержанием книги. А. Фрейд (A. Freud, 1936) и Х.П. Лафлин (H.P. Laughlin, 1970, 1979) являются исключениями и вполне доступны читателю. Для отважных можно порекомендовать книгу Феничела, который освещает эту тему с присущей ему тщательностью в главах 8 и 9 “Психоаналитической теории неврозов” (Fenichel, 1945).

ЧАСТЬ II. Типы организации характеров

Каждая глава данного раздела охватывает большую типологическую группу характеров. Порядок представления типов произволен, но в целом он соответствует продвижению от более низкого к более высокому уровню объектных отношений. Я построила обсуждение по следующим направлениям: 1) обсуждение драйвов, аффектов и темперамента; 2) адаптивная и защитная организация Эго; 3) паттерны объектных отношений, способствующие развитию данного типа характера, становятся интернализированными и повторяются как “скрипты” (scripts); 4) переживания собственного “Я” (осознанные и бессознательные способы восприятия индивидом самого себя и поддержания самоуважения); 5) проявления интернализированных представлений о себе и других в переносе и контрпереносе и их повторяющиеся взаимоотношения; 6) рекомендации к лечению; 7) основания для дифференциального диагноза.

Основания для построения глав

Первые четыре категории я заимствую с учетом дополнительного развития у Пайна (Pine, 1990), который суммирует драйвы, Эго, объектные отношения, аспекты индивидуальной психологии собственного “Я” следующим образом:

“В общем говоря, под этими четырьмя терминами я подразумеваю, соответственно, доминирующие: а) драйвы, потребности, желания; б) защиты, адаптацию, тестирование реальности и дефекты в их развитии; в) отношения со значимыми другими, в том виде, *как они пережиты* и как отложились в памяти – со всеми искажениями, которые могут содержаться в этих переживаниях и памяти; г) субъективный опыт собственного “Я” в отношении таких феноменов, как границы, ценности, аутентичность и действие”.

Подобно Пайну, я считаю, что именно эти четыре аспекта присущи психоаналитической традиции и удобны для классификации различных аспектов психологических трудностей.

Я добавила категорию аффекта к первому домену, согласно Пайну (Tomkins, 1962, 63, 91, 92; Kernberg, 1976; Isaacs, 1990; Spezzano, 1993). Много из того, что включено в понятие “драйва” в психодинамическом описании, по своей природе действительно аффективно. Несмотря на тот упор на эмоции, который всегда характеризовал психоаналитические описания – начиная с Брейера и Фрейда (1893—1895), считавших отреагирование необходимым условием избавления от истерических страданий; несмотря на большую ценность, которую терапевты продолжают придавать эмоциональному инсайту по сравнению с чисто интеллектуальным, в большинстве официальных психоаналитических теорий роль аффекта в организации и определении личностной структуры все еще продолжает осмысляться.

Я также включила сюда темперамент. Большое значение, которое Фрейд придавал внутренним индивидуальным различиям в таких областях, как направленность и сила драйвов, ретроспективно представляется вполне уместным. Поскольку терапия имеет дело только с теми аспектами собственного “Я”, которые поддаются модификации, клиницисты не много думают о врожденных возможностях. Между тем, знание о

конституциональной одаренности индивида способствует постановке обоснованных целей. И обсуждение таких факторов с клиентами помогает им принять свою базальную предрасположенность темперамента и обрести реалистичное отношение к определенным особенностям собственной природы.

Два следующих подраздела о каждом личностном типе призваны осветить характеристики межличностного стиля индивида с соответствующим диагнозом, а также рекомендации для эффективной терапии с таким клиентом. Детали контрпереноса рассматриваются по соображениям и диагноза, и терапии. Эмоциональные реакции индивида содержат в себе важную диагностическую информацию, часто представляющую единственный ориентир (особенно у более нарушенных пациентов) для дифференцирования двух типов характеров, при которых применимы совершенно различные терапевтические подходы. Кроме того, информация о контрпереносе может подготовить терапевта к тому, что он будет чувствовать, работая с данным клиентом. Таким образом, он обретет шанс лучше и эффективнее использовать собственные чувства. Я включила сюда также соображения относительно того, как преодолеть то, что сторонники теории контроля – овладения обычно считают неотъемлемыми, “тестовыми” характеристиками различных личностных типов (Weiss, Sampson, & MZPRG, 1986).

Наконец, чтобы предупредить практикующего терапевта о возможных альтернативах, имеющих важные терапевтические последствия, включен раздел о дифференциальном диагнозе. Например, последствия могут оказаться катастрофичными, если перепутать истеричную женщину с фундаментально нарциссической или если нарциссического мужчину расценить как пациента, обладающего обсессивным характером, или принять индивида, имеющего нарушение в виде множественной личности, за шизофреника. И все же, все эти ошибки регулярно встречаются, так как манифестные проявления и симптоматика пациентов в каждой названной паре нередко бывают фактически идентичными. При всех достоинствах DSM, использование ее реестра диагнозов провоцирует эти виды ошибок.

Характер, патология характера и ситуационные факторы

Последующие описания включают как нарушенные, так и здоровые варианты каждого типа характера. Каждый обладает характером. У большинства из нас он не является “нарушенным”. Мы все имеем черты нескольких личностных стилей, независимо от того, какие тенденции в нас преобладают. Многие люди, которые не вписываются точно в рамки какой-то одной категории, могут быть описаны с применением комбинации двух типов организации (параноидно-шизоидные, депрессивно-мазохистические и т.д.). Оценка структуры характера индивида даже при отсутствии личностных нарушений дает терапевту понимание того обстоятельства, какой вид вмешательства будет подходящим для клиента и какой стиль отношений сделает его более восприимчивым к попыткам помочь ему. Хотя никто не соответствует “буква в букву” описанию в учебнике, большинство людей все же может быть помещено в определенную “нишу” в общем ряду. Это дает клиницисту некоторую ориентацию в том, как быть максимально терапевтичным.

Динамика – это уже не патология. Расценивать кого-то как личность, имеющую патологический характер или личностное нарушение, целесообразно, но только в том случае, когда его защиты настолько стереотипны, что препятствуют психологическому развитию или адаптации. Обсессивный человек организует свою жизнь вокруг мышления, достигая самоуважения благодаря мыслительным творческим актам – обучению, логическому анализу, детальному планированию и принятию здравых решений. Для патологически обсессивного пациента характерна непродуктивная умственная жвачка, не достигающая объективности, не реализующая устремлений, заставляющая бесконечно ходить по кругу. Депрессивная женщина находит удовлетворение в заботе о других; патологически депрессивная уже не может заботиться о себе.

Важно различать характер и откликаемость. Некоторые ситуации высвечивают в ком-то те личностные аспекты, которые могут оказаться латентными при других обстоятельствах: потери проявляют депрессивные стороны; угроза безопасности проявляет паранойяльность; сражение за контроль способствует обсессивной жвачке; сексуальная эксплуатация провоцирует истерию. При постановке диагноза терапевту следует быть внимательным, чтобы различать относительное влияние ситуационных и

характерологических факторов. Общая ошибка – придерживаться (вне зависимости от контекста) следующего мнения: если пациент реагирует в соответствии с описанными особенностями характерологического типа, это и есть его тип личности.

Одна китайская студентка, терапию которой я супервизировала, проявляла беспокойство, которое казалось в основе своей нарциссическим: она была очень чувствительна к тому, как ее воспринимают, тратила значительную часть эмоциональной энергии на повышение самоуважения, страдала от зависти к американским студентам, для которых, как ей казалось, все было просто, и постоянно беспокоилась о том, “вписывается” ли она. Однако, первичная жалоба, с которой она обратилась к терапевту, и аффект, который окрашивал мой супервизорский контрперенос, опровергали заключение, что девушка была по существу нарциссической личностью. Просто стресс адаптации к новому обществу активизировал в ней латентные сомнения в собственной приемлемости, идентичности и ценности, сомнения, с которыми каждый должен бороться в случае перехода из одной культуры в другую. Кроме того, этот пример иллюстрирует особенности реактивных смещений в личности. Он также показывает решающее значение данных переноса и контрпереноса при оценивании.

Ограниченность выбора типов личностей

Аналитический опыт предполагает следующее: хотя личность может быть существенно *модифицирована* путем терапии, она не может быть *трансформирована* (теория драйвов утверждала, что можно изменить экономику, но не динамику). Иными словами, терапевт в состоянии помочь депрессивному клиенту быть менее деструктивно и неумолимо депрессивным, но он не может превратить его характер в истерический или шизоидный. Люди сохраняют свои внутренние ядерные “скрипты”, конфликты, ожидания и защиты, которые существенно расширяют их автономию и углубляют реалистическую самооценку, если они соответствуют базальным компонентам их личности. Возрастание свободы проистекает из возможности выбора и овладения поведением, которое раньше было автоматическим; принятие самого себя происходит из осознания человеком того факта, как он приобрел свою особенную комбинацию тенденций. Входит ли в терапевтический контракт решение о модификации характера или нет, но принятие его природы обеими сторонами облегчит их работу.

Эта часть книги дает углубленные описания психопатических, нарциссических, шизоидных, параноидных, депрессивных, маниакальных, мазохистических, обсессивных, компульсивных, истеричных и диссоциативных личностей. Более усложненный текст содержал бы главы о некоторых других хорошо документированных характерологических прототипах, включая пассивно-агрессивную, садистическую, эксплозивную, импульсивную, инфантильную, ипохондрическую, психосоматическую организации. Мое решение исключить эти типы и некоторые другие характерологические детерминанты связано прежде всего с тем, что я хотела написать книгу, которая представила бы терапевтам общий обзор психоаналитического характерологического диагноза, а не трактат обо всех типах характера. Я хотела, чтобы их набор был достаточно широким, но не перенапрягал силы, мужество и финансовые возможности читателя.

Во-вторых, мне недостает непосредственного клинического опыта работы с некоторыми типами характеров, чтобы писать о них уверенно. Например, хотя я и супервизировала несколько терапий пациентов с агорафобией и другими фобическими реакциями, но никогда самостоятельно не работала интенсивно с фобическими личностями. Даже

если я знакома с соответствующей литературой по тем или иным типам личностей, я не могу “оживить” их без серьезного практического уровня понимания, основанного на собственном опыте. Для помощи в работе с пациентами с фобическим характером могу посоветовать читателю соответствующую главу у МакКиннон и Михельса (MacKinnon & Michelis, 1971).

Наконец, по моему мнению, большинство из не включенных мной личностных типов действуют скорее как мелодические вариации, чем симфонические темы. Например, возможно, что существуют люди, чью личность лучше всего было бы описать как садистическую. Садизм чаще является компонентом психопатии или диссоциации, чем организующим принципом характера. Импульсивность – черта вообще пограничной личностной организации, и иногда – психопатической или истерической структуры. Инфантильную личность, возможно, лучше рассматривать как подгруппу (вариант) истерии. Ипохондрия обычно симптоматична для нарциссических характеров. Пассивно-агрессивные паттерны могут, по различным причинам, характеризовать человека почти с любой личностной организацией. Кроме того, читателю должно быть известно, что существуют всякого рода “непереносимые” структуры характера и способность концептуализировать их с достаточной сензитивностью имеет существенные клинические ограничения. Поэтому никакой текст не может охватить все множество важных типов личностной организации.

7. Психопатические (антисоциальные) личности

Я хочу начать обсуждение типологических категорий личностной организации с тех, кто, вероятно, является наиболее непопулярными и пугающими пациентами из всех встречающихся в практике службы психического здоровья, с тех, кто является по существу психопатическими личностями. Я использую старое понятие для обозначения этого личностного типа вслед за Мелой (Meloy, 1988) вследствие его уже устоявшегося места в психоаналитической истории. Я буду использовать термины “социопатический” и “антисоциальный” как синонимы – в отличие от некоторых ранних аналитических авторов, применявших эти понятия для обозначения людей криминальной субкультуры, которые необязательно представляли собой характерологических психопатов.

Люди, чьи личности структурированы вдоль психопатической линии, распределяются от крайне психотических, дезорганизованных, импульсивных, садистических людей типа Ричарда Чейса (Biondi & Несох, 1992), который беспорядочно убивал, расчленил и пил кровь своих жертв (он испытывал иллюзии, что его собственная кровь отравлена и ему необходимо делать это, чтобы выжить), до вежливых утонченных очаровательных личностей, подобных тем характерам, что были описаны Сневартом (Snewart, 1991) в его докладе о должностных преступлениях, совершенных на высочайших уровнях американской системы управления.

Психопатический континуум более нагружен в направлении от пограничного до психотического, потому что, по определению, данный диагноз связан с базисной неспособностью к человеческой привязанности и с опорой на примитивные защитные механизмы. Однако, соглашаясь с Бурстеном (Bursten, 1973), я отстаиваю мнение о существовании людей с высоким уровнем функционирования, чьи личности в большей степени свидетельствуют о социопатии, чем о каких-либо других качествах, и которые оправдывают диагноз психопатов высокого уровня. Такие люди имеют достаточную интеграцию идентичности, проверку реальности и обладают способностью использовать более зрелые защиты, чтобы рассматривать их как пациентов, находящихся на невротическом уровне. Однако их ядерные способы мышления и действия, тем не менее, свидетельствуют об антисоциальной эмоциональности. В пример можно привести удачливого и занимающего видное социальное положение фальшивомонетчика.

Суть психопатической психологии удачно схвачена диагностическим критерием Бурстена, согласно которому организующий принцип психопатической личности состоит в том, чтобы, так сказать, “сделать” всех или сознательно манипулировать другими. Сформулированный подобным образом, диагноз характерологической социопатии не имеет ничего общего с явной преступностью, но целиком связан с внутренней мотивацией.

Драйвы, аффекты и темперамент при психопатии

Существуют некоторые свидетельства, что люди, ставшие впоследствии антисоциальными, обладают большей базальной агрессией, чем другие. Факт, что младенцы с рождения различаются по темпераменту (это известно любому родителю, который имеет более двух детей), теперь научно подтвержден (Thomas и др., 1984). Некоторые области, в которых младенцы демонстрируют врожденную вариабельность, включают в себя уровень активности, агрессивность, реактивность, общую лабильность и другие подобные факторы, которые также влияют на развитие в психопатическом направлении. Исследования детей, взятых из приюта, (Schulsinger, 1977) подтвердили действие при социопатии некоторых генетических факторов, которые хоть и не являются определяющими, но при наличии других предрасполагающих факторов укладываются в ее основание (Vandenberg et al, 1986). Нейрохимические и гормональные исследования (Wolman, 1986) указывают на вероятность биологического субстрата для высоких уровней аффективной и хищнической агрессии, наблюдающейся у антисоциальных личностей.

У диагностированных психопатов постоянно выявляется сниженная реактивность автономной нервной системы (Lykken, 1957; Hare, 1970; Loeb & Mednick, 1977), и этот факт считается объяснением постоянного стремления таких людей к острым ощущениям и их очевидной “неспособности обучаться через опыт” (Clerkeley, 1941). Кратко говоря, антисоциальные личности обладают врожденными тенденциями к агрессивности и к более высокому, чем в среднем, порогу приносящего удовольствие возбуждения. В то время как большинство из нас испытывают эмоциональное удовлетворение от хорошей музыки, сексуальных отношений, красоты природы, умной шутки или хорошо сделанной работы, психопат нуждается в резком, более “встряхивающем” опыте для того, чтобы чувствовать себя бодро и хорошо. Принятие во

внимание этого факта способствует терпимому отношению терапевта, которому понадобится огромная когнитивная поддержка для того, чтобы оставаться в нормальных отношениях с человеком, которого очень трудно любить.

Что касается основных чувств, которыми озабочены психопатические люди, их очень трудно определить из-за неспособности антисоциальных людей членораздельно выражать (проговаривать) свои эмоции. Вместо того, чтобы говорить, они действуют. Кажется, что они отдают себе отчет только в базисном возбуждении, не ощущая специфических аффектов. Когда эти люди действительно чувствуют, по-видимому, они переживают или слепую ненависть, или маниакальное радостное настроение. В последующем разделе, посвященном объектным отношениям, будут обозначены некоторые причины возникновения такого “массивного аффективного блока” (Model, 1975). В силу этого обстоятельства, читателю следует отметить, что эффективное лечение психопатов заметно отличается от терапии людей, обладающих иными типами характеров, именно в связи с тем, что клиницист не может надеяться на установление связи с пациентом посредством отражения его чувств.

Защитные и адаптационные процессы при психопатии

Основной защитной операцией психопатических людей является всемогущий контроль. Они также используют проективную идентификацию, множество тонких диссоциативных процессов и отыгрывание вовне. Потребность оказывать давление имеет преимущественное значение. Она защищает от стыда (особенно у грубых психопатов), отвлекает от поиска сексуальных перверсий, которые часто лежат в основании криминальности (Ressler, 1992). Знаменитое отсутствие совести у социопатов (Jonson, 1949) свидетельствует не только о дефективном супер-Эго, но также о недостатке первичных взаимных привязанностей к другим людям. Для антисоциальной личности ценность других людей редуцируется до их полезности, которая определяется их согласием терпеть затрецины.

Психопатические люди будут открыто хвастаться своими победами, завоеваниями, успешными махинациями и обманами, если думают, что на слушателя произведет впечатление их сила. В этом процессе нет ничего неосознанного; это буквальное бесстыдство. Служители закона вновь и вновь поражаются тому, как легко преступники сознаются в убийстве, но

при этом скрывают меньшие преступления (сексуальные принуждения, взятие нескольких долларов из сумки жертвы). Очевидно, в связи с тем, что эти поступки могут быть расценены как признаки слабости (Н. Сьюсалис (N. Susalis), личное сообщение, 7 мая 1993). Кернберг (Kernberg, 1984) ссылается на “злокачественную грандиозность” психопатов. Данная фраза покажется верной каждому, кто пережил садистические стремления социопатической личности к триумфу посредством саботирования терапии. Важно провести различия между психопатическим манипулированием и тем, что часто называется манипуляцией у истерических и пограничных пациентов*. У первых это преднамеренные, синтонные попытки использовать других; у вторых – относительно неосознанные манипулятивные намерения, приводящие к тому, что другие чувствуют себя использованными.

Опытные клиницисты давно заметили, что психопаты – те люди, которые избежали саморазрушения и заключения в тюрьму – имеют тенденцию “выгорать” к среднему возрасту, часто становясь удивительно примерными гражданами. Они становятся более податливыми для психотерапии и могут получить от нее выгоду в большей степени, чем молодые люди с таким же диагнозом. Подобное изменение частично объясняется гормональными снижениями, которые, вероятно, редуцируют внутренний призыв к действию. Также вероятно влияние происходящей к середине жизни потери физической силы. Пока посредством ограничений не разрушаются всемогущие защиты, у человека не существует причин развивать более зрелые способы адаптации. Старшие подростки, молодые взрослые и особенно здоровые молодые люди* склонны переживать свое всемогущество: смерть еще далека, а привилегии взрослости уже в руках. Инфантильная грандиозность вновь приобретает силу. Однако реальность обладает способом осадить любого из нас. В возрасте сорока лет или около этого смерть уже больше не представляет собой абстракцию, наша физическая мощь убывает, снижается время активного реагирования, здоровье уже не может быть гарантировано, и тогда начинают проявляться длительные издержки тяжелого житья. Эти факты жизни очень могут способствовать созреванию.

Что же касается проективной идентификации, использование социопатическими людьми этого процесса может отражать не только задержку развития и характерную опору на примитивные защиты, но также и последствия их неспособности к проговариванию. Их нерасположенность к вербальному выражению эмоций означает, что единственный способ, которым они могут добиться от других понимания своих чувств, это

возбуждение этих чувств в них самих. В разделе о переносе и контрпереносе я расскажу об этом больше. У психопатов нередко отмечаются диссоциативные защиты, однако достаточно трудно дать им оценку в конкретных случаях. Диссоциативные явления распределяются от тривиальных случаев минимизации собственной роли в совершении ошибки до тотальной амнезии преступления, связанного с насилием.

Диссоциация личной ответственности является важным диагностическим критерием психопатии. Тот, кто избил свою любовницу и потом объясняет, что они “повздорили” и он “вышел из себя”, или же подобным образом раскаивающийся жулик, утверждающий, что “в этом случае он плохо подумал”, проявляют характерную социопатическую минимизацию. Когда интервьюер улавливает эти выражения, ему следует спросить для уточнения: “Что именно вы сделали, когда вышли из себя?”; или: “О чем именно вы плохо подумали?” (обычно ответ на последний вопрос содержит сожаление о том, что его поймали, а не о том, что он совершил жульничество).

Когда психопатический пациент утверждает, что в течение некоторого опыта он был эмоционально диссоциирован и практически ничего не помнит о произошедшем, особенно в момент нанесения оскорбления, трудно сказать, были ли его переживания действительно диссоциированы или данные слова являются следствием манипулятивного уклонения от ответственности. Принимая во внимание частоту серьезного насилия в историях антисоциальных людей и каузальную связь между насилием и диссоциацией, вполне уместно существование утверждения о частом сопутствии диссоциации диагнозу социопатической личности. Однако ненадежность сообщений антисоциальных людей не дает возможности прояснить данную тему до конца. Я сообщу об этом больше в последующих комментариях к дифференциальному диагнозу и в главе 15.

Отыгрывание вовне поистине является определяющим для психопатии. У социопатических людей не только возникает внутреннее побуждение к действию, когда они раздражены и расстроены, но они также не обладают опытом повышения самоуважения, которое происходило бы от контроля над собственными импульсами. Психопатов часто рассматривают как недостаточно тревожащихся (Ellis, 1961), но я думаю, что Гринвальд (Greenwald, 1974) прав в том, что это обстоятельство объясняется безотлагательным отыгрыванием вовне в комбинации с отказом признавать “слабые” чувства (Deutsch, 1955). Говоря другими словами, психопаты действительно переживают тревогу, но для того, чтобы освободиться от таких “токсических” чувств. Они отыгрывают вовне так быстро, что

наблюдатель не имеет шанса их заметить. Более того, они никогда не признают их, если даже расспрашивать. Гринвальд подчеркивает удовольствие, которое антисоциальные люди способны достигнуть в терапии по мере того, как развивается их способность признавать тревогу и контролировать собственные реакции на нее.

Объектные отношения при психопатии

Детство антисоциальных людей нередко отличается обилием опасностей и хаоса. В литературе (Abraham,1935; Aichhorn,1936; Redl & Wineman,1951; Greenacre,1958; Akhtar, 1992) описывается хаотическая смесь суровой дисциплины и сверхпотворства. В историях наиболее деструктивных, криминальных психопатов фактически невозможно найти отражение последовательного, любящего, защищающего влияния семьи. Наличие слабых, депрессивных и мазохистичных матерей и вспыльчивых, непоследовательных и садистических отцов характерно для психопатии, как и алкоголизм и применение наркотиков членами семьи. Частыми являются паттерны переездов, потерь, семейных разрывов. В таких нестабильных и угрожающих обстоятельствах просто невозможно естественное развитие нормальной убежденности ребенка в собственном чувстве всемогущества и, позднее, стремление защитить появляющееся ощущение собственного “Я” (self). Отсутствие ощущения силы в те моменты развития, когда оно необходимо, может принудить детей с подобным затруднением потратить большую часть жизни на поиск подтверждения их всемогущества.

Психопатические люди не могут признать в себе наличие обычных эмоций, так как они ассоциируются со слабостью и уязвимостью. Для их индивидуальных историй характерен факт, что в детстве никто не пытался помочь им, предложив слова для их эмоциональных переживаний. Благодаря блокированию аффекта психопатическими индивидами у них отсутствует стремление к использованию языка для прояснения чувств. В то время как большинство из нас использует слова для выражения собственной личности, психопатические люди применяют их для манипуляции. У них отсутствует интернализованная основа для иного понимания роли речи. Клинические наблюдения подтверждают тот факт, что в их семьях не делалось акцента на экспрессивных и коммуникативных функциях языка; вместо этого, слова использовались для того, чтобы контролировать других.

Неспособность родителей к проговариванию и ответу на эмоциональные потребности своего ребенка соотносится с другим аспектом клинического знания: дети, ставшие впоследствии социопатическими, были избалованы материально, но испытывали эмоциональную депривацию. Родители одной из моих антисоциальных пациенток, когда та казалась расстроенной, делали ей экстравагантные подарки (стерео, машину). Казалось, она не имела никакого опыта вести разговор и была не готова к тому, чтобы выслушивали ее заботы. Подобного рода “великодушные” особенно деструктивно; в случае с моей пациенткой это не оставляло ей способа сформулировать свое давнее ощущение, что в ее жизни что-то отсутствует.

Наиболее пронизательные психоаналитические размышления о психопатии (Kernbeg, 1984; Meloy, 1988) делают акцент на недостатке интернализации. Антисоциальный индивид просто никогда в нормальной степени не испытывал психологической привязанности, не инкорпорировал хорошие объекты, не идентифицировался с теми, кто о нем заботился. Он никогда не получал любви и никогда никого не любил. Вместо этого оказалась возможной идентификация с “чуждым сэлф-объектом” (Grotstein, 1982), который переживается как хищный. Мелой (Meloy, 1988) пишет о “недостаточности глубоких и бессознательных идентификаций, первоначально с первичной родительской фигурой, и, в особенности, архетипических и направляющих идентификаций с обществом и культурой и человечеством в целом”.

Корни альтернативного происхождения характера, построенного на фантазиях о всемогуществе и на антисоциальном поведении, можно отыскать в личной истории, когда родители или другие важные фигуры были глубоко вовлечены в демонстрацию ребенком силы и вновь и вновь посылали сообщения о том, что жизнь не налагает никаких ограничений на изначально данную прерогативу индивида оказывать давление. Такие родители, идентифицируясь со своими детьми в их неповиновении и отыгрывании вовне ненависти к авторитетам, имеют тенденцию с возмущением реагировать на те ситуации, когда учителя, консультанты или служители закона пытаются наложить ограничение на поведение их детей. Психопатия может быть “унаследована”; ребенок повторяет защитные решения своих родителей.

Когда основным источником характерологической психопатии становится родительское моделирование и подкрепление манипулятивного поведения, подразумевающего “право на все”, прогноз, возможно, окажется лучшим, чем в тех случаях, когда данное состояние коренится в

хаотических, связанных с насилием драматичных ситуациях, упомянутых выше. По крайней мере, избалованный ребенок имел возможность идентифицироваться с кем-то, кто не полностью был лишен способности к связи с другими. Возможно, что такого рода семья создает более здоровых психопатов, в то время как более жестокие и буйные условия продуцируют более нарушенных психопатов. Однако данное утверждение требует исследовательского подтверждения.

Психопатическое собственное “Я”

Как уже отмечалось выше, одним из конституциональных аспектов предрасположенности к психопатии является уровень агрессии, который при любых обстоятельствах затрудняет успокоение, утешение и любящее отзеркаливание ребенка. Врожденно гиперактивный, требовательный, рассеянный ребенок нуждается в гораздо более активной родительской опеке, чем спокойный и легко утешаемый. Такому ребенку определенно необходимо более непосредственное вовлечение отцовской фигуры, чем это имеет место в западном обществе (Herzog,1980; Cath,1986; McWilliams,1991; Diamond,1993). Я лично знала очень агрессивных детей, которых определенно было “слишком много” лишь для одного родителя, но при достаточной стимуляции и любящей дисциплине они сформировали у своего ребенка способность к привязанности. Исходя из наших культурных тенденций, предполагающих, что одного заботящегося о ребенке родителя, обычно это бывает мать, вполне достаточно, мы, возможно, создаем гораздо больше психопатов, чем их могло быть в иных условиях.

Однако, оставив социологические представления в стороне, заметим, что потенциальный психопат имеет серьезные затруднения в обретении самоуважения нормальным путем через переживание любви и гордости своих родителей. Поскольку внешних объектов недостаточно, единственным объектом катексиса является собственное “Я” и его личные побуждения к власти. Поэтому сэлф-репрезентации могут быть поляризованы между желаемым состоянием личного всемогущества и пугающим состоянием отчаянной слабости. Агрессивные и садистические действия социопатической личности могут стабилизировать ощущение собственного “Я” благодаря снижению неприятных состояний возбуждения и восстановлению самоуважения.

Давид Берковиц, известный как “Сын Сэма”, серийный убийца, начал убивать молодых женщин, когда узнал, что его биологическая мать была

неряхой, а не возвышенным персонажем его воображения (Abrahamsen, 1985). Будучи усыновленным, он связал свое самоуважение с фантазией о превосходной “реальной” матери, и поэтому когда его иллюзия была разрушена истиной, он стал проявлять компенсаторную ярость. Во многих сенсационных случаях были отмечены сходные связи между ударами по личностной грандиозности и последующей криминальностью, однако наблюдение манипулятивных людей в повседневной жизни свидетельствует о том, что данный паттерн не является характерным лишь для социопатических убийц. Любой, чьи образы собственного “Я” отражают нереалистические представления о превосходстве; тот, кто избегает очевидного факта, что он всего лишь человек, будет пытаться восстановить самоуважение посредством проявления силы.

Кроме того, чем более хаотичным было окружение ребенка в детстве и чем больше его родители были обессилены и неадекватны, тем вероятнее отсутствие у ребенка четких ограничений и непонимание серьезных последствий импульсивных действий. С точки зрения теории социального научения, грандиозность ребенка является ожидаемым результатом воспитания без должной дисциплины. Ребенок, обладающий гораздо большей энергией, чем те, кто о нем заботится, может усвоить урок, что можно игнорировать потребности других людей, делать все, что в данный момент приспичило, и управлять всеми неблагоприятными последствиями, избегая, притворяясь, соблазняя или запугивая окружающих.

Еще одной особенностью сэлф-переживания психопатических пациентов является *примитивная зависть* — желание разрушить все, что является наиболее желанным (Klein, 1957). Хотя антисоциальные люди редко говорят о зависти, ее демонстрируют многие из их поступков. Возможно, вырасти неспособным к любви невозможно без знания того, что существует нечто, приносящее удовольствие другим людям, и чего лишен ты. Активное обесценивание и пренебрежение абсолютно всем, что принадлежит к области нежности и ласки в человеческой жизни, является характерным для социопатов всех уровней. Как известно, антисоциальные люди психотического уровня убивают тех, кто их привлекает. Например, Тед Банди описывал свою потребность уничтожать хорошеньких молодых женщин (которые, как было отмечено другими, имели сходство с его матерью) как своего рода “овладение” ими (Michaud, 1983). Убийцы, описанные Т. Кэпотом в “Холодной крови” (Т. Capot, 1965), истребляли счастливые семьи “без всяких причин”. Они *были* счастливыми семьями, и убийцы чувствовали к ним невыносимую пожирающую ненависть.

Перенос и контрперенос с психопатическими пациентами

Основным переносом психопатов по отношению к терапевту является проекция на него своего внутреннего хищника – предположение о том, что клиницист намерен использовать пациента для своих эгоистических намерений. Совершенно не имея эмоционального опыта любви и эмпатии, антисоциальный пациент не может понять великодушных аспектов интереса терапевта и пытается вычислить его “крючок”. Если у пациента есть причина считать, что терапевт может быть полезен для достижения некоторых личных целей (например, предоставление хорошего отчета судье или служителю закона), тогда он начинает вести себя настолько очаровательно, что неопытный клиницист может быть обманут.

Обычным контрпереносом на озабоченность пациента не быть использованным и на его стремление перехитрить эксплуатирующего терапевта является шок и сопротивление появляющемуся ощущению, что важнейшая для терапевта идентичность человека, оказывающего помощь, уничтожается. Наивный терапевт может не выдержать искушения, пытаясь доказывать свои намерения оказать помощь. Если это не удастся, обычными реакциями терапевта являются враждебность, презрение и моралистическое поругание по отношению к психопатической личности. Такие “неэмпатические” реакции у обычно сочувствующих людей следует понимать как своего рода эмпатию к психопатической психологии: пациент не способен позаботиться о терапевте, и терапевт находит невероятно трудным осуществить заботу о пациенте. Открытая ненависть пациента не характерна и не является для него причиной беспокойства, поскольку способность ненавидеть – это своего рода привязанность (Bollas, 1987). Если кто-то допускает переживание внутренней холодности и даже вражды, это предоставляет ему неприятное, но помогающее указание: вот на что это похоже – быть психопатически организованной личностью.

Другие контрпереносные реакции являются комплементарными (дополняющими), а не конкордантными (совпадающими), (Racher, 1968; 2 глава) и включают в себя ужасающей силы страх. Работающие с психопатами люди часто сообщают об их холодности, безжалостном взгляде и своем беспокойстве, что такой пациент подчинит их своему влиянию (Melo, 1988). Частыми являются мрачные предчувствия. И снова очень важно, чтобы клиницист выдержал эти столь расстраивающие ощущения, а не пытался отрицать или компенсировать их, поскольку минимизация вызванной действительным социопатом угрозы

неблагоразумна (и с точки зрения реальности, и потому, что может побудить пациента продемонстрировать свою деструктивную силу).

Кроме того, опыт активного, даже садистического обесценивания нередко вызывает интенсивную враждебность и беспомощный отказ клинициста. Осознание, что обесценивающие сообщения пациента составляют защиту против зависти, помогают сохранять некоторый интеллектуальный комфорт перед лицом явного презрения пациента.

Терапевтические рекомендации при диагнозе психопатия

В связи с плохой репутацией антисоциальных пациентов мне с самого начала следует сказать о том, что я знаю многих психопатических людей, которым очень помогла компетентная психотерапия. Однако не следует обольщаться, насколько много можно достигнуть в терапии. Особенно тщательным (даже в большей степени, чем с пациентами других диагностических групп) следует быть в оценке того факта, является ли тот или иной психопатический пациент пригодным для лечения.

Некоторые социопатические индивиды настолько ущербны, опасны и полны стремления к разрушению целей терапевта, что психотерапия может быть лишь тщетным и наивным упражнением. Так как специфическая оценка пригодности находится вне задач данной книги, я отсылаю автора к прекрасной книге Мелой (Meloу, 1988), посвященной применению техники структурного интервью Кернберга для оценки возможности применения психотерапии с каждым конкретным психопатическим индивидом.

Мелой проводит важное различие между ролями диагноста и терапевта, которое не является необходимым в работе с большинством других типов характера (поскольку у них отсутствует характерное для психопатов намерение нанесения поражения клиницисту). Однако оно крайне важно для данной популяции. Данное Мелой объяснение явления “терапевтического нигилизма” (Lion, 1978) также в точности совпадает с моим опытом:

“Существует стереотипное суждение, что все психопатически нарушенные индивиды, или пациенты с антисоциальным личностным расстройством, как класс непригодны для лечения на основании их диагноза. Такое суждение игнорирует как индивидуальные различия, так и постоянную тяжесть их психопатологии. Очень часто я наблюдал такую реакцию у клиницистов государственных учреждений психического

здоровья, куда были направлены пациенты из условного заключения – освобожденные под залог или находящиеся по судом. Они считали, что принудительный характер лечения... сводит на нет его терапевтическую пользу.

Подобные реакции часто являются продуктом установок, интернализованных по “оральной традиции” во время профессионального обучения от старших коллег. Они редко являются продуктом непосредственного, индивидуального опыта. В известной степени эти реакции представляют собой массовую репрессивную позицию, когда моральное суждение нарушает профессиональную оценку. Поведенческая патология психопата, обесценивание и дегуманизация окружающих становится конкордантной идентификацией клинициста, делающего с психопатом то же, что, по его ощущениям, психопат делает с другими”. (Meloy, 1988)

Такое отношение клиницистов к пациенту может также отражать тот факт, что в большинстве обучающих программ – даже если студенты проходят практику в тюрьме или медикаментозных лечебных центрах, где полно психопатических людей, очень мало уделяется внимания развитию технических навыков, соответствующих данной группе. Когда начинающие психотерапевты, применяющие эффективную для других популяций технику, испытывают неудачу с психопатом, они, скорее, порицают пациента, а не ограничения их тренинга*.

Раз уж принято решение работать с социопатической личностью, или обнаруживается, что пациент, которого рассматривали как-то по-другому, является в своей основе социопатическим, наиболее важной особенностью лечения становится неизменность и *неподкупность*: терапевта, рамок, условий, которые делают терапию возможной. Лучше оказаться чересчур негибким, чем продемонстрировать нечто в надежде, что это будет воспринято как эмпатия. Пациент может расценить это как слабость. Антисоциальные люди не понимают эмпатии. Они понимают использование людей. И испытывают не признательность, а садистический триумф над терапевтом, который отклоняется от установленных ранее границ лечебного контракта. Энтони Хопкинс в фильме “Молчание ягнят” продемонстрировал пример жуткого психопатического “таланта” находить ахиллесову пяту другого человека, характерным образом манипулируя детективом, которого сыграла Джуди Фостер. Таким образом, любой аспект терапевтической техники, который может быть интерпретирован как слабость и уязвимость, будет истолкован именно так.

Нереально ожидать любви от антисоциальных людей, но можно заслужить их уважение упорным противостоянием и требовательностью к ним. Когда я работаю с социопатическими пациентами, то настаиваю на уплате денег в начале каждой сессии и отправляю пациента обратно при ее отсутствии – независимости от благоразумности предложенного условия.

Подобно большинству терапевтов, которые обычно первоначально притираются к специфичным потребностям каждого пациента, я на опыте пришла к убеждению, что следует не “изгибаться”, и это является самым верным ответом на специфические потребности психопата. На ранней фазе терапии я не анализирую предполагаемые мотивы пациента – проверку твердости контракта. Я только напоминаю им о нашем соглашении, которое состоит в том, что им следует платить вперед. Я повторяю, что откажусь от своей части соглашения – применение собственных знаний и опыта для того, чтобы помочь им лучше понимать себя – если они откажутся от своей.

С неподкупностью связана *бескомпромиссная честность*: прямое сообщение, выполнение обещаний, совершение добра перед лицом угрозы и настойчивое обращение к реальности. Честность включает в себя признание терапевтом интенсивных негативных чувств по отношению к пациенту – как контртрансферентных, так и реалистических восприятий опасности. Если такие реакции отрицаются, контртрансферентные реакции отыгрываются вовне, и таким образом могут быть минимизированы вполне законные страхи. Терапевты должны достигать мира со своими собственными антисоциальными тенденциями, чтобы иметь основу для идентификации с психологией пациента. Так, например, при обсуждении вопроса оплаты терапевту следует не защищаясь признать эгоистичность и жадность в качестве разумного объяснения платы.

За исключением перечисленных выше признаний, которые имеют вполне законное отношение к контракту, честность не означает самораскрытия; саморазоблачения будут интерпретироваться пациентом как хрупкость. Честность также не означает морализаторства. Анализируя деструктивные действия пациента, бесполезно побуждать его к выражению предполагаемых переживаний собственной “плохости”, поскольку пациенту недостает нормального супер-Эго и поскольку психопат грешит для того, чтобы почувствовать себя хорошим (всемогущим), а не плохим (слабым). Терапевту необходимо ограничить обращение к возможным реальным последствиям аморального поведения. Нащупывание предполагаемой борьбы с совестью лишь вызовет реакцию, подобную той, которую продемонстрировал Вилли Саттон (Willie Sutton), когда его спросили, почему он грабит банки: “Потому что там находятся деньги”.

Неослабевающий акцент терапевта на реальной опасности грандиозных планов пациента не обязательно должен быть лишен юмора лишь потому, что дело имеет слишком серьезные последствия. Одна моя коллега, известная своим талантом в работе с антисоциальными клиентами, сообщила о следующем добродушном подшучивании над машинным вором, находившимся под судом:

“Этот мужчина объяснял мне, насколько выдающимся был его план, который был им почти осуществлен, но преступление не совершилось из-за случайной неувязки. По мере того, как мой клиент говорил, он все более и более возбуждался и воодушевлялся, и я с некоторым восхищением признала, что он почти удрал на украденной им машине. Я начала чувствовать, что мы стали почти заговорщиками. Постепенно он настолько увлекся, что спросил меня:

– Вы бы сделали что-нибудь наподобие этого?

– Нет, – ответила я.

– А почему нет? – спросил он, немного спускаясь с небес.

– По двум причинам. Во-первых, *всегда* подводят какие-то мелочи, даже если план превосходен. Жизнь не поддается контролю. А потом я бы без моего согласия попала в тюрьму или в психиатрический госпиталь, как вы, и вынуждена была бы разговаривать с каким-то сморчком, которого не выбирала. А во-вторых, я бы не сделала этого, потому что у меня есть кое-что, чего нет у вас – совесть.

– Да-а, – протянул он. – А вы не знаете, как я мог бы занять хотя бы одну их них?”

Конечно, первый шаг в развитии совести (или, технически, супер-Эго) состоит в том, чтобы позаботиться о каком-то человеке в той степени, в которой это важно для него. Терапевт направляет пациента к более ответственному поведению без морализирования – просто являясь последовательным, не карающим и не поддающимся эксплуатации объектом. Гринвальд (Greenwald, 1958, 1974), работавший с антисоциальными людьми общественного дна Лос-Анджелеса, описал, как ему удавалось налаживать связь с ними таким образом, что они его понимали. Он утверждает: поскольку сила – единственное уважаемое антисоциальными людьми качество, именно сила является тем, что должен прежде всего продемонстрировать терапевт. Гринвальд (Greenwald, 1974) приводит следующий пример:

“Ко мне пришел один сутенер и начал обсуждать свой способ жизни.

– Вы знаете, я стыжусь показать себя и тому подобное, но все-таки это довольно хороший способ заработать, и многие парни хотели бы так жить. Вы знаете, как живет сутенер. Это не так уж и плохо – вы заставляете девочек суетиться для вас. Так почему бы вам этого не делать? Почему бы любому так не жить?

Я ответил:

– Ты сопляк.

Он спросил, почему. Я объяснил:

– Смотри, я живу на заработки проституток. Я пишу о них книгу; этим я добиваюсь уважения и приобретаю известность; по моей работе сняли фильм. Я заработал на проститутках гораздо больше денег, чем ты когда-нибудь заработаешь. И, кроме того, тебя, подонка, в любой день могут арестовать и посадить в тюрьму на десять лет, а я в это время пользуюсь уважением, восхищением и имею отличную репутацию.

Это он смог понять. Парень увидел, что кому-то, кого он считал таким же, как он сам, известен лучший способ достижения тех же самых результатов”.

Гринвальд обладал своим собственным, довольно свободным, но в основе неподкупным стилем работы с психопатическими пациентами. Он не единственный терапевт, обнаруживший пользу принципа “выворачивания психопата наизнанку” или действия по принципу “кол – колом” (“conning the con”) – способа продемонстрировать, что он заслуживает уважения. Гринвальд в достаточной степени имел собственные психопатические импульсы, поэтому не чувствовал себя полностью отчужденным от эмоционального мира своих клиентов. Он сообщает о впечатляющих фактах: в течение второго или третьего года интенсивного лечения психопатические пациенты обычно переживали серьезную и часто психотическую депрессию. Гринвальд расценивает данный факт как доказательство того, что они стали относиться к нему подлинным образом, а не как к объекту манипуляции, и, осознавая это, погружались в состояние страдания в связи с собственной психологической зависимостью. Эта депрессия, которая проходит очень медленно, по сути своей сходна с описанными Кляйн (Klein, 1935) чувствами младенца второй половины первого года жизни, когда существование матери как отдельной личности вне контроля ребенка болезненно воздействует на него.

В отличие от соответствующей терапии пациентов с другими диагнозами, терапевт психопатического клиента должен усвоить позицию

“граничащей с безразличием независимой силы”. Не следует эмоционально инвестироваться в изменение пациента, поскольку, как только пациент заметит данную потребность терапевта, он тут же начнет саботировать психотерапию, чтобы продемонстрировать слабость клинициста. Лучше позаботиться об углублении собственного понимания и настраиваться на то, чтобы сделать свою работу компетентно и дать пациенту понять, что это его дело – воспользоваться выгодами психотерапии или нет. Данный принцип аналогичен уроку, который осваивает каждый полицейский: никогда не показывай, что для тебя важно получить признание.

Наиболее опытным интервьюером антисоциальных типов из всех, кого я знаю, является шеф полиции моего города. Это человек с исключительной способностью вызывать чистосердечные признания – часто с трогательным плачем – у насильников, мучителей и убийц. Слушая записи его допросов, поражаешься его убеждению, что даже самые ужасные преступники имеют потребность сказать кому-нибудь правду. Такие реакции подозреваемых до крайности удивляют. Особенно в свете их убеждения, что главная цель интервьюера – выступить обвинителем. Ни один из допрошенных не обвинял шефа полиции в предательстве, даже когда тот давал показания в суде на основе их признания. “Он относился ко мне честно”, – говорили они.

Подобные феномены поднимают вопрос: не является ли бессердечность психопата реакцией на окружение, которое было или насильническим (например, детстве, а позднее удвоенное жестокой субкультурой), или непостижимое (как и желание терапевта помочь). Тот факт, что преступники испытывают ощутимое облегчение, признаваясь тому, кто хочет засадить их в тюрьму, свидетельствует, что даже неисправимый преступник несет примитивную ответственность и может извлечь выгоду из человеческих взаимоотношений*. Садист-убийца Карл Панцхрам (Gaddis & Long, 1970) был способен на длительную дружбу с тюремным охранником, который однажды отнесся к нему по-доброму. Строгое упорство и железобетонно устойчивое отношение, видимо, являются наилучшей комбинацией в работе с антисоциальными людьми.

В ходе терапии, по мере того как настойчиво анализируются свойственные психопатической личности всемогущий контроль, проективная идентификация, зависть и самодеструктивные действия, пациент будет действительно изменяться. Любой переход от использования слов для манипуляции к их использованию для честного самопредъявления является существенным успехом, который можно достичь лишь в результате повторных представлений себя кому-либо, кто в достаточной

степени интегрирован. Любопытный пример, когда пациент сдерживает собственный импульс и испытывает гордость за осуществление самоконтроля, следует рассматривать как важнейшую веху лечения социопатической личности. Поскольку даже небольшое продвижение психопата к человеческой привязанности предотвращает огромное количество человеческих страданий. Такой прогресс является вознаграждением за каждую каплю пота, которую проливает терапевт при работе с этим контингентом.

Дифференциальный диагноз

Обычно довольно трудно распознать антисоциальные свойства клиента, чья личность имеет психопатический компонент. Большой вопрос, являются ли эти свойства центральными и, следовательно, позволяющими определить пациента как характерологически психопатического. Психология людей, которые легко могут быть неправильно поняты как социопатические, включает в себя параноидные, диссоциативные и нарциссические состояния. Кроме того, некоторые люди, обладающие истероидной личностью, неправильно диагностируются как антисоциальные. Эта тема будет обсуждена далее, в главе 14.

Психопатическая личность в сравнении с параноидной

Существует значительное совпадение между доминирующей психопатической психологией и параноидной. Многие люди обладают чертами характера обоих этих типов. И антисоциальные, и параноидные люди серьезно озабочены вопросами силы, однако с разных перспектив. В отличие от психопатов, люди с доминирующей параноидной структурой характера испытывают глубокую вину, анализ которой очень важен для облегчения их страдания. Таким образом, для оценки тех, кто обладает и социопатическими, и параноидными свойствами, крайне важно понять, какие тенденции являются доминирующими.

Психопатическая личность в сравнении с диссоциативной

Существует определенное совпадение между психопатическими и диссоциативными состояниями. Интервьюеру важно определить, является ли пациент психопатической личностью, которая использует некоторые

диссоциативные защиты, или же он представляет собой множественную личность, обладающую одной или несколькими “преследующими” частями личности. Для первой группы прогноз носит сдержанный характер, в то время как люди, корректно диагностированные как диссоциативные, быстрее и благоприятнее реагируют на терапию. К сожалению, вынесение данной дифференциальной оценки может оказаться чрезвычайно трудным, даже если этим занимается эксперт. И преимущественно диссоциативные, и преимущественно социопатические люди испытывают глубокое недоверие к другим, хотя и по разным причинам (ужас насилия в одном случае и всемогущий триумф – в другом). И те, и другие лицемерят, испытывают склонность к поверхностному согласию и ниспровержению терапевта.

Я не рекомендую пытаться проводить дифференциальный диагноз, если он повлечет за собой какие-либо серьезные последствия – например, когда совершивший убийство человек не признает себя виновным по причине умопомешательства, стараясь убедить профессионала в том, что у него множественное расстройство личности. Дифференциальный диагноз довольно труден и без подобного осложнения, поэтому имеет место существенная потребность в развитии процедур, которые бы позволили сделать более надежным разделение этих двух типов. Некоторую надежду дает гипноз. О дифференцировании я расскажу в главе 15.

Психопатическая личность в сравнении с нарциссической

Кроме того, существует тесная связь между психопатическими и нарциссическими состояниями. Оба типа характера отражают субъективно пустой внутренний мир и зависимость самоуважения от внешних событий. Некоторые теоретики (Kernberg, 1975; Meloy, 1988) помещают психопатию и нарциссизм в одно измерение, которое характеризуют как нарциссическое; психопат рассматривается как патологический край нарциссического континуума. Я же считаю, что антисоциальные и нарциссические люди достаточно различны, чтобы выделить свой континуум для каждого типа. Для большинства социопатических людей не характерна повторяющаяся идеализация, а большинство нарциссических характеров не зависит от всемогущего контроля. Однако многие люди обладают некоторыми чертами обоих типов, и для каждого из них характерна инфляция собственного “Я”.

Вопреки тому, что эти два типа имеют много общего, а ряд людей

обладает определенными чертами каждой организации, полезно тщательно дифференцировать их, поскольку лечебные рекомендации совершенно различны для этих двух групп (эмпатическое отзеркаливание подходит для большинства нарциссических людей, но вызывает антагонизм у психопатических людей).

Заключение

В настоящей главе психопатическая личность была описана через выраженную и организующую потребность ощущать собственное влияние на других, манипулировать ими, “подняться над” ними. Коротко были суммированы конституциональные predispositions антисоциального поведения, уделено внимание ярости и мании, которая может прорвать характерное для социопатических людей блокирование аффекта. Психопатия была обсуждена с точки зрения защит всемогущего контроля, проективной идентификации, диссоциации и отыгрывания вовне. С точки зрения объектных отношений, были отмечены нестабильность, потворство, эмоциональное непонимание, эксплуатация и иногда жестокость. Структура собственного “Я” определяется грандиозными стремлениями избежать переживания слабости и зависти. Были обсуждены неэмпатический перенос и контртрансферентные реакции и лечебные требования неподкупности, последовательности и независимости терапевта от собственной потребности быть воспринимаемым как помогающий. Психопатический характер был дифференцирован от параноидного, диссоциативного и нарциссического типов.

Дополнительная литература

К сожалению, в работах по психотерапии обычно редко уделяется особое внимание психопатическим пациентам, поэтому существует определенный недостаток хорошей аналитической литературы, посвященной этой группе. Таким образом, читатели, заинтересованные в получении большей информации о дисциплинирующей психодинамической работе с антисоциальной популяцией, обладают ограниченными ресурсами. В этом отношении исследование Бурнстена “Манипулятор” (Burnsten, 1973, “The Manipulator”) и книга Мелой “Психопатическая душа” (Meloy, 1988, “The Psychopathic Mind”) являются наиболее обстоятельными исследованиями, доступными для чтения.

Хорошая глава, посвященная данной теме, имеется в книге Актара “Разбитые структуры” (Akhtar (1992) “Broken Structures”).

8. Нарциссические личности

Людей, личность которых организована вокруг поддержания самоуважения путем получения подтверждения со стороны, психоаналитики называют нарциссическими. Всем из нас свойственна некоторая уязвимость в отношении того, кем мы являемся и насколько ценными себя чувствуем. И пытаемся строить нашу жизнь таким образом, чтобы чувствовать удовлетворение от собственной личности. Наша гордость возрастает при одобрении и увядает при неодобрении со стороны значимых других. Для некоторых из нас озабоченность “нарциссическим запасом” или поддержанием самоуважения затмевает другие задачи настолько, что в этом случае нас можно считать поглощенными исключительно собой. Термины “нарциссическая личность” и “патологический нарциссизм” применяются именно к такой диспропорциональной степени озабоченности собой, а не к обычной чувствительности к одобрению или критике.

Нарциссизм – как нормальный, так и патологический – является темой, которой Фрейд (1914) периодически уделял внимание. Он позаимствовал данный термин из греческого мифа о Нарциссе, юноше, который влюбился в свое отражение в зеркале воды и в конце концов умер от тоски, которую его отражение никогда не могло бы удовлетворить. В то же время, Фрейд не так уж много написал о терапии тех, для кого нарциссическая озабоченность является центральной проблемой.

Альфред Адлер (Alfred Adler, 1927) и Отто Ранк (Otto Rank, 1929) писали о проблемах, которые мы сегодня относим к нарциссизму, но их уважительное отстранение от Фрейда привело к тому, что их работы остались неизвестными многим терапевтам. С самого начала эры психоанализа выявлялись люди, имевшие проблемы с самоуважением. Этих пациентов было трудно описать исключительно в терминах драйвов и бессознательного конфликта. Их, соответственно, было трудно лечить, опираясь на терапевтическую модель, основанную на конфликте. Их опыту, по-видимому, лучше соответствует дефицитарная модель: во внутренней жизни подобных пациентов чего-то *недостает*.

Озабоченные тем, как они воспринимаются другими, нарциссически организованные люди испытывают глубинное чувство, что они обмануты и нелюбимы. Можно ожидать, что им удастся помочь развить самопринятие и углубить их взаимоотношения, если распространить динамическую

психологию на области, которые Фрейд только начал затрагивать. Наше понимание нарциссизма улучшилось благодаря вниманию к концепциям базовой безопасности и идентичности (Sullivan, 1953; Erickson, 1950, 1968), концепции собственного “Я” как альтернативы более функционалистской концепции Эго (Winnicott, 1960b; Jacobson, 1964); концепции регуляции самооценки (A. Reich, 1960); концепции привязанности и сепарации (Spitz, 1965; Bowlby, 1969, 1973); концепции задержки развития и дефицитарности (Kohut, 1971; Stolorow & Lachmann, 1978) и концепции стыда (Lynd, 1958; Lewis, 1971; Morrison, 1989).

Наряду с тем, что в послефрейдовский период были освоены новые теоретические разделы, уже существовавшие разделы оказались переработанными таким образом, что был достигнут определенный прогресс в лечении нарциссических проблем. Заметное клиническое брожение последовало за вызовом, брошенным теоретиками объектных отношений (Horney, 1939; Fairbairn, 1954; Balint, 1960) фрейдовской концепции “первичного нарциссизма”, предполагавшей, что младенец катектирует себя самого прежде других. Мыслители, которые подчеркивали первичную *привязанность*, понимали нарциссическую патологию не как фиксацию на нормальной инфантильной грандиозности, а как компенсацию ранних разочарований во взаимоотношениях. Примерно в то же время такие понятия, как контейнирование (containment, Bion, 1967); поддерживающее окружение (holding environment, Winnicott, 1945, 1960a; Modell, 1976) и отзеркаливание (mirroring, Winnicott, 1945; Kohut, 1968) явились переопределяющими теориями терапии. Эти идеи – больше, чем прежние модели психопатологии и лечения, – оказались применимы к людям, для которых целостность и непрерывность чувства собственного “Я” и придаваемая ему ценность представляют фундаментальную проблему.

Похоже, что в то время, когда Фрейд писал свои труды, проблемы нарциссизма не носили такого характера эпидемии, какой они имеют сегодня. Психоаналитически ориентированные социальные теоретики (Fromm, 1947; Slater, 1970; Hendin, 1975; Lasch, 1978, 1984) утверждали, что превратности современной жизни усилили нарциссическую озабоченность*.

Мир быстро меняется, мы часто переезжаем, средства массовой информации эксплуатируют нашу незащищенность и способствуют суете и жадности, обращение к светским нормам (секуляризация жизни) размывает внутренние нормы, определенные религиозными традициями. В массовых объединениях и во времена быстрых перемен непосредственное

впечатление, производимое кем-либо на других, может оказаться более неотразимым, чем целостность и искренность, – качества, которые ценятся в малых и более стабильных общинах, где люди знают друг друга достаточно хорошо, чтобы не судить о ком-то на основании исключительно собственной истории и репутации.

Многие пациенты Фрейда страдали от избытка внутренних комментариев по поводу собственных достоинств и недостатков. Это состояние Фрейд стал описывать как состояние, отражающее “жесткое супер-Эго”. В противоположность этому, современные клиенты часто ощущают себя скорее субъективно пустыми, чем переполненными критическими интернализациями. Они беспокоятся, что “не вписываются”, а не из-за того, что изменяют своим принципам. Они могут беспрестанно размышлять о видимых достоинствах – красоте, славе, богатстве – или о проявлении политической благонадежности, но не о более скрытых аспектах своей идентичности и целостности. “Имидж” заменяет сущность, и то, что Юнг (Jung, 1945) назвал *персоной* (представление себя внешнему миру), становится более живым и надежным, чем действительная личность.

В работе “Комплекс Бога” (“The God Complex”, Ernest Jones, 1913) Эрнест Джонс первым из авторов психоаналитического толка изобразил наиболее явно грандиозный тип нарциссической личности. Джонс описал тип человека, характеризующийся эксгибиционизмом, отчужденностью, эмоциональной недоступностью, фантазиями о всемогуществе, переоценкой своих творческих способностей и тенденцией осуждать других. Он описывал этих людей как личностей, находящихся в континууме душевного здоровья – от психотика до нормального, отмечая, что “когда такой человек становится душевнобольным, он ясно и открыто демонстрирует бред, что действительно является Богом. Он служит примером того типа, который можно встретить в любой клинике”. Вильгельм Райх (Wilhelm Reich, 1933) в книге “Анализ характера” посвятил главу в рассмотрению “фаллически-нарциссического характера”, представленного как “самоуверенный... надменный... энергичный, часто – подавляющий своей манерой держаться... [тот, кто] будет, как правило, предвосхищать любую приближающуюся атаку собственным нападением”. Этот знакомый тип присутствует в основных своих чертах и в описании нарциссической личности в последнем издании DSM.

По мере продолжения психоаналитических исследований личности стало ясно, что явная грандиозность личности явилась лишь одной из форм того, что мы сегодня рассматриваем как нарциссическую проблему или

“расстройство собственного “Я” (Kohut & Wolf, 1978). Современные аналитические концепции охватывают множество различных внешних проявлений ядерных проблем идентичности и самоуважения. Бурстен (Bursten, 1973b) предложил типологию нарциссических личностей, включающую в себя страстно-требовательный, параноидный, манипулятивный и фаллический нарциссический варианты. В дальнейшем многие авторы заметили, что в каждом тщеславном и грандиозном нарциссе скрывается озабоченный собой, застенчивый ребенок, а в каждом депрессивном и самокритичном нарциссе прячется грандиозное видение того, кем этот человек должен бы или мог бы быть (A. Miller, 1975; Meisner, 1979; Morrison, 1983). Общим для нарциссических личностей, по-разному себя проявляющих, является присущее им внутреннее чувство или страх, что они “не подходят”; чувство стыда, слабости и своего низкого положения. Их компенсаторное поведение может сильно различаться, но в конечном итоге всегда обнаруживается сходная озабоченность. Таким образом, столь разных индивидуумов, как Джуди Гарланд или проблематичный ученик Сократа Алсибиад, можно с полным правом считать нарциссически организованными.

Драйвы, аффекты и темперамент при нарциссизме

Вопросу участия конституциональных данных и темперамента в формировании нарциссической личностной организации было уделено очень мало систематизированных исследований. В отличие от антисоциальных личностей, проблемы которых очевидны и достаются обществу дорогой ценой и поэтому вдохновляют на научные исследования психопатий, нарциссические индивидуумы совершенно различны, часто неуловимы в своей патологии и наносят не столь явный вред обществу. Преуспевающие нарциссические личности (в плане денег, социально, политически, в военном отношении и т.д.) могут вызывать восхищение и желание соперничать с ними. Внутренняя цена нарциссического голода редко доступна восприятию наблюдателя, и вред, наносимый другим при преследовании нарциссически структурированных проектов, может рационализироваться и объясняться как естественный и неизбежный побочный эффект конкуренции: “Лес рубят – щепки летят” (или: “Нельзя приготовить омлет, не разбив яйца”). Кроме того, представление о более тонких видах нарциссизма как об излечимых проблемах характера является достижением лишь последних двух-трех десятилетий.

Следовательно, большинство идей относительно предрасположенности к нарциссической организации личности мы черпаем из клинических исследований. Наиболее часто в литературе, посвященной этой теме, звучит, что люди, имеющие риск развития нарциссического характера, могут оказаться более других конституционально чувствительны к невербальным эмоциональным сообщениям. А именно: нарциссизм развивается у таких детей, которые кажутся сверхчувствительными к непроявленным, невыраженным аффектам, отношениям и ожиданиям других. Например, Элис Миллер (Alice Miller, 1975) считает, что многие семьи “содержат” одного ребенка, чей природный интуитивный талант бессознательно используется его воспитателями для поддержания *их собственной* самооценки, и что этот ребенок вырастает в замешательстве относительно того, *чью жизнь* ему положено прожить. Согласно этим представлениям, такие одаренные дети с большей вероятностью, чем не наделенные подобным талантом, используются как нарциссическое расширение*, и, следовательно, повзрослев, более подвержены риску стать нарциссическими.

В различных работах, посвященных обсуждению наиболее явно грандиозных нарциссических пациентов, Кернберг (Kernberg, 1970) предполагал, что они, возможно, обладают или врожденным сильным драйвом агрессии, или конституционально обусловленной недостаточной способностью переносить агрессивные импульсы. Такая особенность может в некоторой степени объяснять тот факт, что нарциссические люди долгое время стремятся избегать изучения своих собственных драйвов и желаний: они могут бояться их силы. Помимо приведенных соображений нам известно очень немного о тех особенностях темперамента, которые могут внести свой вклад в нарциссическую структуру характера.

В клинической литературе постоянно подчеркиваются стыд и зависть в качестве главных эмоций, ассоциированных с нарциссической организацией личности. Субъективный опыт нарциссических людей пропитан чувством стыда и страхом почувствовать стыд. Первые аналитики недооценивали силу данной эмоциональной установки, часто неправильно истолковывая ее как вину и делая интерпретации, ориентированные на вину (эти интерпретации пациенты воспринимали как неэмпатические). Вина – это убежденность в том, что ты грешен или совершил злодеяние; она легко концептуализируется в понятиях внутреннего критикующего родителя или супер-Эго. Стыд – это чувство, что *тебя видят* плохим и неправым; наблюдатель в этом случае находится вне собственного “Я”. Вина создается чувством активной возможности

совершения зла, тогда как стыд имеет дополнительное значение беспомощности, уродства и бессилия.

Уязвимость нарциссических личностей для зависти – родственное явление. Если я внутренне убежден, что обладаю некоторыми недостатками и моя неадекватность всегда может быть разоблачена, я начинаю завидовать тем, кто кажется довольным или обладает теми достоинствами, которые (как мне кажется) могли бы способствовать тому, чего я лишен. Зависть нередко лежит в основании другого широко известного качества нарциссических людей – склонности осуждать самого себя или других. Если я ощущаю дефицит чего-либо и мне кажется, что у вас все это есть, я могу попытаться разрушить то, что вы имеете, выражая сожаление, презрение или путем критики.

Защитные и адаптивные процессы при нарциссизме

Нарциссически структурированные люди могут использовать целый спектр защит, но наиболее фундаментально они зависят от идеализации и обесценивания. Эти защиты комплементарны в том смысле, что при идеализировании собственного “Я” значение и роль других людей обесценивается, и наоборот. Кохут (Kohut, 1971) начал использовать термин “грандиозное “Я” для передачи чувства собственного величия и превосходства, которое характеризует один из полюсов внутреннего мира нарциссической личности. Эта грандиозность может ощущаться внутренне или же проецируется. Происходит постоянный процесс “ранжирования”, который нарциссические личности используют при обращении с любой проблемой, стоящей перед ними: какой врач “лучше”? Какая школа “самая хорошая”? Где “самые жесткие” требования при обучении? Реальные преимущества и недостатки могут абсолютно не приниматься во внимание ввиду озабоченности престижностью.

Например, одна моя знакомая была настроена на то, что ее сын пойдет в “самый лучший” колледж. Она посетила с ним несколько выдающихся школ, где так или иначе “кое-кого задействовала” и даже написала благодарственные письма деканам, с которыми ее сын проходил вступительное собеседование. К середине апреля он был принят в “Амхерст”, “Колумбию”, “Принстон”, в Чикагский Университет и “Вилльямс”, и, кроме того, ожидал списков в “Йейле”. Реакцией матери стало чувство опустошения после того, как его не приняли в “Гарвард”. Молодой человек решил поступать в “Принстон”. В течение всего первого

года учебы мать осаждала “Гарвард” просьбами о переводе ее сына. И, наконец, хотя молодой человек прилично учился в “Принстоне”, когда “Гарвард” сдался под неотразимым напором его матери, вопрос о том, где ему учиться, уже не обсуждался.

В этом примере хорошо прослеживается подчиненность всех других интересов вопросу постоянного и вездесущего оценивания и обесценивания. Женщина знала, что преподаватели в выбранной ее сыном области ставили “Гарвард” ниже “Принстона”; ей также было известно, что выпускникам в “Гарварде” уделяется меньше внимания, чем в “Принстоне”; она сознавала, что сын будет иметь трудности в социальном плане в “Гарварде” из-за того, что не учился там на первом курсе. Тем не менее, мать настояла на переводе. Хотя характер этой женщины и не был нарциссическим, в данном случае она использовала своего сына как нарциссическое расширение, так как обладала защитной системой верований, включавшей убеждение, что ее собственная жизнь изменилась бы кардинальным образом, если бы при выборе колледжа она пошла бы в “Рэдклифф” – “самую лучшую” женскую школу.

Одному из моих пациентов, студенту колледжа, имевшему артистические и литературные наклонности (в структуру характеров его родителей входило оценивание и обесценивание), его грандиозный отец говорил, что он сможет содержать себя, только если станет врачом (что предпочтительнее) или юристом (если окажется, что он не способен к естественным наукам). Иначе быть не может. Медицина и юриспруденция управляют деньгами и уважением; любая другая карьера будет плохо свидетельствовать о его семье. Поскольку этого молодого человека в течение всей его жизни воспринимали как нарциссическое расширение, он не увидел ничего необычного в позиции своего отца.

Родственной защитной позицией, в которую становятся нарциссически мотивированные люди, считается перфекционизм. Они ставят сами перед собой нереалистичные идеалы, и либо уважают себя за то, что достигают их (грандиозный исход), либо (в случае провала) чувствуют себя просто непоправимо дефективными, а не людьми с присущими им слабостями (депрессивный исход). Терапия этих пациентов характеризуется Эго-синтонным ожиданием, т.к. они считают, что главным в терапевтическом воздействии является самосовершенствование, а не понимание себя самого с целью поиска более эффективных способов обращения с собственными потребностями. Требование совершенства выражается в постоянной критике себя самого или других (в зависимости от того, проецируется ли обесцененное “Я”), а также в неспособности получать удовольствие при

всей двойственности человеческого существования.

Иногда нарциссические личности решают свои проблемы с самоуважением, считая кого-либо – любовника, учителя, литературного героя – совершенным. Затем они чувствуют собственное величие, идентифицируясь с этим человеком (“Я – придаток *его*, который не может ошибаться”). Некоторые пациенты имеют пожизненные паттерны идеализации кого-либо и, вслед за этим, свержения этой личности с пьедестала, когда обнаруживается его несовершенство. Перфекционистское решение нарциссической дилеммы, по сути, является саморазрушительным: недостижимые идеалы создаются, чтобы компенсировать дефекты в “Я”. Эти дефекты кажутся настолько презренными, что никакой краткий успех все равно не может их скрыть, а кроме того, никто не может быть совершенным, поэтому вся стратегия проваливается, и обесцененное “Я” проявляется снова.

Объектные отношения при нарциссизме

На основе представленного выше описания некоторых Эго-процессов и сущностных проблем нарциссических людей читатель, вероятно, уже сделал вывод о том, что взаимоотношения между ними и другими людьми перегружены с нарциссической стороны проблемой самоуважения. Хотя люди с нарциссическими нарушениями личности редко приходят в терапию, имея ясное намерение стать хорошим другом, примерным членом семьи или любовником, для них не является необычным (особенно, если они уже достигли среднего возраста) осознавать, что существует нечто неправильное в их отношениях с другими. Одной из проблем оказания помощи таким пациентам является доведение до них следующего обстоятельства: принимать людей не осуждая и не используя, любить не идеализируя, выражать подлинные чувства без стыда – это хорошо. Нарциссические люди могут и понятия не иметь о такой возможности; принятие их терапевтом станет для них прототипом эмоционального понимания близости.

Я-психологи ввели термин “сэлф-объект” для обозначения тех людей, которые подпитывают наше чувство идентичности и самоуважения своим подтверждением, восхищением и одобрением. Данный термин отражает тот факт, что индивидуумы, играющие эту роль, функционируют и как объекты вне собственного “Я”, и как часть внутри очерченного собственного “Я”. Помогая модулировать самоуважение, они

присоединяют или замещают то, что у большинства из нас является внутренней функцией. Все мы имеем сэлф-объекты и нуждаемся в них. Если мы теряем их, то чувствуем себя уменьшившимися – как если бы умерла некая наша жизненно важная часть. Кроме того, реальность и мораль требуют от нас, чтобы другие были для нас кем-то большим, чем сэлф-объекты; мы должны относиться к ним с учетом того, кто они есть и в чем нуждаются, а не только того, что они делают для нас.

Нарциссические личности настолько нуждаются в сэлф-объектах, что другие аспекты взаимоотношений бледнеют перед этой потребностью, а могут и вовсе не проявляться. Именно это и произошло с моим клиентом, отец которого не одобрял никакой другой карьеры, кроме медицинской или юридической. Таким образом, наиболее печальной ценой нарциссической ориентации является недоразвитая способность к любви. Несмотря на то, что другие люди играют важную роль в поддержании равновесия нарциссического индивида, его потребительская цель – удовлетворение собственных потребностей – просто не оставляет другим никакой иной энергии, кроме связанной с их функционированием в качестве сэлф-объектов и нарциссических расширений. Следовательно, нарциссические люди посылают своей семье и друзьям противоречивые сообщения: их потребность в других велика, но любовь к ним поверхностна.

Большинство аналитиков считает, что люди становятся на этот путь, потому что другие используют их в качестве собственного нарциссического придатка. Я уже упоминала в связи с этим обстоятельством теории Алисы Миллер (Alice Miller). Нарциссические пациенты могут оказаться чрезвычайно важными для родителей или других заботящихся о них лиц *не благодаря тому, кем они в действительности являются, а потому, что выполняют некую функцию*. Противоречивое послание о том, что его высоко ценят (но только за ту особую роль, которую он играет), заставляет ребенка чувствовать: если его настоящие чувства – в особенности враждебные и эгоистические – обнаружатся, за этим последует отвержение или унижение. Это способствует развитию “ложного Я” (Winnicott, 1960) – представления другим только того приемлемого, чему он научился*.

Большинство родителей воспринимает своего ребенка со смесью своих нарциссических потребностей и истинной эмпатии. Каждый ребенок до некоторой степени рассматривается как нарциссическое расширение. С некоторой осторожностью следует заметить, что ребенок рад, что к нему так относятся. Заставить родителей гордиться и восхищаться, получая заслуженную высокую оценку – одно из самых сладких удовольствий детства. Как правило, проблемой является степень и баланс: получает ли

ребенок внимание также и независимо от того, содействует ли он целям родителей?

О замечательно ненарциссическом отношении к собственным детям свидетельствует высказывание моей 85-летней подруги, воспитавшей во время Депрессии 12 детей, причем все они оказались благополучными, несмотря на крайнюю бедность и некоторые существенные лишения:

“Всякий раз, когда я снова оказывалась беременной, я плакала. Я не знала, откуда возьмутся деньги, как я буду ухаживать за этим ребенком и заботиться о чем-то еще, кроме него самого. Но через четыре месяца я начинала чувствовать жизнь, меня все возбуждало, и я думала: “Не могу дождаться, когда ты наконец появишься на свет. Я так хочу знать, кто ты!”

Я процитировала размышления моей подруги, чтобы сопоставить ее настроения и чувства гипотетического родителя, который “знает”, кем станет ребенок: кем-то, кто реализует все провалившиеся амбиции родителей и прославит семью.

Родственным аспектом воспитания людей, ставших впоследствии нарциссическими, является атмосфера постоянного оценивания в семье. Если на ребенка делается ставка как на жизненно важный объект, необходимый для собственной самооценки, то всякий раз, когда ребенок разочаровывает, его будут прямо или косвенно критиковать. Конечно, никто не воспитывает ребенка совсем без критики, но скрытое сообщение о том, что он почему-то (неясно, почему) недостаточно хорош, резко отличается от конкретной обратной связи при совершении какого-либо проступка.

Оценочная атмосфера постоянной похвалы и одобрения, которая встречается в меньшинстве семей с нарциссическим ребенком, в равной мере требует развития реалистичной самооценки. Ребенок всегда чувствует, что его судят, даже если вердикт оказывается положительным. На каком-то уровне он осознает, что отношение постоянного одобрения фальшиво. Несмотря на сознательное ощущение собственной правоты, которое может вытекать из такой обратной связи. Подобная фальшь приводит к возникновению свербящего беспокойства: это обман, незаслуженная лесть, имеющая только косвенное отношение к тому, кто ребенок есть на самом деле.

Таким образом, мы вновь наблюдаем, как определенная структура характера может быть “унаследована”, хотя сами родители необязательно должны представлять собой нарциссические личности, чтобы вырастить сына или дочь, которые будут страдать от нарциссических нарушений.

Родители могут испытывать нарциссические потребности по отношению к определенному ребенку (как в случае с женщиной, чей сын поступал в “Гарвард”), которые приводят к состоянию, при котором ребенок не способен отличить свои подлинные чувства от попытки доставить удовольствие или произвести впечатление на других. То, что не составляет проблему для одного родителя, является серьезной проблемой для другого. Все мы желаем нашим детям того, в чем сами испытывали недостаток. Это желание безобидно, но только до тех пор, пока мы уберегаем своих детей от малейшего принуждения жить ради нас.

Интересный взгляд на нарциссическую динамику представляет статья Марты Вольфенштейн “Возникновение морали торжества” (Martha Wolfenstein, “The Emergence of Fun Morality”, 1951). В ней описывается, как в 1950-х годах либеральные интеллектуальные родители, повзрослевшие в трудные времена, транслировали своим детям сообщение о том, что они должны чувствовать себя плохо, если не *достигнут полного торжества*. Люди, чья свобода выбора была резко ограничена в результате какой-либо катастрофы (например, войны или гонений), особенно склонны посылать сигналы о том, что их дети должны прожить ту жизнь, которой у них никогда не было. Самые серьезные случаи происходили с детьми жертв Холокоста. Типично, что дети травмированных родителей вырастают со спутанной идентичностью и ощущением смутного стыда и пустоты (Fogelman & Savran, 1979; Bergmann, 1985; Fogelman, 1988). Сообщение о том, что “в отличие от меня, ты можешь иметь все”, является особенно деструктивным, так как никто не может иметь все; каждое поколение будет сталкиваться со своими собственными ограничениями. Унаследование такой нереалистичной цели калечит чувство самоуважения.

Нарциссическое собственное “Я”

Я уже упоминала многие особенности самопереживания людей с нарциссическим диагнозом. Они включают в себя чувство смутной фальши, стыда, зависти, пустоты или незавершенности, уродства и неполноценности или их компенсаторные противоположности – самоутверждение, чувство собственного достоинства, презрение, защитная самодостаточность, тщеславие и превосходство. Кернберг (Kernberg, 1975) описывает эти полярности как противоположные состояния Эго, грандиозное (все хорошо) или, наоборот, истощенное (все плохо) восприятие собственного “Я”. Данные полярности являются

единственными возможностями организации внутреннего опыта для нарциссических личностей. Чувство, что они “достаточно хороши”, не входит в число их внутренних категорий.

Нарциссически структурированные люди на некотором уровне осознают свои психологические слабости. Они боятся отделения, резкой потери самоуважения или самосоответствия (например, при критике) или внезапных сильных чувств, как никто другой (Goldberg, 1990). Они чувствуют, что их идентичность слишком хрупка, чтобы не рассыпаться и выдерживать некоторое напряжение. Их страх фрагментации внутреннего “Я” часто смещается в сторону озабоченности своим физическим здоровьем. Таким образом, эти люди склонны к ипохондрической озабоченности и к болезненному страху смерти.

Трудноуловимым результатом перфекционизма нарциссических личностей является избегание чувств и действий, выражающих осознание личной несостоятельности либо реальную зависимость от других. Так, раскаяние и благодарность представляют собой те отношения, которые нарциссические люди стремятся отрицать (McWilliams & Lependorf, 1990).

Сожаление о некоторых личных ошибках или ранах включает в себя признание дефекта, а благодарность кому-то за помощь подтверждает потребность в ней. Так как нарциссические люди пытаются построить позитивное ощущение самих себя на основе иллюзии об отсутствии неудач и потребности в помощи, они боятся, что признание вины или зависимости выставит на всеобщее обозрение нечто неприемлемо постыдное. Таким образом, нарциссические личности или избегают искренних извинений и сердечной благодарности, раскаяния и признательности, или они к этому просто неспособны, что очень сильно обедняет их взаимоотношения с другими людьми.

Согласно определению, диагноз нарциссической личностной организации строится на том наблюдении интервьюера, что пациент нуждается во внешнем подтверждении, чтобы ощущать внутреннее соответствие. Теоретики довольно сильно расходятся в том вопросе, что следует акцентировать – или грандиозный аспект, или аспект бессилия нарциссического переживания самого себя. Это различие акцентов наиболее хорошо заметно в разногласиях Кернберга и Кохута относительно того, как понимать и лечить нарциссические характеры. Об этом я скажу чуть позже. Диспуты по данному вопросу начались, по меньшей мере, со времени различий взглядов Фрейда (1914), который подчеркивал первичную любовь индивидуума к самому себе, и мнения Адлера (A.Adler, 1927), делавшего упор на том обстоятельстве, каким образом

нарциссические защиты компенсируют чувство неполноценности. Психоаналитическим эквивалентом загадки о курице и яйце может служить вопрос: что появилось первым в эволюции патологии нарциссизма – грандиозное состояние собственного “Я”, или состояние беспомощности-стыда. С феноменологической точки зрения эти контрастные состояния Эго находятся в тесной связи – во многом подобно тому, как депрессия и мания являются противоположными сторонами одной психологической медали.

Перенос и контрперенос с нарциссическими пациентами

Перенос при лечении нарциссических пациентов вызывает ощущения, качественно отличные от тех, которые обычно возникают при работе с большинством других типов людей. Даже в случае терапии самого высокофункционального, самого сотрудничающего человека, обладающего подобным типом характера, альянс в терапевтических отношениях сильно отличается от того, который создают иначе мотивированные и здоровые пациенты. Обычно терапевт прежде всего отмечает отсутствие у пациента интереса к исследованию переноса. Это может быть использовано для просвещения и себе на пользу людьми других типов. Комментарии и вопросы о том, что пациент чувствует по отношению к терапевту, могут быть восприняты как разрушающие, раздражающие или как не имеющие отношения к интересам клиента. Для пациента не является необычным сделать вывод, что терапевт поднимает данную тему из тщеславия или потребности быть “отзеркаленным”. (Подобная молчаливая гипотеза, конечно, составляет проекцию, даже если она правильная. Но она обычно не проговаривается и редко может быть с пользой проинтерпретирована, по крайней мере, в начальной фазе терапии.)*

В действительности нарциссические пациенты имеют сильные реакции на терапевта. Они могут с большой энергией обесценивать или идеализировать. При этом они совершенно не интересуются значением данных реакций и искренне смущаются внимательным отношением к ним клинициста. Обычно их переносы настолько Эго-синтонны, что оказываются недоступны для исследования. Нарциссический пациент считает, что он низко оценивает своего терапевта, так как терапевт объективно является второсортным, или же идеализирует его, потому что тот объективно прекрасен. Усилия, направленные на то, чтобы сделать эти реакции чуждыми Эго, как правило, будут проваливаться – по крайней мере, сначала. Обесцененный терапевт, отмечающий критическое

отношение пациента, воспринимается как защищающийся, а идеализированный, который к тому же комментирует завышенную оценку собственной личности пациентом, будет идеализироваться и дальше как некто, чье совершенство включает в себя исключительную скромность.

Начинающий терапевт в большей степени подвержен обесценивающему переносу, нежели идеализирующему. Если это и могло бы служить некоторым утешением в страданиях, которые приходится терпеть, будучи объектом утонченного и безжалостного унижения, то принимать на себя нарциссический идеализирующий перенос – не намного лучше. В обеих ситуациях появляется чувство, что ваша подлинная сущность как человека, имеющего некоторый опыт и искренне пытающегося помочь, подавляется. Фактически, мы имеем дело с контртрансферентным ощущением того, что вас вычеркнули и игнорируют как реальную личность, что является диагностическим для нарциссической динамики.

Данному феномену являются родственными такие контрпереносы, как скука, раздражение, сонливость и смутное ощущение, что в терапии ничего не происходит. На супервизии обычный комментарий терапевта относительно нарциссического пациента звучит так: “Она приходит каждую неделю, в общих чертах сообщает мне новости, критикует мою одежду, игнорирует все мои вмешательства и уходит. Почему она продолжает возвращаться? И что она выносит из этого?” Обычным также является странное чувство неполного присутствия в кабинете. Возможно, наиболее неприятную контртрансферентную реакцию на нарциссического пациента представляет собой чрезмерная сонливость. Всякий раз, когда ко мне приходит это состояние, я нахожу ему биологическое объяснение (я не очень хорошо выспалась прошлой ночью; я только что плотно перекусила; должно быть, я вошла с холода). Как только пациент покидает кабинет и в него заходит следующий, я пробуждаюсь и начинаю проявлять интерес. Иногда контрперенос на идеализирующего человека выглядит как грандиозное расширение, объединение с пациентом в союз взаимного восхищения. Однако, если только сам терапевт не окажется по характеру нарциссическим, подобные реакции неубедительны и кратковременны.

Психоаналитическое объяснение данного феномена связано с особым видом переноса, создаваемым нарциссическими людьми. Они скорее экстернализуют некий аспект собственного “Я”, нежели проецируют определенный внутренний объект (например, один из родителей). А именно, вместо чувства, что терапевт похож на мать или отца (хотя иногда можно наблюдать черты таких переносов), пациент проецирует либо

грандиозную, либо обесцененную часть *Собственного “Я”*. Терапевт таким образом становится контейнером для внутренних процессов поддержания самооценки. Он представляет собой сэлф-объект, а не совершенно отдельную личность, которая вызывает у пациента чувства, *подобные* тем, что вызывали давно знакомые, хорошо очерченные фигуры из его прошлого.

Чтобы использовать человека как *функцию* для поддержания самооценки, а не воспринимать как отдельную *личность*, его приводят в замешательство и лишают присутствия духа. Такое дегуманизирующее действие нарциссического человека, объясняющее негативные контрпереносные реакции у начинающего аналитика, описано именно в связи с терапией подобных пациентов. В то же время, многие терапевты сообщают, что они довольно легко переносят, контролируют, и даже извлекают эмпатию из таких реакций, поскольку понимают их как объяснимые и ожидаемые особенности терапии данного психологического типа. Установка на сочувствие не выдерживает – терапевт, в сущности, является зеркалом для центральных тревог пациента, возникающих по поводу своей самоценности. Может быть, следует пересмотреть клиническую формулировку и поразмышлять о том, что делается неверно.

Хайнц Кохут (Heinz Kohut) и другие сторонники Я-психологии (Bach, 1985; Stolorov и др., 1987; Wolf, 1988; Rowe & MacIsaac, 1989) мыслят в терминах нескольких подтипов сэлф-объектного переноса, которые возникают у нарциссических пациентов, а именно: зеркальный, близнецовый и “альтер-эго” паттерны. Хотя разбор данных концепций выходит за рамки настоящей книги, читатели, обнаружившие, что описание нарциссической патологии характера подходит для пациента, которого они ранее видели по-другому, смогут извлечь пользу из предварительного изучения языка Я-психологии в целях концептуализации опыта своих пациентов.

Терапевтическое применение диагноза нарциссизма

Терапевт, который смог бы помочь нарциссической личности достигнуть принятия себя без раздувания (инфляции) собственного “Я” или без принижения других, совершил бы действительно благое и трудное дело. Первейшим условием работы с нарциссической патологией является терпение: никому из тех, кто пытался изменить психологию нарциссического пациента, не удавалось сделать это очень быстро. Хотя

модификация любого типа структуры характера является долгосрочным предприятием, с нарциссическим пациентом необходимость в терпении ощущается более остро, чем с другими типами клиентов. Терапевту приходится выносить контрпереносные реакции скуки и деморализованности.

Поскольку сегодня существуют конкурирующие теории этиологии и терапии, вывести общепринятый психодинамический подход к терапии нарциссических клиентов довольно сложно. Больше всего споров вызвано комплексом разногласий между Кохутом и Кернбергом, возникших в 1970-е и 1980-е годы. Суть их противоположных позиций состоит в том, что Кохут (1971, 1977, 1984) рассматривал патологический нарциссизм с точки зрения *развития* (созревание пациента шло нормально и встретилось с некоторыми трудностями в разрешении нормальных потребностей идеализации и деидеализации). Кернберг (1975, 1976, 1984), напротив, понимал это с точки зрения *структуры* (что-то очень рано пошло неправильно, позволив индивидууму окружить себя примитивными защитами, которые отличаются от нормы скорее качественно, чем по степени выраженности). Концепцию нарциссической личности Кохута можно проиллюстрировать образом растения, рост которого был задержан в результате недостаточного полива и освещения в критические моменты. Нарцисса Кернберга можно представить в виде растения, мутировавшего в гибрид*.

Вывод из этих различных теорий состоит в том, что одни подходы к нарциссизму подчеркивают необходимость дать растению достаточно воды и солнца, чтобы оно наконец разрослось, а другие предполагают, что необходимо обрезать отклоняющиеся от нормы части, чтобы растение могло стать тем, чем оно должно быть. Таким образом, приверженцы сэлф-психологии рекомендуют доброжелательное принятие идеализации или обесценивания и непоколебимое эмпатирование переживаниям пациента. Кернберг защищает тактичную, но настойчивую конфронтацию грандиозности, присвоенной или спроецированной, а также систематическую интерпретацию защит от зависти и жадности. Терапевты, ориентированные на сэлф-психологию, пытаются остаться *внутри* субъективного опыта пациента. Аналитики, находящиеся под влиянием Эго-психологии и теории объектных отношений, напротив колеблются между внутренней и внешней позицией (Gardner, 1991).

Я не пытаюсь критически оценивать противоположные теории Кернберга и Кохута или каких-либо других авторов, писавших на эту тему. Большинство терапевтов, которых я знаю, находят, что для одних

пациентов подходят этиологические и терапевтические формулировки Кохута, тогда как для других, по-видимому, годятся формулировки Кернберга. Кернберг (1982) предположил, что подход Кохута можно считать разновидностью поддерживающей терапии, и поэтому он предназначен для нарциссических пациентов, находящихся в промежутке от пограничных до психотических. Эту идею неявным образом поддерживают многие мои коллеги, которые говорят, что рекомендации Кохута оказались применимы к их сильно нарушенным и депрессивно-истощенным нарциссическим пациентам. Сложность состоит в том, что нарциссически уязвимые люди, о которых первоначально писал Кохут, проходили у него традиционный анализ (несколько сессий в неделю с использованием кушетки), и поэтому можно предположить, что он считал их высокофункциональными. Поскольку вердикт по поводу диспута Кернберг-Кохут еще не вынесен и заинтересованный читатель может сам обратиться к первоисточникам за техническими рекомендациями, вытекающими из каждой концепции, я скажу лишь об основных предложениях, касающихся терапии нарциссизма, которые обходят данные противоречия.

Я уже упоминала терпение. Подобное отношение предполагает *принятие человеческого несовершенства*, что делает терапевтическое продвижение утомительным и трудным занятием. Признание того факта, что все мы несовершенны и сопротивляемся изменениям, очень сильно отличается от того, что интернализировано нарциссическим человеком. Этот тезис носит, скорее, гуманный и реалистичный, нежели критичный и всемогущий характер. В подобной позиции уже наблюдается некоторое терапевтическое продвижение. Терапевт должен воплощать неосуждающее, реалистичное отношение к хрупкости пациента.

Одним из наиболее важных вкладов Кохута в технику стало его внимание к последствиям признания терапевтом собственных ошибок, особенно ошибок в эмпатии. С точки зрения теории драйвов и Эго-психологии, ошибка терапевта не принуждает аналитика к иным действиям, кроме личной рефлексии. Как правило, пациент просто поощряется к ассоциированию того, что случилось, и к сообщению своих реакций (Greenson, 1967). Сэлф-психологи обращают наше внимание на то, насколько опустошенным может себя почувствовать нарциссический человек, если профессионал совершает ошибку в эмпатии. Сэлф-психологи замечают, что единственной возможностью залечить подобную рану является выражение раскаяния. Извинение подтверждает ощущение пациента, что в работе допущена ошибка (таким образом, скорее

объективизируя его реальные чувства, нежели содействуя неискренней уступчивости, с которой привык себя вести нарциссический человек). Извинения также становится примером сохранения самоуважения несмотря на наличие изъязнов*.

Критически важным является следующее: когда признаешь собственные неизбежные ошибки, не становишься чрезмерно самокритичным. Если пациент понимает, что терапевт смертельно мучается угрызениями совести, получаемое им сообщение состоит в том, что ошибки должны быть редкими и требуют строгого самопорицания (иллюзия, от которой нарциссическая личность уже страдает). Лучше принять замечание Винникотта, который известен тем, что оставлял поле для сомнений в своем праве на интерпретацию, комментируя: “Я делаю интерпретацию, преследуя две цели. Во-первых, чтобы показать пациенту, что я бодрствую. Во-вторых, чтобы показать пациенту, что я могу ошибаться”. Артур Роббинс (Arthur Robbins, 1991), психоаналитик, специалист в области арт-терапии и других экспрессивных методов лечения, аналогичным образом описывает свою техническую теорию как “терапию ошибок и промахов”: “Я ошибаюсь, а пациент меня поправляет”.

Попытки помочь нарциссическим пациентам также требуют постоянного *внимания к латентному состоянию сэлф пациента*, которое парадоксальным образом затопляет манифестное состояние. Даже самый надменный, явный нарцисс испытывает сильнейший стыд, столкнувшись с тем, что он воспринимает как критику. Поэтому терапевт должен уметь ощутить и принять боль для того, чтобы произвести сензитивные вмешательства. Альянс с нарциссическими пациентами всегда является хрупким, поскольку они не выносят ситуации, когда снижается их и без того непрочное самоуважение. Их прежняя репутация неподдающихся терапии частично происходит из следующего опыта: аналитики внезапно прекращают даже длительную терапию, если чувства их пациентов бывают болезненно травмированы.

Я уже упоминала силу стыда в переживаниях нарциссических личностей и то обстоятельство, как важно терапевту отличать данный аффект от чувства вины. Люди с неустойчивым самоуважением обычно долго избегают признания собственной роли в каких-либо жизненных неудачах. В отличие от людей, которые легко чувствуют вину и справляются со своим проступком, прикладывая усилия к его исправлению, нарциссически мотивированные люди бегут от своих ошибок и скрываются от тех, кто может обнаружить их. Они индуцируют в терапевте или желание неэмпатически конфронтровать их с тем вкладом, который они

делают в собственные трудности, или тенденцию присоединяться к ним и оплакивать ужасное обращение, которое они испытывали со стороны других. Ни та, ни другая позиция не является терапевтической, хотя вторая все-таки имеет временно паллиативный характер по отношению к человеку, который в противоположном случае будет почти смертельно страдать.

Терапевты сталкиваются со сложнейшей задачей: им предстоит увеличить осознание и честность нарциссического пациента относительно природы его поведения. При этом не следует стимулировать сильный стыд, потому что пациент или захочет прекратить лечение, или же будет иметь секреты от терапевта. Одним из способов достижения этого в контексте жалобы пациента и его критицизма является вопрос: “Выражали ли вы прямо свои потребности?” Основания подобного обращения к пациенту лежат в том, что нарциссические люди глубоко стыдятся попросить о чем-либо; они считают, что признание любой потребности разоблачает дефицит в их собственном “Я”. Следовательно, они попадают в межличностные ситуации, где чувствуют себя униженными, так как другой человек с трудом угадывает их потребности и не может понять, чего же они хотят без просьбы с их стороны, а просить для них – унижительно. В результате они пытаются убедить аналитика, что их проблема сводится к бесчувственности и невниманию людей, с которыми они живут. Вопрос о проговаривании потребностей вплотную подводит к убеждению пациента, что нуждаться в ком-то стыдно, а также к возможности для терапевта внушить этому человеку понятие о человеческой взаимозависимости.

Выше я отметила различие между сэлф-объектным и истинно объектным переносом (в более ранней литературе это описывалось, соответственно, как нарциссический и невротический переносы). Смысл данного различия состоит в том, что терапевт не может плодотворно исследовать переносные реакции нарциссических пациентов с позиции “как если бы он был одним из других людей”. Придерживается ли терапевт предположений Кохута или Кернберга, он должен осознавать: несмотря на контрпереносное чувство, что он ничего не значит для пациента, на самом деле нарциссический человек нуждается в терапевте БОЛЬШЕ, чем люди, не испытывающие дефицит в самооценке. Для терапевта, не имевшего большого опыта лечения нарциссических пациентов, часто бывает большим сюрпризом узнать, что тот же человек, который считает его незначительной и неспособной личностью во время терапевтических сессий, восхищается им вне консультационного кабинета. Даже надменный, хвастливый, очевидно “неподдающийся” пациент выдает

глубокую зависимость от терапевта склонностью чувствовать себя сокрушенным, если терапевт оказывается несензитивным. Работая с нарциссическими людьми, терапевт должен привыкнуть обдумывать свои вмешательства гораздо тщательнее, чем с другими пациентами.

Дифференциальный диагноз

Травма самоуважения может привести к тому, что любой человек временно будет вести себя так, как если бы он имел нарциссический характер. Более того, все типы личностных структур включают в себя нарциссическую функцию: они сохраняют самоуважение при помощи определенных защит. Но чтобы быть расцененным в качестве нарциссического характера, человек должен иметь длительно существующие, автоматизированные и независящие от ситуации паттерны восприятия и поведения. Видимо, в настоящее время диагноз нарциссической личностной организации ставится слишком часто, особенно психодинамическими клиницистами. Это понятие часто неправильно применяется к людям, реакции которых обусловлены ситуацией, а также к психопатам, депрессивным, обсессивно-компульсивным и истерическим личностям.

Нарциссическая личность в сравнении с нарциссическими реакциями

Главная сложность диагностики характерологического нарциссизма была упомянута выше: нарциссические проблемы (более чем другие психологические состояния, которым мы подвержены) вездесущи и часто могут быть обусловлены ситуационно. Кохут и Вольф (Kohut, Wolf, 1978) описывают лиц, которым приходится (подобно студентке из Китая, о которой говорилось во введении к этой части) противостоять обстоятельствам, которые бросают вызов их первоначальному чувству идентичности и подрывают самоуважение. Они трактуются как личности, страдающие от *“вторичного нарциссического нарушения”*, а не от нарциссического расстройства характера. Это важное различие.

Любой ненарциссический человек выглядит высокомерным и обесценивающим, опустошенным и идеализирующим в условиях, которые напрягают его идентичность и уверенность. Программы медицинских институтов и психотерапевтического обучения знамениты тем, что

заставляют преуспевающего, автономного взрослого чувствовать себя подобно некомпетентному ребенку. Подобное компенсаторное поведение – хвастовство, самоуверенные заявления, сверхкритические комментарии или идеализацию учителя – следует рассматривать с учетом данных обстоятельств. Явления, подобные этим, в психоаналитической литературе иногда описываются как “нарциссическая защита”(Kernberg, 1984). Допустим, что некто страдает от нарциссических проблем. Это не делает его нарциссической личностью. Там, где ситуационные факторы кажутся определяющими нарциссическую презентацию, интервьюер должен полагаться на исторические данные и данные переноса, чтобы сделать вывод о структуре личности, лежащей под нарциссической раной.

Нарциссические личности в сравнении с психопатическими

В последнем разделе предыдущей главы я отметила важность различия между доминирующе социопатической и существенно нарциссической структурой личности. Попытки Кохута установить эмпатические отношения (по крайней мере, в том виде, в котором они приняты в практике) малоэффективны при работе с психопатическими личностями, поскольку они не способны эмоционально понять состояние сострадания. Они презирают сочувственное поведение, являющееся для них признаком слабости. Подход, акцентированный на конфронтации грандиозного сэлф, который защищал Кернберг, был бы воспринят психопатической личностью с большей почтительностью. Но, как подчеркивал Кернберг в статье, посвященной этой теме (1989), данному подходу недостает обязательного фокусирования на борьбе психопата за контроль и его разрушительных действиях. Кернберг рассматривал асоциальные тенденции как индикатор вероятной неизлечимости. Поэтому он не разрабатывал рекомендаций по терапии этой клинической группы, чем занимались такие терапевты, как Гринвальд, Бурстен, Грос (Greenwald, Bursten, Groth, 1979) и Мелои (Meloy), которые специализировались на работе с психопатическими пациентами.

Нарциссические личности в сравнении с депрессивными

Более депрессивный тип нарциссического человека легко может быть ошибочно оценен как депрессивный. Если суммировать данные многочисленных теорий и клинических наблюдений и представить их в

виде простого образа, их существенное отличие состоит в том, что нарциссически депрессивные клиенты субъективно пусты, тогда как характерологически депрессивные люди (те, которые обычно описаны как страдающие депрессией более “меланхолического” или обусловленного виной типа) субъективно наполнены критическими и гневными интернализациями. Депрессивные нарциссы чувствуют себя лишенными прочного “Я”; депрессивные меланхолики чувствуют свое “Я” реальным, но непоправимо плохим. Более подробно я рассматриваю эти различия и вытекающие из них терапевтические следствия в главе 11.

Нарциссические личности в сравнении с обсессивно-компульсивными

Нарциссического индивида легко неправильно понять как обсессивного или компульсивного из-за внимания к деталям. Это внимание может стать частью нарциссического поиска совершенства. На заре психоаналитической практики фундаментально нарциссических людей нередко рассматривали как обсессивных или компульсивных, так как их симптомы легко подпадают под одну или обе из этих категорий. Их лечение проходило в соответствии с предположениями, относящимися к этиологии обсессивно-компульсивного характера, которые акцентируют борьбу за контроль и вину за гнев и фантазируемую агрессию.

Нарциссические пациенты, скорее пустые, чем злые, не достигали особых успехов в подобной терапии. Они чувствовали непонимание и критику, когда терапевт, как им казалось, заикливался на проблемах, которые не являлись центральными для субъективности пациента. Многие люди обладают как нарциссическими, так и более классически обсессивными чертами характера. Те пациенты, в чьей личности доминировали нарциссические тенденции, получали немного пользы от аналитической терапии образца до 1970-х годов – рубежа, когда теории этиологии и терапии патологического нарциссизма радикально расширили наши возможности в оказании помощи людям с нарушениями собственного “Я”. Я знакома с несколькими пациентами, которые лечились аналитически до этого периода. Они до сих пор носят в себе недовольство и своим терапевтом, и психоанализом в целом. В популярных объяснениях психотерапевтического опыта можно найти то, что может служить примером результата подобной диагностической ошибки. Например, Давид Вискотт (David Viscott, 1972), описывая свою неудавшуюся терапию с

“Доктором Морозом” (“Dr. Frost”), полагал, что его аналитик применил стиль, который, возможно, подошел бы для обсессивной личности, но заметно расходился со стремлением Вискотта к эмпатическому отражению и подтверждению собственного “Я”. Более детальное описание различий и следствий подобных диагностических ошибок можно найти в главе 13.

Нарциссическая личность в сравнении с истерической

Различение нарциссизма и обсессивно-компульсивной личности более актуально для мужчин, чем для женщин. При лечении пациенток чаще проявляется необходимость различать нарциссизм и истерическую личность. Поскольку истерические личности используют нарциссические защиты, их можно с легкостью ошибочно принять за обладающих нарциссическим характером. Женщина, истерическая презентация которой включает в себя заметное эксгибиционистское поведение и паттерн отношений с мужчинами, в котором за идеализацией вскоре наступает обесценивание, покажется в основе своей нарциссической. Но ее озабоченность собой связана с вопросами пола и питается в большей степени тревогой, нежели стыдом. За пределами некоторых высококонфликтных областей эти люди оказываются теплыми, любящими и далеки от пустоты (Kernberg, 1984).

Важное значение этих дифференциальных различий заключается в противоположных терапевтических рекомендациях относительно данных двух групп: состояние истерических пациентов улучшается, когда внимание уделяется объектному переносу. Нарциссические пациенты, напротив, требуют принятия сэлф-объектных феноменов.

Заключение

В этой главе описан истощенный внутренний мир личностей с нарциссически организованным характером, а также компенсаторное поведение, с помощью которого такие личности пытаются поддерживать достоверное и значимое чувство собственного “Я”. Я подчеркнула аффекты стыда и зависти, выделила защиты посредством идеализации и обесценивания, а также паттерны отношений “использовать и быть использованным”, призванные уравнивать самоуважение и возмещать причиненный ему ущерб. Обсуждалась предрасположенность нарциссических личностей к сэлф-объектным переносам, а также

контрпереносные реакции, в которых превалирует ощущение невключенности в отношения. На основании принятия этих особых аспектов нарциссических состояний были даны некоторые технические рекомендации, хотя эти заключения и были сделаны с учетом существующих разногласий в психоаналитическом понимании нарциссизма. Благодаря этим разногласиям техника, приемлемая с данной группой пациентов, все еще остается предметом некоторых споров. Наконец, нарциссическая организация характера была дифференцирована от нарциссических реакций, психопатии, депрессивной (меланхолической) личности, обсессивно-компульсивной структуры характера и истерии.

Дополнительная литература

С того момента, как Кохут опубликовал “Анализ собственного “Я” (Kohut, “The Analysis of the Self”, 1971), а Кернберг предложил альтернативную концепцию в работе “Пограничные состояния и патологический нарциссизм” (Kernberg, “Borderline Conditions and Pathological Narcissism”, 1975), появилось большое количество психоаналитической литературы, посвященной вопросам нарциссизма. Обе эти книги содержат так много жаргона, что для новичка в психоанализе прочитать их практически невозможно. Более удачной альтернативой являются “Пленники детства” Алисы Миллер (Alice Miller, “Prisoners of Childhood”, 1975, в другой редакции – “Драма одаренного ребенка”, “The Drama of the Gifted Child”), “Нарциссические состояния и терапевтический процесс” Баха (Bach, “Narcissistic States and the Therapeutic Process”, 1985) и работа Моррисона “Стыд: обратная сторона нарциссизма” (Morrison, “Shame: The Underside of Narcissism”, 1989). Моррисон также издал сборник, озаглавленный “Главные статьи о нарциссизме” (“Essential Papers on Narcissism”), содержащий серьезные психоаналитические очерки на эту тему. Большинство их замечательно.

9. Шизоидные личности

Личности, чей характер по существу шизоидный, являются предметом широко распространенного неправильного понимания, основанного на общем заблуждении, что шизоидная динамика всегда в значительной степени примитивна. Необратимый психотический диагноз шизофрении относит человека к крайне нарушенной области шизоидного континуума, и поведение шизоидного человека нередко бывает неконвенциональным, странным или даже эксцентричным. Другие нешизоидные люди имеют тенденцию патологизировать людей с шизоидной динамикой, хотя они могут быть компетентными и автономными и имеют значительные сильные области Эго. Действительно, шизоидные люди составляют диапазон от подлежащих госпитализации кататоников до творящих гениев.

Личность может быть шизоидной на любом уровне – от психологически недееспособных до более чем нормальных. Поскольку используемые шизоидами защиты достаточно примитивны (например, уход в фантазии), возможно, что здоровые шизоиды встречаются реже, чем больные, но я не знаю ни одного научного исследования или систематизированного клинического наблюдения, которое бы эмпирически подтверждало данное предположение*. Людей с этим типом характера привлекают возможности, подобные философским изысканиям, духовным дисциплинам, теоретическим наукам и творческой деятельности в искусстве. На границе шизоидного спектра, соответствующей высокому уровню функционирования, мы обнаруживаем таких людей, как Людвиг Витгенштейн, Марта Грехэм, и других в высшей степени оригинальных и выдающихся личностей.

В 1980 г., в опубликованной DSM-III, состояния, которые большинство аналитиков рассматривали бы как различные возможности шизоидного спектра или как минимальные варианты общей шизоидной темы, оказались описанными в качестве дискретных категорий DSM. Связанные с этим решением теоретические сложности (Lion, 1986) отражают различия современных взглядов, являющиеся как бы отзвуком, эхом давнишних расхождений по поводу природы некоторых шизоидных состояний (E. Bleuler, 1911; Kraepelin, 1919; Kretschmer, 1925; Schneider, 1959; Jaspers, 1963; Gottesman, 1991; Akhtar, 1992). Большинство практикующих аналитиков продолжает рассматривать диагнозы шизоидных, шизотипальных и избегающих личностных расстройств как

непсихотические версии шизоидного характера, а диагнозы шизофрении, шизофрениформного и шизоаффективного расстройства – как психотический уровень шизоидного функционирования.

Драйвы, аффекты и темперамент шизоидных личностей

Клинический опыт наводит на мысль, что, с точки зрения темперамента, личности, становящиеся шизоидными, являются гиперреактивными и легко поддаются перестимуляции. Шизоидные пациенты часто описывают сами себя врожденно сензитивными, а их родственники часто рассказывают, что в детстве их угнетал избыток света, шума или движения. Как будто бы нервные окончания у шизоидов находятся ближе к поверхности, чем у всех остальных.

Контролируемые наблюдения и исследования темперамента у детей (Thomas, Chess, & Birch, 1970; Braselton, 1982) подтвердили сообщения поколений родителей, что в то время как большинство младенцев прижимается, прилипает и цепляется за тело того, кто о них заботится, некоторые новорожденные “окостеневают” или уклоняются – как будто бы взрослый вторгся и нарушил их комфорт и безопасность. Можно ожидать, что такие дети конституционально склонны к образованию шизоидной личностной структуры, особенно если имеет место “плохая подгонка” (Escalona, 1968) – между ними и теми, кто осуществляет главную заботу о них.

В области драйвов, согласно классическому пониманию, шизоидная личность представляется борющейся с проблемами орального уровня. А именно: она озабочена необходимостью избежать опасности быть поглощенной, всосанной, разжеванной, привязанной, съеденной. Один талантливый шизоидный терапевт в супервизорской группе, к которой принадлежу и я, однажды описал членам группы свои яркие фантазии о том, что круг, физически образованный участниками группы, представляет собой огромную пасть или гигантскую букву “С”. Терапевт вообразил: если он обнаружит свою уязвимость, искренне рассказывая о чувствах к своим пациентам, то группа сомкнется над ним, “С” превратится в “О”, он задохнется и погибнет.

Фантазии, подобные этим, требуют следующих интерпретаций: они представляют собой проекции и трансформации собственного голода фантазирующего (Fairbairn, 1941; Guntrip, 1961). Шизоидные личности не переживают такие поглотительные драйвы исходящими изнутри

собственного “Я” (self). Скорее, окружающий мир ощущается ими как пространство, полное потребляющих, извращающих, разрушающих сил, угрожающих безопасности и индивидуальности.

Предложенное Фэйрберном понимание шизоидного состояния как “голода, ставшего любовью” (“love made hungry”), адресовано скорее не к ежедневным переживаниям шизоидной личности, а к лежащей в их основании и проявляющейся динамике противоположных тенденций – удаляться, избегать, искать удовлетворения в фантазии, отклонять физический вещественный мир. Шизоидные люди бывают физически тонкими – настолько далеки они от эмоционального контакта со своей собственной ненасытностью (Kretschmer, 1925).

Подобным же образом, шизоидные люди не производят впечатление высокоагрессивных личностей, несмотря на то, что некоторые их фантазии содержат насилие. Члены их семей и друзья часто считают этих людей необыкновенно мягкими, спокойными. Об одном из моих друзей, чьей постоянной яркостью и шизоидным безразличием к конвенциональным нормам я восхищалась долгое время, на его свадьбе старшая сестра говорила с любовью, что он всегда был “кротким человеком”. Эта мягкость существует в очаровательном противоречии с их любовью к фильмам ужасов, книжкам о настоящих преступлениях и апокалиптическими видениями о разрушении мира. В данном случае легко предположить защиту от драйвов, но по сознательному переживанию этих людей и по тому впечатлению, которое они производят на окружающих, это милые, спокойно настроенные, привлекательные эксцентрики. Большинство аналитиков, которым пришлось работать с людьми подобного типа, приходили к выводу, что шизоидные пациенты похоронили и свой голод, и свою агрессию под толстым тяжелым одеялом защит.

Удивительно, что при этом одной из наиболее поразительных черт многих функционирующих на достаточно высоком уровне личностей с шизоидной динамикой является *недостаток* у них общих защит. Они имеют тенденцию находиться в соприкосновении со многими эмоциональными реакциями до уровня подлинного переживания, что отдаляет и даже пугает тех, с кем они общаются. Для шизоидных людей характерно, что они недоумевают: как это все остальные могут так успешно обманывать себя, если суровая правда жизни так очевидна.

Отчуждение, от которого так страдают шизоидные люди, частично проистекает из опыта, что их эмоциональные, интуитивные и чувственные возможности не были достаточно оценены – другие просто не видят, что они делают. Способность шизоидных людей воспринимать то, что другие

люди не признают или игнорируют, настолько естественна и успешна, что они оказываются недостаточно эмпатичны к менее прозрачному, менее амбивалентному, менее эмоционально травмирующему миру нешизоидных людей.

Кажется, что шизоидные люди не борются с проблемами, порождаемыми стыдом или виной. Они имеют тенденцию принимать и себя, и мир достаточно полно – как будто бы без внутреннего стремления воспринимать различие вещей или страдать от осуждения. Возможно, они страдают от значительной тревоги по поводу базальной безопасности. Чувствуя себя подавленными, они прячутся – или буквально уходя в отшельничество, или погружаясь в свои фантазии (Kasanin & Rosen, 1933; Nannarelo, 1953).

Шизоидные люди более чем другие оказываются “аутсайдерами”, наблюдателями, исследователями человеческого существования. “Расщепление”, содержащееся в этимологии слова “шизоид”, проявляется в двух областях: между собственным “Я” и окружающим миром; между переживаемым собственным “Я” и желанием (Laing, 1965). Когда аналитики отмечают переживание расщепления у шизоидных людей, они имеют в виду чувство отстраненности от некоторой части самого себя или от жизни вообще. Защитный механизм расщепления, при котором человек попеременно выражает то одно состояние Эго, то другое, противоположное, или, защищаясь, разделяет мир на абсолютно хорошие и абсолютно плохие аспекты, – другое использование данного слова.

Защитные и адаптационные процессы у шизоидных личностей

Как уже отмечалось выше, патогномонической защитой шизоидной личностной организации является уход во внутренний мир, в мир воображения. Кроме того, шизоидные люди нередко используют проекцию и интроекцию, идеализацию, обесценивание и, в меньшей степени, другие защиты, происходящие из того периода, когда “Я” и другой еще не были полностью психологически дифференцированы. Среди более “зрелых” защит интеллектуализация явно предпочитается большинством шизоидных людей. Они редко полагаются на механизмы, которые вычеркивают аффективную и чувственную информацию, – отрицание или подавление (репрессия). Подобным же образом, защитные операции, организующие опыт по линиям плохого и хорошего, – разделение на части, морализация,

уничтожение, реактивное образование и поворот против себя – не являются преобладающими в их репертуаре. При стрессе шизоиды удаляются от собственного аффекта, так же, как и от внешней стимуляции, представляясь туповатыми, уплощенными или несоответствующими, часто несмотря на видимость высокой степени созвучия аффективным посланиям других.

Наиболее адаптивной и волнующей способностью шизоидных личностей является их креативность. Большинство действительно оригинальных художников имеет сильный шизоидный радикал почти по определению, поскольку они должны противостоять рутине и вносить в нее новую струю. Более здоровый шизоид направит свои ценные качества в искусство, научные исследования, теоретические разработки, духовные изыскания. Более нарушенные индивиды данной категории пребывают в своем личном аду, где их потенциальные способности поглощаются страхом и отстраненностью. Сублимация аутистического ухода в творческую активность составляет главную цель терапии с шизоидными пациентами.

Объектные отношения шизоидных личностей

Первичный конфликт в области отношений у шизоидных людей касается близости и дистанции, любви и страха. Их субъективную жизнь пропитывает глубокая амбивалентность по поводу привязанности. Они страстно жаждут близости, хотя и ощущают постоянную угрозу поглощения другими. Они ищут дистанции, чтобы сохранить свою безопасность и независимость, но при этом страдают от удаленности и одиночества (Karon & VanderBos, 1981). Гантрип (Guntrip, 1952) обрисовал “классическую дилемму” шизоидных индивидов следующим образом: “Они не могут ни состоять в отношениях с другой личностью, ни находиться вне этих отношений, не рискуя так или иначе потерять и себя, и объект”. Это утверждение указывает на данную дилемму как на “внутреннюю и внешнюю программу”. Роббинс (Robbins, 1988) суммирует эту динамику в таком сообщении: “Подойди ближе – я одинок, но оставайся в стороне – я боюсь внедрения”.

В сексуальном плане некоторые шизоидные люди оказываются удивительно безразличными, часто несмотря на способность функционировать и получать оргазм. Чем ближе Другой, тем сильнее страх, что секс означает западню. Многие гетеросексуальные женщины влюбляются в страстных мужчин, только для того, чтобы узнать, что их

избранник оставляет свои чувственные силы для собственного применения. Подобным же образом, некоторые шизоидные люди страстно желают недостижимых сексуальных объектов, при том что чувствуют смутную индифферентность по отношению к доступным объектам. Партнеры шизоидных личностей иногда жалуются на механистичность или бесстрастность их манеры любить.

Теории объектных отношений в части происхождения шизоидной динамики, по моему мнению, перегружены усилиями локализовать истоки шизоидного статуса в пределах особой фазы развития. Адекватность фиксационно-регрессионной гипотезы применительно к *типу* структуры характера, как я упоминала ранее, проблематична, хотя ее привлекательность вполне понятна: она “нормализует” озадачивающие феномены, рассматривая их просто как остатки обычной инфантильной жизни.

Кляйн (Klein, 1946) относит шизоидные механизмы к универсальной параноидно-шизоидной позиции раннего детства. Другие ранние аналитики, ориентированные на объектные отношения, следуют объяснительной парадигме, согласно которой шизоидная динамика приравнивается к регрессии к неонатальному опыту (Fairbairn, 1941; Guntrip, 1971). Современные теоретики продолжают сохранять уклон в сторону развития, свойственный фиксационно-регрессионной модели, отличаясь при этом своим особым взглядом на точку фиксации. Например, согласно кляйнианской традиции, Джioваккони (Giovacchini, 1979) считает шизоидное нарушение “прементальным”. Хорнер (Horner, 1979) относит его происхождение к более позднему возрасту, когда ребенок выходит из симбиоза.

Возможно, более продуктивные соображения об истоках шизоидной личности можно получить на основе аналитических наблюдений тех условий роста, при которых оказывается, что подросток движется в шизоидном направлении. Одним типом отношений, который, возможно, провоцирует избегание у ребенка, является покушающийся, сверхвовлеченный, сверхзаботливый тип воспитания (Winnicott, 1965). Шизоидный мужчина с удушающей матерью – вот что составляет главную тему популярной литературы в последнее время. Это же явление можно обнаружить и при специальных исследованиях. Клиницисты, наблюдающие пациентов-мужчин с шизоидными чертами, как правило, обнаруживают в семейном основании соблазнительную нарушающую границы мать и нетерпеливого, критикующего отца*.

Развитию шизоидного паттерна отстраненности и ухода, возможно,

способствует не только уровень, но и *содержание* родительской вовлеченности. Многие наблюдатели семей тех пациентов, у которых развился шизофренический психоз, подчеркивали роль противоречивых и дезориентирующих коммуникаций (Searls, 1959; Laing, 1965; Lidz & Fleck, 1965; Singer & Wynne, 1965a, 1965b; Baterson et al., 1969). Возможно, что такие паттерны вообще ответственны за шизоидную динамику. Ребенку, находящемуся в ситуации двойного зажима и эмоционально фальшивых сообщений, легко стать зависимым от ухода, чтобы защитить свое собственное “Я” от непереносимого уровня гнева и сомнений. Он может также ощущать глубокую безнадежность. Подобное отношение нередко отмечается у шизоидных пациентов (Giovacchini, 1979).

В явном противоречии с теорией о роли покушающихся родителей в развитии шизоидных черт находятся некоторые сообщения о людях, чье детство характеризовалось одиночеством и пренебрежением родственников в такой степени, что их приверженность уходу (независимо от степени глубины изоляции) можно понять как создание хорошего по необходимости*. Для литературы о шизоидных феноменах – подобная литература широко распространена благодаря высокой социальной цене шизофрении – типично, что везде можно обнаружить контрастирующие и взаимоисключающие формулировки (Sass, 1992). И покушение, и депривация совместно определяют шизоидную проблему: если кто-то одинок или подвергается депривации, а родители доступны только в тех случаях, когда они проявляют себя как неэмпатичные и вторгающиеся, разрастается конфликт “тоска-избегание”, “близость-дистанцирование”. Исследование М. Кана (M. Khan, 1963, 1974) подчеркивает комбинацию “кумулятивной травмы” от недостатка реалистичной материнской защиты и “симбиотического всемогущества”, присущего избыточной материнской идентификации.

Шизоидное собственное “Я”

Одним из наиболее поражающих аспектов людей с шизоидной организацией личности является их игнорирование конвенциональных общественных ожиданий. В драматическом контрасте к нарциссическому личностному стилю, описанному в предыдущей главе, шизоиды могут быть совершенно индифферентны к тому эффекту, который они производят на других, а также к оценивающим ответам, исходящим от окружающих. Согласие и конформность направлены против природы шизоидных людей,

независимо от того, переживают ли они субъективно болезненное одиночество. Даже если эти люди видят некоторую целесообразность в приспособлении, они, скорее, ощущают неловкость и даже нечестность, участвуя в светской болтовне или в общественных делах. Шизоидное собственное “Я” всегда находится на безопасной дистанции от остального человечества.

Многие наблюдатели описывают бесстрастное, ироническое и слегка презрительное отношение многих шизоидных людей к окружающим (E. Bleuler, 1911; Sullivan, 1973; M. Bleuler, 1977). Эта тенденция к изолирующему превосходству может иметь происхождение в отражении приближения сверхконтролирующего и сверхвторгающегося Другого, описанного в предшествующих этиологических гипотезах. Кажется, даже у наиболее дезорганизованных шизофренических пациентов в течение длительного времени отмечается своего рода преднамеренная оппозиционность – как если бы единственным способом сохранения чувства собственной интегрированности было бы разыгрывание фарса над всеми конвенциональными ожиданиями. Сасс (Sass, 1992) комментирует данный феномен, названный им “контрэтикетом”, следующим образом:

“Кросс-культуральные исследования показывают... что шизофреники вообще тяготеют к “пути наибольшего сопротивления”, к нарушению всяческих обычаев и норм, наиболее почитаемых в данном обществе. Так, в глубоко религиозной Нигерии шизофреникам особенно нравится нарушать религиозные санкции; а в Японии – оскорблять членов семьи”.

Одна из возможностей понимания этого очевидного преднамеренного предпочтения эксцентричности и пренебрежения обычаями состоит в том, что шизоидные личности старательно предотвращают возможность быть определенными – психологически привязанными и приглаженными – другими людьми. Таким образом, для личностей с шизоидной структурой характера состояние покинутости оказывается менее губительным, чем поглощение. М. Балинт в известной статье с вызывающим названием “Дружественное пространство – ужасный пустой мир” (M. Balint (1945) “Friendly Expanses – Horrid Empty Spaces”) противопоставляет две разнонаправленные ориентации характера: “филобаты” (philobat), любители дистанции (дословно – самостоятельности, примеч. переводчика), которые ищут успокоения в уединении, и “окнофилы” (oknophil), стремящиеся к близости (при стрессе они обращаются к другим, ищут плечо, чтобы опереться*). Шизоидные люди – абсолютные филобаты.

Можно предсказать следующее: поскольку люди часто тянутся к тем, кто имеет противоположные, вызывающие зависть стремления, шизоидов нередко привлекают теплые, экспрессивные, социабельные люди, например, истерические личности. Эта склонность создает почву для возникновения многих семейных, возможно, даже комических проблем, когда нешизоидный партнер пытается разрешить межличностное напряжение, постоянно приближаясь. В то же время шизоид, опасаясь поглощения, старается удалиться (Wheelis, 1966, о “лишенных иллюзий” мужчинах и мечтательных женщинах).

Не хочу, чтобы у читателя сложилось впечатление, что шизоиды – это холодные и безразличные люди. Они могут быть очень заботливыми по отношению к другим, хотя и продолжают при этом нуждаться в сохранении защитного личного пространства. Без сомнения, некоторые из них выбирают занятие психотерапией, где они могут безопасно применить свою исключительную сензитивность, помогая другим. Ф. Уилис (F.Wheelis, 1956), находясь в достаточном контакте со своими собственными шизоидными чертами, написал красноречивую статью о привлекательности и азарте занятий психоанализом. Он подчеркивал, что для людей с ядерным конфликтом на тему близости и дистанции эта профессия может быть привлекательна именно тем, что дает возможность узнать других максимально близко и при этом позволяет остаться вне досягаемости чьих-то интерпретаций.

Самоуважение людей с шизоидной динамикой часто поддерживается индивидуальной творческой деятельностью. При этом для них более важными оказываются именно аспекты личностной целостности и самовыражения, а не сторона самооценки. Там, где психопат ищет доказательств собственной силы, а нарциссическая личность – восхищения для подпитки самоуважения, шизоид стремится к подтверждению его исключительной оригинальности, сензитивности и уникальности. Подтверждение должно быть скорее внутренним, чем внешним, и, благодаря высоким стандартам в творчестве, шизоиды нередко бывают резко самокритичны. Настойчивость, с которой они добиваются аутентичности, так велика, что фактически гарантирует их изоляцию и деморализацию.

Сасс (Sass, 1992) великолепно показал символичность шизоидности для современности. Отчуждение современных людей от “общинного” восприятия, отраженное в деконструктивных подходах в искусстве, литературы, антропологии, философии и критицизме XX века, имеет жутковатое сходство с шизоидным и шизофреническим опытом. Сасс

отмечает, что отношение отчуждения, гиперрефлексии (усложненного самоосознания), разъединенность и рациональность, становящаяся сумасшествием, характеризуют модернистское и постмодернистское мышление и искусство. Они противоположны “миру естественных отношений, миру практической деятельности, разделяемых общепринятых смыслов и реального физического существования”. Его представление призывает обратить внимание на облегченное и свехупрощенное понимание шизофрении и шизоидного переживания.

Перенос и контрперенос с шизоидными пациентами

Можно интуитивно предположить, что, в соответствии со своей склонностью к уходу, шизоидные люди будут избегать такого интимного вмешательства как психотерапия и психоанализ. На самом же деле, если к ним подходить с пониманием и уважением, они оказываются в процессе терапии достаточно понимающими и сотрудничающими пациентами. Дисциплина клинициста, в смысле следования “повестке дня” самого пациента, и безопасная дистанция, создаваемая присущими терапии границами (ограничение времени, свободные ассоциации, этические запреты против социальных или сексуальных отношений с клиентом и т.д.), по-видимому, снижают страх шизоидного пациента быть поглощенным.

Шизоидный пациент приближается к терапии с той же смесью сензитивности, честности и страха поглощения, которая отмечает и другие его отношения. Он может искать помощи, потому что его изоляция от остального человеческого сообщества становится слишком болезненной, потому что он имеет ограниченные цели, связанные с этой изоляцией (например, желание преодолеть запрет на отношения) или же потому что стремится к иному специфическому социальному поведению. Иногда психологическая неблагоприятность шизоидного личностного типа не очевидна для него самого; бывает, что он хочет освободиться от депрессии, тревожного состояния или от другого вида симптоматического невроза. В некоторых случаях шизоид может обращаться за лечением из боязни – часто оправданной, боясь, что он находится на пути к сумасшествию.

Для шизоидных пациентов на ранних фазах терапии довольно характерно косноязычие и ощущение пустоты и растерянности. Приходится выносить долгие периоды молчания, пока пациент не интернализует безопасность сеттинга. Однако со временем, если только пациент не оказывается мучительно “невербализующим” или беспорядочно

психотическим, многие аналитически ориентированные терапевты получают удовольствие от работы с пациентами с шизоидной структурой характера. Они часто бывают очень чувствительны к своим внутренним реакциям и бывают благодарны за возможность находиться там, где выражение их собственной личности не вызывает тревоги, пренебрежения и не высмеивается.

Первичная трансферно-контртрансферная трудность для терапевта при работе с шизоидным пациентом состоит в том, чтобы находить путь ко внутреннему миру пациента, не вызывая слишком большой тревоги из-за вторжения. Поскольку шизоидные люди предпочитают разобщенный и затемненный стиль взаимоотношений, можно легко впасть в ответное разобщение и рассматривать своих пациентов скорее как интересный экземпляр, чем человеческое существо. Их естественный трансферный “тест” (в терминах теории контроля-овладения) включает в себя усилия, направленные на выяснение обстоятельств, достаточно ли терапевт заинтересован в них, чтобы выносить сложные запутанные послания и сохранять намерение понимать и помогать своим пациентам. Естественно, они боятся, что терапевт (так же как и другие люди) эмоционально отдалится от них и отнесет их в категорию безнадежных отшельников или забавных чудаков.

История попыток понять шизоидные состояния пестрит примерами “экспертов”, объективизирующих отдельных пациентов и очарованных шизоидными феноменами, но соблюдающих безопасную дистанцию по отношению к эмоциональной боли, которую те предъявляют. Эти “эксперты” считают вербализации шизоидных людей бессмысленными, тривиальными или чересчур загадочными, чтобы напрягаться и распутывать их. Имеющий место психиатрический энтузиазм в психологических объяснениях шизоидных состояний представляет собой известную версию данной предрасположенности, состоящую в том, чтобы не принимать всерьез субъективность шизоидных личностей. Как показывает Сасс (Sass, 1992), попытки понять вклад биохимических или неврологических механизмов в шизоидные и шизофренические состояния не отменяет необходимости осознать *значение* шизоидных переживаний для пациента. В своей работе “Разделенное Я” Лэйнг (Laing, 1965) вновь рассматривает пример с шизофренической женщиной, обследованной Крипелином. Слова пациентки, совершенно непостижимые для него, приобретают смысл, если подходить к ним, вслед за Лэйнгом, эмпатически. Карон и Ванденбос (Karon & VandenBos, 1981) представляют один за другим случаи с пациентами, которым можно помочь и которых легко

отвергают клиницисты, не наученные или не желающие понимать их.

Характерологически шизоидные люди без опасности психотического срыва (большинство шизоидных людей) очевидно провоцируют гораздо меньшее непонимание и защитное отстранение у своих терапевтов, чем госпитализированные шизофреники, которым посвящено большинство серьезных психоаналитических описаний патологического ухода. Но те же самые терапевтические рекомендации применимы и к менее серьезным случаям. К этим пациентам нужно подходить таким образом, как если бы их внутренние переживания, даже чуждые окружающим, имели потенциально распознаваемое значение и могли составить основание для неугрожающей интимности с другим индивидом. Терапевт должен иметь в виду, что отстраненность шизоидного пациента представляет собой распознаваемую защиту, а не непреодолимый барьер для отношений. Если клиницист может избежать отреагирования искушений контртрансфера, подталкивания пациента к преждевременному закрытию, если он в состоянии не прибегать к возражениям или дистанцированию от него, формируется прочный рабочий альянс.

Как только образуются терапевтические отношения, за ними могут последовать дополнительные эмоциональные сложности. По моему опыту, субъективная хрупкость шизоидных личностей отражается в чувстве слабости и беспомощности терапевта. Образы и фантазии деструктивного, пожирающего внешнего мира захватывают обоих участников терапевтического процесса. Появляются также противоположные образы всемогущества и разделенного превосходства (“Мы вдвоем образуем Вселенную”). Накопленные восприятия пациента как исключительного, уникального, непонятого гения или недостижимого мудреца могут присутствовать во внутреннем ответе терапевта, возможно, параллельно с отношением сверхвовлеченного родителя, воображающего собственное величие при помощи своего особенного ребенка.

Терапевтические рекомендации при диагнозе шизоидной личности

Терапевт, работающий с шизоидным пациентом, должен быть готов к такому уровню аутентичности и степени осознания эмоций и представлений, который у пациентов с иным типом характера был бы возможен только после нескольких лет работы. Я знаю достаточно многих коллег, которые успешно работают с большинством типов клиентов и без

прохождения предшествующего собственного анализа. Но все же сомневаюсь, что терапевт, будучи сам шизоидным, сможет эффективно отвечать на шизоидного пациента, не пройдя тщательной предварительной проработки собственных глубинных проблем.

Поскольку большинство терапевтов обладает той или иной степенью депрессивности – в том смысле, что их страх оставления сильнее страха поглощения, – они естественным образом пытаются подойти ближе к человеку, которому стараются помочь. Поэтому бывает трудно достигнуть эмпатии по отношению к потребности пациента в эмоциональном свободном пространстве. Один из моих супервизоров однажды прокомментировал мои искренние и сверхнастойчивые усилия добраться до шизоидного пациента: “Этому человеку нужна двууглекислая сода, а вы пытаетесь накормить его тыквенным пирогом”. (Сода применяется при повышенной кислотности и при воспалительных процессах, а также для обеспечения буферного резерва крови – примеч. переводчика). Е. Хаммер (E. Hammer, 1968) отмечает эффективность даже простого отодвигания кресла от пациента, что дает невербальное подтверждение того факта, что терапевт не желает навязываться, спешить, подменять или подавлять.

На ранних фазах терапии следует избегать интерпретаций, т.к. пациент испытывает страх подвергнуться вторжению. Комментарии и случайные реакции могут быть благодарно приняты, но попытки добиться от шизоидного пациента больше того, что он выражает, приведут его в замешательство, вызовут противодействие и усилят тенденцию к уходу. С. Дэри (S. Deri, 1968) подчеркивала важность того обстоятельства, что терапевтические замечания должны делаться с использованием слов и образов самого пациента, чтобы укреплять его чувство реальности и внутренней целостности. Хаммер (Hammer, 1990), кроме того, предостерегает против исследования, проверочных вопросов или обращения с пациентом таким образом, который бы заставлял его чувствовать себя “кейсом”.

Важной частью эффективной терапии с шизоидными людьми является нормализация. Общая техника “давания интерпретаций” в отношении людей, расположенных на психотическом краю психотическо-погранично-невротической шкалы, обсуждалась в главе 4. Эти рекомендации оказались бы также полезными для шизоидных пациентов любой степени нарушенности, так как им бывает трудно поверить в то, что их сверхострые реакции будут поняты и приняты. Даже если они представляются функционирующими на высоком уровне, большинство шизоидных людей беспокоятся, что являются фундаментально отличающимися,

недоступными пониманию других. Они хотят, чтобы люди, которые им небезразличны, узнали их как можно полнее, но боятся, что если их внутренняя жизнь будет совершенно открыта, они предстанут чужаками или даже уродами.

Даже тем шизоидным личностям, которые уверены в надежности своего восприятия, небезразлично то, какой эффект они оказывают на отдаляющихся людей. Ведя себя таким образом, чтобы шизоидной личности стало ясно, что ее внутренний мир доступен пониманию, терапевт помогает ей интернализировать опыт принятия без подчинения требованиям другого человека. Со временем накапливается достаточное самоуважение, чтобы пациент смог ощутить: трудности, возможно, заключаются не в нелепости его собственной эмоциональности – они отражают ограничения других. Переопределение терапевтом богатства воображения как таланта, а не как патологии, глубоко живительно для шизоидного человека, чьи эмоциональные реакции в течение всей его жизни оставались неподтвержденными или преуменьшались менее сензитивными комментаторами.

Одним из способов дать шизоидному пациенту подтверждение и при этом не оказаться воспринятым в качестве поглощающей или преуменьшающей личности является использование художественных и литературных образов, чтобы сообщить о своем понимании проблем пациента. Роббинс (Robbins, 1988), в почтенной и теперь чаще игнорируемой фрейдистской традиции рассмотрения самого себя в контексте обсуждения той или иной психической динамики, описывает ранний период своего собственного психоанализа следующим образом:

“Когда происходили длительные паузы, во время которых я не знал, что сказать или как сообщить о своих чувствах, испытываемых относительно истории моей жизни, мой терапевт, к счастью, не покидал меня. Иногда он предлагал мне “сказку на ночь” (когда Роббинс был ребенком, ему никогда не читали) в форме цитирования пьес, литературных произведений и фильмов, которые имели отношение к направлениям и образам, представленным мною в ходе лечения. Мое любопытство при этом усиливалось, и я взял себе за правило записывать материал. В частности, Ибсен, Достоевский и Кафка стали важными источниками символического материала, чем-то вроде зеркала, и проясняли мои внутренние переживания. Литература, а позднее живопись, давали символическую форму тому, что я пытался выразить. Самое главное, что этот материал давал возможность важнейшего эмоционального сопереживания с моим аналитиком”.

Роббинс и его коллеги (Robbins et al., 1980; Robbins, 1989) сделали огромный вклад в терапию творчеством и арт-терапию и в разработку эстетического измерения психоаналитической работы с клиентами, то есть в аспекты терапии, особенно многообещающие при работе с шизоидными людьми.

Возможно, наиболее общим препятствием к терапевтическому прогрессу с шизоидными пациентами – при условии, что имеют место крепкие терапевтические отношения и продолжается работа “по пониманию”, – является общая для терапевта и пациента тенденция образовывать своего рода эмоциональный кокон, где они прекрасно понимают друг друга и ожидают терапевтических сессий как передышки от требовательного внешнего мира. У шизоидных людей наблюдается тенденция, которую эмпатический терапевт невольно может принять. Он попытается сделать терапевтические отношения скорее заменой, чем поддержкой их жизни за пределами терапевтического кабинета. Может пройти значительный промежуток времени, прежде чем терапевт заметит, что, хотя пациент и развивает множество инсайтов почти на каждой сессии, он и не переходит к социальной функции, не вступает в брак, у него не улучшаются сексуальные отношения или он не разрабатывает никаких творческих проектов.

Существенным достижением психотерапии может стать распространение (генерализация) на весь внешний мир достигнутой шизоидным пациентом безопасной интимности с терапевтом. Терапевт сталкивается с дилеммой: работать для поддержания лучшего функционирования в социальной и личной жизни, осознавая при этом, что напоминание пациенту о том, что он не добивается этих целей, может быть воспринято как вторжение, контроль и отсутствие эмпатирующей потребности в дистанции. Со временем подобное напряжение может быть проанализировано, что углубит понимание шизоидной личностью того обстоятельства, насколько силен конфликт между желанием близости и ее страхом. Здесь, как и вообще в большинстве аспектов терапии, своевременность важнее всего.

Роббинс (Robbins, 1988) подчеркивал важное для шизоидного пациента значение готовности терапевта действовать и выглядеть как “настоящий человек”, а не просто как трансферентный объект. В последние годы роль “реальных” взаимоотношений, сосуществующих с трансферными реакциями, вновь обнаружена и подчеркивается многими динамически ориентированными практикующими терапевтами

(Paolino,1981). Это особенно относится к шизоидным пациентам, которые и так имеют в избытке “как бы” отношения и чувствуют потребность в активном участии терапевта как человеческого существа, поддерживающего определенный риск в отношениях, способного к игре и юмору (отсутствующим в истории клиента) и отвечающего пациенту с учетом его тенденции прятаться или избегать образования эмоциональной привязанности с другими. Можно считать, что при работе с шизоидными людьми более откликающийся, отзывчивый терапевтический стиль не только не затемняет трансферных реакций пациента, но даже может сделать их более доступными для интерпретации.

Дифференциальный диагноз

Шизоидную психологию легко распознать благодаря относительно безразличию шизоидных людей к тому, чтобы производить конвенциональное впечатление на интервьюера. Центральной трудностью диагностики является оценка силы эго клиента. Менее знаменательно может быть тот факт, что некоторых обсессивных и компульсивных пациентов, особенно пограничного или психотического уровня, легко ошибочно расценить как более шизоидных, чем они есть на самом деле.

Уровень патологии

Прежде всего, критически важно оценить, насколько нарушенным является пациент шизоидного ряда. Возможно, что именно значительность этого нарушения для тех, кто имел с ним дело, заставила авторов последнего издания DSM привести несколько альтернативных шизоидности диагнозов, чего они не делали для некоторых других характерологических состояний, при которых также возможна различная степень тяжести. Очевидно, особенно важно оценить при первичном интервью возможность психотического процесса; с пациентами, представляющими шизоидный тип, правомерны вопросы о галлюцинациях и иллюзиях, обратить внимание на присутствие или отсутствие нарушенного мышления, оценить способности пациента отличать идеи от действий и в случае затруднений применить психологические тесты. Если результаты подобного обследования предполагают наличие психоза, может быть показана медикаментозная терапия или госпитализация.

Ошибочная оценка шизофренического пациента как непсихотической

шизоидной личности может очень дорого обойтись. Однако, к сожалению, настолько же ошибочно было бы решить, что пациент имеет риск декомпенсации только потому, что он обладает шизоидным характером. Шизоидные люди нередко кажутся более больными, чем они есть на самом деле, и для терапевта сделать такую ошибку почти оскорбительно. Для пациента это может означать быть втянутым в жизнь, где его индивидуальность, возможно, навсегда будет приравнена к сумасшествию. (Даже с психотическим пациентом позиция терапевта, придерживающегося мнения, что клиент не “просто шизофреник”, а человек со своими особыми устремлениями, который вправе ожидать помощи, наиболее эффективно снижает психотическую тревогу.)

Если принять тот факт, что шизоидные процессы совершенно не обязательно зловещи, легко включить в терапевтическое отношение восхищение оригинальностью и интегрированностью высокофункционирующих шизоидных личностей. Некоторые здоровые шизоидные индивиды, которые подходят к проблемам не безнадежно связанными особенностями своей личности, не захотят, чтобы обращались к их эксцентричности и разбирали ее. Это их право. Терапевтическое знание, как сделать шизоида более “удобным” и открытым, может все же облегчить работу над проблемами, с которыми пациент действительно хочет бороться.

Шизоиды в сравнении с обсессивными и компульсивными личностями

Шизоидные личности часто самоизолируются и проводят длительное время в раздумьях, может быть даже навязчивых, о главных вопросах в их фантазируемой жизни. Нередко они, из-за их конфликта, связанного с близостью, проявляют бесчувствие, одеревенелость и отвечают на проблемы интеллектуализацией. Некоторые имеют причуды в поведении, кажущиеся или являющиеся навязчивыми, или же они оформляют свою жизнь в соответствии с невыносимой системой ритуалов. Следовательно, подобные шизоиды могут быть с легкостью неправильно определены как люди, имеющие обсессивную или обсессивно-компульсивную личностную структуру. У многих шизоидные и обсессивные или компульсивные качества сочетаются, но все равно эти два вида личностной организации можно обсуждать как “чистые” типы. Между ними существуют некоторые важные различия.

Обсессивные индивиды, составляя заметный контраст с шизоидами, обычно совершенно социальны и в подобном контрасте со стремлением шизоидов к уникальности, могут быть сильно заинтересованы в респектабельности, соответствии, одобрении близких и в репутации в обществе. Обсессивные люди бывают также моралистичны, они внимательно наблюдают за предпочтениями в их референтной группе. Шизоидные люди, напротив, не особенно озабочены тем, правы они или нет с общепринятой точки зрения. Люди, наделенные обсессивно-компульсивной личностью, отклоняют или изолируют чувства в отличие от шизоидных индивидов, которые идентифицируют их внутренне и удаляют из отношений, предполагающих их выражение.

Заключение

Я показала, как люди с шизоидной организацией личности сохраняют чувство безопасности и избегают интимности с другими, боясь оказаться поглощенными ими и спасаясь во внутреннем мире фантазий. Имея конфликт, касающийся близости-дистанции, шизоидные люди выбирают второе, несмотря на свое одиночество, так как близость для них ассоциирована со вредным влиянием на собственное “Я”. Возможные конституциональные составляющие включают в себя гиперсензитивность и сопутствующее избегание стимуляции. В добавление к аутистическому отходу в фантазии, шизоид использует и другие “примитивные” защиты, но также показывает и завидные способности к аутентичности и творчеству. Обсуждается влияние данных тенденций на отношения с другими людьми, уделено внимание семейным паттернам взаимодействий, которые могут спровоцировать шизоидный личностный конфликт приближения-избегания, а именно – сосуществование в них депривации и вторжения.

Соответственные трансферные и контртрансферные проблемы включают в себя трудности, связанные с допуском терапевта в мир пациента, тенденцию терапевта разделять с клиентом его чувства беспомощной уязвимости или грандиозного превосходства и попытки соучаствовать в его уклонении от общения с другими людьми. Лечебные рекомендации включают максимальное самоосознавание у терапевта, аутентичность, нормализацию и готовность использовать свою собственную “реальную” личность. Наконец, подчеркивается важность точной оценки положения данного индивида в шизоидном континууме. Шизоидный характер дифференцируется от обсессивной и компульсивной

личности.

Дополнительная литература

Много комментариев относительно шизоидного состояния похоронено в описаниях шизофрении. Красноречивое и емкое исключение представляет собой работа Гантрипа (Guntrip, 1969) “Шизоидные феномены, объектные отношения и собственное “Я””.

10. Параноидные личности

Большинство из нас имеют четкое ментальное представление об образе параноика и сразу узнают его в литературных описаниях. Например, прекрасное изображение Питером Селерсом в образе *Доктора Чужелюбова* (*Doctor Strangelove*) таких черт, как подозрительность, отсутствие чувства юмора и грандиозность, затрагивает хорошо знакомые струны в каждом, у кого есть параноидные знакомые, или кто-то внезапно замечает смешное выпирание параноидных черт у самого себя. Определение не таких ярких параноидных проявлений требует более тонкого восприятия. Сущность параноидной организации личности состоит в привычке обращаться со своими качествами, которые воспринимаются как негативные, путем их проекции; отчужденные характеристики впоследствии воспринимаются как внешняя угроза. Процесс проекции нередко сопровождается (а может и не сопровождаться) сознанием собственного величия.

Диагноз параноидной личностной структуры предполагает, по мнению многих людей, серьезные нарушения душевного здоровья, хотя, как я уже упоминала в главе 4 в специальной ссылке на паранойю, этот тип организации существует в континууме степени тяжести от психотического до нормального уровня (Freud, 1911; Shapiro, 1965; Meissner, 1978)*. Возможно, более “здоровые” параноидные личности встречаются реже, чем “несомненно” параноидные, но что верно и для лиц, описанных в предшествующих трех главах, можно обладать параноидным характером на любом уровне силы Эго, интеграции идентичности, тестирования реальности и объектных отношений. Последняя редакция DSM включает в себя параноидное расстройство личности и дает прекрасное (хотя и неэмпатическое) описание непсихотической паранойи, справедливо отмечая, что наши знания о ней, возможно, ограничены. Параноидный человек должен очень глубоко страдать для того, чтобы обратиться (или же его приводят) за психологической помощью; параноидные личности не расположены доверять посторонним. В противоположность депрессивным, истерическим или мазохистическим людям, высокофункционирующие параноидные индивидуумы стремятся избежать психотерапии, если только они не испытывают серьезной эмоциональной боли или не доставляют значительного беспокойства другим.

Люди с параноидными характерами нормального уровня часто

стремятся играть политические роли, где их склонность противопоставлять себя силам, в которых они видят зло или угрозу, может найти прямое выражение. Многие репортеры, освещавшие президентские выборы 1992 года в Америке, описывали параноидные черты Росса Перо, но даже некоторые из этих диагностов-любителей, вероятно, голосовали за него, опираясь на его реальные способности. Дж. Эдгар Хувер был другим высокопродуктивным общественным деятелем, который, как оказалось, имел сильные параноидные элементы в структуре личности. На другом конце континуума находятся некоторые серийные убийцы, уничтожавшие своих жертв, считая, что те сами пытались убить их. Сюда можно отнести и Чарлза Менсона из калифорнийских “хиппи”, которые являют собой примеры разрушительности проекции, становящейся сумасшествием, или паранойи, действующей без смягчающих влияний со стороны более зрелых эго-процессов, а также без твердой опоры на реальность.

И вновь я хочу подчеркнуть уже упомянутое в главе 5: определение паранойи не должно производиться на основании убежденности интервьюера в том, что ошибается насчет той опасности, в которой находится. Некоторых людей, кажущихся параноидными, действительно выслеживают или преследуют – сатанисты, приверженцы других маргинальных культов, отвергнутые любовники или недовольные родственники. (Некоторые люди, диагностированные как параноидные, *также* реально подвергаются опасности; фактически, благодаря своим отталкивающим качествам, многие параноидные личности становятся настоящими магнитами для дурного обращения.) Во время диагностического интервью необходимо не упускать из виду возможность того, что интервьюер может быть естественным образом испуган или что тот, кто подталкивает клиента к поиску терапии, имеет личные основания представить его как сумасшедшего.

И наоборот, некоторые индивидуумы, фактически являющиеся параноидными, не кажутся таковыми. Непараноидный человек ассоциируется со своей социальной группой и (интервьюером в том числе), может разделять ее установки относительно опасности определенных людей, сил или институтов (коммунизма, капитализма, религиозных авторитетов, распространителей порнографии, средств массовой информации, федерального управления, патриархата, расизма, цветных. Поэтому он нередко терпит неудачу в распознавании того, что существует нечто исходящее изнутри и вращающееся вокруг предмета его озабоченности (Cameron, 1959). Если бы конгрессмен Аллан Ловенстейн распознал параноидный характер Денниса Свини, одного из его “протеже”

в студенческом движении 1960-х, человека, который позже в припадке бреда убил его, он не был бы так печально известен в связи со своим поведением, которое можно было истолковать как сексуальное соблазнение. Он, вероятно, был бы жив сегодня (Harris, 1982). Оба – и Ловенстейн, и Свини – были убеждены, что с социальным злом следует бороться, но Ловенстейн не был изначально проецирующим, а Свини – таковым оказался*.

Существуют также люди, восприятие которых оказывается чрезвычайно проницательным, но которые тем не менее являются параноидными. Ховард Хьюджис ужасался последствиям ядерных испытаний в Неваде в то время, когда никто, кроме него самого, не был особенно обеспокоен радиоактивным загрязнением окружающей среды. Спустя годы, когда дань, востребованная радиацией, стала очевидной, он выглядел несколько менее сумасшедшим для многих. Но конечное оправдание его точки зрения не сделало Ховарда Хьюджиса менее параноидным; события последующей жизни этого человека говорят о той степени, в которой его собственные проекции служили источником собственных страданий (Maheu & Nack, 1992). Я приводила все эти возможные варианты с целью подчеркнуть, насколько важно выносить информированные, осмысленные диагностические суждения, а не автоматические, априорные предположения. Особенно это касается пациентов, чьи качества – мрачность и подозрительность – затрудняют теплоту к ним отношение.

Драйвы, аффекты и темперамент параноидной личности

Поскольку параноидные люди видят источник своих страданий вне самих себя, похоже, наиболее нарушенные из них представляют большую опасность для других, чем для себя. Они гораздо менее суицидальны, чем столь же нарушенные депрессивные, хотя известно, что могут и убить себя, чтобы опередить кого-то (воображаемого), кто грозит разрушить их личность. Недоброжелательность, угрожающие качества многих параноидных личностей побуждали к размышлениям, что одним из вкладов в параноидную ориентацию оказывается высокая степень внутренней агрессии или раздражительности. Представляется вполне резонным, что маленькому ребенку трудно управлять высоким уровнем агрессивной энергии и интегрировать его в позитивное чувство собственного “Я”. Так, отрицательные ответные реакции воспитателей на беспокойного,

требовательного младенца или так называемого “тоддлера” (начинающего ходить ребенка) будут вновь усиливать его ощущение, что окружающие являются преследователями. Мейсснер (Meissner, 1978) представил ряд эмпирических доказательств (Chess, Rutter, Thomas & Birch, 1963; Chess, Thomas & Birch, 1967), касающихся паранойи с “активной” симптоматикой в младенчестве (неравномерность, неадаптивность, интенсивность реакций и негативное расположение духа) и низким стимульным барьером и, соответственно, гипервозбудимостью (Bergman & Escalona, 1949; Brazelton, 1962).

Поразительно, что параноидные личности борются не только с гневом, негодованием, мстительностью и другими более враждебными чувствами, но, кроме того, они страдают от подавляющего страха. Сильван Томкинс (Silvan Tomkins, 1963), интегрировавший теоретический подход и данные эмпирических исследований в обширном необычном психодинамически ориентированном труде, рассматривал параноидное состояние как комбинацию страха и стыда. Движение глаз вниз-налево обычно для параноидных личностей (качество “изворотливости”, которое отмечают даже непрофессионалы). Физически оно является компромиссом между направлением горизонтально-влево, характерным для аффекта чистого страха и направлением строго вниз, как при ощущении чистого стыда (S. Tomkins, личное сообщение, 1972). Даже самый грандиозный параноидный индивид живет с ужасом ожидания возможного вреда от другого и с особой бдительностью следит за каждым человеческим взаимодействием.

Что касается стыда, этот аффект столь же сильно угрожает параноидной личности, как и нарциссической, но опасность в каждом случае переживается совершенно по-разному. Нарциссические личности, даже самого надменного вида, подвержены осознаваемому чувству стыда, когда каким-то образом с них снимается маска. Их энергия претворяется в усилия произвести на других такое впечатление, чтобы обесцененное собственное “Я” не было ими замечено. Параноидные личности, наоборот, используют отрицание и проекции настолько сильно, что стыд остается совершенно недостижимым внутри собственного “Я”. Поэтому энергия параноидной личности направляется на провал всех усилий тех, кто стремится устыдить или унизить их. Люди с нарциссической структурой пугаются, обнаруживая собственное несоответствие; люди же с параноидной личностью пугаются недоброжелательности других людей. Как может убедиться всякий работающий с параноидными пациентами, подобная фокусировка скорее на мотивах других, нежели на природе собственного “Я”, является в терапии труднопреодолимым препятствием.

Так же как и нарциссические личности, параноидные индивиды чрезвычайно уязвимы к зависти. Но они справляются с ней путем проекции. Степень и интенсивность гнева, с которыми они вынуждены справляться, могут представлять некоторые различия. Обида и зависть, иногда в бредовых количествах, омрачают их жизнь. Иногда такие отношения прямо проецируются, приобретая форму убеждения, что “другие бросают меня из-за тех моих качеств, которым они завидуют”. Чаще же всего они отрицают и проецируют другие аффекты и импульсы. Так, например, параноидный мужчина, забывая о своих собственных фантазиях о неверности, становится убежденным, что его жена опасно притягательна для других. Часто в подобного рода ревность включается бессознательное томление по близости с людьми того же пола. Поскольку параноидные личности путают это стремление с гомосексуальностью (Ovesey, 1955; Karon, 1989) и данная ориентация их пугает, желания признаются отвратительными и отрицаются. Затем это желание ощутить заботу со стороны личности того же пола прикрывается убеждением, что это, скорее, моя подруга, а не я сам, мечтает о большей близости с общим другом-мужчиной.

Наконец, параноидные люди сильно обременены чувством вины, которое не осознается и проецируется таким же образом, как и стыд. Некоторые из причин их глубокого чувства “плохости” будут приведены ниже – наряду со способами, которыми можно попытаться облегчить данное чувство терапевтически. Невыносимое бремя бессознательной вины является еще одной чертой их психологии, делающей параноидных пациентов столь трудными для оказания им помощи. Они живут с ужасом от мысли, что терапевт, когда действительно об этом узнает, будет шокирован их грехами и развращенностью, отвергнет или накажет за совершенные ими преступления. Они хронически отражают это унижение, трансформируя любое чувство собственной виновности в угрозу, исходящую извне. Бессознательно эти люди ожидают, что будут разоблачены, и трансформируют страх в постоянные изматывающие усилия распознать в поведении других “действительно” злые намерения по отношению к ним.

Защитные и адаптационные процессы при паранойе

Согласно определению, проекция доминирует в психологии параноидной личности. В зависимости от силы Эго пациента и степени

стресса, степень проецирования может быть психотической, пограничной или невротической. В целом, различие состоит в следующем. У откровенно психотических личностей нарушенная часть собственного “Я” проецируется и полностью считается находящейся “там”, вовне, независимо от того, насколько сумасшедшими могут выглядеть данные проекции для других. Параноидный шизофреник, полагающий, что болгарский агент-гомосексуалист отравил его воду, проецирует свою агрессию, свое желание близости с человеком того же пола, свой этноцентризм и свои фантазии о силе. Он не находит способов привести свои предположения в соответствие с общепринятыми представлениями о реальности и может быть совершенно убежден, что он единственный в мире, кто видит угрозу.

Поскольку (согласно определению) у людей с пограничным уровнем личностной организации тестирование реальности не утрачено, параноидные пациенты пограничного диапазона проецируют таким образом, что тех, на кого проецируются непризнаваемые отношения, неуловимым образом провоцируют чувствовать эти отношения. Такова проективная идентификация: человек пытается достичь избавления от определенных чувств, еще сохраняя с ними эмпатию, и нуждается в повторных заверениях самого себя в том, что они являются реальными. Пограничный параноидный человек действует так, чтобы сделать свои проекции “подходящими” для мишени проекции. Женщина, не признающая свою ненависть и зависть, заявляет своему терапевту в антагонистической манере, что терапевт завидует ее образованности. Интерпретации, данные в духе принятия и симпатии, переинтерпретируются ей как доказательство связанных с завистью желаний подкапывать и контролировать. Вскоре терапевт, изможденный постоянным непониманием, начинает ненавидеть свою пациентку и завидовать ее свободе давать выход своей хандре (Searles, 1959). Этот замечательный процесс изводит терапевтов, которые, выбирая себе профессию, не ожидают, что придется терпеть столь мощные негативные чувства, направленные на тех, кого они хотели бы излечить. Это обстоятельство объясняет свойственную многим специалистам в области душевного здоровья нетерпимость к пограничным и параноидным пациентам.

У параноидных людей невротического уровня внутренние проблемы проецируются способом, потенциально чуждым Эго. Иными словами, пациент проецирует, но при этом существует еще и некоторая наблюдающая часть собственного “Я”, которая в конце концов станет

способна, в контексте надежных (достоверных) взаимоотношений, к осознанию экстернализованного содержания психики как проекции. Люди, которые во время диагностического интервью описывают себя как параноидных, нередко и относятся к данной категории (хотя пограничные и психотические параноидные клиенты также могут иногда говорить подобным образом, стремясь показать, что они знают жаргон, но делают это без всякого действительного внутреннего понимания того, что страхи заставляют их проецировать).

Мой талантливый и здоровый, но параноидный по характеру пациент был подчинен глубокому страху того, что я предам его в угоду моей потребности хорошо выглядеть в глазах других. Например, если коллега, который знал нас обоих, на собрании общества высказывал мне критику в его адрес, пациент был уверен, что я каким-то образом передам наше соглашение. (При этом, чувствуя в переносе причиненную боль, он не отказывался пожаловаться на меня, так что некоторые из моих коллег довольно критически относились к моей работе с ним.) Еще до того, как пациент оказался способен осознать свой страх как проекцию его собственной – слишком ненавистной – потребности в принятии и восхищении, в сочетании с проекцией и отреагированием его защитного критицизма, он был готов понять, что мог приписать мне нечто, чего я не заслуживала.

Потребность параноидной личности овладевать расстраивающими чувствами путем проекции влечет за собой использование необычной степени отрицания и его близкого родственника – реактивного формирования. Все человеческие существа проецируют. И действительно, всеобщая склонность к проекции составляет основу для переноса, процесса, делающего возможной аналитическую терапию. Однако параноидные личности делают это в контексте сильного стремления не признавать выводящие из равновесия отношения. Поэтому мы сталкиваемся с процессом, совершенно отличным от проективных операций, в которых отрицание не столь тотально. Фрейд (1911) объяснял паранойю, по крайней мере, ее психотический вариант, посредством успешного неосознанного действия реактивного формирования (“Я вас не люблю; я ненавижу вас”) и проекции (“Это не я ненавижу вас – это вы ненавидите меня”).

Это лишь одна из нескольких возможных форм, в которых параноидный человек предстает в психологическом пространстве и которая запускает параноидный процесс, что может казаться весьма далеким от обычных, по-человечески более понятных отношений (Salzman, 1960b).

Исследуя данную тему, Карон (Caron, 1989) обобщил способы, которыми параноидный человек с бредом может справляться с желанием близости с человеком своего пола:

“Рассматривая различные пути, которыми можно опровергнуть чувство “Я его люблю”, получаем множество типичных видов бреда. “Я не люблю его, я люблю себя” (мегаломания). “Я не люблю его, я люблю ее” (эротомания). “Я не люблю его, она любит его” (бредовая ревность). “Я не люблю его, он любит меня” (проецирование гомосексуальности, вызывающее бредовую угрозу гомосексуальности). “Я не люблю его, я ненавижу его” (реактивное формирование). И, наконец, наиболее обычное проецирование бредовой ненависти: “Он ненавидит меня, следовательно, это позволяет мне ненавидеть его (если я ненавижу его, я не люблю его)”.

Повторю вновь, что чрезвычайная сложность в работе с параноидными личностями связана с тем, насколько велик и извилист путь от их основных аффектов до защитных видоизменений, направленных на овладение ими.

Объектные отношения при паранойе

Клиническая практика предполагает, что ребенок, выросший параноидом, страдал от серьезных поражений ощущения собственной действительности (силы); точнее, он подвергался повторяющемуся подавлению и унижению (Will, 1961; Tomkins, 1963; MacKinnon & Michel, 1971). В семье Даниэля Пауля Шребера, из сообщения которого о параноидных психозах Фрейд (1911) вывел теорию паранойи, отец был доминирующим патриархом и требовал от сына соблюдения сурового физического режима, предназначенного для того, чтобы сделать ребенка выносливым (Niederland, 1959)*. В основе формирования параноидного человека обычно лежит критицизм, наказание, зависящее от каприза взрослых, которых никак нельзя удовлетворить, а также крайняя степень унижения.

Тот, кто воспитывает детей, становящихся впоследствии параноидами, также часто учится на примере. Ребенок может наблюдать подозрительное, осуждающее отношение со стороны родителей, которые подчеркивают, что члены семьи являются единственными людьми, которым можно доверять. Это парадоксально, с точки зрения их насильнических качеств и объективно более доброго мира школы и окружения. Параноидные

личности пограничного и психотического уровней, как правило, выходят из жестокого дома, где в семейных отношениях критицизм и высмеивание преобладают или где один ребенок, будущая жертва паранойи, является козлом отпущения – мишенью для ненависти членов семьи и проецирования качеств, в особенности тех, которые относятся к категории “слабость”. Пациенты, находящиеся в диапазоне невротик—здоровый, как правило, происходят из семей, где тепло и стабильность сочетались с задиристостью и сарказмом.

Другим вкладом в параноидную организацию личности является неподдающаяся контролю тревога (непараноидная) у человека, осуществлявшего первичную заботу о ребенке. Параноидный пациент в основном является выходцем из семьи, где мать была настолько хронически нервной, что брала с собой термос с водой всюду, куда бы она ни шла (у нее постоянно пересыхало во рту), и описывала свое тело как “цементный блок” – от накопившейся напряженности. Когда бы ее дочь ни пришла к ней со своей проблемой, мать либо отрицала ее, потому что она не могла вынести еще одно дополнительное переживание, либо представляла ее катастрофически, потому что не могла контейнировать тревогу дочери. Кроме того, матери было трудно провести разграничительную линию между фантазией и поведением и, следовательно, она сообщала своему ребенку, что мысли эквивалентны поступкам. Дочь получала сообщение, что ее личные чувства – любви или ненависти – обладают опасной силой.

Например, однажды моя взрослая пациентка сказала своей матери, что в ответ на произвол своего мужа она бросила ему вызов. Ее мать сначала утверждала, что дочь не понимает собственного мужа: он преданный муж, и она навоображала себе все его неприятные качества. После того, как моя пациентка с аргументами в руках продолжала настаивать, мать призвала ее быть осторожной, так как муж может побить или бросить ее, если его спровоцировать (ее саму муж сильно бил, а потом бросил). И когда моя пациентка продолжала выражать свой гнев по поводу его поведения, мать стала умолять подумать о чем-либо другом, чтобы ее отрицательные мысли не ухудшили бы еще данное положение вещей. Эта благонамеренная, но сильно нарушенная мать, не имевшая комфорта в юности, оказалась неспособной обеспечить себе комфорт и впоследствии. Ее пропитанные тревогой советы и ужасные предсказания, сделанные в годы, когда происходило формирование дочери, воплотились в страхах девочки. Моя пациентка, таким образом, могла утешить себя только путем решительной трансформации своих чувств. Когда я начала работать с ней, она уже была

знакома с некоторыми терапевтами, которые были поражены ее бездонной нуждой и безжалостной враждебностью. Все они представляли ее как параноидную пациентку психотического или низкофункционального пограничного уровня. Ее способность рассказывать мне о взаимодействиях, подобных описанному, и оценивать, насколько деструктивными были они на протяжении всей ее жизни, проявилась только после многих лет терапии*.

В предыдущем примере искаженного материнского реагирования можно обнаружить несколько различных зачатков паранойи. Во-первых, в данном случае не находили подтверждения как реальность, так и нормальные реакции пациентки на нее, что вызывало скорее страх и стыд, а не ощущение, что тебя поняли. Во-вторых, моделировались отрицание и проецирование. В-третьих, возбуждались примитивные фантазии всемогущества, которые ложились в основу диффузного и непреодолимого чувства вины. И, наконец, взаимодействие вызывало дополнительный гнев, не разрешая первоначального стресса, тем самым увеличивая замешательство пациентки относительно основных чувств и восприятий. В ситуации, подобной этой, когда человек неявно подвергается оскорблению (в данном случае выглядевшее как непонимание, неспособность совладать с чувствами, угрозы), он в какой-то момент должен почувствовать себя еще тяжелее, чем сначала. Но подобные реакции могут быть расценены как неблагодарность и злость, поскольку оскорбляющая сторона только пыталась помочь.

Эти виды затуманивающих мозги трансакций находят многочисленные повторения во взрослых взаимоотношениях параноидных личностей. Их интернализированные объекты подрывают и самого параноидного человека, и того, с кем он вступает в отношения. Если первоначальным источником знаний для ребенка является воспитатель, который сам глубоко нарушен и примитивно защищается, который, оставив попытки почувствовать безопасность или значимость, использует слова не для выражения истинных чувств, а для манипулирования, то последующие взаимоотношения ребенка с людьми не могут быть ненарушенными. Напряженные потуги параноидной личности понять, что же происходит “на самом деле” (Shapiro, 1965), в этом свете вполне понятны, так же как и замешательство, беспомощность и чувство отчуждения, возникающее у людей, общающихся с параноидными друзьями, знакомыми и родственниками.

Конечно, тревога матери не является единственным фактором, повлиявшим на психологию этой женщины. Если бы рядом с ней

находились какие-либо значимые лица, осуществляющие заботу, способные к общению в подтверждающей манере, ее личность, возможно, не развивалась бы по параноидному пути. Однако отец молодой женщины, прежде чем оставить семью, когда дочь стала подростком, был ужасающе критичным, эксплозивным и не уважающим границы. Тенденция параноидной личности нападать, а не терпеть тревогу, связанную с ожиданием неизбежного дурного обращения (“Я сражу тебя прежде, чем ты сразишь меня”), является другой хорошо знакомой и удручающей ценой подобного родительского отношения (Nydes, 1963). Присутствие пугающего отца и отсутствие людей, способных помочь ребенку пережить соответствующие чувства (не делая их еще хуже), составляет, согласно мнению многих терапевтов, успешно смягчивших ситуацию, общей основой воспитания паранойи (MacKinnon & Michel, 1971).

Вследствие их ориентации на проблему силы и тенденций котреагированию, параноидные личности имеют некоторые качества, общие с психопатическими типами. Однако решающее различие состоит в их способности к любви. Даже при том, что они могут мучиться подозрениями относительно мотивов и стремлений тех, о ком осуществляют заботу, параноидные индивиды способны к глубокой привязанности и к продолжительной верности. Несмотря на преследование и неприятие, которое они испытывали со стороны тех, кто о них заботился в детстве, очевидно, что в их ранней жизни было достаточно участия и последовательности, чтобы у них сформировалось чувство, что о них заботятся. Результаты подобных отношений и делают возможным проведение терапии в эмпатическом ключе – несмотря на все их грубые искажения, антагонизм и ужасы.

Параноидное собственное “Я”

Главным полярным противоречием сэлф-репрезентаций параноидных характеров является импотентный, униженный и презируемый образ собственной личности, расположенный на одном полюсе, и всемогущий, оправдываемый и торжествующий – на другом. Напряжение между этими двумя образами затопляет их внутренний мир. Кошмарно, но ни одна из позиций не дает какого-либо утешения: страшная жестокость и презрение преследуют слабую сторону полярности, тогда как сильная сторона влечет за собой неизбежное следствие действия психологической силы, а именно – уничтожающее чувство вины.

Слабая сторона полярности проявляет себя в той степени страха, с которой постоянно живут параноидные личности. Они никогда не чувствовали полной защищенности и всегда тратили неизмеримое количество своей эмоциональной энергии на отслеживание признаков угрозы окружения. Грандиозная сторона проявляет себя в их “зацикленной на себе” установке: все случаемое имеет какое-то отношение к их личности. Это наиболее очевидно на психотическом уровне паранойи, когда пациент полагает, например, что он является личной целью международной шпионской организации или принимает тайные сообщения о начинающемся конце света во время теленовостей. Однако я также слышала о пациентах, многого достигших и ориентированных на реальность, которые размышляют о том, свидетельствует ли тот факт, что кто-то сел на их обычный стул, о наличии заговора с целью извести и унижить их. Между прочим, на диагностическом интервью такие пациенты часто не расцениваются как параноидные, и через несколько сессий терапевт может быть поражен возникновением организованного убеждения, что все происходящее с пациентом отражает значимость его индивидуального существования для других людей.

Мегаломания параноидных пациентов, бессознательная или явная, обременяет их невыносимым чувством вины. Если я всемогущ, то все неприятные вещи означают мой провал. Тесная связь между виной и паранойей интуитивно может быть понятна любому из нас, кто ощущал свою провинность и переживал в предчувствии возможного разоблачения и наказания. Я замечая, что когда кто-нибудь из моих студентов с опозданием возвращает мне статью, он избегает встречи со мной, будто единственное, о чем я думаю, – это его проступок и планируемое мною возмездие. Женщина, которую я лечила и которая имела внебрачную связь, рассказывала со смехом, что однажды, ведя машину, она держалась за руки со своим любовником, но, увидев сверху полицейский вертолет, отдернула руку.

Сложной и мучительной проблемой для многих параноидных личностей является сочетание неясности своей сексуальной идентификации, тяги к однополой близости и связанная с этим озабоченность гомосексуальностью. Связь между паранойей и озабоченностью гомосексуальностью часто отмечалась клиницистами (Searles, 1961) и подтверждалась некоторыми эмпирическими исследованиями (Aronson, 1964). Параноидные личности (даже то их меньшинство, которое ведет себя в соответствии с гомоэротическими чувствами) могут расстраиваться от мысли о притягательности своего пола

до степени, которая едва ли вообразима для непараноида. Для гомосексуальных мужчин и женщин, которым трудно понять, почему их сексуальную ориентацию считают настолько опасной, гомофобия параноида представляется действительно угрожающей. Краткий период триумфа нацизма показывает, что когда параноидные тенденции разделяются целой культурой или субкультурой, проявляются самые ужасающие возможности*.

Параноидную озабоченность гомосексуальностью иногда объясняют как отражение “бессознательных гомосексуальных импульсов”. Это выражение является дезориентирующим в том смысле, что не представляет собой обычное генитальное стремление, стимулирующее гомофобию. Это одиночество и желание единства душ общедоступно поясняет Карон (Karon, 1989):

“Поскольку в детстве нам было комфортно с детьми одного с нами пола, прежде чем стало комфортно и с противоположным полом, и поскольку люди одного с нами пола более похожи на нас, чем люди противоположного пола, то, когда мы удаляемся от всех, нас все же тянет к кому-то одного с нами пола. К сожалению, начиная осознавать эту тягу, пациенты неверно интерпретируют ее как гомосексуальность, и это обстоятельство включает защиты”.

Другими словами, суть переживания собственной личности параноидными людьми состоит в глубокой эмоциональной изолированности и потребности в том, что Салливан (Sullivan, 1953) назвал “подтверждающим согласием” от “другбана”.

Основной способ, которым параноидный человек пытается повысить свое самоуважение, состоит в напряжении действенных сил в борьбе против авторитетов и других людей, играющих значительную роль. Переживания отмищения и триумфа дают им облегчающее (хотя кратковременное и неглубокое) чувство безопасности и моральной ясности. Пугающее сутяжничество параноидных индивидуумов происходит из данной потребности вступать в схватку и побеждать преследующего родителя. Некоторые люди, наделенные параноидной личностью, посвящают себя служению жертвам угнетения и плохого обращения, поскольку их предрасположенность к борьбе с несправедливыми авторитетами и к отмищению побежденного удерживает их на баррикадах намного дольше, чем других довольно значительных социальных активистов, чья психодинамика не настолько успешно предохраняет их от “перегорания”.

Перенос и контрперенос с параноидными пациентами

Перенос у большинства параноидных пациентов носит быстрый, интенсивный и негативный характер. Иногда терапевт оказывается реципиентом проекции образа спасителя, но чаще всего он видится как потенциальный неподтверждающий (неподдерживающий) и унижающий тип. Параноидные пациенты подходят к психологической оценке с ожиданием того, что интервьюер хочет чувствовать превосходство, демонстрируя их недостатки, или собирается следовать другой, настолько же бесполезной для них программе. Они стремятся поразить клинициста жестокостью, отсутствием юмора и намерением критиковать. Они могут безжалостно фиксировать свой взгляд на терапевте, за что этот взгляд и был назван “пристальным параноидным взглядом”.

Не удивительно, что интервьюер реагирует на подобное поведение ощущением уязвимости и появлением тотальной защиты. Контрперенос бывает в этих случаях или тревожным, или враждебным. Реже, если терапевта воспринимают как спасителя, контрперенос может быть благожелательно грандиозным. В любом случае, терапевт обычно осознает сильные ответные реакции в отличие от часто едва уловимых контрпереносов, возникающих с нарциссическими или шизоидными пациентами. Поскольку сочетание отрицания и проекции, которое образует паранойю, приводит к вытеснению отвергаемой части собственного “Я”, терапевт параноидного пациента нередко осознает, что может чувствовать определенные аспекты эмоциональной реакции, которые клиент изгоняет из сознания. Например, пациент может быть переполнен враждебными чувствами, тогда как терапевт испытывает страх, против которого враждебность является защитой. Или же пациент чувствует уязвимость и беспомощность, в то время как терапевт – садистическую жестокость и силу.

Вследствие большого количества и распространенности таких внутренних реакций терапевта, указывающих чувствительной личности на степень страданий, с которыми пытается справиться параноидный пациент, у большинства терапевтов имеет место контрпереносная тенденция “прямо указать пациенту” на нереалистическую природу того, в чем пациент видит для себя опасность. Многие из нас, кто практиковал хоть какое-то время, имели по крайней мере одного клиента, который выплакивался для получения успокоения, а даже получив его, убеждался, что мы участвовали в заговоре с целью отвлечь его от страшной угрозы. Бессилие терапевта

оказать немедленную помощь человеку, столь несчастному и подозрительному, возможно, является самым ранним и наиболее пугающим барьером для установления подобного вида отношений, которые в конце концов позволят дать облегчение.

Терапевтические рекомендации при установлении диагноза “паранойя”

Первое требование, с которым сталкивается терапевт параноидного пациента, это установление стабильного рабочего альянса. Установление таких отношений необходимо (а иногда и является решающим) для успешной терапевтической работы с любыми клиентами. Но они особенно важны при работе с параноидными личностями, если иметь в виду их трудности относительно доверия. Один из моих начинающих студентов на вопрос о его планах по поводу работы с очень параноидной женщиной, ответил: “Во-первых, я добьюсь ее доверия. Потом буду работать над развитием способности отстаивать собственную личность”. Ерунда. Если параноидная личность действительно доверяет терапевту, терапия уже закончена, и имеет место громадный успех. Однако студент прав в некотором смысле: должно произойти некоторое начальное принятие пациентом того, что терапевт благожелательно настроен и компетентен. И это потребует от терапевта не только достаточной терпеливости, но и определенной способности комфортно обсудить негативный перенос и передать, что ожидается определенная степень ненависти и подозрения, направленные на клинициста. Несуетливое принятие терапевтом мощной враждебности помогает пациенту чувствовать себя защищенным от возмездия, уменьшает страх разрушительной ненависти, а также демонстрирует, что те аспекты собственного “Я”, которые пациент воспринимал как зло, являются просто обычными человеческими качествами.

Техническая часть настоящей главы будет большей по сравнению с другими, поскольку терапевтические процедуры с параноидными пациентами существенно отличаются от “стандартной” психоаналитической практики. Общими целями являются цели понимания на глубинном уровне, доведение до осознания неизвестных аспектов собственного “Я” и способствование наибольшему возможному принятию человеческой природы. Но достигаются они по-разному. Например, интерпретирование “с поверхности вглубь”, как правило, невозможно с

параноидными пациентами, поскольку той озабоченности, которая у них проявляется, предшествовало множество радикальных трансформаций первоначальных чувств. Мужчина, страстно желающий поддержки от кого-то, тоже мужчины, и бессознательно неправильно истолковывающий это томление как сексуальное желание, отрицает его, смещает и проецирует на кого-либо другого, переполняясь страхом, что его жена вступила в интимные отношения с его другом. Он не сможет правильно адресовать свой действительный интерес, если терапевт поощрит его к ассоциированию идеи о неверности жены.

Такая же злополучная судьба может постигнуть и “анализирование сопротивления прежде содержания”. Комментарии действий или установок, предпринятые с параноидным пациентом, только заставят его почувствовать себя предметом оценки или изучения, подобно лабораторной морской свинке (Hammer, 1990). Анализ защитных реакций отрицания и проекции вызывают только более “византийское” (архаическое – *примеч. переводчика*) использование тех же защит. Традиционные аспекты психоаналитической техники – скорее исследование, чем ответы на вопросы, развитие аспектов поведения пациента, которые могут служить выражением бессознательных или умалчиваемых чувств, обращение внимания на ошибки и т.д. – были разработаны для того, чтобы увеличить доступ пациента к своему внутреннему материалу и поддержать его решимость говорить о нем более открыто (Greenson, 1967). С параноидными пациентами такая практика дает эффект “бумеранга”. Если стандартные способы помочь пациенту раскрыться вызывают только дальнейшее развитие параноидного восприятия, как же можно помочь?

Во-первых, следует воззвать к чувству юмора. Большинство специалистов (MacKinnon & Michel, 1971) выступало против шуток в терапии паранойи, чтобы пациент не чувствовал приставания и насмешки. Это предостережение способствует безопасности, но вовсе не исключает моделирования терапевтом самоироничного отношения, подшучивания над иррациональностью жизни, а также другие неприносящие формы остроумия. Юмор необходим в терапии – в особенности с параноидными пациентами – поскольку шутки являются своевременным способом осуществления безопасной разрядки агрессии. Ничто не дает большего облегчения и для пациента, и для терапевта, чем мимолетный проблеск света на фоне угрюмого покрова грозowych туч, окутывающих параноидную личность.

Лучший способ предоставить место обоюдному удовольствию, полученному, от юмора, – посмеяться над собственными фобиями,

претензиями и ошибками. Параноидные люди ничего не пропускают. Ни один изъясн терапевта не защищен от их испытующего взгляда. Мой друг утверждает, что обладает бесценным качеством для проведения психотерапии: умеет непревзойденно “зевать в нос”. Но (спору на мою кушетку!): даже он не сможет провести хорошего параноида. Женщина, история которой была описана ранее в этой главе, никогда не ошибалась, когда замечала мою зевоту – сколь бы неподвижным ни было мое лицо. Я реагировала на ее конфронтацию по данному поводу извинительным признанием, что она снова разоблачила меня, и сожалением, что совершенно не в состоянии скрыть в ее присутствии что-либо. Такой тип реакции продвинул нашу работу гораздо больше, чем мрачное, лишенное юмора выяснение ее фантазий в тот момент, когда подумала о моей зевоте.

Естественно, нужно быть готовым принести извинения, если ваша остроумная шутка окажется ошибочной. Но решение о том, что работа с гиперчувствительными пациентами должна проводиться в атмосфере гнетущей серьезности, является без необходимости поспешным. Для параноидного индивида может оказаться очень полезной (особенно после установления надежного рабочего альянса, что само по себе может потребовать месяцев и лет работы) попытка сделать фантазии о всемогуществе доступными. Это с помощью толики разумного поддразнивания. Джул Нидз (Jule Nydes, 1963), обладавшая завидными способностями к работе с трудными пациентами, цитирует следующие интервенции:

“Один пациент... был убежден, что его самолет разобьется по пути в Европу. Он был поражен и успокоился после того, как я заметила: “Вы думаете, Бог настолько немилосерден, что пожертвует жизнями сотни других людей, просто чтобы добраться до Вас?” Другой подобный пример касается молодой женщины... у которой развились сильные параноидные страхи незадолго до ее предстоящей свадьбы. Свадьбу она бессознательно переживала как выдающийся успех. Это было во времена, когда “сумасшедший бомбометатель” устанавливал свое смертельное оружие в вагонах метро. Она была уверена, что погибнет от бомбы, и поэтому избегала метро. “Неужели Вы не боитесь “сумасшедшего бомбометателя?” – спросила она меня. И прежде чем я смогла ответить ей, усмехнулась: “Конечно, нет, Вы ездите только на такси”. Я убедила ее, что пользуюсь метро и у меня есть очень хорошая причина не бояться его. Ведь я знаю, что “сумасшедший бомбометатель” хочет достать ее, а не меня”.

Хаммер (Hammer, 1990), который подчеркивал важное значение непрямого, “сохраняющего лицо” способа разделения инсайтов с параноидными пациентами, рекомендует следующую шутку как способ интерпретирования отрицательной стороны проекции:

“Мужчина отправляется к соседу, чтобы позаимствовать газонокосилку, и думает о том, какой хороший у него друг, что способен на такие одолжения. Тем не менее, по мере приближения его начинают одолевать сомнения относительно заема. Возможно, сосед предпочтет не одалживать газонокосилку. За время пути сомнения приводят его в ярость, и когда друг появляется в дверях, мужчина выкрикивает: “Знаешь, что ты можешь сделать со своей проклятой газонокосилкой – засунь ее в...!”

Юмор, особенно готовность пошутить над самим собой, возможно, терапевтичен тем, что скорее покажется пациенту “реальностью”, чем исполнение какой-либо роли и следование неизвестному плану игры. Истории параноидных личностей иногда настолько лишены аутентичности, что прямая эмоциональная честность терапевта оказывается откровением о том, как люди могут относиться к окружающим. С некоторыми оговорками, приведенными ниже и касающимися соблюдения ясных ограничений, я рекомендую быть чрезвычайно предупредительными с параноидными пациентами. Это означает, что следует отвечать на их вопросы, а не избегать ответов и исследовать мысли, скрывающиеся за вопросом. Согласно моему опыту, когда явное содержание интереса параноидного человека с уважением учитывается, он готов охотно исследовать представленное в нем скрытое содержание.

Во-вторых, можно “присоединиться”, “пойти за” или “достичь цели в обход” (в зависимости от любимой метафоры) сложной параноидной защиты от аффекта, против которого она была возбуждена. В приведенном выше гипотетическом примере с мужчиной, заиклившимся на возможной неверности жены, полезным окажется комментарий о том, что он чувствует себя одиноким и лишенным поддержки. Поразительно наблюдать, как быстро исчезает параноидная речь, если терапевт просто позволяет ей течь, избегая попыток прояснить содержание свернутого защитного процесса. Спустя некоторое время терапевт сможет эмпатически использовать непризнаваемые, проецируемые чувства, из которых происходит сердитая озабоченность.

Часто лучшим ключом к разгадке первоначальных чувств, от которых защищается пациент, служит контрперенос; параноидную личность

полезно представить как личность, чисто физически проецирующую неосознаваемые ей отношения на терапевта. Таким образом, когда пациент находится в состоянии сильного безжалостного праведного гнева, а терапевт ощущает как результат угрозу и беспомощность, для пациента могут оказаться глубоким подтверждением слова: “Я знаю, насколько то, с чем вы имеете дело, злит вас, но я чувствую, что кроме этого гнева, вы также переживаете глубокие чувства страха и беспомощности”. Даже если это предположение и неверно, пациент слышит: терапевт хочет понять, что именно вывело его из состояния душевного равновесия.

В-третьих, пациентам, страдающим от усиления параноидных реакций, можно помочь, идентифицируя то, что произошло в их недавнем прошлом и расстроило их. Такой “осадок” обычно включает в себя сепарацию (ребенок пошел в школу, уехал друг, родитель не ответил на письмо), неудачу, или – как это ни парадоксально – успех (неудачи унижают; успехи включают в себя вину всемогущества и страх наказания). Один из моих пациентов был склонен к произнесению длинных параноидных тирад, по ходу которых я могла понять, на что он так реагирует, только через 20—30 минут. Если я прилежно избегаю конфронтации его параноидных действий и вместо этого комментирую, что он, возможно, недооценил, насколько его беспокоит то, о чем он мельком упомянул, его паранойя имеет тенденцию рассеиваться вообще без всякого анализа данного процесса. Научение человека отмечать свое состояние возбуждения и находить вызвавший его “осадок” часто вообще предотвращает параноидный процесс.

Обычно следует избегать прямой конфронтации содержания параноидной идеи. Параноидные люди остро восприимчивы к эмоциям и отношению. Они запутываются на уровне интерпретации значения данных проявлений (Sullivan, 1953; Shapiro, 1965; Meissner, 1978). Если их интерпретации оспариваются, они, скорее, будут думать, что им говорят: “Ты псих, раз видишь то, что видишь”, а не: “Ты неправильно истолковал смысл этого явления”. Следовательно, соблазнительно предложить альтернативную интерпретацию, но если это делается с излишней готовностью, пациент будет чувствовать, как будто его отвергают, им пренебрегают и лишают его проникательного восприятия, что в свою очередь стимулирует параноидные интерпретации.

Если параноидный пациент достаточно смел, чтобы открыто спросить, согласен ли терапевт с его пониманием чего-либо, можно, в соответствующей манере, предложить другие варианты объяснения (“Я могу понять, почему вы думаете, что этот человек хотел вас сбить, но,

возможно, существует и другая причина: он поругался с начальником и вел себя как ненормальный независимо от того, кто попадался ему на дороге”). Обратите внимание, что терапевт в данном случае не заменяет мотив на более благожелательный вместо того, что относится к собственному “Я” параноида (“Возможно, он уклонился, чтобы не сбить животное”). Этому есть причина. Если параноидный человек думает, что кто-то пытается удовлетворить намерения, которые (как он “знает”) являются поддельными, он будет тревожиться больше, а не меньше. Замечу также, что комментарий делается тоном как бы “в сторону” – так, что пациент либо принимает, либо отбрасывает его. Работая с параноидными пациентами, следует избегать любых интервенций, которые приглашают их к явному принятию или отторжению идей терапевта. В их представлении принятие равно унижительной подчиненности, а отторжение провоцирует возмездие.

В-четвертых, можно многократно подчеркивать различия между мыслями и действиями, демонстрируя наиболее ужасающие фантазии в качестве примера замечательного, восхитительного, творческого извращения человеческой природы. Способность терапевта чувствовать удовольствие от враждебности, алчности, похоти и тому подобных далеко не блестящих тенденций без отреагирования их вовне помогает пациенту уменьшить страх перед неподконтрольной злой сущностью. Ллойд Сильверман (Lloyd Silverman, 1984) подчеркнул огромное значение рекомендации, следующей за интерпретацией чувств и фантазий: просто наслаждайтесь ими, – что является особенно важным направлением работы с параноидными пациентами. Иногда, в отсутствие данного аспекта терапии, пациенты приходят к мысли, что цель терапии состоит в том, чтобы помочь им “очиститься” от подобных чувств, а не принять их как часть обстоятельств человеческой жизни.

Когда одна из моих дочерей была дошкольницей, воспитательница провозгласила, что добродетель заключается в “думании хороших мыслей и делании хороших дел”. Это заявление обеспокоило мою дочь. Она получила большое облегчение, когда, прокомментировав данное утверждение, я сказала, что не согласна с ее воспитательницей. Думать плохие мысли — даже забавно, особенно если делать хорошие дела, несмотря на эти мысли. После этого моя дочь в течение четырех месяцев (особенно когда она пыталась не обидеть свою маленькую сестричку) делала озорное лицо и объявляла: “Я делаю хорошие дела и думаю очень плохие мысли!” Девочка училась намного быстрее, чем люди, всю жизнь путающие фантазии и реальность. Но то, чему я пыталась научить ее, оказалось тем же посланием, которое исцеляет параноидных клиентов.

В-пятых, вы должны быть гипервнимательны к границам. Если, работая с другим типом пациентов, иногда можно одолжить книгу или спонтанно восхититься новой прической, то по отношению к параноидному индивиду подобное поведение чревато осложнениями. Параноидные пациенты все время обеспокоены тем, что терапевт может отступить от своей роли и будет использовать их для каких-то своих целей, не имеющих отношения к психологическим нуждам. Даже тот, кто развил интенсивный идеализирующий перенос и утверждает, что хочет “настоящей” дружбы с терапевтом, реагирует страхом, если терапевт действует таким образом, что покажется нетипично активно предъявляющим свое собственное “Я”.

Последовательность является определяющей для возникновения чувства безопасности у параноидного человека. Непоследовательность стимулирует фантазии, что желания имеют слишком большую силу. Индивидуальные границы терапевта (как он относится к пропуску сессий или к телефонным звонкам к себе домой) имеют меньшее значение, чем то, насколько надежно они соблюдаются. Для параноидного человека более терапевтично злиться и огорчаться по поводу ограничений в отношениях, чем беспокоиться о том, что терапевта действительно можно соблазнить или внушить ему страх и вывести из его обычного состояния. В то время как в сердце депрессивного человека неожиданное отклонение, говорящее о заботе терапевта, может зажечь искру надежды, в параноидном человеке оно будет разжигать пламя тревоги.

В этой связи следует отметить риск псевдоэротической трансферной “бури” у параноидных клиентов. Терапевт того же пола, что и пациент, должен быть даже более профессионально подкован, чем терапевт противоположного пола, потому что многие параноидные личности подвержены гомосексуальной панике. Но и те и другие могут внезапно обнаружить себя мишенью интенсивной сексуализированной жажды или ярости. Сочетание чрезвычайной психологической депривации и когнитивной путаницы (привязанность и секс, мысли и действия, внутреннее и внешнее) часто приводит к эротизированным неправильным толкованиям и страхам. Лучшее, что может сделать терапевт, это восстанавливать терапевтические рамки, выдерживать вспышки, нормализовать чувства, стоящие за извержениями, и проводить разделение между чувствами и поведенческими ограничениями, которые делают психотерапию возможной.

И, наконец, решающим является тот факт, что параноидным пациентам передается и сила личности, и недвусмысленная откровенность.

Вследствие того обстоятельства, что они так полны враждебности и агрессивных стремлений, так запутаны относительно того, где кончаются мысли и начинаются действия, и так мучаются чувством разрушительного всемогущества, их наибольшее беспокойство в терапевтических отношениях связано с тем, что их злобные внутренние процессы повредят терапевту или разрушат его. Им следует знать, что человек, работающий с ними, сильнее их фантазий. Иногда то, насколько уверенно, прямо и бесстрашно терапевт произносит сообщения, означает больше, чем то, что именно говорится.

Большинство людей, которые писали о реальном опыте работы с параноидными людьми (в противоположность литературе по теории происхождения параноидного процесса) подчеркивали уважение, честность, такт и терпение (Fromm-Reichmann, 1950; Arieti, 1961; Searles, 1965; MacKinnon & Michel, 1971; Karon, 1989; Hammer, 1990). Некоторые исследователи, особенно те, кто работал с психотическими пациентами, рекомендовали одобрять взгляд пациента на реальность для того, чтобы создать ему подтверждение, достаточное для начала освобождения от параноидных конструкций, которые терапевт и клиент теперь, по-видимому, разделяют (Lindner, 1955; Spontnitz, 1969). Однако большинство авторов придерживалось точки зрения, что стоит высказывать уважение к искажениям в видении пациента и избегать уничтожающей критики, не заходя столь далеко.

Вследствие мучительной чувствительности параноидных пациентов к оскорблению и угрозе их невозможно терапевтировать без некоторого количества травматических срывов. Иногда терапевтическая работа похожа на бесконечное упражнение в предупреждении причинения травмы пациенту. Более того – и это следует поставить на службу своему пониманию – вы должны уметь выносить продолжительное ощущение оставленности и одиночества: люди с параноидной психологией не склонны давать подтверждение в форме словесного признания или видимого принятия. Но преданный делу, разумно смиренный, честный практик после нескольких лет работы с параноидным человеком может добиться радикальных изменений и, испытывая гнев и негодование пациента, обнаруживает глубинный источник теплоты и благодарности.

Дифференциальный диагноз

Поставить диагноз параноидной личностной структуры обычно

бывает достаточно просто за исключением, как отмечалось ранее, тех случаев, когда индивид является высокофункционирующим и пытается сохранить степень своей паранойи скрытой от интервьюера. Как и при работе с шизоидными клиентами, так и в ситуации с явно параноидным пациентом оправдано внимание к возможности психотического процесса.

Параноидная личность в сравнении с психопатической

В главе 7 я прокомментировала дифференцирующее значение вины как центральной динамики в соответствующих психологиях параноидных и антисоциальных людей. Я должна также упомянуть любовь. Если параноидный человек чувствует, что вы разделяете с ним основные ценности и вас можно считать стоящим над всеми бедами, фактически, не существует предела верности и великодушию, на которые он способен. Процессы проекции являются общими с антисоциальными личностями. Но там, где психопаты абсолютно неэмпатичны, параноидные личности глубоко связаны с объектом. Главную угрозу для продолжительной привязанности в ситуации с параноидной личностью представляет не недостаток чувствительности к другим, а, скорее, опыт предательства; фактически, они способны прекратить отношения, продолжавшиеся 30 лет, когда чувствуют, что с ними поступают несправедливо. Эти люди связаны с другими на основе аналогичных чувств исходной морали, следовательно, ощущают, что они сами и их объекты любви едины в понимании того, что хорошо и правильно. Любые моральные нарушения со стороны личности, с которой они идентифицируются, ощущаются как порок в себе, который должен быть искоренен посредством изгнания виновного в преступлении объекта. Но история прерванных взаимоотношений – это не то же самое, что неспособность к любви.

Параноидные личности в сравнении с обсессивными

Обсессивные личности подобны параноидным индивидуумам в чувствительности к вопросам справедливости и правил, в ригидности и отрицании “нежных” эмоций, в озабоченности проблемой контроля, в подверженности стыду и склонности к праведному негодованию. Они также глубоко вникают в детали и могут неправильно понимать картину в целом благодаря своей фиксации на мелочах. Кроме того, обсессивные личности при декомпенсации в психозы могут соскальзывать постепенно

от иррациональных навязчивостей в параноидный бред. Многие люди обладают одновременно и параноидными, и обсессивными чертами.

Однако люди данных диагностических категорий отличаются по той роли, которую в их историях и восприятиях играет унижение; обсессивная личность боится контроля, но не испытывает страха физического повреждения и морального уничтожения, свойственного параноидной. Обсессивные пациенты пытаются скооперироваться с интервьюером, несмотря на свою оппозиционность, и работающие с ними терапевты не испытывают той степени тревоги, которую вызывают параноидные пациенты. Стандартная психоаналитическая техника бывает полезна для обсессивных клиентов. Яростная реакция на обычные прояснения и интерпретации в ситуации с пациентом, который диагностирован как обсессивный, могут являться первым знаком того, что у него доминируют параноидные качества.

Параноидная личность в сравнении с диссоциативной

Большинство людей с множественным расстройством личности имеют дополнительную личность, которая несет паранойю в системе личности и может производить на интервьюера впечатление, что она представляет собой целую личность. Поскольку плохое эмоциональное обращение ведет к происхождению и паранойи, и диссоциации, то сосуществование у отдельного индивидуума данных процессов является обычным. В главе 15 я буду обсуждать диагностику диссоциативных расстройств достаточно основательно, так что станет понятно, как выделить индивидуумов с параноидной личностью из диссоциативных лиц с параноидной дополнительной личностью или параноидными тенденциями.

Заключение

Я описала явные и латентные качества людей, обладающих преимущественно параноидными личностями, подчеркивая их опору на проекцию. Возможные этиологические переменные включают в себя внутренне присущую агрессивность или раздражительность, а также – как следствие – подверженность чувству страха, стыда, зависти и вины. Я рассмотрела роль формирующих переживаний угрозы, унижения и процессов проекций в семейной системе, а также значение одержимо-тревожных противоречивых посланий в развитии данного вида личностной

организации. Кроме того, я описала чувство собственного “Я” параноидной личности как попеременно беспомощно уязвимое и всемогуще разрушительное, с постоянной озабоченностью, происходящей из глубинной хрупкости идентичности и самоуважения. Обсуждалась интенсивность процессов переноса и контрпереноса – особенно тех, что включают в себя злость.

Технические рекомендации терапевту, работающему с параноидным пациентом, предполагают, что ему следует демонстрировать добродушно-юмористическое восприятие собственной личности и так же подходить к оценке человеческих слабостей; работать скорее с аффектами и процессами, нежели с защитами и содержанием; идентифицировать специфические “осадки”, лежащие в основе симптоматичной потери душевного равновесия, избегая прямых атак на параноидные интерпретации переживаний; производить различие между идеями и действиями; сохранять границы; передавать позицию личностной силы, аутентичности и уважения. И, наконец, в настоящей главе лица с преимущественно параноидной психологией дифференцировались от лиц с психопатической, обсессивной и диссоциативной личностной организацией.

Дополнительная литература

Наиболее понятной книгой о паранойе могут быть “Параноидные процессы” Мейсснера (Meissner (1978) “The Paranoid Process”). Однако глава книги Шапиро (Shapiro, 1965), посвященная параноидному стилю, написана лучше, короче и более жизненна.

11. Депрессивные и маниакальные личности

В этой главе я собираюсь рассмотреть людей, чьи характерологические паттерны создаются депрессивной динамикой. Я кратко рассмотрю психологию тех, чьи личности характеризуются отрицанием депрессии – тех, кто может быть назван маниакальными, гипоманиакальными или циклотимиками. Люди последней диагностической группы руководствуются жизненными стратегиями, противоположными тем, которые бессознательно используются депрессивными людьми. Но все же основные организующие темы, ожидания, страхи, конфликты и бессознательные объяснительные конструкты депрессивных и маниакальных людей аналогичны.

Хорошо известно, что многие люди переживают чередование депрессивных и маниакальных состояний психики; те из них, чье состояние соответствует психотическому уровню, обычно описываются как имеющие “маниакально-депрессивное” заболевание. В настоящее время их предпочитают называть “биполярными”. Предыдущий термин предполагает наличие галлюцинаций и суицидальных тенденций, тем не менее множество людей, никогда не имевших психотического опыта, отмечены циклами мании и дистимии. В каждой области континуума развития находятся и люди, преимущественно депрессивные и преимущественно маниакальные, и те, кто периодически переходит от одного полюса к другому*.

Депрессивные личности

По мнению многих аналитических комментаторов (Frances & Cooper, 1981; Kernberg, 1984), нашему коллективному профессиональному пониманию депрессивной психологии было создано излишнее препятствие, когда создатели DSM-III решили поместить все депрессивные и маниакальные состояния под заголовок “Растройства настроения”. При этом, а также отказавшись от использования категории “депрессивная личность”, они сделали акцент на аффективных аспектах дистимических состояний и несколько пренебрегли ценностью когнитивных, сенсорных, поведенческих аспектов и компонентов воображения, которые в равной степени важны в феноменологии депрессии. Как следствие, такое решение отвлекло наше внимание от понимания тех защитных процессов, которые

характеризуют депрессивных людей даже тогда, когда они не находятся в клинически депрессивном состоянии*.

Нет сомнений в том, как выглядит клиническая депрессия. Кроме того, многие из нас имели несчастье страдать от депрессивного состояния. Непреходящая печаль, сниженная энергетика, ангедония (неспособность радоваться обычным удовольствиям) и вегетативные нарушения (проблемы питания, сна и саморегуляции) являются очевидными. Фрейд (Freud, 1917) был первым, кто сравнил и противопоставил депрессивные (“меланхолические”) состояния нормальному переживанию горя. Он обнаружил важное различие между этими двумя состояниями: при обычных реакциях горя *внешний мир* переживается как уменьшившийся каким-либо важным образом (потеря значимой личности), в то время как при депрессивных состояниях то, что переживается как потерянное или разрушенное, является частью *самого себя*. Следовательно, в некотором смысле депрессия противоположна переживанию горя. Люди, которые проходят процесс переживания горя нормальным образом, не становятся депрессивными, даже при том условии, что они глубоко печалются в течение некоторого периода времени после тяжелой утраты или потери.

Когнитивные, аффективные, сенсорные процессы и воображение, которые резко тормозятся при внезапной клинической депрессии (особенно это наблюдается у личностей без сильных дистимических наклонностей), в психике тех из нас, кто является депрессивными личностями, действуют хроническим, организующим, самостабилизирующим образом (Laughlin, 1956, 1967). Возможно, если иметь в виду читателей настоящей книги, сочетание “тех из нас” особенно уместно: если доверять профессиональным впечатлениям, существенное количество психотерапевтов является характерологически депрессивным. Мы вполне естественно эмпатически откликаемся на печаль, ощущаем раны в самооценке, ищем близости и сопротивляемся потере и приписываем наши терапевтические успехи усилиям наших пациентов, а неудачи – нашим собственным личными ограничениям.

Гринсон (Greenson, 1967), комментируя связь между депрессивной чувствительностью и необходимыми качествами успешных терапевтов, пошел так далеко, что высказал следующее мнение: аналитики, которые сами не страдали от серьезной депрессии, испытывают затруднения в работе в качестве целителей. Гринсон, возможно, рассматривал себя как пример здоровой личности, вместе с более заметными выдающимися историческими фигурами, подобными, например, Абрахаму Линкольну. На серьезно нарушенном конце спектра находятся пациенты, которые

безжалостно ненавидят себя и испытывают галлюцинации и которые до открытия антидепрессантов могли годами поглощать посвященные им усилия терапевтов и все еще некритически верить, что лучшим способом спасти мир является разрушение самого себя*.

Драйвы, аффекты и темперамент при депрессии

Благодаря изучению историй семей, близнецов и принятых на воспитание детей было высказано мнение о наследственной передаче подверженности депрессии. Вполне очевидно, что депрессия имеет семейное происхождение, однако невозможно строго оценить степень, в какой депрессивные тенденции передаются генетически, а в какой депрессивное поведение родителей создает основу для дистимических реакций их детей.

Фрейд (Freud, 1917) предполагал, а Абрахам (Abraham, 1924) последовательно разрабатывал идею, что важнейшим источником склонности к депрессии является переживание преждевременной потери. В соответствии с классической теорией, предполагающей, что люди становятся фиксированными на той инфантильной стадии, в течение которой они были избалованы или подвергались депривации, депрессивные индивиды рассматривались как люди, пережившие слишком раннее или внезапное отнятие от груди или другую раннюю фрустрацию, которая превзошла их способности к адаптации (Fenichel, 1945). На данную конструкцию оказали влияние “оральные” качества людей с депрессивным характером; было замечено, что депрессивные люди часто являются полными людьми, они обычно любят есть, пить, курить, говорить, целоваться и получать другие оральные удовольствия. Они имеют тенденцию описывать свой эмоциональный опыт, используя аналогию с едой и голодом. Вероятно, мысль о том, что депрессивные люди орально фиксированы, остается популярной среди психоаналитиков в связи с интуитивной привлекательностью подобной формулировки и ее теоретическим статусом. Один из моих супервизоров сделал комментарий, что я воспринимаю своих пациентов как голодных. Он таким образом конфронтировал тенденцию проецировать мои депрессивные особенности на пациентов. Я смогла провести различие между теми, кто нуждается в том, чтобы быть “эмоционально накормленными” и теми, кто нуждаются в том, чтобы их спрашивали, почему они “не научились готовить”.

Ранний, ставший широко известным психоаналитический способ

описания депрессивного процесса иллюстрирует применение теории драйвов к определенным клиническим проблемам. Было замечено (Freud, 1917), что люди в депрессивном состоянии направляют большую часть своего негативного аффекта не на другого, а на самого себя, ненавидя себя вне всякого соотнесения со своими актуальными недостатками. В то время, когда психологическая мотивация переводилась на язык “либидо” и “агрессии”, данное явление описывалось как “садизм (агрессия) против самого себя” или как “направленный вовнутрь гнев”. Будучи клинически многообещающей, такая формулировка была быстро принята коллегами Фрейда, которые начали оказывать помощь своим пациентам, идентифицируя то, что вызывало у них гнев для того, чтобы дать обратный ход патологическому процессу. Последующим теоретикам пришлось объяснить, почему человек научился направлять гневные реакции на самого себя и то, какие функции обеспечиваются сохранением подобного паттерна.

Модель направленной вовнутрь агрессии согласуется с наблюдениями, что депрессивные люди редко спонтанно и бесконфликтно переживают чувство гнева. Вместо него они ощущают вину. Не отрицаемую и защитно объясненную вину параноидной личности, а сознательное, Эго-синтонное, всеобъемлющее ощущение виновности. Автор В. Голдман (W. Goldman) однажды остроумно ответил интервьюеру: “Когда меня обвиняют в преступлении, которого я не совершал, я удивляюсь, почему я забыл о нем”. Депрессивные люди мучительно осознают каждый совершенный ими грех – при том, что они игнорируют собственные добрые поступки, долго переживая каждое свое эгоистическое проявление.

Печаль – еще один из главных аффектов людей, обладающих депрессивной психологией. Зло и несправедливость причиняют им страдание. Однако они редко продуцируют в них негодующий гнев параноидной личности, морализацию обсессивной, уничтожение компульсивной или тревогу истерической личности. Печаль испытывающего клиническую депрессию настолько очевидна и склонна к задержке, что в общественном сознании – и, очевидно, сейчас уже и в профессиональном, – термины “печаль” и “депрессия” фактически стали синонимами. Как уже отмечалось, многие люди, свободные от дистимических симптомов, имеют депрессивную личность, а горе и депрессия (по крайней мере, в некоторой степени) являются взаимоисключающими состояниями. Поэтому использование терминов “печаль” и “депрессия” в качестве синонимов неверно, хотя психологически здоровый, духовно развитый человек с депрессивным характером и может передать чувствительному слушателю намек на

внутреннюю меланхолию. В своем прекрасном изображении ирландцев, народа, “имеющего песню в сердце и слезы на глазах”, Моника МакГолдрик (Monica McGoldrick, 1982) уловила атмосферу целой этнической субкультуры, обладающей депрессивной душой.

Несмотря на то, что они настолько нарушены, что не могут функционировать нормально, депрессивные люди легко нравятся и даже вызывают восхищение. Так как они направляют свою ненависть и критицизм скорее вовнутрь, чем вовне, они обычно великодушны, чувствительны и терпеливы к недостаткам. Поскольку они разрешают все сомнения в пользу других и стремятся сохранять отношения любой ценой, эти пациенты оказываются настоящими ценителями терапии. В разделе, посвященном технике, я буду обсуждать, как помешать этим трогательным качествам работать во вред пациенту.

Защитные и адаптивные процессы при депрессии

Наиболее сильной и организующей защитой, которую обычно используют депрессивные люди, является интроекция*. С клинической точки зрения, интроекция является наиболее важным процессом, позволяющим понять и видоизменить депрессивную психологию. По мере развития психоаналитической теории простейшие энергетические концепции (“агрессия вовнутрь” или “агрессия вовне”) стимулировали рефлексию по поводу процессов интернализации. Эти концепции были описаны Фрейдом в его “Печали и меланхолии” (1917), Абрахам обозначил их как “идентификацию с потерянным объектом любви” депрессивной личности. Со временем аналитики начали подчеркивать особое значение инкорпоративных процессов в депрессии (Rado, 1928; Klein, 1940; Bibring, 1953; Jacobson, 1971; Blatt, 1974), что несомненно прибавило нам терапевтической силы перед лицом дистимических страданий.

Работая с депрессивными пациентами, практически можно услышать говорящий интернализированный объект. Когда клиент произносит что-то типа: “Должно быть, это потому, что я эгоист”, терапевт может ответить: “А кто это сказал?” и услышать: “Моя мать” (или отец, бабушка, дедушка, старший сиблинг или кто-то еще, являющийся интернализированным критиком). Часто терапевт может чувствовать себя так, как будто он говорит с призраком. Для того, чтобы терапия была эффективной, она должна включать в себя экзорцизм (“изгнание нечистой силы”). Как видно из данного примера, тип интроекции, который характеризует депрессивных

людей, – бессознательная интернализация наиболее ненавистных качеств старых объектов любви. Их позитивные черты вспоминаются с благодарностью, а негативные переживаются как часть самого себя (Klein, 1940).

Как я уже отмечала в главе 2, для того чтобы пациент воспринял объект таким образом и интернализовал такие образы, интернализуемый объект не должен быть реально враждебной, критической и пренебрегающей фигурой (хотя на самом деле так часто и бывает, что затрудняет терапию серьезными вызовами). Маленький мальчик, чувствовавший себя покинутым отцом (который, в свою очередь, тоже очень любил сына и поэтому или работал на двух работах, или госпитализировался в связи с серьезным заболеванием) испытывал враждебность, но также тосковал по отцу и упрекал себя за то, что недостаточно ценил его, когда тот был рядом.

Дети проецируют свои реакции на объекты любви, которые покидают их, воображая, что те покидают их, чувствуя гнев или обиду. Затем такие образы недоброжелательного и переживающего обиду покидающего объекта изгоняются из сознания и переживаются как плохая часть собственного “Я”: они слишком болезненны, чтобы их выносить, и противоречат надежде любовного воссоединения.

Таким образом, ребенок выходит из переживаний травматической или преждевременной потери, идеализируя потерянный объект и вбирая все негативные аффекты в ощущение собственного “Я” (сэлф). Эта хорошо известная депрессивная динамика создает глубинное переживание собственной “плохости”, отделяющейся от образа доброжелательной личности, в которой ощущается потребность. Данная динамика должна быть очень сильна, чтобы собственная “плохость” не спровоцировала в дальнейшем очередной уход. Автор может заметить: эта формулировка не совпадает со старой моделью направленного вовнутрь гнева.

Фактически, она объясняет, почему кто-то может приобрести привычку обращаться с враждебностью именно таким образом. Если некто, пережив болезненный опыт сепарации, верит, что именно собственные плохие качества привели к сепарации с любимым объектом, он может очень сильно стремиться к тому, чтобы испытывать только позитивные чувства к тому, кого любит. В таком контексте становится понятно сопротивление депрессивных людей признанию собственной, даже вполне естественной, враждебности. Оно, например, проявляется в поведении человека, который остается с абьюзным партнером, считая, что если бы он сам был достаточно хорошим, то плохое обращение партнера прекратилось

бы.

Другой часто наблюдаемый защитный механизм депрессивных людей – обращение против себя (А. Freud, 1936, Laughlin, 1967) – менее архаичный результат интродективной динамики, которая была описана выше. Интродекция как концепция отражает более общий опыт переживания незавершенности без объекта и вбирания его в собственное ощущение собственного “Я” для того, чтобы почувствовать себя целостным. Это происходит, даже если и означает вбирание в собственную сэлф-репрезентацию ощущения отрицательных качеств, которое появляется вследствие болезненных переживаний, связанных с объектом. Обращением против себя достигается снижение тревоги, особенно тревоги сепарации (если кто-то считает, что именно гнев и критицизм вызывает оставление, он чувствует себя безопаснее, направляя их на себя), и сохраняется ощущение силы (если “плохость” во мне, я могу изменить эту нарушенную ситуацию).

Дети экзистенциально зависимы. Если те, от кого они вынуждены зависеть, ненадежны и недостаточно хороши, дети имеют выбор между соприкосновением с подобной реальностью, или жизнью в хроническом страхе и отрицании его. Они верят, что источник их несчастий находится в них самих, таким образом сохраняя ощущение, что улучшение себя может изменить ситуацию. Обычно люди идут на любого рода страдания, чтобы избежать беспомощности. Клинический опыт свидетельствует о том, что человек склонен предпочитать иррациональную вину признанию слабости. Обращение против себя является предсказуемым результатом эмоционально небезопасной истории.

Еще одну защиту, которую необходимо отметить в депрессивных людях, представляет идеализация. Поскольку их самооценка снижается в ответ на переживания, постольку восхищение, с которым они воспринимают других, повышает ее. Типичным для депрессивных людей являются циклы, в которых они наблюдают других в исключительно высоком свете, затем переживают унижение от сравнения, потом вновь ищут идеализированные объекты для компенсации, чувствуют себя ниже этих объектов, и так повторяется вновь и вновь. Данная идеализация отличается от идеализации нарциссических личностей тем, что она организована вокруг морали, а не статуса и силы.

Объектные отношения при депрессии

В предыдущем разделе, посвященном Эго-процессам у депрессивных пациентов, были намечены некоторые важные темы их объектных отношений. Прежде всего, это роль ранней или повторной потери. С тех пор, как Фрейд выявил источник дистимической динамики в болезненных, преждевременных переживаниях отделения от любимого объекта, теоретиками были показаны поразительные соотношения между депрессией и гореванием. Такие переживания легко прослеживались в историях депрессивных людей. Несмотря на отсутствие эмпирических исследований, подтверждающих эту связь, аналитики продолжают связывать депрессивную динамику с ранней потерей (Jacobson, 1971; Altschul, 1988).

Ранняя потеря не всегда является явной, наблюдаемой и эмпирически верифицированной (например, смерть родителя). Она может быть более внутренней и психологической (например, если ребенок уступает давлению родителя и отказывается от зависимого поведения до того момента, как он действительно будет эмоционально готов сделать это).

Эрна Фурман в эссе “Мать должна быть рядом, чтобы ее можно было оставить” (Erna Furman (1982) “Moters Have to Be There to Be Left”), исследует эту потерю. Почтительно, но резко критикуя классические идеи относительно того, что мать ответственна за отнятие от груди младенцев тогда, когда они готовы принять потерю удовлетворяющего потребность объекта, Фурман подчеркивает: если дети не голодны, они сами отказываются от груди. Стремление к независимости является таким же первичным и мощным, как и желание зависеть.

Сепарация естественно осуществляется теми подростками, которые уверены в доступности родителя, если им придется регрессировать и “подзаправиться” (Mahler, 1972a,b). Придание Фурман новой формы процессу сепарации в терминах естественного движения детей вперед ставит под сомнение устойчивое западное представление (отраженное в старом психоаналитическом мышлении и многих популярных книгах по воспитанию детей) о том, что родители должны дозировать фрустрацию от расставания с собой, чтобы подростки не предпочитали регрессивные удовлетворения.

Согласно Фурман, посвятившей свою карьеру пониманию детей, обычно матери, а не дети болезненно переживают потерю инстинктивного удовлетворения при отнятии от груди и, аналогично, в другие моменты сепарации. Испытывая удовольствие и гордость за растущую автономию ребенка, мать также страдает от некоторой печали. Нормальные дети понимают эту боль своих родителей. Они ожидают, что родители

прослезятся, когда их ребенок впервые пойдет в школу, на первое свидание, окончит школу. Фурман считает, что процесс сепарации-индивидуации разрешается в депрессивной динамике только в том случае, когда боль матери в связи с ростом ее ребенка столь сильна, что она или цепляется за него и вызывает чувство вины (“Мне будет так одиноко без тебя”), или контрфобически отталкивает ребенка от себя (“Почему ты не можешь играть самостоятельно?!”). В первой ситуации дети остаются с чувством, что нормальное желание быть агрессивным и независимым причиняет боль. Во втором случае они научаются ненавидеть свои естественные стремления к независимости. И в том, и в другом случае важная часть своей собственной личности переживается как плохая.

Не просто переживание ранней потери, но ее обстоятельства, которые затрудняют для ребенка реалистическое понимание произошедшего и нормальное переживание горя, порождают депрессивные тенденции. Одно такое обстоятельство возникает естественным образом в ходе развития ребенка. Двухлетний ребенок просто слишком мал, чтобы понять, что люди умирают и почему они умирают, и не способен понять такие сложные межличностные мотивы, возникающие, например, при разводе: “Папа любит тебя, но уходит, потому что он и мама больше не будут жить вместе”. Мир двухлетнего ребенка еще является магическим и категоричным. На вершине своего понимания вещей в грубых категориях хорошего и плохого тоддлер (начинающий ходить ребенок), чей родитель исчезает, разовьет предположение, что плох он сам. Этому предположению невозможно противопоставить разумные воспитательные комментарии. Значительная потеря на фазе сепарации-индивидуации фактически гарантирует некоторую депрессивную динамику.

Следует особо отметить пренебрежение со стороны поглощенных своими трудностями членов семьи по отношению к потребностям детей и игнорирование той степени, до которой дети нуждаются в соответствующем их возрасту объяснении происходящего (данное объяснение могло бы противостоять моралистическим интерпретациям детей, связанным с собственным поведением). Дж. Валерстейн в своем пролонгированном исследовании продемонстрировала (Wallerstein & Blakeslee, 1989), что наряду с отсутствием опыта расставания с бесценным родителем, лучшим условием недепрессивной адаптации к разводу является наличие корректного, приемлемого по возрасту объяснения ребенку того, что было неправильным в браке его родителей.

Еще одним поощряющим депрессивные тенденции обстоятельством является семейная атмосфера, где существует негативное отношение к

плачу (трауру). Когда родители или те, кто заботится о детях, моделируют отрицание горя или настаивают, чтобы ребенок присоединился к семейному мифу о том, что будет лучше без потерянного объекта, вынуждают ребенка подтвердить, что он не чувствует боли, переживание горя становится скрытым. Оно уходит вглубь и постепенно принимает форму убеждения, что в собственном “Я” что-то неправильно. Иногда дети переживают интенсивное, не выражаемое словами давление, исходящее от эмоционально отягощенного родителя для того, чтобы уберечь этого взрослого от дальнейшего переживания горя, поскольку признание печали как бы равноценно “распаду”. Иногда в семейной системе преобладает представление о том, что открытое переживание горя и другие формы самоподдержки и заботы о себе являются “эгоистичными”, “потакающими своим слабостям” или выражением “просто жалости к самому себе” – как если бы подобные действия заслуживали презрения. Такого рода индукция вины и связанные с ней увещевания родителя переживающего ребенка перестать хныкать и справиться с ситуацией, вызывает необходимость скрывать любые уязвленные аспекты “Я” из-за идентификации с критикующим родителем, а также неизбежное отвержение этих аспектов собственной личности. Многие из моих депрессивных пациентов обзывали различными именами, когда они не могли контролировать свои естественные регрессивные реакции в ответ на семейные проблемы. Став взрослыми, они аналогичным способом психологически причиняли себе вред, если бывали расстроены.

Сочетание эмоционального и актуального отделения с родительским критицизмом с определенной вероятностью создает депрессивную динамику. Одна моя пациентка потеряла мать, болевшую раком, когда девочке было 11 лет. Она осталась с отцом, который постоянно жаловался, что несчастье усугубляет течение его язвы и приближает смерть. Другую клиентку в возрасте четырех лет обзывали “сопливым ребенком”, когда она плакала из-за того, что в течение нескольких недель ее оставляли в детском саду на ночь. Одному из моих пациентов – депрессивному мужчине, чья мать находилась в сильной депрессии и была эмоционально недоступной, в то время как он нуждался в ее внимании, – говорили, что он эгоист, бесчувственный человек, и что он должен быть благодарен матери за то, что она не отправила его в приют. В подобных случаях легко понять, что гневные реакции на эмоциональное насилие родителя переживаются ребенком, уже испытывавшим страх в связи с отвержением, как слишком опасные.

Создается впечатление, что некоторые из тех депрессивных людей, с

которыми я работала, были наиболее проницательными в своих семьях. Поскольку другие члены их семей предпочитали защищаться отрицанием, на реактивность этих людей навешивались ярлыки “слишком чувствительных” и “излишне реактивных”, которые они продолжали внутренне нести в себе и которые были составляющими их чувства неполноценности. Алиса Миллер (Alise Miller, 1975) описала, как семьи могут эксплуатировать эмоциональный талант определенного ребенка. Это со временем приводит к тому, что ребенок чувствует себя ценным только в качестве выполнения определенной семейной функции. Если же ребенка еще и презирают и представляют ненормальным за обладание такими эмоциональными способностями, то депрессивная динамика будет еще сильнее, чем если бы его просто использовали в семье как своего рода “семейного терапевта”.

Наконец, сильнейшим причинным фактором депрессивной динамики является характерологическая депрессия у родителей – особенно в ранние годы развития ребенка. Биологически ориентированные теоретики связывают с генетикой тот факт, что дистимические расстройства циркулируют в семьях. Но аналитически ориентированные авторы более осторожны в своих суждениях. Серьезно депрессивная мать, которой не оказывается существенной помощи, может обеспечить ребенку заботу только в форме надзора, даже если она искренне старается, чтобы ребенок начал жизнь с наилучшего старта. Чем больше мы узнаем о младенцах, тем больше нам становится известно, насколько важен ранний опыт в установлении их базисных отношений и ожиданий (Spitz, 1965; Brazelton, 1980; Greenspan, 1981; Stern, 1985). Дети переживают глубокое беспокойство в связи с депрессией родителей. Они чувствуют вину за естественные для их возраста требования и приходят к убеждению, что их потребности изнуряют и истощают других. Чем раньше дети начинают переживать зависимость от кого-либо, пребывающего в глубокой депрессии, тем больше их эмоциональные лишения.

Таким образом, к депрессивному приспособлению может привести ряд различных путей. И в семьях, где присутствует любовь, и в семьях, где много ненависти, возможно возникновение депрессивной динамики в результате бесконечного числа разнообразных комбинаций потери и неудовлетворительного психологического переживания таких потерь. В обществе, где родители не уделяют достаточного внимания тому, чтобы внимательно выслушать заботы детей, где люди с легкостью меняют свое местожительство, где развод является обычным делом и где болезненные эмоции игнорируются с помощью лекарств (или наркотиков), совершенно

не удивительно, что стремительно взмывает вверх процент юношеской депрессии и суицида и столь характерными стали контдепрессивные средства – наркотики, алкоголь и азартные игры. Мы наблюдаем взрыв популярности движений, которые дают возможность открыть “потерянного” или “внутреннего ребенка”, а группы самопомощи, которые снижают переживания изоляции и вины, так широко распространены. Кажется, что человеческие существа не рассчитывали на подобную нестабильность в их взаимоотношениях, которую приносит им современная жизнь.

Депрессивное собственное “Я”

Люди с депрессивной психологией считают, что в своей глубине они плохи. Они сокрушаются по поводу своей жадности, эгоистичности, конкурентности, тщеславия, гордости, гнева, зависти и страсти. Они считают все эти нормальные аспекты опыта извращенными и опасными, испытывают беспокойство по поводу своей врожденной деструктивности. Их тревоги могут принимать более или менее оральный тон (“Я боюсь, что мой голод разрушит других”), или тон анального уровня (“Мое неповиновение и садизм опасны”), или выражаются на эдиповом уровне (“Мои потребности в конкуренции и достижении любви являются злом”).

Депрессивные люди проходят через опыт неоплаканных потерь к убеждению: что-то в них самих привело к потере объекта. Факт, что они были отвергнуты, трансформируется в бессознательное убеждение, что они заслуживают отвержения, именно их недостатки вызвали его и в будущем отвержение будет неизбежным, как только их партнер узнает их поближе. Они очень стараются быть “хорошими” и боятся быть разоблаченными в своих грехах и отвергнутыми как недостойные. Одна из моих пациенток в какой-то момент пришла к убеждению, что я откажусь видеть ее, как только услышу о ее детском желании смерти своему младшему siblingу. Она, как и многие современные искушенные пациенты, на сознательном уровне знала, что подобные желания являются ожидаемой частью психологии отвергнутого ребенка, однако на более глубоком уровне она все-таки ждала осуждения.

Вина депрессивной личности порой неизмерима. Некоторая вина просто является частью человеческого существования и соответствует нашей сложной и не абсолютно доброй природе. Однако депрессивная вина обладает изумительным самомнением. У индивида с психотической

депрессией оно может проявиться как убеждение в том, что то или иное бедствие было вызвано их личной греховностью. В полицейских участках знакомы с подобного рода случаями, когда имеющие галлюцинации люди берут на себя ответственность за происшествия, которые никогда не совершали. Это случается даже с высоко функционирующими, неклинически депрессивными взрослыми с депрессивной структурой характера. “Плохое случается со мной, потому что я заслужил его” – постоянная скрытая тема депрессивных пациентов. Они даже могут обладать своего рода парадоксальным самоуважением, основанным на грандиозной идее: “Никто не является таким плохим, как я”.

Поскольку депрессивные люди постоянно находятся в состоянии готовности поверить в самое худшее о самих себе, они могут оказаться очень ранимыми. Критицизм опустошает их. В любом сообщении, которое содержит сообщение об их недостатках, они склонны различать только эту часть коммуникации. Когда критика имеет конструктивную направленность (например, в ситуации оценивания работы), они склонны чувствовать себя настолько задетыми и разоблаченными, что упускают или приуменьшают любые хвалебные стороны сообщения. Если же они подвергаются действительно значительным атакам, то не способны разглядеть за всеми зернами истины следующий факт: никто не заслуживает того, чтобы его оскорбляли, даже если эти нападки законны.

Депрессивные люди нередко справляются со своей бессознательной динамикой благодаря тому, что оказывают помощь другим, проявляя при этом филантропическую активность и делая вклад в социальный прогресс. Это позволяет им противостоять своей вине. Возможно, самое ироничное в нашей жизни состоит в том, что в действительности наиболее благожелательные люди, кажется, являются наиболее уязвимыми для переживаний моральной неполноценности. Многие индивиды с депрессивной личностью способны сохранить стабильное ощущение самоуважения и избежать депрессивных эпизодов, совершая добро. В исследовании альтруизма как черты характера (McWilliams, 1984) я обнаружила, что единственными моментами, когда эти склонные к милосердию люди испытывают депрессию, являются ситуации, в которых они временно не имели возможности проявить гуманитарную активность.

Как было ранее замечено, психотерапевты часто сами обладают депрессивной характерологической динамикой. Они ищут возможности помогать другим, поскольку их тревога по поводу своей деструктивности ставит их в безвыходное положение. Бывает очень трудно психологически помогать людям – по крайней мере, так быстро, как мы бы этого хотели.

Мы не можем избежать причинения временной боли пациентам, если стремимся обеспечить их рост. По этой причине чувства преувеличенной ответственности и непропорционального критицизма являются характерными для начинающих терапевтов. Фактически, супервизоры могут подтвердить, как часто подобная динамика связана с поспешностью их учеников в обучении своему ремеслу*.

Одна из моих депрессивных пациенток, терапевт, реагировала на любую неудачу с пациентом (особенно если он вызывал в ней негативные чувства) поиском собственной роли в решении проблемы – до такой степени, что игнорировала возможность узнать больше об обычных сложностях работы с подобного рода пациентом. Тот факт, что терапия – межличностный процесс, в котором участвуют две личности, а интерсубъективность является данностью, был трансформирован моей пациенткой в стремление к самообвинению и боязни, что она каким-то образом не годится для того, чтобы помогать людям.

Возможно, женщины имеют больший риск депрессивных решений эмоциональных проблем, чем мужчины. В последние два десятилетия феминистские теоретики объясняли это явление фактом, что в большинстве семей именно женщина оказывает первоначальную заботу. В последующем мальчики достигают чувства половой идентичности, ощущая свое отличие от матери, девочки же извлекают его из идентификации с ней. Результатом такого различия является меньшее использование мужчинами интроекции, поскольку их маскулинность обретается в сепарации, а не в слиянии. Женщины, напротив, чаще используют интроекцию, поскольку их ощущение феминности вытекает из связи с матерью.

Перенос и контрперенос с депрессивными пациентами

Депрессивных пациентов легко любить. Они быстро привязываются к терапевту, приписывают его целям благожелательность (даже если испытывают страх критицизма), реагируют на эмпатический отклик, усердно работают, чтобы “хорошо” выполнять роль пациента, и ценят маленькие инсайты так, как если бы они были кусочками поддерживающей жизнь пищи. Они склонны идеализировать клинициста (как морально хорошего, в противоположность их субъективной оценке себя как плохого), но не в пустой и эмоционально несвязанной манере, типичной для более нарциссически структурированных пациентов.

Более здоровые депрессивные люди с большим уважением относятся к

статусу терапевта как отдельного, реального и оказывающего заботу человеческого существа, и они очень стараются не быть обременительными. Даже пограничные и психотические депрессивные личности, стремясь к любви и связи, и обычно вызывают естественный отклик заботы.

В то же время депрессивные люди проецируют на терапевта собственных внутренних критиков, интроекты, на которые в психоаналитической литературе часто ссылались как на составляющие “садистическое” или суровое и “примитивное” супер-Эго (Freud 1917, Abraham 1924, Rado 1928, Klein 1940, Schneider, 1950). Порой поражает, когда видишь пациента, который после признания в каких-то незначительных “преступных” мыслях начинает корчиться в жалком ожидании неодобрения. Депрессивные пациенты подвержены хроническому убеждению, что участие и уважение терапевта сразу же исчезло бы, если бы он *действительно* узнал их. Такое убеждение может сохраняться на протяжении месяцев и лет, даже при том, что все то плохое, что они о себе добровольно думают, встречают только стойкое принятие терапевта.

По мере того, как депрессивные клиенты прогрессируют в терапии, они начинают меньше проецировать свои враждебные отношения и переживают их более прямо в форме гнева и критики, направленных на терапевта. В данный момент лечения их негативное отношение часто принимает форму сообщений, что в действительности они не надеются на помощь и все, что терапевт делает, ничего не меняет. Важно с терпением отнестись к этой фазе лечения без восприятия критики пациента слишком лично и утешить себя, что в данный момент пациент выражает вовне то недовольство, которое ранее было направлено на себя и тем самым сделало пациента несчастным.

Современная психофармакология позволяет нам работать с депрессивными людьми на всех уровнях нарушений (Karasu, 1990, обзор показаний к фармакотерапии) и дает возможность проанализировать депрессивную динамику даже у психотических пациентов. До открытия антидепрессивных свойств лития и других химических веществ, многие пациенты с пограничной и психотической структурой были настолько твердо убеждены в собственных отрицательных качествах и настолько уверены в неизбежной ненависти со стороны терапевтов, что не могли вынести боли привязанности. Иногда они совершали суицид после нескольких лет лечения, потому что не могли вынести появления чувства надежды и, следовательно, риска возможного опустошающего

разочарования.

С более здоровыми депрессивными пациентами всегда было легче работать: их убеждения относительно своих основных недостатков большей частью являются неосознанными и становятся чуждыми Эго при их осознании. Людям, которые испытывают сильное беспокойство, обычно необходимы лекарства, чтобы снизить интенсивность их депрессивных переживаний. При использовании медикаментозной терапии состояние неумолимой и безжалостной ненависти к себе, которому подвержены пограничные и психотические пациенты, наступает не так уж и часто – как если бы их депрессивная динамика была бы химическим путем сделана Эго-дистонной. С призраками ненависти к себе, остающимися после соответствующего медикаментозного лечения, можно обращаться так же, как если бы вы анализировали патологические интроекты пациентов невротического уровня.

Контрперенос с депрессивными индивидами охватывает диапазон от доброй привязанности до всемогущих фантазий спасения – в зависимости от тяжести депрессивной патологии пациента. Такие реакции составляют комплементарный контрперенос (Racker, 1968): фантазии терапевта о себе как о Боге, хорошей матери или сензитивном, принимающем родителе, которого пациент был лишен в своей жизни. Подобные стремления могут быть поняты как ответ на бессознательное убеждение пациента, что исцеляющей силой для депрессивной динамики является безусловная любовь и полное понимание. (В данной идее содержится много истины, однако я коротко замечу, что этого недостаточно для терапевтического подхода.)

Существует также конкордантный (согласующийся) контрперенос, хорошо знакомый терапевтам депрессивных клиентов: терапевт чувствует себя деморализованным, некомпетентным, ошибающимся, безнадежным и в целом “недостаточно хорошим”, чтобы помочь пациенту. Депрессивная точка зрения заразительна. Впервые я осознала это, когда работала в центре психического здоровья и (по наивности) назначила четырех депрессивных пациентов одного за другим. После четвертой сессии, когда я приволокла свои ноги в комнату для кофе, секретари клиники предложили мне куриного супа и плечо, чтобы выплакаться. Таким образом, терапевтам, особенно депрессивным, легко внутренне откликнуться на интроективное страдание, которое Лу Грант отразил в своем произведении “The Mary Tyler Moore Show”: “Да-а, сучья жизнь, а потом вы умираете”. Можно сделать вывод о собственной неадекватности в качестве терапевта. Эти переживания будут смягчены, если терапевт достаточно счастлив, имея

обильные источники эмоционального удовлетворения в собственной личной жизни (Fromm-Reichmann, 1950). Эти чувства также снижаются по мере профессионального развития после того, как станет очевидным, что терапевт достиг успеха в помощи даже неумолимо дистимическим пациентам.

Терапевтическое применение диагноза депрессии

Наиболее важным условием терапии депрессии и депрессивно организованной личности является атмосфера принятия, уважения и терпеливых усилий в понимании. Большинство работ по психотерапии – выражают ли они гуманистические идеи, психодинамическую ориентацию или когнитивно-бихевиоральное предпочтение – подчеркивают стиль отношений, специально адаптированный к лечению депрессивных пациентов. Хотя основной принцип настоящей книги состоит в том, что только терапевтической позиции недостаточно для решения терапевтических задач с некоторыми терапевтическими группами (например, психопатами и параноиками), я хочу подчеркнуть, насколько важной является терапевтическая позиция при лечении депрессивных пациентов. Поскольку эти пациенты имеют “радар” для тончайшей проверки своих опасений критики и отвержения, терапевт должен специально стремиться быть неосуждающим и эмоционально постоянным.

Анализирование предположений пациента о неизбежном отвержении и понимание его стремления быть “хорошим” в целях его предотвращения составляет большую часть работы с депрессивной личностью. Для хорошо функционирующих пациентов знаменитая аналитическая кушетка особенно полезна, так как быстро помещает такие темы в фокус терапии*. Одна молодая женщина, которую я однажды лечила (у нее не было манифестных депрессивных симптомов, но характер пациентки был депрессивно организован) явилась настоящим экспертом в чтении моих проявлений. Когда мы работали лицом к лицу, она была быстро опровергнута в своих ожиданиях, что я критична и отвергаю ее. При этом она даже не осознавала, что имела подобные опасения. Пациентка проявила такое умение в этом мониторинге, что моя обычная внимательность к чьему-либо пристальному взгляду не сработала. Когда решение пациентки использовать кушетку лишило ее возможности непосредственного контакта глазами, она поразилась возникновению внезапного сомнения: стоит ли говорить о некоторых темах. Ей показалось,

что я не одобряю ее.

Даже в тех ситуациях, когда использование кушетки нежелательно, существуют такие способы усаживания и ведения беседы, которые минимизируют возможности к визуальному поиску настолько, что пациенты обнаруживают, насколько их бдительность имеет хронический и автоматический характер. Одна моя коллега долго сопротивлялась предложению спросить своего особенно проницательного депрессивного пациента о возможности использования кушетки. В конце концов, после того, как жизнь поддержала мои аргументы, она согласилась. Однажды вечером, когда она работала с пациентом, в ее офисе в связи с непредвиденными обстоятельствами погас свет, и они решили продолжить сессию в темноте. Лишенные возможностей визуальной проверки, клиент и его терапевт сделали то же самое открытие, что и моя депрессивная пациентка.

По очевидным причинам, с более нарушенными пациентами эффективная терапия требует противоположных условий. Их предположения о собственной недостойной любви и ужасах отвержения настолько основательны и Эго-синтонны, что, не обладая свободой тщательно следить за лицом терапевта и без подтверждения недействительности своих наихудших страхов, они будут слишком тревожны, чтобы говорить свободно. Возможно, что терапевт должен уделить достаточно времени тому, чтобы продемонстрировать принятие, прежде чем даже *сознательные* ожидания отвержения у депрессивных пациентов смогут стать открытыми тщательной проверке и постепенному исправлению.

Императивом в работе с депрессивными пациентами является необходимость исследования и интерпретирования их реакции на сепарацию – даже на сепарацию от терапевта, связанную с коротким молчанием. (Длительного молчания следует избегать. Оно вызывает у пациента переживания собственной неинтересности, малоценности, безнадежности, растерянности.) Депрессивные люди глубоко чувствительны к тому, что их оставляют, и несчастливы в одиночестве. Еще важнее, что они переживают потерю – обычно неосознанно, но близкие к психотическому уровню делают это иногда сознательно – как доказательство их плохих индивидуальных свойств. “Должно быть, вы покидаете меня, потому что испытываете отвращение ко мне”. Или: “Вы оставляете меня, чтобы избежать моего ненасытного голода”. Или: “Вы проводите время со мной, чтобы наказать меня за мою греховность”. Все это варианты депрессивной темы базисной несправедливости. Очень важно

с пониманием относиться к тому, насколько беспокоящим для депрессивных пациентов являются обычные потери, но не менее важно и то, терапевт интерпретирует их.

Х. Сэмпсон (H. Sampson, 1983) цитирует исследование терапий двух подобранных депрессивных пациенток, которые лечились аналитически на протяжении одинакового промежутка времени. В первой модели подчеркивалась эмпатия, принятие и оплакивание непережитых потерь, а во второй внимание в большей степени обращалось на неосознаваемую вину и патогенные убеждения относительно самого себя. В интервью, проведенном через год после окончания курса лечения, каждую женщину просили оценить свое лечение. Первая пациентка была полна благодарности к терапевту, чью преданную заботу она описала в теплой и идеализирующей манере. Однако она еще оставалась депрессивной. Вторая пациентка сказала, что у нее не осталось живых воспоминаний об анализе, хотя, возможно, что он был вполне успешным. В целом можно сказать: она не была настроена на пение дифирамбов своему аналитику, но произвела на интервьюеров впечатление уверенности в себе и спокойствия и в данный момент была достаточно удовлетворена своей жизнью.

Эта исследовательская находка подчеркивает все значение раскрытия внутренних фантазий относительно себя самого, а не только оплакивания настоящих и прошлых сепараций. Она показывает, что базальное безоценочное принятие может служить необходимым условием терапии депрессивных людей, но, тем не менее, оно является недостаточным. Это открытие также поднимает важные вопросы краткосрочной индивидуальной терапии с депрессивными пациентами. Лечение, которое ограничено определенным количеством сессий, нередко обеспечивает желанный комфорт во время болезненных эпизодов клинической депрессии. Однако ограниченный по времени опыт в конце концов может быть ассимилирован депрессивным индивидом как взаимоотношения, которые травматически прервались, тем самым подтверждая убежденность пациента, что он недостаточно хорош, чтобы вдохновить привязанность.

Кроме того, принудительное краткосрочное лечение может быть рассмотрено как подтверждение предположения пациента о собственной патологической зависимости, поскольку клиницисты часто представляют краткосрочную терапию как метод выбора. Депрессивное заключение, что краткосрочное лечение “очевидно, работает с другими пациентами, но оно не для такой бездонной ямы, как я”, подрывает самооценку, даже если при краткосрочном лечении удастся улучшить состояние пациента. При работе с депрессивными клиентами в тех случаях, если требуется резкое

окончание лечения, особенно важно заранее предупредить подобную ожидаемую интерпретацию пациентом значения потери.

Тенденция, которую я отметила у начинающих терапевтов при лечении депрессивных клиентов, заключается в их склонности избегать уходов в отпуск и отмен сессий, если они не были заранее запланированы, из-за желания защитить своих пациентов от переживания излишней боли. Фактически, большинство из нас начинает вести себя невротически уступчиво и великодушно, стремясь защитить наших депрессивных пациентов от страданий. Однако депрессивным людям необходима просто непрерывная забота. Они действительно нуждаются в осознании того факта, что терапевт вернется после расставания. Им необходимо знать, что их голод не приводит к отчуждению терапевта и что их гнев в связи с тем, что терапевт оставляет их, не разрушает взаимоотношений. Освоить эти уроки без предшествующего переживания потери невозможно.

Если контакт депрессивных пациентов с гневом и другими негативными чувствами поощряется, они нередко объясняют, почему не могут рискнуть и заметить собственную враждебность по отношению к терапевту: “Как я могу разгневаться на того, кто так сильно мне необходим?”. Очень важно, чтобы терапевт не поддерживал подобных рассуждений. (К сожалению, поскольку их собственные убеждения аналогичны убеждениям пациентов, терапевты с депрессивной чувствительностью могут рассматривать подобные замечания как имеющие истинный смысл.)

Вместо этого следует обратить внимание на то, что данный вопрос содержит скрытое предположение, что гнев приводит к расставанию с людьми. Для депрессивных индивидов часто становится открытием, что свобода при допуске негативных чувств увеличивает интимность, в то время как состояние фальши и отсутствие контакта с данными чувствами приводит к изоляции. Гнев противоречит нормальной зависимости только в том случае, если человек, от которого переживается зависимость, реагирует на это патологически – обстоятельство, которое определяет детский опыт многих депрессивных пациентов. Однако это обстоятельство не является верным для отношений с более зрелыми людьми.

Терапевты часто обнаруживают, что их усилия, направленные на смягчение ощущения собственной “плохости” у депрессивных пациентов или игнорируются, или воспринимаются парадоксально. Поддерживающие комментарии по поводу погруженности клиентов в состояние нелюбви к самим себе приводят к усилению депрессии.

Механизм, посредством которого пациент трансформирует

позитивную обратную связь в атаки против себя, действует примерно следующим образом: “Всякий, кто *действительно* знает меня, не может сказать мне таких позитивных вещей. Должно быть, я одурачил терапевта, и теперь он думает, что я хороший человек. А я плохой, потому что обманул такого приятного человека. К тому же, любой поддержке с его стороны нельзя доверять, потому что этого терапевта легко ввести в заблуждение”. Хаммер (Hammer, 1990) любит цитировать по этому поводу Брюзгу Маркса (Groucho Marx), который обычно повторял, что не заинтересован во вступлении в любой сельский клуб, который хотел бы видеть его своим членом.

Если похвала приводит к таким неожиданным результатам, то что же может быть сделано для улучшения самооценки депрессивной личности? Эго-психологи дают очень хороший совет: не поддерживайте Эго, атакуйте супер-Эго. Например, человек упрекает себя в зависти к успеху друга, а терапевт отвечает, что зависть является нормальной эмоцией, и, поскольку пациент не реализовал ее в поведении, он может скорее поздравить себя, чем осуждать. В этом случае пациент может отреагировать молчаливым скептицизмом. Однако, если терапевт скажет: “Итак, что же в этом такого ужасного?”, или спросит его, не пытается ли пациент стать чище Бога, или соответствующим тоном произнесет: “Вы соединились с человеческим родом!”, тогда пациент, возможно, сможет принять данное сообщение. Если интерпретации терапевта выражаются критическим тоном, они легче переносятся депрессивными личностями (“Если она критикует меня, значит, должна быть какая-то правда в том, что она говорит, поскольку я знаю, что я на самом деле в *чем-то* плох”) – даже когда критике подвергается критический интроект.

Другой аспект сензитивного лечения депрессивных пациентов заключается в готовности терапевта понимать определенные поступки как достижения в процессе развития, тогда как для других пациентов такое же поведение является сопротивлением. Например, многие пациенты выражают негативные реакции на лечение тем, что отменяют сессии или не приносят оплаченный чек. Депрессивные люди так стараются быть хорошими, что обычно примерно ведут себя в роли пациента. Настолько примерно, что уступчивое поведение может быть законно рассмотрено как часть их патологии. Можно сделать небольшие пробоины в депрессивной ментальности, интерпретируя отмену пациентом сессии или задержку оплаты как его победу над страхом, что терапевт оплатит за малейшие проявления оппозиции. С очень кооперативными пациентами терапевт может чувствовать искушение просто расслабиться и оценить собственную

удачу. Однако если депрессивный человек никогда не вел себя в сопернической и эгоистической манере, терапевту следует рассмотреть данный паттерн как заслуживающий исследования.

В целом, терапевты характерологически депрессивных пациентов должны позволять и даже приветствовать рассеивание клиентами их ореола. Приятно быть идеализируемым, но это происходит не в лучших интересах пациента. Терапевты на ранних этапах терапевтического движения знали, что критика и гнев депрессивных пациентов на клинициста свидетельствует об их прогрессе. В то время они понимали это более или менее “гидравлически”. Современные же аналитики расценивают данный процесс с точки зрения самооценки. Депрессивные люди нуждаются в постепенном оставлении позиции “снизу” и видении терапевта как обычного, имеющего изъяны человеческого существа. Сохранение идеализации неизбежно поддерживает неполноценный образ самого себя.

Наконец, там, где это позволяют профессиональные обстоятельства, следует позволить депрессивным пациентам самим решать вопрос об окончании лечения. Также желательно оставить дверь открытой для возможного обращения в будущем и заблаговременно проанализировать любые препятствия, которые могут появиться у клиента в будущем в связи с обращением за помощью (часто можно услышать: пациенты опасаются, что повторное обращение за лечением свидетельствует о поражении, которое разочарует терапевта, поскольку свидетельствует о неполном “исцелении”). Поскольку причины дистимии так часто включают в себя необратимые сепарации (которые вместо переживания безопасности при условии доступности понимающего родителя, приводят к тому, что растущий ребенок отрывается от всех связей и подавляет все регрессивные стремления) окончательная фаза лечения депрессивных пациентов должна быть осуществлена с особой заботой и гибкостью.

Дифференциальный диагноз

Чаще всего с депрессивной патологией можно спутать две характерологические диспозиции: нарциссизм (скорее опустошенной, чем грандиозной разновидности) и мазохизм. Чаще всего неправильный диагноз ставится в тех случаях, когда кого-либо рассматривают как депрессивную личность, хотя в основном она или нарциссичная, или мазохистичная. Я вижу две причины, по которым терапевты ошибочно

диагностируют пациентов как депрессивных. Во-первых, склонные к депрессии терапевты могут проецировать свою собственную динамику на недепрессивных пациентов. Во-вторых, люди с мазохистической и нарциссической личностной структурой обычно обладают некоторыми симптомами клинической депрессии (дистимическое настроение). В любом случае, диагностическая ошибка приводит к неудачным последствиям.

Депрессивная личность в сравнении с нарциссической

В главе 8 я описала людей с депрессивно-опустошенными формами нарциссической личности. Они отличаются от депрессивно организованных субъектов своим внутренним миром, который составляют стыд, пустота, бессмысленность, скука и экзистенциальное отчаяние. Более “меланхолический” тип депрессивной картины включает в себя переживания вины, ощущение своего несовершенства, деструктивности, голода, и ненависти к себе. Вероятно, следует провести различие, отметив, что нарциссически организованным людям недостает ощущения собственного “Я”, в то время как депрессивные индивиды обладают вполне четким ощущением себя. Однако оно болезненно негативно. Нарциссически депрессивные люди имеют тенденцию к сэлф-объектным переносам, тогда как депрессивные индивиды склонны к объектным. С первыми контрперенос характеризуется неопределенностью, раздражением, аффективной поверхностностью. С последними он имеет намного более ясный и сильный характер и обычно включает в себя фантазии о спасении.

Технические применения данного разделения достаточно просты, но при этом они являются довольно важными. Явно симпатические и поощряющие реакции служат поддержкой нарциссически организованной личности, но также могут углубить деморализацию депрессивно структурированного индивида парадоксальным образом, описанным выше. Атакуя предполагаемое супер-Эго (даже в мягкой форме, например, с помощью комментариев по поводу возможных самоупреков), нельзя помочь пациенту с нарциссической структурой, поскольку атаки против себя не являются частью нарциссической динамики. С нарциссическими личностями также неудачны интерпретации, осмысляющие эмоциональный опыт гнева, а не более пассивных эмоциональных реакций, поскольку их основным состоянием является стыд, а не направленная на себя ненависть. Подобные интерпретативные усилия могут, однако,

принести облегчение и даже стимулируют энергию у меланхолических клиентов.

Интерпретативные реконструкции, которые подчеркивают критических родителей и ранящие сепарации, обычно не воспринимаются нарциссическими пациентами независимо от того, насколько они депрессивны, потому что отвержение и травма редко являются патогенными факторами нарциссической динамики. Но они же могут быть с благодарностью приняты депрессивными пациентами как альтернатива укорененной привычке связывать всю их боль с личными недостатками. Попытки работать традиционно “в контрпереносе” с нарциссической личностью могут игнорироваться, принижаться или поглощаться идеализацией, но они могут быть оценены и с пользой использованы депрессивным пациентом. Такое дифференциальное различие аналогично метафорическому пониманию нарциссических клиентов как патологически пустых, а депрессивных – как патологически наполненных враждебными интроектами. Терапия должна быть специально приспособлена для этих противоположных субъективных миров.

Депрессивная личность в сравнении с мазохистической

Депрессия и саморазрушающие паттерны, которые аналитически ориентированные практики относят к мазохизму, имеют родственный характер, поскольку и те, и другие являются адаптациями к бессознательной вине. Фактически, они настолько часто сосуществуют вместе, что Кернберг (Kernberg, 1984), признавая наблюдения Лафлина (Laughlin, 1967), рассматривает “депрессивно-мазохистическую” личность как одну из трех стандартных организаций характера невротического уровня. Несмотря на их частое сосуществование и синергизм, я предпочитаю точно дифференцировать депрессивную и мазохистическую психологию. Организующим принципом настоящей книги было намерение провести различия между людьми, уже имеющими установленный концептуальный статус в психоаналитической традиции. Эти различия имеют важные следствия для техники психотерапии. В главе 12 я буду исследовать различия между доминирующе депрессивной и доминирующе мазохистической личностями и уточню, как следует использовать данные различия в лечении.

Маниакальные и гипоманиакальные личности

Мания – это обратная сторона депрессии. Люди, наделенные гипоманиакальной личностью, обладают депрессивной организацией, которая нейтрализуется посредством защитного механизма отрицания. Поскольку большинство сохраняющих уровень мании людей испытывает страдание во время эпизодов, когда их отрицание неуспешно, а депрессия выходит на поверхность, для описания их психологии иногда использовался термин “циклотимик”. Во втором издании DSM (DSM-II, 1968) присутствует описание и депрессивных, и циклотимических личностных расстройств.

Гипомания является не просто сильно отличающимся от депрессии состоянием. Она представляет собой ее полярную противоположность. Гипоманиакальный индивид энергичен, он, можно сказать, “заводной”, он остроумен, грандиозен и пребывает в хорошем настроении. Актар (Akhtar, 1992) суммировал:

“Индивид с гипоманиакальной личностью явно весел, высоко социален, склонен к идеализации других, зависим от работы, в поведении склонен флиртовать, и в то же время скрыто он испытывает вину в связи с агрессией к другим. Он неспособен оставаться в одиночестве, имеет ограничения в эмпатии и любви, недостаточно систематичен в собственном когнитивном стиле”.

Люди в маниакальном состоянии или с маниакальной личностью славятся грандиозными планами, ускоренным мышлением и большой свободой от обычных физических потребностей – таких, как еда и сон. Кажется, что они постоянно на высоте – до тех пор, пока внезапно не наступает истощение. Поскольку человек, переживающий манию, буквально не может “замедлиться”, такие средства, как алкоголь, барбитураты и опиаты, благодаря их подавляющему влиянию на нервную систему, могут оказаться очень привлекательными. Кажется, что многие юмористы и комики имеют гипоманиакальную личностную структуру. Однако их неослабевающее остроумие может совершенно истощаться. Иногда дистимическая сторона такой юмористичной личности более заметна, например, у Марка Твена, Эмброуза Байерса или Ленни Брюса, которые страдали от серьезной депрессии.

Драйвы, аффекты и темперамент при мании

Маниакальные люди отличаются высокой энергией, возбуждением, мобильностью, переключаемостью и общительностью. Они умеют прекрасно развлекать и подражать, являются хорошими рассказчиками и остряками. Это высоко оценивается их друзьями, хотя иногда они и жалуются, что они с помощью юмора переворачивают любые серьезные замечания и поэтому с ними трудно войти в близкий эмоциональный контакт. Когда негативный аффект возникает у людей с маниакальной и гипоманиакальной психологиями, он проявляется не как печаль или разочарование, а как гнев – иногда в форме внезапного и неконтролируемого проявления ненависти.

Подобно их двойникам в депрессивном пространстве, психоаналитически ориентированные наблюдатели рассматривают этих людей как орально организованных (Fenichel, 1945): они могут говорить без остановки, безрассудно пить, кусать ногти, жевать резинку, курить, прикусывать щеки изнутри. Многие из тех, кто находится на нарушенном краю континуума, имеют излишний вес. Несмотря на заметно повышенное настроение, постоянная подвижность свидетельствует об их значительной тревоге. Выставляемое ими напоказ эмоциональное удовольствие некоторым образом имеет хрупкое и ненадежное качество; их знакомые часто испытывают смутное беспокойство за состояние их стабильности. Тогда как переживание счастья является знакомым состоянием для маниакальной личности, спокойная безмятежность может быть тем состоянием, которое полностью находится вне их опыта (Ariskal, 1984).

Защитные и адаптационные процессы при мании

Основными защитами маниакальных и гипоманиакальных людей являются отрицание и отреагирование (acting out). Отрицание проявляется в их тенденции игнорировать (или трансформировать в юмор) события, которые расстраивают и тревожат большинство других людей. Отреагирование нередко проявляется в форме бегства. Они удаляются от ситуаций, в которых им может угрожать потеря. Они могут избегать болезненных чувств другого рода благодаря отреагированию, включающим в себя сексуализацию, опьянение, подстрекательство и даже такие психопатические действия, как воровство (в связи с этим некоторые аналитики ставили под вопрос стабильность принципа реальности у маниакальных клиентов [Katan, 1953]). Маниакальные индивиды обычно склонны к обесцениванию (этот процесс изоморфичен депрессивной

тенденции к идеализации), особенно если они обдумывают возможные любовные привязанности, которые приносят с собой риск разочарования.

Для маниакальной личности предпочтительно все, что отвлекает от эмоционального страдания. Люди с маниакальными наклонностями, особенно те, кто имеют серьезные нарушения или временно находятся в психотическом состоянии, могут также использовать в качестве защиты всемогущий контроль. Они чувствуют себя неуязвимыми, бессмертными, убежденными в успехе собственных грандиозных планов. Во время психотического срыва у маниакальных людей встречаются действия импульсивного эксгибиционизма, изнасилования (обычно супруги или партнера) и авторитарный контроль.

В личных историях маниакальных людей, возможно, даже более часто, чем у депрессивных, обнаруживаются паттерны повторных травматических сепараций без какой-либо возможности для ребенка пережить этот опыт. Смерть значимых людей, разводы и расставания, внезапные смены места жительства, которые не были пережиты и оплаканы, характерны для детства маниакальных личностей. Один гипоманиакальный пациент, с которым я работала, в течение первых десяти лет жизни переезжал с места на место 26 раз. Не раз, приходя домой, он обнаруживал, что вещи переносятся в машину.

Так же часто у маниакальных или гипоманиакальных индивидов встречаются критицизм, эмоциональное, а иногда и физическое насилие. Я уже обсуждала такую комбинацию травматической сепарации, эмоционального пренебрежения и дурного обращения и ее отношение к депрессивным реакциям. Похоже, что в историях маниакальных людей потери оказывались более серьезными, однако внимание родителей к их эмоциональному значению было еще более пренебрежительным, чем в истории депрессивных людей. Иначе очень трудно объяснить необходимость появления такой серьезной защиты, как отрицание.

Маниакальное собственное “Я”

Одна из моих пациенток описала себя как детскую игрушку “волчок”. Она остро осознавала свою потребность находиться в движении, чтобы не переживать чего-либо болезненного. Маниакальные люди опасаются привязанности, потому что забота о ком-то означает, что его потеря будет опустошающей. Маниакальный континуум от психотической до невротической структуры сильнее нагружен в психотической и

пограничной областях, поскольку включает в себя примитивные процессы. Следствие данного явления состоит в том, что многие маниакальные, гипоманиакальные и циклотимные люди испытывают риск субъективного опыта дезинтеграции собственного “Я”, которую сэлф-психологи описывают как фрагментацию. Маниакальные люди боятся “развалиться”.

Самоуважение людей с маниакальной структурой может поддерживаться посредством комбинации успешного избегания боли, приподнятого настроения и очарования окружающих. Некоторые маниакальные люди искусны в эмоциональном привязывании других к себе без ответного вовлечения такой же степени. Они часто бывают неординарными и остроумными. Их друзья и коллеги (особенно те, которые имеют общепринятое, но ошибочное убеждение, что интеллект и серьезная психопатология – взаимоисключающие явления) могут прийти в замешательство, узнав об уязвимых местах маниакальных людей. Если та или иная потеря становится слишком болезненной для отрицания, маниакальная крепость может быть внезапно взломана попытками суицида и явно психотическим поведением.

Перенос и контрперенос с маниакальными пациентами

Маниакальные клиенты могут быть обаятельными, обворожительными и проницательными, а также запутывающими и изнуряющими. Однажды, во время работы с гипоманиакальной молодой женщиной, я начала ощущать, что моя голова находится в сушильном аппарате для одежды – подобном тем, что находятся в прачечной и крутят одежду с такой скоростью, что невозможно ее визуально отследить. Иногда в первоначальном интервью можно осознать ноющее чувство, связанное с ощущением, что с такой беспокойной историей, как у этого пациента, он мог бы быть более эмоциональным в ее изложении. В другие моменты можно осознать ощущение неспособности сложить вместе все те части, которые предлагаются пациентом.

Наиболее опасная контрпереносная тенденция у терапевтов, работающих с гипоманиакальными людьми, состоит в недооценке степени их страдания и потенциальной дезорганизации, скрытой за очаровательной презентацией собственной личности. То, что может быть увидено как благоприятное наблюдающее Эго и надежный рабочий альянс, может оказаться проявлением маниакального отрицания и защитного обаяния. Нередко терапевт бывает шокирован результатами проективного

тестирования. Тест Роршаха в особенности может неожиданно выявить уровень психопатологии пациента.

Терапевтические применения диагноза мания и гипомания

Важной первоначальной задачей при работе с гипоманиакальными людьми является предотвращение прерывания лечения. Если терапевт не обсудит этот момент на первой сессии и не достигнет контракта с пациентом о том, что тот будет осуществлять терапию в течение некоторого времени после того, как почувствует импульс убежать, в этом случае интерпретирование защитной потребности пациента в спасении от значимых привязанностей (что очевидно из их историй жизни) будет невозможным из-за отсутствия пациента. Это можно сделать следующим образом:

“Я заметил, что все важные отношения в Вашей жизни были внезапно прерваны обычно по Вашей же инициативе. Поэтому это может случиться и в наших отношениях – в частности, еще и потому, что в терапии оживает так много болезненных вещей. Когда жизнь становится болезненной, Ваш образ действия состоит в том, чтобы спастись бегством. Я хотел бы, чтобы Вы, в том случае, если внезапно решите прервать терапию, независимо от того, насколько разумным Вам бы это в тот момент ни показалось, пришли бы ко мне еще, по крайней мере, на 6 сессий*, чтобы у нас появилась возможность глубже понять Ваше решение уйти и осуществить окончание терапии эмоционально соответствующим способом”.

Возможно, пациент при этом будет впервые конфронтирован с фактом, что существует эмоционально соответствующий способ окончания взаимоотношений. Иными словами, нужно как-то обходиться с печалью и другими уместными при расставании чувствами. Постоянный фокус на отрицании печали и негативных эмоций в целом является неотъемлемой частью терапевтической работы. Большинство аналитиков (Kernberg, 1975), благодаря наличию существенных трудностей гипоманиакальных клиентов по перенесению печали, сдержанно оценивают прогноз гипоманиакальных пациентов – даже в тех случаях, когда терапевт использует все предосторожности для предотвращения прерывания лечения. Иногда более “больным” маниакальным пациентам с серьезными проявлениями помочь легче, потому что уровень их психологического дискомфорта поддержан

мотивацией сохранения терапевтических отношений.

Что касается более нарушенных маниакальных пациентов, так же, как и серьезно больных депрессивных пациентов, психотропные средства стали для них счастливой находкой. Современный психиатрический опыт позволяет найти соответствующий тип и дозу лекарства для определенных потребностей пациента. Прошли те времена, когда литий был единственным эффективным средством лечения маниакальных состояний. Однако я нахожу нужным убедиться в том, чтобы прописывающий лекарства врач использовал тщательный, индивидуальный подход к каждому пациенту. Маниакальные люди обладают более частыми и разнообразными, чем у других пациентов, идиосинক্রазиями (непереносимость чего-либо), зависимостями и аллергиями. Надежные взаимоотношения с врачом, также как и с психотерапевтом, и взаимно поддерживающие отношения между ними обоими облегчают выздоровление маниакального пациента. В противоположность некоторым общепринятым представлениям, психотерапия с маниакальными пациентами ценна и эффективна. Без нее они не смогут проработать собственные неоплаканные потери и научиться любить, не испытывая столь сильный страх от таких отношений. Кроме того, психотерапия позволяет отказаться от медикаментозных средств.

Более здоровые гипоманиакальные люди имеют тенденцию обращаться за психотерапевтической помощью на поздних стадиях, когда их энергия и драйвы уже снижены и когда они могут ретроспективно увидеть то, насколько их личная история является фрагментированной и неудовлетворяющей. Иногда они обращаются за индивидуальной помощью с целью обретения смысла их жизни после длительной работы над зависимостью по программе “12 шагов”, где уже была снижена их самодеструктивность. Подобно нарциссическим клиентам грандиозного типа, с которыми они разделяют некоторые общие защитные паттерны, маниакальным людям старшего возраста иногда легче помочь, чем молодым людям с подобным же нарушением (Kernberg, 1984). Но и с ними необходимо принимать меры против преждевременного окончания лечения. Недостаток литературы по психотерапевтическому лечению гипоманиакальных личностей, возможно, отражает тот факт, что многие терапевты узнали на опыте, насколько трудно достигнуть подобного соглашения об окончании лечения с маниакальным пациентом.

Некоторые идеи относительно лечения параноидных пациентов также применимы и для маниакальных клиентов. Часто бывает необходимо “пойти в обход” защиты, например, скорее агрессивно конфронтировать

отрицание и отмечать то, что отрицается, чем побуждать пациента к исследованию этой существенно ригидной и негибкой защиты. Терапевт должен показать себя сильным и ответственным. Он должен интерпретировать целенаправленно, предоставляя гипоманиакальной личности информацию о нормальных негативных аффектах и о том, что они не приводят к катастрофическим последствиям.

Поскольку маниакальные люди испытывают сильный страх перед печалью и фрагментацией собственного “Я”, темп терапии должен быть медленным. Терапевт, который демонстрирует осмотрительность и осторожность, предлагает своему “вертящемуся” клиенту другую модель того, как жить в мире чувств. Лечение следует проводить в прямой манере. Большинство маниакальных людей, стремясь избежать психической боли, обучается говорить, чтобы не работать. Для них эмоциональная аутентичность представляет борьбу (с самим собой). Следовательно, терапевту следует периодически исследовать, является ли то, о чем они говорят, правдой, или же они приспособляются к обстоятельствам, оправдываются и развлекают терапевта. Подобно параноидным пациентам, маниакальные клиенты нуждаются в активном и решительном терапевте, который не защищается профессиональным жаргоном, не лицемерит и не склонен к самообману.

Дифференциальный диагноз

Основное препятствие для точной оценки гипоманиакальных людей было отражено в разделе о переносе и контрпереносе: терапевты имеют тенденцию неправильного восприятия этих поначалу привлекательных личностей как людей, имеющих большую, чем в действительности, силу Эго, людей, у которых не выражены примитивные защиты, имеется прочная интеграция идентичности. Последнее обстоятельство может привести к тому, что чувствительный гипоманиакальный человек прервет лечение после единственного интервью. Маниакально организованные люди не психотического уровня наиболее часто диагностируются как истерические, нарциссические и компульсивные. Тех же, кто имеет психотические симптомы, часто неправильно понимают как шизофреников.

Гипоманиакальная личность в сравнении с истерической

В связи с их обаянием, способностью к привлечению внимания и

очевидной проницательностью, гипоманиакальные пациенты, особенно женщины, могут быть неправильно оценены как истерические. Подобная ошибка нередко приводит к быстрой потере пациента, поскольку технический подход, применимый к людям с истерической организацией, приводит к тому, что гипоманиакальная личность чувствует себя недостаточно “поддерживаемой” и только поверхностно понимаемой. У маниакально структурированных людей, также как и у депрессивных, существует неосознаваемое убеждение, что любой, кому они, как кажется, понравились, был ими одурачен. Это может привести к обесцениванию терапевта и уходу от него. Поскольку такое поведение неуместно с истерически организованной личностью, понимание маниакального пациента как истерического может привести к нежелательным последствиям. Наличие внезапно прерываемых отношений, история травматических или неоплаканных потерь и отсутствие истерической озабоченности своей половой идентичностью и силой составляют те области, которые позволяют дифференцировать эти два типа личности.

Гипоманиакальная личность в сравнении с нарциссической

Так как грандиозность является центральным свойством маниакального функционирования, можно легко прийти к неверному заключению и оценить маниакального клиента как нарциссического пациента грандиозного рода – вновь в полном сходстве со смещениями действительно депрессивных (меланхолических) пациентов и депрессивно-опустошенных типов нарциссической личности. Подробная история жизни позволяет высветить существующие различия; у нарциссически структурированных людей отсутствуют бурные, беспокойные, катастрофически фрагментированные основания большинства гипоманиакальных пациентов.

Между субъективной пустотой нарциссической личности и наличием беспощадно негативных интроектов у маниакальной также существует интрапсихическое различие. Маниакальный человек обходится с ними посредством отрицания. Высокомерный нарциссический человек труден для лечения и разнообразными способами сопротивляется привязанности к терапевту, но угроза немедленного прерывания терапии все же минимальна. Неправильная оценка гипоманиакальной личности как нарциссической может дорого обойтись. Эти две группы действительно имеют родство. Так, пациенты обеих групп более достижимы уже в

немолодом возрасте. Кроме того, аналитики, понимающие грандиозный нарциссизм в интроективных терминах (Kernberg, 1975), отстаивают аналогичный терапевтический подход к каждому из этих двух типов.

Гипоманиакальная личность в сравнении с компульсивной

Качества драйвов гипоманиакальной личности требуют сравнения с характерологической компульсивностью. И компульсивные, и гипоманиакальные люди честлюбивы и требовательны, и поэтому их иногда сравнивают (Cohen et. al, 1954; Akiskal, 1984). Однако их сходства в большей степени поверхностны. Актар (Akhtar, 1992), проводя различия между гипоманиакальной личностью и компульсивной (которая, если следовать за построениями Кернберга, обладает невротическим уровнем организации личности), суммирует:

“В отличие от гипоманиакального индивида, компульсивный индивид способен на глубокие объектные отношения, зрелую любовь, заботу, подлинное чувство вины, горевание и печаль... Компульсивные люди сопособны на длительную интимность, но они скромны и нерешительны. В противоположность им, гипоманиакальные индивиды напыщены, любят компанию, с легкостью входят в контакт с другими, однако вскоре теряют к ним интерес. Компульсивная личность любит детали, в то время как гипоманиакальная пренебрегает ими. Компульсивные индивиды стеснены моралью, придерживаются всех правил, а гипоманиакальные индивиды, подобно “извращенному характеру” (Chassequest-Smirgel, 1985) “срезают углы”, пренебрегают запретами, осмеивают общепринятые авторитеты”.

Таким образом, как и в случае с различием гипомании и истерии, крайне важно выявить различия между внутренним смыслом и манифестным содержанием поведения.

Мания в сравнении с шизофренией

Маниакальный индивид в психотическом состоянии может быть очень похож на шизофреника с острым гебефреническим эпизодом. Дифференциация этих двух состояний очень важна для правильного назначения медикаментозных средств. Оставим в стороне популярное мнение: если кто-то явно психотичен, это равнозначно тому, что он шизофреник. Чтобы определить природу дезорганизации личности,

особенно молодых пациентов, у которых это первый психотический срыв, важно собрать хорошую историю (если пациент неспособен на это – у его родственников) и оценить возможное лежащее в основании уплощение аффекта и способность к абстракции.

Заключение

В этой главе я обсудила личности пациентов, характерологически организованные вдоль депрессивной линии, несмотря на то, переживают ли они свое нарушение настроения тем образом, который мы знаем как клиническую депрессию, или нет. Обсуждая драйвы, аффекты и темперамент, я подчеркнула оральность, бессознательную вину, преувеличенную печаль или радость – в зависимости от того обстоятельства, является пациент депрессивным или маниакальным. Были детализированы Эго-процессы интроецирования, обращения против себя и идеализации (у депрессивных пациентов) и Эго-процессы отрицания, отреагирования и обесценивания (у маниакальных личностей). При обсуждении объектных отношений были рассмотрены: влияние травматических потерь, неадекватное оплакивание, родительская депрессия, критицизм, насилие и непонимание. Были обсуждены образы собственного “Я” как непоправимо плохие. В разделе о переносе и контрпереносе я сделала акцент на привлекательных качествах депрессивных и маниакальных личностей и связанных с ними желаниях спасения в контрпереносе и на потенциальной деморализации терапевта.

В дополнение к эмпатическому отношению, в раздел о технических предложениях были включены: энергичная интерпретация объяснительных конструкторов, настойчивое исследование реакций на сепарацию, атака на супер-Эго, а с маниакальными пациентами, кроме того, предупреждающий разрыв терапевтических отношений контракт и настойчивое требование честного самопредъявления. Диагностически депрессивные клиенты были отделены от нарциссически организованных людей с депрессивными особенностями и мазохистически ориентированных пациентов. Гипоманиакальные и маниакальные клиенты были дифференцированы от истерических, нарциссических, компульсивных и шизофренических пациентов.

Дополнительная литература

Глава Лафлина (Laughlin, 1967) о депрессивной личности очень хороша, но ее трудно сейчас найти. Антология Гейлина (Gaylin, 1983) по депрессии содержит первоклассный обзор психоаналитического осмысления этого явления. Самый последний известный мне очерк о гипоманиакальной личности можно отыскать в “Разбитых структурах” Актара (Akhtar (1992) “Broken Structures”). И, наконец, Фенихель (Fenichel, 1945) – это наилучшее чтение по депрессивным и маниакальным состояниям для тех, кого не остановит его несколько сложная терминология.

12. Мазохистические (пораженческие, саморазрушительные [self-defeating]) личности*

Люди, которые сами себе кажутся худшими врагами, являются загадкой для гуманных студентов. Когда история человека полна решений и действий, противоречащих его благополучию, нам трудно это понять. Фрейд считал саморазрушительное поведение самым неприятным вопросом, адресованным к его теории, так как он основал ее (в соответствии с биологическими теориями того времени [см. Sulloway, 1979]) на предпосылке, что организмы стремятся максимизировать удовольствие и избежать страдания. Фрейд придавал особое значение тому, как в нормальном развитии детские предпочтения, определяемые принципом удовольствия, позднее видоизменяются принципом реальности. Поскольку на поверхностный взгляд кажется, что некоторые предпочтения не определяются ни принципом удовольствия, ни принципом реальности, Фрейд сделал натяжки и пересмотрел свою метапсихологию, чтобы объяснить “саморазрушительные”, или “мазохистические”, паттерны поведения. (Freud, 1905, 1915a, 1916, 1919, 1920, 1923, 1924)**.

Ранняя психоаналитическая теория нуждалась в объяснении эротической практики тех, кто, подобно австрийскому автору Леопольду фон Захер-Мазоху, стремился получить оргазм через получение боли и унижения. Сексуальное возбуждение от переживания боли было ранее названо по имени Захер-Мазоха, а удовольствие от ее причинения – в честь Маркиза де Сада (Krafft-Ebing, 1990). Применение термина “мазохизм” для очевидно несексуальных паттернов причинения себе боли было естественным для Фрейда, который подчеркивал, что в основе большинства видов поведения лежит сексуальный источник (LaPlanche & Pontalis, 1973; Panken, 1973).

Чтобы отличить общий паттерн страдания, который служит некоторой конечной цели, от более узкого сексуального значения понятия мазохизма, Фрейд (1924) ввел понятие “морального мазохизма”. К 1933 году это понятие было принято настолько широко, что Вильгельм Райх включил “мазохистический характер” в свою подборку личностных типов, выделяя паттерны страдания, выражения жалоб, установки на самоповреждение и самообесценивание и скрытое бессознательное желание мучить других своими страданиями. Проблема морального мазохизма и динамики мазохистической личности надолго заинтриговала аналитиков (Reik, 1941;

Fenichel, 1945; Menaker, 1953; Berliner, 1958; Laughlin, 1967; Schafer, 1984; Asch, 1985; Grossman, 1986; Kernberg, 1988).

Когда современные авторы говорят о мазохизме без ссылки на сексуальный контекст, они обычно имеют в виду моральный мазохизм. Как и другие феномены, рассматриваемые в настоящей книге, морально-мазохистическое поведение необязательно является патологическим, даже если оно является самоотречением в широком смысле слова. Иногда мораль предписывает, чтобы мы страдали ради чего-то более стоящего, чем наш кратковременный индивидуальный комфорт (De Monchy, 1950; Brenner, 1959; Kernberg, 1988). Это тенденция, в рамках которой Хелена Дойч (H.Deutsch, 1944) высказала мысль, что мазохизм является неотъемлемой частью материнства. Большинство млекопитающих, действительно, ставят благополучие своих детенышей выше собственного личного выживания. Это может оказаться “саморазрушительным” для конкретного животного, но не для потомства и вида в целом. Встречаются примеры мазохизма, даже более достойные похвалы, когда люди рискуют своей жизнью, здоровьем и безопасностью ради социального блага, например, ради сохранения культурных ценностей. Некоторые люди, – на ум приходят Махатма Ганди и Мать Тереза, – в личности которых можно предположить наличие сильной мазохистической тенденции, продемонстрировали героическое самоотречение, даже святость, посвящая себя целям более возвышенным, чем их собственное “Я”.

Вне понятийного круга морального мазохизма термин “мазохистический” используется при ссылке на несводимые к морали паттерны самодеструктивности, например, у склонных к несчастным случаям людей, или у тех, кто умышленно, но без суицидальных намерений, калечит себя или же наносит себе ущерб. Такое использование слова подразумевает, что за явным самодеструктивным безумием человека стоит некая преследуемая цель, заставляющая бледнеть все физические страдания, если оглядываться на них из того эмоционального облегчения, которого достигают с помощью этих невероятных средств. Например, тот, кто сам себя режет, обычно объясняет, что вид собственной крови позволяет почувствовать себя живым и реальным и что мука ощущения себя несуществующим или отчуждение от собственных чувств безгранично хуже, чем какой-нибудь временный физический дискомфорт.

Таким образом, мазохизм бывает разной степени и имеет различные оттенки. Самодеструктивность может быть характерной для любого – от наносящего себе увечья психотика до зануды, подобного Чеву Чейзу (Chevy Chase). Моральный мазохизм простирается от легендарных

христиан-мучеников до “мудрых еврейских мам”. В определенных обстоятельствах каждый ведет себя мазохистически (Salzman, 1960a; Baumeister, 1989), часто ради какой-то последующей выгоды. Дети из собственного опыта узнают, что один из способов привлечения внимания воспитателей – причинить себе неприятность. Один мой коллега описал, как был посвящен в динамику нормального мазохизма, когда его семилетняя дочь, рассерженная на него за то, что отец не уделил ей достаточно времени, заявила о своем намерении пойти и поломать все свои игрушки.

Способ достижения морального триумфа через навязанное себе страдание может стать таким привычным для человека, что его стоит рассматривать как личность, имеющую мазохистический характер. Например, многие считали Ричарда Никсона моральным мазохистом (Wills, 1970) за его удрученный, оправдывающийся голос, склонность преподносить себя как благородного страдальца и неадекватность в ситуациях, когда на карту ставилось его благополучие (например, неудачное решение Никсона уничтожить Уотергейтские магнитофонные записи в конце концов разрушило его президентство).

Я хочу подчеркнуть, что термин “мазохизм”, используемый психоаналитиками, не означает любви к боли и страданию. Человек, ведущий себя мазохистически, терпит боль и страдает в сознательной или бессознательной надежде на некоторое последующее благо. Когда аналитик сообщает пациентке, которую избивает муж, что та ведет себя мазохистически, оставаясь с оскорбляющим ее мужчиной, он не обвиняет женщину в том, что ей нравится быть избитой. Здесь, скорее, подразумевается, что ее действия наводят на следующую мысль: то, что она терпит насилие, либо способствует достижению некоторой цели, которая оправдывает ее страдание (сохранение семьи), либо предотвращает нечто более болезненное (например, возможность остаться одной), или и то, и другое вместе. Эта ремарка также подразумевает, что данный расчет не работает, так как пребывание с мужчиной, избивающим ее, объективно более деструктивно или даже опасно, чем расставание с ним, но она тем не менее, продолжает вести себя так, как если бы от того, что она терпит плохое обращение с собой, зависело ее конечное благополучие*.

Мазохистические и депрессивные паттерны характера в значительной степени совпадают, особенно на невротически здоровом уровне организации личности. Большинство людей с одной из этих структур имеют аспекты и другой. Кернберг (Kernberg, 1984, 1988) рассматривает депрессивно-мазохистическую личность как один из наиболее

распространенных типов невротического характера. Я подчеркиваю различия между этими двумя психологиями, потому что (особенно на пограничном и психотическом уровнях организации личности) требуется применение существенно различающихся терапевтических стилей. Можно принести большой вред, если, имея наилучшие намерения, терапевт неправильно оценит преимущественно мазохистическую личность как депрессивную и наоборот.

Драйвы, аффекты и темперамент при мазохизме

Интересно отметить, что, в отличие от депрессивных состояний, самодеструктивные паттерны не были предметом широких эмпирических исследований возможно потому, что понятие мазохизма не было распространено вне психоаналитического сообщества. Поэтому о вкладе конституции в мазохистическую личностную организацию известно немного. Помимо заключения Крафт-Эббинга, что сексуальный мазохизм является генетическим, и некоторых гипотез о роли оральной агрессии (L. Stone, 1979), было высказано относительно немного предположений о роли врожденного темперамента. Клинический опыт наводит на мысль, что личность, ставшая характерологически мазохистической, может быть (вероятно, это также справедливо и для тех, кто развил депрессивный характер) конституционально более социабельной или стремящейся к объекту, чем, скажем, уходящий в себя ребенок, склонный к шизоидному стилю поведения.

Таким образом, возможность индивидуальной конституциональной подверженности мазохизму остается открытым вопросом. Близкая тема в биологии, которая вызвала гораздо больше профессионального внимания и которая кажется более ясной, по крайней мере, на феноменологическом уровне, касается вопросов пола. У многих практиков и исследователей существует впечатление (Galenson, 1988), что травма и плохое обращение создают противоположные диспозиции у детей разного пола. А именно: девочки, к которым в детстве проявляли жестокость, склонны к развитию мазохистического паттерна, в то время как мальчики в этом случае, скорее, будут идентифицировать себя с агрессором и развиваются больше в садистическом направлении. Как и в любом правиле, здесь тоже существуют исключения: мазохистический мужчина и садистическая женщина не являются редкостью.

Но, возможно, физическая сила взрослого мужчины и предвосхищение

данного преимущества маленькими мальчиками делает последних предрасположенными к преодолению травмы проактивными средствами и оставляет их сестер со склонностью к стоицизму, самопожертвованию и моральной победе через физическое поражение – с этим освященным веками оружием слабых. Мы все еще остаемся в неведении, влияют ли на это интригующее расхождение биологические и химические процессы, также как и относительно того, как они действуют.

Аффективный мир мазохистически организованной личности очень похож на таковой у депрессивной личности, но с одним существенным дополнением. И там, и там преобладают чувства сознательной печали и глубокой бессознательной вины, но у наиболее мазохистических личностей в ответ на то, что происходит в их интересах, легко возникает гнев, обида и даже негодование. В этих состояниях пораженческие люди имеют больше общего с теми, кто склонен к паранойе, чем с их депрессивными собратьями.

Другими словами, мазохистические люди считают себя страдающими, но незаслуженно, – жертвами преследования или просто родившимися под несчастливой звездой, проклятыми не по своей вине (например, вследствие “плохой кармы”). В отличие от тех, кто обладает только депрессивной основой и кто на некотором уровне примиряется со своей несчастливой судьбой, потому что считают, что заслужили это, мазохистические личности могут протестовать, подобно шекспировскому любовнику, взывавшему к глухим небесам своими бесполезными криками.

Защитные и адаптационные процессы при мазохизме

Мазохистические личности как и депрессивные используют в качестве защиты интроекцию, обращение против себя и идеализацию. Кроме того, они сильно полагаются на отреагирование вовне (по определению, так как суть мазохизма лежит в саморазрушительных действиях). Моральные мазохисты также используют морализацию (опять-таки, по определению), чтобы справиться со своими внутренними переживаниями. По причинам, которые я изложу вкратце, люди с пораженческими личностями в целом более активны, чем депрессивные, и их поведение отражает потребность что-то сделать со своими депрессивными чувствами, что противодействовало бы состояниям деморализации, пассивности и изоляции.

Отличительный признак мазохистической личности состоит в

защитном отреагировании внешне образом, в котором заложен риск нанесения ущерба самому себе. Движимые большей частью бессознательно, саморазрушительные действия включают в себя элемент попытки справиться с ожидаемой болезненной ситуацией (R.M. Loewenstein, 1955). Например, если некто убежден, что все авторитетные фигуры рано или поздно из прихоти наказывают тех, кто от них зависит, и находится в хроническом состоянии тревоги, ожидая, что это произойдет, провоцируя затем ожидаемое наказание, он тем самым уменьшает тревогу и вновь обретает уверенность в своем влиянии: по крайней мере, время и место страдания выбрано им самим. Терапевты с ориентацией на теорию “контроля-овладения” (Suffidge, 1991) характеризуют такое поведение как “преобразование пассивного в активное”.

В подобных случаях на Фрейда (1920) первоначально произвела большое впечатление сила того явления, которое он назвал *навязчивым повторением*. Жизнь несправедлива: тот, кто больше всех страдал, будучи ребенком, обычно больше всех страдает и став взрослым – таков его сценарий, который мистическим образом отражает условия его детства. Еще обиднее, что другим кажется: ситуация, в которой оказывается взрослый, создана самим страдальцем, хотя едва ли это им осознается. Как указывали Сэмпсон, Вайс и их коллеги, паттерны повторения характерны для каждого. Если кому-то достаточно повезло и в детстве они чувствовали безопасность и подтверждение, их личностный сценарий едва различим, так как они хорошо приспосабливаются к реалистичным возможностям в жизни и стремятся воспроизводить эмоционально позитивные ситуации. Если же у кого-то прошлое было пугающим и к нему относились халатно или жестоко, потребность воссоздания обстоятельств детства, чтобы попытаться психологически справиться с ними, может быть не только очевидной, но и трагичной.

Пациентка, наносившая сама себе порезы и лечившаяся у меня в течение многих лет, со временем локализовала источник своего мазохизма в жестоком обращении с ней матери в детстве. Она вспомнила случай, когда эта очень нарушенная женщина в слепой ярости порезала свою дочь ножом. Припомнив этот эпизод, пациентка огорчилась по поводу своей прежней беспомощности, началось различение настоящей и прошлой реальностей, и тогда ее самоповреждения постепенно прекратились. Но это произошло не раньше, чем она оставила на своей руке неисчезающие шрамы и создала травматические ситуации для других людей. Так как она находилась на психотическом уровне организации личности, работа с ней была медленной и рискованной, хотя, в конечном счете, успешной.

Гораздо более здоровая женщина, с которой я работала, сообщала своему экономному обсессивно-компульсивному мужу о своей последней денежной трате, как только их отношения становились теплыми и спокойными. Это постоянно приводило его в бешенство. Вместе с ней мы поняли, что подобные провокации обнаруживают бессознательное умозаключение, которое она вывела еще будучи ребенком: если все спокойно, вот-вот грянет шторм. Когда в ее замужестве все было хорошо, бессознательно женщина начинала беспокоиться, что, как и ее эксплозивный отец, муж собирается какой-нибудь своей вспышкой разрушить их счастье. Поэтому моя пациентка вела себя таким образом, который, как она внутренне знала, вызовет вспышку гнева, для того, чтобы поскорее покончить с этим и начать приятную интерлюдия (промежуточный период). К несчастью, с точки зрения ее мужа, она не восстанавливала прежнего состояния, а причиняла боль.

Рейк (Reik, 1941) исследовал несколько измерений мазохистического отреагирования, включая: (1) провокацию (как в предыдущем случае); (2) умиротворение (“Я уже страдаю, поэтому, пожалуйста, воздержитесь от дополнительного наказания”); (3) эксгибиционизм (“Обратите внимание: мне больно”); (4) избегание чувства вины (“Смотрите, что вы заставили меня сделать!”). Большинство из нас использует в незначительной степени мазохистические защиты часто по одной и более из этих причин. Обучающиеся терапевты, которые приходят на супервизию с избытком самокритики, часто используют мазохистическую стратегию, чтобы застраховать свои ставки: если мой супервизор думает, что я допустил большую ошибку в работе с моим клиентом, то я уже показал, что осознаю ее и достаточно наказан. Если же нет – я получу утешение и реабилитацию.

Саморазрушительное поведение обычно имеет сильную связь с объектами. У него есть способ привлекать, а иногда и вовлекать их в мазохистический процесс. Однажды на групповой терапии, в которой я была участником, один из членов группы, когда его критиковали, начал вести себя таким образом, который, скорее всего, подавил бы критику в его адрес, чего он, казалось, наивно не осознавал. При конфронтации с тем, что его плаксивое, принижающее себя состояние вызывает раздражение и нападки со стороны других, он стал необычно подавленным и соглашающимся: “Пусть лучше на меня нападают, чем не трогают вовсе”. Я расскажу больше об этой динамике в разделе, посвященном объектным отношениям.

Такая защита мазохистических клиентов, как морализация, может раздражать. Чаще всего они гораздо более заинтересованы в одержании

моральной победы, чем в решении практических проблем. У меня ушло несколько недель работы на то, чтобы убедить одну пациентку с пораженческой психологией подумать о написании письма в IRS, которое дало бы ей большое возмещение ее расходов, на что она по закону имела право. Она проводила терапевтические часы, пытаясь убедить меня, что IRS плохо управляет ее налоговой декларацией. Это было верно, но совершенно не имело отношения к ее делу, которое заключалось в возвращении денег. Она предпочитала мое сочувствующее возмущение попыткам помочь ей получить компенсацию. Предоставленная самой себе, она скорее продолжала бы собирать и оплакивать несправедливости, чем устранять их.

Часть представленной здесь динамики кажется особым способом, при помощи которого человек обращается с депрессивным убеждением, что он плохой. Потребность заставить слушателей утверждать, что это *другие* виноваты, может быть настолько сильной, что мешает достижению практических целей, которому большинство людей отдает предпочтение. Одна из причин, по которой дети приемных родителей, даже добрых и имеющих хорошие намерения, имеют тенденцию вести себя мазохистически (обижая или действуя вызывающе, тем самым провоцируя карательные реакции), может иметь отношение к бессознательному чувству вины. Юноши, потерявшие родителей, склонны терзаться, что их “плохие” качества привели к тому, что они исчезли. Предпочитая чувство виновной силы ощущению беспомощной слабости, они пытаются убедить себя и других, что это их приемные родители плохие. Таким образом они отклоняют внимание от себя. Они продолжают провоцировать приемных родителей до тех пор, пока их поведение поддерживает такое убеждение.

Эти динамические примеры могут объяснить, почему часто бывает так трудно повлиять на систему семьи с приемным ребенком только методами поведенческой терапии. Возможно, способ действий переполненного гневом и движимого виной участника должен быть гораздо больше направлен на продолжение страдания (для того, чтобы кто-то еще считался виновным), чем на улучшение семейной атмосферы. Конечно, данный феномен свойствен не только детям или вновь созданным семьям. У любого учителя средней школы имеется запас историй о родных родителях, которые предъявляют себя многострадальными мучениками благодаря дурному поведению их детей, но не способны претворить в жизнь какие-либо предложения по его улучшению. Складывается впечатление, что их потребность видеть своих детей плохими, а себя – безропотными, превосходит все остальное.

Другой защитный процесс, который должен быть здесь упомянут, это отрицание. Люди с мазохистической организацией нередко демонстрируют своими словами и поведением, что они страдают или что кто-то плохо обращается с ними, но, тем не менее, они могут отрицать, что испытывают какой-либо конкретный дискомфорт, и уверяют обидчика в хороших намерениях. “Я уверен, она хочет мне добра и глубоко интересуется моими делами”, – заявил однажды один из моих клиентов о своей начальнице, которая явно испытывала к нему неприязнь и унижала его перед коллегами. “Как вы ощущаете ее заботу?” – спросила я. “О, мне кажется, она пытается научить меня чему-то важному, – ответил он, – поэтому я благодарен ей за эти попытки”.

Объектные отношения при мазохизме

Эммануил Хаммер любил повторять, что мазохистические люди – это депрессивные, у которых еще осталась надежда. Он имел в виду, что в этиологии мазохистических условий, в противоположность депрессивным, депривация или травматическая потеря, ведущие к депрессивной реакции, не настолько опустошительны, чтобы ребенок легко отказался от мысли, что его любят (см. Spitz, 1953; Berliner, 1958; Salzman, 1962; Lax, 1977; I. Bernstein, 1983). Многие родители, выполняющие свою роль лишь функционально, тем не менее, могут вступать во взаимодействие, если их ребенку причинена боль или он подвергается опасности. Их дети в целом чувствуют себя покинутыми и, следовательно, никчемными, но знают: если они достаточно пострадают, то смогут получить немного заботы (Thompson, 1959). Одна молодая женщина, с которой я проводила диагностическую сессию, имела экстраординарную историю повреждений, болезней и несчастий. У нее, кроме того, была психотически депрессивная мать. Когда я спросила женщину о самом раннем воспоминании, пациентка рассказала о событии, которое произошло, когда ей было три года. Тогда она очень сильно обожглась утюгом и получила необыкновенно большую дозу материнского утешения.

Обычно история мазохистических личностей звучит так же, как и история депрессивных: с большими неоплаканными потерями, критикующими или индуцирующими вину воспитателями, перестановкой ролей, где дети чувствуют ответственность за родителей, случаями травмы и жестокого обращения и депрессивными моделями (Dorpat, 1982). Однако, если быть внимательным, можно услышать и о людях, которые находились

рядом с пациентом, когда тот испытывал достаточно серьезные неприятности. Там, где депрессивным личностям кажется, что они никому не нужны, мазохистические чувствуют: если они смогут выразить свою потребность в сочувствии и заботе, их эмоциональное одиночество может прекратиться. Эстер Менакер (1953), одна из первых среди аналитиков, описала, что истоки природы мазохизма лежат в проблемах неразрешенной зависимости и в страхе остаться в одиночестве. “Пожалуйста, не оставляйте меня; в ваше отсутствие я нанесу себе вред”. Это заявление составляет суть многих мазохистических сообщений – как это было в примере с дочерью моего коллеги, которая собиралась разрушить все свои игрушки (Berliner, 1958). В прекрасном исследовательском проекте по изучению психологии сильно и неоднократно избиваемых женщин, от которых персонал прибежищ буквально “рвал на себе волосы”, потому что они вновь возвращались к партнерам, которые были недалеко от того, чтобы убить их, моя бывшая студентка Анна Расмуссен (1988) показала: эти подвергающиеся серьезной опасности люди боятся быть оставленными гораздо больше, чем боли или даже смерти. Она отмечает:

“Разлучаясь с теми, кто их избивает, исследуемые личности впадают в такое острое глубокое отчаяние, что становятся жертвой Большой Депрессии и едва могут функционировать... Многие не могут есть, спать и взаимодействовать с другими. Одна из них говорит: “Когда мы врозь, я не знаю, как вставать по утрам... Мое тело забывает, как есть, каждый кусок пищи – камень в моем желудке”. Пучина, в которую они опускаются, пребывая в одиночестве, несравнима с дистрессом, который они переживали, когда находились со своими истязателями”.

Нередко от мазохистических пациентов мы узнаем, что родитель проявлял к ним свои эмоции, только когда наказывал их. В этих обстоятельствах неизбежно установление связи между привязанностью и болью. Специфическая комбинация любви и жестокости также может порождать мазохизм (Brenman, 1952). Ребенок узнает, что страдание является ценой отношений, особенно если наказание чрезмерно, жестоко или носит садистический характер. А дети жаждут отношений даже больше, чем физической безопасности. Жертвы жестокого обращения в детстве обычно интернализуют рационализацию плохого отношения к ним своих родителей, потому что лучше знать, что тебя били, чем – что тобою пренебрегали. Другая испытуемая (из исследования Расмуссен) призналась:

“У меня есть чувство, что я хотела бы снова стать маленькой. Хочу, чтобы мама по-прежнему заботилась обо мне. Я бы хотела, чтобы меня могли отлупить сейчас, потому что это способ заставить слушаться и кое-что знать в будущем. Если бы у меня была мать, которая лупила бы меня больше, я могла бы держать себя в руках”.

Другой аспект истории многих людей, чьи личности приобрели мазохистическую структуру, заключается в том, что в детстве их сильно поощряли за то, что они мужественно терпели свои несчастья. Одна моя знакомая в возрасте 15 лет потеряла мать, которая умерла от рака толстой кишки. Последние месяцы перед смертью та жила дома, слабея от нарастающего коматозного состояния и страдая недержанием. Дочь взяла на себя роль сиделки, меняя перевязку на ее колостоме, ежедневно стирая окровавленные простыни и переворачивая ее тело, чтобы предотвратить пролежни. Бабушка со стороны матери, глубоко тронутая такой привязанностью, искренне говорила, какой прекрасной и бескорыстной была ее внучка, как Бог должен благоволить к ней, как безропотно она отказалась от обычных девических занятий, чтобы ухаживать за умирающей матерью. Все это было верно, но эффект от того, что она в течение длительного времени получала так много подкрепления своему самопожертвованию и так мало поддержки тому, чтобы сделать небольшой перерыв в работе для удовлетворения собственных потребностей, погрузил ее в мазохизм.

Впоследствии, решая каждую очередную задачу развития, женщина пыталась показать свое великодушие и терпеливость. Другие реагировали на нее как на утомительно добродетельную личность, вызывающую раздражение неоднократными попытками относиться к ним по-матерински.

В повседневных отношениях люди с пораженческой психологией имеют тенденцию находить друзей из “общества любителей страдания”. Если они принадлежат к разновидности морально-мазохистических страдальцев, то тяготеют к тем, кто будет подтверждать их чувство несправедливости. Они также стремятся воссоздать отношения, когда к ним будут относиться с равнодушием или даже с садизмом. Крайним примером является существование супружеских пар, где один партнер избивает другого. Некоторые садомазохистические привязанности, по-видимому, являются результатом саморазрушительного выбора партнера человеком с уже имеющейся тенденцией к насилию, в других случаях он связан с адекватным партнером, но проявляет в нем все самое худшее.

Нидз указывал (Nydes, 1963; Bak, 1946), что мазохистические личности имеют много общего с параноидными и что некоторые индивиды циклически колеблются между мазохистической ориентацией и параноидной. Источник этой близости находится в их общей ориентации на угрозу. Люди и с параноидной, и с пораженческой психологией чувствуют постоянную угрозу нападения на их самоуважение, безопасность и физическое благополучие. Перед лицом этой тревоги параноидное решение будет примерно следующим: “Я нападую на тебя до того, как ты нападешь на меня”. Мазохистической реакцией будет: “Я первый нападую на себя, так что ты не сможешь сделать этого”. И мазохистические, и параноидные люди ранее бессознательно были поглощены выяснением взаимоотношений между властью и любовью. Параноидные люди приносят в жертву любовь ради ощущения власти; мазохистические совершают противоположное. Эти решения могут представлять как чередующиеся состояния Эго – особенно на уровне пограничной организации личности, – приводя терапевта в замешательство, понимать ли этого пациента как испуганную жертву или как угрожающего преследователя.

Мазохистическая динамика может пронизывать сексуальную жизнь человека с пораженческой психологией (Kernberg, 1988), но многие характерологически мазохистические люди не являются сексуальными мазохистами (фактически, в то время как их мастурбационные фантазии могут содержать мазохистические элементы для того, чтобы увеличить возбуждение, нередко они сексуально выключаются при любом признаке агрессии в своем партнере). И наоборот, многие люди, чья индивидуальная история сексуальных отношений дала им мазохистический эротический паттерн, не являются пораженческими личностями. Одним из неудачных последствий ранней теории драйвов, которая на концептуальном уровне так тесно связывает сексуальность со структурой личности, является предположение, что сексуальная и личностная динамика всегда изоморфны. Нередко это действительно так. Но, к счастью, часто люди более сложны.

Мазохистическое собственное “Я”

Представление о себе мазохистической личности может быть сравнимым, до определенной степени, с представлением о себе депрессивной личности: я недостойный, виноватый, отверженный, заслуживающий наказания. Но, кроме того, они могут обладать глубоким,

иногда сознательным ощущением, что они не лишены чего-то, а в чем-то нуждаются и несовершенны, – наряду с убеждением, что они обречены быть неправильно понятыми, недооцененными и с ними нужно плохо обращаться. Люди с морально-мазохистической личностной структурой часто производят на других впечатление претенциозных и презрительных, экзальтированных в своем страдании и презирающих простых смертных людей, которые не могут выносить столь же сильное горе с подобным изяществом. Хотя данная позиция моральных мазохистов создает впечатление, что они получают удовольствие от страдания, лучше было бы сказать, что в этом они нашли компенсаторную основу для поддержания своего самоуважения (Stolorow, 1975; Kohut, 1977; Schafer, 1984; Cooper, 1988).

Иногда мазохистические клиенты приводят примеры плохого обращения с ними, и тогда можно отыскать следы скрытой улыбки на их в целом удрученных чертах лица. Легко сделать вывод, что они чувствуют некоторое садистическое удовольствие от того, что так сильно порочат своих мучителей. Это может служить еще одним источником распространенного мнения, что люди с пораженческой психологией получают удовольствие от своего страдания. Точнее было бы сказать, что они извлекают вторичную выгоду из такого способа решения межличностных дилемм, как привязанность к кому-то через страдание. Они сопротивляются, но не пребывают в состоянии сопротивления, выставляют своих мучителей в качестве морально более низких личностей, демонстрируя их агрессию, и смакуют моральную победу, которой достигает эта уловка. Большинство терапевтов знакомо с клиентами, жалобно выражающими недовольство по поводу плохого обращения с ними начальника, родственника, друга или партнера. Но если их поощряют сделать что-нибудь, чтобы исправить ситуацию, они выглядят разочарованными, меняют предмет разговора и переключают свои жалобы в другую область. Когда самоуважение индивида увеличивается за счет того, что он мужественно выносит свои несчастья, и уменьшается в результате того, что он действует в своих интересах (“эгоистично” или “потакая себе”, согласно этическому лексикону мазохистических людей), бывает трудно переструктурировать неприятную ситуацию, как этого требуют разумные пределы.

В отличие от большинства людей депрессивной организации, имеющих тенденцию уходить в одиночество, мазохистические пациенты проецируют чувство собственной “плохости” на других, и затем ведут себя таким образом, чтобы стало очевидно, что зло скорее снаружи, чем внутри

них. В этом состоит еще одно сходство пораженческих паттернов и параноидных защит. Однако мазохистические люди обычно испытывают меньше примитивного параноидного страха и не нуждаются в многократной защитной трансформации аффекта, чтобы удалить его нежелательные аспекты. В отличие от параноидных личностей, которые могут жить очень уединенно, они нуждаются в присутствии близких людей, чтобы помещать в них свои отчуждаемые садистские наклонности. Параноидный человек может разрешить свою тревогу, проективно приписывая недоброжелательность неопределенным силам или отдаленным преследователям, а мазохистический человек приписывает ее тому, кто находится прямо под рукой, и чье поведение подтверждает правильность убеждения проецирующего в моральной низости объекта.

Перенос и контрперенос с мазохистическими пациентами

Мазохистические пациенты склонны воспроизводить с терапевтом драму ребенка, который нуждается в заботе, но получает ее, только если становится очевидно, что он страдает. Терапевт может восприниматься как родитель. Его нужно убедить в том, чтобы он спас и утешил пациента, который слишком слаб, запуган и беззащитен, чтобы справляться с требованиями жизни без посторонней помощи. Если клиент уже попал в какие-то действительно тревожащие, опасные ситуации и кажется, что не существует ключа к их разрешению, терапевт нередко чувствует; нужно обеспечить безопасность человека до того, как начнется лечение. В более мягких вариантах мазохистического предъявления собственной личности по-прежнему имеется сообщение о беспомощности перед лицом житейских невзгод – наряду с обоснованием того факта, что единственный способ справиться с трудностями состоит в том, чтобы быть терпимым, стойким или даже бодрым перед лицом неудач.

Таким образом, у пациента есть субъективная задача – убедить терапевта, что он (1) *нуждается* в спасении и (2) *заслуживает* спасения. Наличие этих двух целей обусловлено страхом того, что терапевт – невнимательный, рассеянный, эгоистичный, критичный или жестокий, обладающий авторитетом человек. Он будет разоблачать бесполезность пациента, возлагать на него вину за то, что он стал жертвой преследования, и, наконец, прервет с ним отношения. Эти призывы к спасению и опасения, что с ним будут плохо обращаться, могут быть и сознательными, и бессознательными, Эго-синтонными и Эго-дистонными – в зависимости от

уровня личностной структуры клиента. Кроме того, саморазрушительные люди живут в состоянии страха – почти бессознательного, – что их недостатки заметят и они будут отвергнуты за греховность. Чтобы бороться с этими страхами, они пытаются сделать очевидными свою беспомощность и попытки быть хорошими.

Существует две распространенные реакции контрпереноса на мазохистическую динамику: контрмазохизм и садизм. Обычно присутствуют обе. Вот наиболее частый паттерн ответа, особенно у начинающих терапевтов: сначала быть чрезмерно (и мазохистически) великодушными, пытаясь убедить пациента, что терапевт понимает его страдания и можно верить, что он не нападет. Затем, когда выясняется, что данный подход лишь делает пациента еще более беспомощным и несчастным, терапевт замечает Эго-дистонное чувство раздражения, за которым следуют фантазии садистического возмездия по отношению к клиенту, потому что он так неподатливо сопротивляется помощи.

По причине того, что терапевты нередко имеют депрессивную психологию, а также потому, что довольно легко (особенно в начале лечения) неправильно расценить в целом мазохистическую личность как депрессивную, клиницисты стремятся сделать то, что было бы полезно для них, если бы они выступали в роли пациента. В своих интерпретациях и своим поведением они подчеркивают: они доступны, они понимают степень несчастья человека, и они приложат все усилия, чтобы быть ему полезными. Терапевты сталкиваются со снижением суммы оплаты, назначением дополнительных сессий, незапланированными телефонными звонками и другими специальными ухищрениями, которые предпринимаются в надежде увеличить терапевтический альянс с пациентом, застрявшим в темном болоте. Подобные действия могут продвинуть работу с депрессивным человеком, но они непродуктивны с мазохистическим, так как влекут за собой регрессию. Человек видит, что саморазрушительная практика окупается: чем больше заявляешь о своем страдании, тем больший отклик получаешь. Терапевт понимает: чем сильнее он пытается, тем хуже становится. Таково зеркало переживания мира мазохистической личностью.

По себе и своим студентам я знаю: все мы лишь на тяжелом собственном опыте понимаем, как работать с мазохистическими клиентами, как избежать мазохистического отреагирования и переживаний по поводу садистических реакций по отношению к людям, к которым мы можем испытывать симпатию. Большинство терапевтов хорошо помнит того клиента, с которым они научились устанавливать ограничения

мазохистической регрессии, а не усиливать ее. Я со смущением должна признать, что в потоке фантазий о спасении одного из моих первых глубоко нарушенных пациентов, параноидно-мазохистического молодого человека, я так сильно хотела доказать, что я хороший объект. И, слушая его печальную историю о том, что у него нет никакого шанса когда-либо получить работу, я одолжила ему свой автомобиль. Ничего удивительного, что он врезался на нем в дерево.

Кроме распространенной склонности поддерживать мазохистические реакции, а не конфронтировать их, терапевтам обычно бывает трудно принять свои садистические побуждения. Так как чувства, которые не признаются, скорее всего, будут отреагированы, это подавление может оказаться опасным. Вероятно, настороженность современных потребителей служб душевного здоровья к возможности обвинения терапевтом жертвы неслучайна. Она вполне может служить следствием ощущения многих бывших пациентов, что они были подвергнуты бессознательному садизму со стороны терапевта, когда были в уязвимой роли. Если довести себя до негодования на клиента, который стал всего лишь более дисфоричным и плаксивым, легко рационализировать либо обвиняющую интерпретацию, либо отвержение (“Возможно, этому человеку нужен другой терапевт”).

Мазохистические клиенты могут приводить в ярость. Нет ничего более токсического для терапевтической самооценки, чем пациент, который посылает сообщение: “Только попробуй помочь – мне станет еще хуже”. Давно известно, что негативная терапевтическая реакция (Freud, 1937) отражает бессознательную мазохистическую динамику, но интеллектуальное понимание этого обстоятельства и прохождение через него эмоционально – две разные вещи. Трудно сохранять установку на доброжелательную поддержку перед лицом упорного самоуничижительного поведения (Frank и др. [1952] об “отвергающем помощь жалобщике”).

Даже при написании настоящей главы я осознаю, что соскальзываю на несколько оскорбительный тон, когда пытаюсь описать мазохистический процесс. Некоторые же аналитики, которые пишут о самодеструктивных пациентах, выражают полное пренебрежение (Bergler, 1949). Распространенность таких чувств выдвигает на первый план потребность в тщательной формулировке терапевтических стратегий. Мазохистические и садистические контртрансферентные реакции не должны чрезмерно обременять лечение. Однако, терапевт, который отрицает эти чувства, почти наверняка попадет в затруднительное положение.

Терапевтические рекомендации при диагнозе мазохизма

В самом начале XX века Фрейд и многие его последователи писали о мазохистической динамике, отмечая ее происхождение и функции, бессознательные цели и скрытые значения. Однако первой, кто рассматривал именно технику работы с характерологически мазохистическими людьми, была Эстер Менакер. В работе “Мазохистический фактор в психоаналитической ситуации” (Ester Menaker, “The Masochistic Factor in the Psychoanalytic Situation”, 1942) она приводит свои наблюдения.

Многие аспекты классического лечения (например: пациент лежит навзничь, в то время как терапевт наблюдает и с внушительным видом интерпретирует) мазохистические клиенты могут переживать как повторение унижительных взаимодействий типа доминирование-покорность. Она рекомендовала технические модификации – лечение лицом к лицу, акцент на реальных отношениях в той же степени, как и на переносе, и избегание малейшего оттенка всемогущества в тоне аналитика. Менакер считает, что без удаления таких потенциально садомазохистических характеристик терапевтической ситуации пациенты были бы подвержены риску чувствовать только повторение раболепства, уступчивости и пожертвования автономией ради близости.

Этот аргумент все еще имеет силу, возможно, скорее в общем смысле, чем в буквальном следовании рекомендациям Менакер. Например, ее замечание о кушетке стало отчасти спорным, так как в современной психоаналитической практике только пациентов с высоким уровнем функционирования поощряют лечь и свободно ассоциировать (и, предположительно, мазохистические личности невротического уровня обладают достаточно сильным наблюдающим Эго для понимания того, что расслабление на кушетке не равнозначно признанию унижительного поражения). Но ее акцент на приоритете реальных отношений остается в силе.

Так как мазохистическая личность остро нуждается в образце здорового самоутверждения, то особенности терапевта как человека, выраженные в способе, которым он структурирует терапевтическое сотрудничество, являются критическими для прогноза самодеструктивных пациентов – для них более, чем для людей с другими типами личности. Отсутствие у терапевта склонности к тому, чтобы быть эксплуатируемым или доводить свое великодушие до неизбежного негодования, может

открыть совершенно новые возможности для того, кто был воспитан так, чтобы жертвовать всеми своими интересами во имя других. Следовательно, первое “правило” при работе с самодеструктивными пациентами – не моделировать мазохизм.

Очень давно один из моих супервизоров, зная, что в мои обязанности входило принимать людей с ограниченными средствами, сказал, что это прекрасно – помочь людям поднять нос, если они страдают от финансовых неудач, но я никогда не должна проявлять мягкость такого рода с мазохистическим клиентом. Так как по своему характеру я не способна принять добрый совет, пока сама не сделаю ошибку, которая высветит его мудрость, я проигнорировала его предостережение при работе с усердным, искренним, личностно привлекательным мужчиной, который убедительно описывал свой денежный кризис, находящийся, казалось, вне его контроля. Я предложила проводить терапию бесплатно до тех пор, пока он опять не встанет на ноги в финансовом отношении. Пациент становился все более и более неумелым в обращении с деньгами, моему кошельку наносился все больший ущерб, и в конце концов мы были вынуждены исправить мою ошибку, уже испытывая головную боль по поводу переопределения оплаты. С тех пор я не повторяла этой ошибки, но заметила, что мои студенты, подобно мне, обычно лишь на горьком собственном опыте овладевают данной частью техники. Это не было бы так огорчительно, если бы терапевт являлся единственным, кто расплачивается за обманчивое великодушие, но когда становится очевидным и вред, причиняемый пациенту, уверенность в себе как в целителе страдает так же, как и кошелек.

Таким образом, “терапевтическое” самопожертвование является для самодеструктивных пациентов медвежьей услугой. Оно заставляет терапевта чувствовать впоследствии вину и бесполезность. Если терапевт моделирует самоуничтожение, пациенты могут научиться только тому, как использовать свои привилегии. Скорее следует поднять цену, чем предоставить мазохистической личности возможность уменьшить гонорар. Это является адекватной компенсацией за искусство, которое требуется для работы с такой сложной динамикой. Затем получить оплату с чувством, что ты ее заслужил. Нидз намеренно демонстрировал мазохистическим пациентам свое удовольствие от получения денег, поглаживая с довольным видом их счета или складывая их чеки, не скрывая, что ему это приятно.

Соппротивление большинства терапевтов проявлению в умеренных дозах своих интересов и собственной защиты, несмотря на отчетливую потребность мазохистических пациентов в том, чтобы увидеть и перестать

ненавидеть эти аспекты в самих себе, возможно, происходит не только из вероятного подавления своего эгоизма (что всегда является значительным риском для терапевтов). Истоки подобного сопротивления также могут брать свое начало в правильном предчувствии, что самодеструктивные пациенты будут реагировать на проявление таких качеств гневом или критикой. Другими словами, они будут наказывать других за эгоизм так же, как их самих наказывали их ранние объекты. Это действительно так. И на это следует уповать. Самодеструктивные пациенты не нуждаются в том, чтобы чувствовать, что их терпят, пока они прекрасно улыбаются. Им нужно увидеть, что их принимают даже тогда, когда они выходят из себя.

Более того, им необходимо понять, что гнев естественен, когда не удастся получить того, что ты хочешь, и это легко может быть понято другими. Подобное поведение не нуждается в защите с помощью безапелляционного морализаторства и демонстрации страдания. Мазохистические люди полагают, что имеют право чувствовать враждебность только в том случае, когда им причинен явный вред, предположение, которое стоит им бесчисленных часов излишнего психологического напряжения. Если они чувствуют некоторый нормальный уровень разочарования, фрустрации или гнева, они должны либо отрицать эти чувства, либо морализировать, чтобы не чувствовать себя постыдно эгоистичными. Когда терапевт действует в своих интересах и обращается с оскорблениями в свой адрес от мазохистических пациентов как с чем-то естественным и вызывающим интерес, некоторые из этих наиболее взлелеянных патологических внутренних категорий перестраиваются.

По этой причине большинство опытных терапевтов советуют *“не выражать сочувствие”* мазохистическим пациентам (Nydes, 1963; Hammer, 1990). Это не означает, что клиента осуждают за его трудности или отвечают садизмом на мазохизм. Вместо сообщения, которое можно перевести как *“Твои дела плохи!”* тактично задается вопрос: *“Как вы ввели себя в такую ситуацию?”*. Акцент должен всегда быть на способности пациента улучшить свое положение. Опирающиеся на Эго неинфантилизирующие реакции направлены на то, чтобы вызвать раздражение у пациента, который полагает, что единственный способ добиться теплого отношения к себе – продемонстрировать свою беспомощность. Таким образом, эти интервенции предоставляют терапевту возможность приветствовать выражение нормального гнева и показать свое понимание негативных чувств пациента.

Точно так же не нужно спасать. Одна из моих самых тяжелых мазохистических пациенток, чьи симптомы варьировали от булимии до

многочисленных зависимостей и тревоги психотического уровня, впадала в панический паралич. Это происходило каждый раз, когда она боялась, что я отвернусь от нее, если она выразит свой гнев. В один из таких моментов она стала настолько неистовой, что убедила персонал местного центра психического здоровья госпитализировать ее и наблюдать там в течение 72 часов. Спустя полдня, успокоившись и уже не желая прерывать процесс психотерапии, пациентка убедила психиатра согласиться на то, чтобы ее выписали раньше, если она получит мое разрешение. “Вы знаете, что отдавали себе отчет в течение тех трех дней, когда все это делали,” – ответила я, – “поэтому я рассчитываю, что вы продолжите свое пребывание в больнице”. Женщина была очень разозлена. Но годами позже она призналась, что это был поворотный момент в терапии, потому что я обращалась с ней, как со взрослой, с личностью, способной жить с последствиями своих действий.

Действуя в таком духе, мы не должны приобретать вину и сомнения в себе. Можно чувствовать мощное давление от мазохистических клиентов, навязывающих нам свою самообвиняющую психологию. Сообщения, провоцирующие вину, нередко наиболее сильно проявляются вокруг такой темы, как сепарация. Человек, чья самодеструктивность обостряется именно тогда, когда терапевт собирается уйти в отпуск (распространенный сценарий), бессознательно настаивает на том, что терапевту нельзя позволить наслаждаться чем-то, не испытывая мучений по поводу боли, которую это причиняет пациенту. С поведением, которое можно перевести следующим образом: “Посмотри, как ты заставляешь меня страдать!” или “Посмотри, что ты заставляешь меня сделать!”, лучше всего иметь дело с помощью эмпатического отражения боли пациента в сочетании с веселым нежеланием позволить идти дождю на параде.

Наглядный пример того, что кто-то может позаботиться о себе, не испытывая чувства вины по поводу невротических реакций со стороны других, может вызвать моралистический ужас у мазохистических пациентов. Но одновременно это воодушевляет их на то, чтобы попробовать немного больше уважать себя. Я впервые поняла данное обстоятельство во время работы с группой молодых матерей, чей мазохизм был огромным (McWilliams & Stern, 1987). Моя со-ведущая стала мишенью тягостных невербальных всплесков, так как ее приближающийся отпуск ранил чувства членов группы. Эти послания передавались с неискренними заверениями, что она не должна чувствовать себя так плохо из-за того, что покидает их. В ответ женщина заявила, что не испытывает ни малейшей вины, надеется прекрасно провести время и совсем не думает о группе. Все

пациентки дали волю своему гневу, но вновь стали живыми и искренними, как будто их вытащили из мертвого болота лицемерия и пассивной агрессии.

Своевременность, конечно, является в этом деле решающей. Если что-то происходит слишком энергично и быстро – до создания прочного рабочего альянса – пациент будет чувствовать, что его критикуют и обвиняют. Нельзя научиться по учебнику искусству передачи сочувственного понимания того, что страдание мазохистических людей действительно находится вне их сознательного контроля (несмотря на то, что оно кажется личным выбором), и в то же время принять позицию конфронтации, уважающей их способность сделать свое “хотение” осознанным и изменить обстоятельства. Но любой достаточно внимательный терапевт развивает интуицию относительно того, как и когда конфронтировать и как извиниться без чрезмерного самообвинения, если неизбежные ошибки увеличили боль пациента (Wolf, 1988).

Кроме того, что терапевт ведет себя таким образом, который противоречит патологическим ожиданиям мазохистических пациентов, он должен активно интерпретировать данные, свидетельствующие об иррациональных, но имеющих большую ценность для пациента верований: “Если я достаточно пострадал – я получу любовь”; “Лучший способ борьбы с моими врагами – показывать, что они жестоки”; “Единственная причина, по которой со мной случалось что-то хорошее – то, что я достаточно себя наказывал”. Для саморазрушительных пациентов характерны магические убеждения, которые связывают защиту своих прав или самоуверенность с наказанием, а самоунижение – с конечным триумфом. В большинстве религиозных практик и народных традиций можно отыскать связь между страданием и вознаграждением, и мазохистические люди часто некритично поддерживают свою патологию с помощью данных идей. Такие верования утешают нас, смягчая страдание, которое может быть и причудливым и определенно деструктивным. Однако, если эти идеи начинают влиять на поведение и это производит определенный эффект, они приносят больше вреда, чем пользы.

Наибольший вклад теории контроля-овладения в психоаналитическое понимание принес ее акцент, сделанный на роли патогенных убеждений (Weiss, 1992) и повторных попытках пациента их проверить. Клиницист, проходя эти испытания, кроме отказа действовать мазохистически, должен помочь клиенту осознать, что это за тесты и какие идеи о сущности жизни, человеческого бытия, поисков счастья они обнаруживают в своей основе. В этой части лечения труднее всего добиться результата, несмотря на то, что

она эмоционально не так сложна, как контроль над своим контрпереносом. Фантазии всемогущества, стоящие за мазохистическим поведением, умирают с трудом. В любых случайных событиях всегда можно найти доказательства того, что чьи-то успехи наказываются, а чьи-то страдания вознаграждаются. Настойчивость терапевта в раскрытии иррациональных верований нередко создает различие между “лечением переносом” – временным уменьшением мазохистического поведения, базирующимся на идеализации и идентификации с самоуважением терапевта, – и более глубоким и длительным отказом от самопожертвования.

Дифференциальный диагноз

Мазохистические паттерны встречаются при всех типах психопатологии. Мы обычно не рассматриваем что-либо как патологическое, если оно каким-то образом не причиняет вреда собственному “Я”. Таким образом, согласно определению, мазохистический компонент присутствует во всех личностных конфигурациях, рассмотренных в настоящей книге – по крайней мере, когда они достигают патологического уровня ригидности защит или приостановки в развитии, достаточных, чтобы рассматривать их как “расстройство” характера, а не просто как “характер”. Однако мазохистическая функция любого паттерна не идентична мазохизму как основе, организующей личность. Легче всего спутать с разновидностями характерологического мазохизма, которые описываются здесь, депрессивную и диссоциативную психологии.

Мазохистическая личность в сравнении с депрессивной

Многие люди имеют комбинацию депрессивной и мазохистической динамик и, соответственно, относятся к депрессивно-мазохистическому характеру. Однако большинство из них имеет баланс между этими элементами, которые перевешивают в ту или другую сторону. Важно различать две имеющие депрессивный тон психологии, потому что для данных типов личности оптимальный терапевтический стиль будет различным. Преимущественно депрессивный человек нуждается, помимо прочего, в том, чтобы знать, что терапевт не осудит, не отвергнет или не откажется от него и, в отличие от интернализованных объектов, которые поддерживали депрессию, станет особенно доступным, когда он будет

страдать. Преимущественно мазохистические личности нуждаются в том, чтобы понять: именно отстаивание своих прав, а не беспомощное страдание, вызывает тепло и принятие, и терапевт, в отличие от родителей, обращавших внимание на ребенка, только если несчастье прогрессировало, не очень-то интересуется деталями теперешних невзгод пациента.

Если лечить депрессивную личность как мазохистическую, можно спровоцировать усиление депрессии и даже суицид, так как клиент будет чувствовать и осуждение, и то, что терапевт оставил его. Если лечить мазохистического человека как депрессивного, можно усилить самодеструктивность. На практике большинство опытных терапевтов обнаруживают, что если дать антидепрессанты мазохистическому человеку (даже при наличии симптомов клинической депрессии), медикаменты произведут довольно незначительный эффект по сравнению с тем, что при этом будет поддерживаться патогенное убеждение пациента: он нуждается в авторитетах и в их магии для того, чтобы чувствовать себя лучше.

Принимая личность, имеющую и депрессивную, и мазохистическую тенденции, терапевт должен оценить, какая динамика (депрессивная или мазохистическая) будет актуальной в текущей работе для того, чтобы тон интервенций соответствовал главному защитному процессу пациента.

Мазохистическая психология в сравнении с диссоциативной

За последние два десятилетия произошел взрыв в наших знаниях о диссоциации. Действия, которые мы обычно понимали исключительно в соответствии с общими теориями мазохизма, были переосмыслены более специфическим образом для пациентов с историей травматического и садистического насилия. Неожиданно большая группа людей оказалась подвержена диссоциативным состояниям, при которых они повторяют причинение себе прежнего вреда. Наиболее драматичный образец уязвимости к диссоциированному самоповреждению – это клиент с расстройством по типу множественной личности, который, меняя состояния Эго посредством самогипноза, затем вовлекается в воспроизведение ранних мучений. Исследование обычно обнаруживает существование измененной личности, идентифицирующейся с первоначальным мучителем, в состоянии которой главная личность забывается.

Общая динамика в таких случаях, действительно, является мазохистической, но если терапевт упускает из виду факт, что

самоповреждение осуществляется измененной личностью, в то время как личность, которую терапевт знает как пациента, не контролирует тело, интерпретации бесполезны. В главе 15 содержатся предложения по лечению диссоциативных людей. Сейчас читатель должен обратить внимание на то, что (особенно в наиболее эксцентричных случаях самоповреждения) пациента следует спросить о реальной действительности, помнит ли он о том, что совершил*.

Если клиент действительно вспомнит о нанесении повреждения, следует осведомиться о степени ощущения деперсонализации, или отделенности от своего тела. До тех пор, пока пациент не будет иметь доступа к тому состоянию сознания, в котором был совершен самодеструктивный акт, интервенции, нацеленные на уменьшение диссоциации, должны иметь приоритет над интерпретациями мазохизма.

Заключение

Я изложила краткую историю понятия морального мазохизма и связанных с ним саморазрушительных паттернов, отграничивая их от ложных представлений о мазохизме как о способе получения удовольствия от боли. Я упомянула о предрасположенности, связанной с полом (к мазохизму – у женщин, к садизму – у мужчин), в то же время подчеркивая, что мазохистическая личностная организация встречается среди представителей обоих полов. Эмоциональные компоненты мазохизма включают в себя главным образом депрессивные аффекты, а также гнев и негодование. Релевантные процессы Эго включают депрессивные защиты, а также отреагирование, морализацию и отрицание. Проводилась параллель между мазохистическими отношениями и ранним опытом с объектами, которые нерадиво уделяли внимание растущему ребенку или жестоко обращались с ним, изредка выражая сочувствие, если ребенок страдал. Мазохистические сэлф-репрезентации похожи на сэлф-репрезентации депрессивной личности, с добавлением того обстоятельства, что регуляция самооценки здесь происходит за счет стойкого терпения плохого обращения.

Переносы саморазрушительных пациентов понимались как отражение желания, чтобы их ценили и спасали; обсуждался контртрансферентный мазохизм и садизм. Рекомендации по лечению включают в себя внимание к реальным отношениям (особенно моделированию терапевтом здорового эгоизма), уважению способности и ответственности пациента за

разрешение проблем, настойчивости в том, чтобы разоблачать, подвергать сомнению и модифицировать патогенные убеждения. Наконец, мазохизм дифференцирован от депрессивной и диссоциативной психологий.

Дополнительная литература

Исследование морального мазохизма Рейком (Reik, 1941), хотя в некоторых аспектах и устаревшее, все еще стоит прочтения – оно не столь увязает в сложной метапсихологии, которая могла бы оттолкнуть начинающих в этой области. Эссе Столороу (Stolorow, 1975) познакомит читателя с новейшими взглядами на мазохизм с более современной точки зрения сэлф-психологии. Изучение Лаксом мазохистических женщин (Lax, 1977) является ценным вкладом последних лет, так же как и статья Куипера (Kuiper, 1988), посвященная нарциссически-мазохистическому характеру. Готовящаяся Гликом и Мэйерсом к печати монография о мазохизме (Glick, Meyers, 1988) включает несколько хороших статей, большинство из которых касается характерологических паттернов.

13. Обсессивные и компульсивные личности

Западное технологическое общество изобилует людьми, личность которых сосредоточена на проблеме “думания и делания”. Наша коллективная психология сих пор пропитана пафосом идеализации разума и веры в прогресс как результат человеческих деяний, которым отличалось мышление эпохи Просвещения. Западные цивилизации, по контрасту с обществами стран Азии и третьего мира, ценят научную рациональность и прагматизм типа “can-do”* превыше всех остальных достоинств. Так, огромное количество людей вкладывает высшие проявления своих логических способностей в разрешение практических проблем. Искать удовольствия и испытывать гордость от “думания и делания” настолько нормально в нашем обществе, что мы едва ли задумываемся о сложных факторах, лежащих в основе столь почетного и привилегированного положения данных видов деятельности.

Там, где “думание и делание” становится движущим психологическим мотивом для человека и где наблюдается выраженная диспропорция со способностью чувствовать, ощущать, интуитивно понимать, слушать, играть, мечтать, получать удовольствие от произведений искусства, а также с другими видами деятельности, которые в меньшей степени управляемы разумом или служат инструментом для чего-либо, мы имеем дело с обсессивно-компульсивной структурой личности. Множество замечательных и высокопродуктивных людей относится к этой категории. Адвокат, который любит изобретать и произносить законные аргументы, в психологическом отношении оперирует разумом и деятельностью. Участник экологического движения, вовлеченный в политическую борьбу с загрязнением окружающей среды и черпающий в ней самоуважение, движим теми же стимулами. У многих людей крайне ригидной организации, которые соответствуют критериям обсессивно-компульсивного личностного расстройства по DSM, также наблюдается склонность к “думанию и деланию”, приблизительно в той же степени выраженная и нередко носящая явно защитный характер. “Трудоголики” и “личности типа А” суть вариации обсессивно-компульсивной темы.

Кроме того, существуют люди, относительно равнодушные к “деланию”, для которых наивысшую ценность представляет собой “думание”, и наоборот. Профессора философии порой имеют обсессивную, но не компульсивную структуру характера: они извлекают удовлетворение

и чувство собственного достоинства из мыслительного процесса, не чувствуя потребности воплощать свои идеи. Плотники или бухгалтеры нередко относятся к компульсивному, но не обсессивному типу: они получают свое вознаграждение путем скрупулезного выполнения специфических задач, часто требующих весьма незначительных умственных усилий. Некоторые люди, никоим образом не склонные к компульсивным ритуалам, приходят к терапевтам с запросом избавиться от навязчивых мыслей, а некоторые предъявляют как раз обратную жалобу. Мы привыкли, вслед за Фрейдом, сто лет назад высказавшим мысль о связи обсессивных и компульсивных симптомов, располагать эти два феномена рядом. И нам легко выпустить из виду тот факт, что они отличны друг от друга – концептуально, а порой и клинически.

Следуя традиции, я помещаю обсессивных и компульсивных людей в одной главе – потому, что обсессивные и компульсивные тенденции нередко сосуществуют или чередуются друг с другом в одном человеке, а так же и потому, что, судя по аналитическим исследованиям происхождения обеих тенденций, обнаруживается сходная динамика их развития. Однако читателям следует заметить, что их объединение представляется достаточно искусственным, если иметь в виду характер. Следует также заметить, что навязчивости (упорные, нежелательные мысли) и компульсивные побуждения (упорные, нежелательные действия) могут возникать у людей, которые совсем не обязательно будут обладать обсессивным или компульсивным характером. И, наконец, нельзя сказать, что все обсессивные и компульсивные люди непременно страдают навязчивыми мыслями или совершают действия под влиянием непреодолимого влечения. Мы даем им определение обсессивно-компульсивных, поскольку их преобладающий психологический стиль характеризуется теми же защитами, которые участвуют в образовании обсессивных и компульсивных симптомов (Nagera, 1976).

Обсессивно-компульсивная структура характера известна давно: ее принято считать обычным, “классическим” случаем организации личности невротического уровня. Зальцман (Salzman, 1980) резюмирует результаты более ранних наблюдений по психологии обсессивно-компульсивных людей следующим образом:

“Люди обсессивной структуры характера были описаны Фрейдом как методичные, упрямые, скупые; другие описывают их как упорных, дисциплинированных, перфекционистов, пунктуальных, дотошных, скупых, экономных, склонных к умствованию и резонерству по

незначительным поводам. Пьер Жане (Pierre Janet) описывает подобных людей таким образом: ригидные, негибкие; им недостает адаптационной способности; подчеркнуто добросовестные; любят порядок и дисциплину; проявляют настойчивость даже перед лицом непреодолимых препятствий. Они в целом надежны, на них можно положиться, они люди высоких стандартов и этических ценностей. Они практичны, аккуратны и щепетильны в отношении моральных требований. В условиях стресса или повышенных нагрузок эти личностные черты могут преобразоваться в симптоматическое поведение, которое затем может приобрести характер ритуала”.

Зальцман мог бы добавить, что Вильгельм Райх (Wilhelm Reich, 1933) изображает их “живыми машинами” благодаря их ригидному мышлению (Shapiro, 1965). Вудро Вильсон, Ханна Арендт или Мартин Бубер могут представлять примеры высокопродуктивных личностей данной диагностической группы, в то время как Марка Чэпмена, чья одержимость Джоном Ленноном дошла до компульсивного побуждения к совершению убийства, можно рассматривать как личность, принадлежащую к психотическому краю обсессивно-компульсивного континуума.

Драйвы, аффекты и темперамент обсессивных и компульсивных личностей

Фрейд полагал (Freud, 1908), что в физиологическом и конституциональном отношении обсессивные и компульсивные люди в детстве отличаются ректальной гиперсензитивностью. Современные аналитики не считают подобное утверждение необходимым для обоснования обсессивной динамики, однако большинство из них согласны, что бессознательный мир обсессивных людей имеет окраску “анальной” проблематики. Идея Фрейда, который подчеркивал (Freud, 1909, 1913, 1917b, 1918) фиксацию на анальной стадии развития (приблизительно от 18-ти месяцев до 3-х лет), в особенности на агрессивных побуждениях в соответствии с их организацией в течение данного периода, была новой, конструктивной и гораздо менее дикой, чем хотели бы показать разоблачители психоанализа.

Во-первых, Фрейду бросилось в глаза, что многие черты обсессивно-компульсивных личностей, обычно встречающиеся у них в сочетании друг с другом (чистоплотность, упрямство, пунктуальность, тенденция к

сдерживанию и утаиванию), представляют собой результат сценария, по которому происходит приучение к туалету. Во-вторых, он открыл анальную образность в языке, сновидениях, воспоминаниях и фантазиях обсессивно-компульсивных пациентов*. В-третьих, он столкнулся с клинической очевидностью, что наблюдаемых им пациентов с обсессивными и компульсивными симптомами в детстве родители приучали контролировать свой стул либо преждевременно, либо грубо, либо проявляя чрезмерную озабоченность этим событием (Fenichel, 1945)**. Связь между анальностью и обсессивностью с тех пор была неоднократно засвидетельствована эмпирическими исследованиями (Noblin, Timmons & Kael, 1966; Fisher, 1970; Rosenwald, 1972; Tribich & Messer, 1974; Fisher & Greenberg, 1985), а также клиническими отчетами, подтверждающими отношение обсессивно-компульсивной симптоматики к анальным проблемам грязи, времени и денег (MacKinnon & Mishels, 1971). Классические формулировки обсессивной и компульсивной динамики, которые сосредоточиваются на раннем телесном опыте, весьма живы и популярны (Shengold, “Halo in the Sky”, 1987 – блестящее современное исследование, посвященное проблеме анальности). Хотя в последнее время американские теоретики по какой-то причине в меньшей степени интересуются анальной стадией, чем французские аналитики (Grunberger, 1979; Chasseguet-Smirgel, 1984).

Фрейд доказывал: приучение к туалету обычно представляет собой первую ситуацию, когда ребенок оказывается вынужденным отказаться от того, что для него естественно, в пользу того, что социально приемлемо. Значимый взрослый и ребенок, которого обучают слишком рано или слишком строго в атмосфере мрачной родительской сверхзаинтересованности, вступают в борьбу за власть, и ребенок обречен на поражение. Состояние, когда ребенка контролируют, осуждают и заставляют вовремя исполнять требуемое, порождает у него чувство гнева и агрессивные фантазии – нередко о дефекации, которую ребенок в конечном счете ощущает как плохую, садистическую, грязную и постыдную часть себя. Потребность чувствовать себя скорее контролируемым, пунктуальным, чистым и разумным, чем неподконтрольным, хаотическим, беспорядочным, и ограничивать себя в проявлениях таких эмоций, как гнев и стыд, становится существенной для поддержания самоидентичности и самоуважения. Разновидность жесткого супер-Эго, действующего по принципу “все или ничего”, порождаемая подобного рода опытом, проявляет себя в ригидной чувствительности к этическим вопросам, которую Ференци (Ferenczi, 1925) не совсем верно назвал “сфинктерной моралью”.

Базовый аффективный конфликт у обсессивных и компульсивных людей – это гнев (в состоянии под контролем), борющийся со страхом (быть осужденным или наказанным). При этом терапевтов, работающих с такими людьми, поражает, насколько этот аффект нем, не проявлен, подавлен или рационализирован (MacKinnon & Mishels, 1971). Слова используются, чтобы скрывать чувства, а не выражать их. Любой терапевт может припомнить моменты, когда, спрашивая у обсессивного клиента, что тот чувствует по отношению к той или иной ситуации, он получал ответ на вопрос, что клиент думает. Значимое исключение для данной диагностической группы, отличающейся невыраженностью аффекта, составляет чувство гнева: обсессивная личность принимает гнев, если он кажется ей обоснованным и справедливым. Таким образом, праведный гнев становится переносимым и даже вызывает восхищение, чего нельзя сказать о чувстве досады, возникающем из-за того, что человеку не удастся достичь желаемой цели. Терапевты часто отмечают наличие нормального иррационального раздражения у обсессивных личностей, но пациент, как правило, отрицает, что сердится, – порой несмотря на то, что интеллектуально способен допустить: некоторые элементы поведения (забыть деньги в третий раз, перебить терапевта на полуслове, мимически выразить недовольство) могут означать пассивную агрессию или враждебную установку.

Стыд – еще одно исключение на фоне общей картины безаффектности обсессивно-компульсивных личностей. Предъявляя к себе высокие требования, они проецируют их на терапевта, а потом чувствуют себя в затруднительном положении, поскольку их наблюдают в состоянии, когда они не дотягивают до собственных стандартов, распространяющихся на мысли и поступки.

Чувство стыда, как правило, осознается в форме легкой грусти и, если встречает деликатную интерпретацию, может быть облечено в слова и стать предметом терапевтической работы без особого протеста и отрицания, которые поднимаются всякий раз, когда речь заходит о других чувствах.

Защитные и адаптационные процессы у обсессивных и компульсивных личностей

Из сказанного выше следует, что ведущей защитой у людей с преобладанием обсессивной симптоматики является изоляция (Fenichel,

1928). У компульсивных же личностей основной защитный процесс представляет собой уничтожение сделанного. При сочетании обсессивных и компульсивных личностных особенностей используются обе названные защиты. Высокопродуктивные обсессивные личности обычно не используют изоляцию в ее самых крайних вариантах. Вместо этого они предпочитают зрелые формы сепарации аффекта от когниции – рационализацию, морализирование, компартментализацию и интеллектуализацию. И, наконец, люди, принадлежащие к данной клинической группе, активно используют реактивное образование. Менее характерно, но в добавление к перечисленным механизмам у обсессивных личностей любого уровня развития встречается смещение аффекта, особенно гнева. Это происходит в случаях, когда, отвлекая гнев от источника, вызвавшего его, на какой-нибудь более “легитимный” объект, такие люди не стыдятся признать в себе наличие данного чувства.

Когнитивные защиты против драйвов, аффектов и желаний

Для обсессивных личностей большую ценность представляют мыслительные процессы и познавательные способности. Они помещают чувства в сферу обесцененных реалий, ассоциирующихся с детством, слабостью, потерей контроля, беспорядком и грязью. Соответственно, они бывают явным образом обескуражены, попадая в ситуации, где важную и законную роль играют эмоции, физические ощущения и фантазии. Вдова, поглощенная заботами о погребении супруга, беспрестанно прокручивающая в голове связанные с этим событием детали, сохраняющая твердость духа и превращающая всю свою скорбь в энергичную деятельность, не только не может по-настоящему пережить свое горе, но и лишает других возможности утешить ее. Обсессивные люди, занимающие административные посты, не дают себе нормального отдыха и расслабления и изводят своих сотрудников: перегрузки на таких предприятиях становятся правилом.

Люди с обсессивным характером часто бывают эффективны в исполнении формальных, социальных ролей – в противоположность их роли в интимной, домашней сфере. Даже имея любовные привязанности, они могут быть не способны выражать свою нежность, не испытывая при этом тревоги и стыда, а потому часто переводят эмоционально окрашенные взаимодействия в угнетающе когнитивные. На сессиях у терапевта, как и в других ситуациях, они иногда делают оговорки, употребляя при описании

эмоций выражения во втором лице (“Что вы чувствовали, когда разразилось землетрясение?” – “Ну, вы чувствовали какую-то беспомощность.”). Не ко всякой человеческой деятельности следует подходить с точки зрения рационального анализа, но это можно делать при решении проблемы, требующей разрешения. Человек, с которым я проводила первичное интервью, на вопрос о характере его сексуальных отношений с женой мрачно и с нажимом ответил: “Эту работу я выполняю”.

У пограничных пациентов и психотиков с обсессивной организацией личности изоляция может настолько преобладать среди других защит, что такие люди выглядят шизоидными. Широко распространенное заблуждение о том, что шизоидные личности бесчувственны, возможно, основано на наблюдениях за ними в состоянии регресса, когда они становятся “деревянными”, похожими на роботов – настолько глубока пропасть между мыслительным процессом и чувствованием. У наиболее нарушенных пациентов навязчивость граничит с паранойей: дистанция между крайними проявлениями навязчивости и бредом не столь велика. В эпоху, предшествующую созданию антипсихотических препаратов, единственная возможность провести дифференциальную диагностику между крайне ригидной непсихотической обсессивно-компульсивной личностью и шизофреником-параноиком, просто использующим обсессивные защиты, состояла в следующем: следовало завести такого пациента в изолированную комнату и подчеркнуть, что теперь он в безопасности и может расслабиться. В данном случае шизофреник, получив возможность временно отложить обсессивные защиты, начнет излагать свой паранойяльный бред, тогда как обсессивно-компульсивный пациент займется уборкой помещения.

Поведенческие защиты против драйвов, аффектов и желаний

Уничтожение сделанного – основной защитный механизм для того вида компульсивности, который имплицирован в обсессивно-компульсивной симптоматике и личностной структуре. Компульсивные люди уничтожают сделанное посредством совершения действий, имеющих бессознательное значение искупления вины или магической защиты. Разновидности сугубо вредоносного компульсивного поведения – пьянство, переедание, употребление наркотиков, пристрастие к азартным играм, покупкам или сексуальным приключениям – более характерны для пациентов пограничного или психотического уровня компульсивной

организации, хотя они встречаются и у невротиков.

Компульсивность отличается от импульсивности тем, что некое специфическое действие повторяется в стереотипной форме снова и снова, более настойчиво. Компульсивные действия отличаются также от “отыгрывания”, строго говоря, тем, что они явно движимы потребностью приобрести власть над непережитым прошлым путем повторного его воссоздания*.

Компульсивная деятельность свойственна всем нам: ведь мы доедаем то, что лежит на тарелке, когда уже не испытываем чувства голода; занимаемся уборкой, когда следовало бы готовиться к экзамену; критикуем кого-то, кто нас оскорбляет, даже если нам хорошо известно, что единственное, чего можно таким образом добиться, – нажать себе врага; кидаем еще одну, “последнюю”, монетку в игровой автомат. О каких бы компульсивных паттернах ни шла речь, всегда бросается в глаза несоответствие между теми чувствами, которые побуждают человека к действию, и теми разумными соображениями, в соответствии с которыми следовало бы действовать. Компульсивная деятельность может приносить вред или пользу: компульсивной ее делает не деструктивность, а чрезмерная вовлеченность. Вероятно, такой человек, как Флоренс Найтингейл, мог компульсивно заботиться о людях, Дана Карвей – возможно – компульсивно сместить их. Люди редко приходят лечиться от своей компульсивности, если она работает в их пользу. Они приходят именно тогда, когда она создает им проблемы. Знание компульсивной организации пациента может помочь терапевту в лечении, какой бы вид терапии ни был выбран.

Компульсивные действия часто несут в себе бессознательное значение уничтожения совершенного преступления. Леди Макбет с ее мытьем рук – знаменитый литературный пример подобной динамики, хотя в этом случае преступление было совершено в реальности. В большинстве же случаев преступления существуют только в фантазиях компульсивных людей. Одна из моих пациенток, замужняя женщина, врач-онколог, прекрасно знавшая, что СПИД не передается при поцелуях, чувствовала непреодолимую потребность снова и снова проверяться на ВИЧ после того, как целовалась с мужчиной, с которым ей хотелось завести любовную связь. Даже те компульсивные действия, которые явным образом лишены связи с виной, восходят ко взаимодействиям, рождающим чувство вины. Например, многие люди, компульсивно моющие тарелки, в детстве чувствовали себя виноватыми по той причине, что им случалось выбрасывать еду, в то время как столько людей в мире голодает.

Компульсивное поведение выдает и бессознательные фантазии о всемогущественном контроле. Эта динамика связана с попытками пациента предупредить преступления путем установления контроля (отсюда, например, вытекает потребность в отмене совершенного действия). Эти преступления берут свое начало в убеждениях, зарождающихся еще до того, как мысли и поступки получают разграничение. Если я считаю свои фантазии и побуждения настолько опасными, что они становятся эквивалентны могущественным действиям, я буду пытаться сдержать их равным по силе противодействием. Для дорациональных когний (примитивное процессуальное мышление) собственное “Я” – центр мира: то, что случается со мной, – результат моей собственной деятельности, а не случайных поворотов судьбы. Игрок в бейсбол, каждый раз перед матчем совершающий некий ритуал; беременная женщина, собирающая и снова распаковывающая чемодан, собираясь в клинику, – все эти люди на каком-то уровне думают, что смогут контролировать неконтролируемое, если только сделают все правильно.

Реактивное образование

Фрейд полагал: добросовестность, привередливость, бережливость и усердие обсессивно-компульсивных личностей являются реактивными образованиями, направленными против желания быть безответственными, грязными, беспутными, расточительными, недисциплинированными. В сверхответственности обсессивных и компульсивных пациентов можно усмотреть нечто от той склонности, против которой они борются. Например, упорную рациональность обсессивной личности можно рассматривать как реактивное образование против суеверного, магического мышления, которое не полностью скрыто обсессивными защитами. Человек, упорно сидящий за рулем, усталый и измученный, обнаруживает свое убеждение, что предотвращение катастрофы зависит от того, будет ли он сидеть за рулем, а не от сочетания внимательного вождения с благоприятным стечением обстоятельств. Упорно удерживая в своих руках всю полноту контроля, он на самом деле вопиющим образом утрачивает контроль.

В главе 6 я уже говорила о реактивных образованиях как о защите от противоположной, попустительской тенденции. В работе с обсессивными и компульсивными людьми мы сталкиваемся с их фиксацией на обеих сторонах конфликтов между сотрудничеством и бунтом, инициативностью

и ленью, чистоплотностью и неряшливостью, порядком и беспорядком, экономностью и расточительностью и так далее. У каждой компульсивно организованной личности есть какая-нибудь черта, связанная с беспорядочностью. Во внутреннем мире людей, которые выглядят образцами добродетели, всегда найдется парадоксальный островок разврата: известный теолог Пауль Тиллих имел огромную коллекцию порнографии; Мартин Лютер Кинг-младший был большим любителем женского пола.

Люди, которые изо всех сил стремятся быть непоколебимо честными и ответственными, возможно, борются с искушениями более сильными, чем те, с которыми обычно сталкивается большинство из нас. Если это так, нас не должно удивлять, что они лишь отчасти способны противостоять импульсам, которые их так пугают.

Объектные отношения обсессивных и компульсивных личностей

Как известно, родители и опекуны людей, развивающихся в обсессивном и компульсивном направлениях, задают высокие поведенческие стандарты и требуют, чтобы дети с раннего возраста им подчинялись. Они стремятся проявлять твердость и настойчивость, вознаграждая за хорошее поведение и наказывая за проступки. Если их отношение в целом основано на любви, их дети получают эмоциональное преимущество: сформированные у них защиты ведут их в направлении, отвечающем педантичным устремлениям родителей. Традиционная американская система воспитания детей закономерно порождает появление обсессивных и компульсивных личностей, предъявляющих к себе высокие требования и способных планомерно добиваться своих целей, что нашло подтверждение в классических исследованиях Мак-Клиланда по мотивациям достижений (McClelland, 1961).

Когда же родители чрезмерно строги или начинают слишком рано требовать от детей послушания, обвиняют их не только за неприемлемое поведение, но и за соответствующие чувства, мысли, фантазии, тогда обсессивные или компульсивные способы адаптации детей могут стать проблемой. Один из моих пациентов воспитывался несколько лет в суровой протестантской семье, отличавшейся глубокими религиозными убеждениями, в которой, тем не менее, не было места сильной любви и привязанности. Родители надеялись, что сын станет священником, и с

раннего возраста начали вести с ним работу по искоренению искушений и изгнанию греховных мыслей. Такой педагогический метод действительно избавил его от сомнений: он с легкостью присвоил себе ту нравственно-возвышенную роль, в которой они так жаждали видеть его – до тех пор, пока не достиг пубертата. Тут оказалось, что сексуальные искушения – совсем не та абстрактная опасность, как он представлял себе раньше. Тогда он стал относиться к себе чрезмерно строго, занимался бесконечными рационалистическими рассуждениями на темы сексуальной морали и прилагал героические усилия, борясь с эротическими чувствами, от которых другой человек, испытывая их, мог бы просто получать удовольствие.

С точки зрения объектных отношений обсессивных и компульсивных людей, примечательно, что проблема контроля находится в центре внимания в семьях, из которых они происходят. В то время как Фрейд описывал анальную стадию как стадию, порождающую прототипическую борьбу волеизъявлений, исследователи объектных отношений подчеркивали: родители, чрезмерно контролирующие детей в отношении туалетных навыков, возможно, так же строго контролируют и проявления детей на оральной и эдиповой стадиях, да и на всех последующих тоже. Мать, устанавливающая законы в ванной комнате, вероятно, должна и кормить ребенка по расписанию и требовать, чтобы он спал в специально отведенное для него время. Она должна и подавлять многие формы его двигательной активности, запрещать мастурбацию, настаивать на соблюдении конвенциональных ролей в сфере сексуального поведения, наказывать за свободу выражений и так далее. Отец, способный своими запретами спровоцировать регрессию с эдиповых на анальные отношения, вероятно, был также сдержан в эмоциях по отношению к своему ребенку, строг с ним в то время, когда он начинал ходить, и авторитарен в его школьные годы.

Среди семей, воспитывающих обсессивно-компульсивных детей, есть семьи старого образца, где контроль по большей части выражается в морализировании, в вызывающих чувство вины высказываниях типа: “Меня огорчает, что ты недостаточно ответственный человек: не кормишь вовремя собаку”; “Такая большая девочка, как ты, должна быть более послушной”; “Тебе бы понравилось, если бы с тобой кто-нибудь так обращался?” Морализирующие высказывания плодятся по этим образцам. Свои собственные действия родители объясняют с точки зрения того, что это правильно (“Мне не доставляет удовольствия наказывать тебя, но это для твоей же пользы”). Продуктивное поведение ассоциируется с

добродетелью, как, например, “спасение через работу” в теологии кальвинизма. Идеи самоконтроля и ожидающего в будущем вознаграждения в высшей степени приветствуются.

До сих пор существует много семей, устроенных по данному образцу, однако в постфрейдовскую эпоху получили большое распространение идеи, что чрезмерно моралистическое воспитание ведет к подавлению личности (в сочетании с опасностями и катаклизмами XX века, наводящими на мысль, что лучше “братъ, пока есть возможность”, чем ждать отсроченного вознаграждения). Эти идеи настолько изменили педагогическую практику, что в настоящее время можно встретить меньше обсессивно-компульсивных людей, озабоченных вопросами морали (тип, весьма распространенный во времена Фрейда). Множество современных семей, сосредоточенных на проблеме контроля, воспитывает обсессивные и компульсивные паттерны скорее при помощи чувства стыда, чем вины. Сообщения, посылаемые ребенку, типа: “Что про тебя будут думать люди, если ты будешь такая толстая?”; “Другие дети не захотят с тобой играть, если ты будешь так вести себя”; “Ты никогда не поступишь в институт, если не будешь лучше учиться” – становятся, по многочисленным наблюдениям клиницистов и социологов, более распространенными, чем взаимодействия с центром тяжести на проблемах совести и моральных основах поведения.

Это изменение нужно учитывать при работе с современными обсессивными и компульсивными психопатологиями – такими, как расстройства, связанные с приемом пищи (нервная анорексия или булимия уже были известны на рубеже веков, но они, несомненно, были гораздо менее распространены). Фрейдовский взгляд на компульсивность, более традиционный, недостаточен для описания аноректической и булимической компульсивности. Теоретиками нарциссических объектных отношений были разработаны формулировки более основательные, чем у Фрейда, и более полезные в клиническом отношении (Yarock, 1993). Данное замечание справедливо также в отношении многих случаев алкоголизма, злоупотребления наркотиками, пристрастия к азартным играм и других поведенческих нарушений, в основе которых лежит не моралистически-обсессивно-компульсивная организация личности в фрейдовском понимании, а нарциссически-перфекционистская, получившая известность благодаря недавним исследованиям.

Типы воспитания, развивающие чувство вины и чувство стыда, развивают и разные типы супер-Эго, и разные типы объектных отношений. Традиционно обсессивно-компульсивная личность была более

мотивирована чувством вины, нежели чувством стыда, хотя последнее и было свойственно ей при “потере контроля”. Наиболее ранние психоаналитические исследования обсессивно-компульсивной динамики касались людей, мотивированных чувством вины, и то, что считается обсессивно-компульсивной структурой характера в классическом понимании (по DSM и др.), связано именно с данным психологическим типом. Таким образом, клиницисты должны в первую очередь чувствовать различие между традиционными обсессивно-компульсивными типами и более нарциссически структурированными личностями, также использующими обсессивные и компульсивные защиты.

Еще один тип семейных условий, влияющих на формирование обсессивно-компульсивных людей, замеченный в психоаналитической практике, диаметрально противоположен сверхконтролирующей, моралистической разновидности. Некоторые дети получают в семье так мало представлений о чистоте и бывают настолько заброшены окружающими взрослыми, которые не обращают на них внимания, что, ставя целью самовоспитание и развитие собственными силами, они начинают руководствоваться идеализированными критериями поведения и чувствования, почерпнутыми из культуры вне дома. Эти стандарты, будучи абстрактными и не находящими реального проявления в поведении людей, близко знакомых такому заброшенному ребенку, скорее всего, слишком суровы. Их трудно корректировать с помощью человеческого чувства соразмерности. Например, один из моих пациентов вырос в доме, где никто ничего не мог сделать: отец-алкоголик обычно пребывал в состоянии меланхолии, а обезумевшая мать работала с утра до ночи. При этом крыша протекала, сорняки разрастались, грязная посуда залеживалась в раковине. Мальчик испытывал чувство глубокого стыда за беспомощность своих родителей, которая всем бросалась в глаза. Сильнейшим мотивом, определившим его развитие, стало желание воспитать в себе противоположные качества: мальчик хотел стать организованным, умелым, ответственным. Успешно работая в качестве налогового консультанта, он превратился в заядлого трудолика и жил в страхе, боясь, как бы люди не обнаружили, что он пускает им пыль в глаза, а на самом деле он такой же неумелый, как его отец и мать.

В ранней психоаналитической литературе феномен развития обсессивно-компульсивного характера у детей, брошенных родителями, пользовался большим интересом, поскольку он поставил под сомнение фрейдовскую модель формирования супер-Эго, где постулируется наличие властного, авторитарного родителя, с которым идентифицируется ребенок.

Многие аналитики обнаружили, что к их пациентам с самым жестким супер-Эго родители относились небрежно, наплевательски (Beres, 1958). Они сделали вывод, что пациент берет за образец некий выдуманный образ, отличный от родительского, и представляет обсессивно-компульсивную динамику, особенно в том случае, если обладает сильным, агрессивным темпераментом, проецируемым на этот образ. Впоследствии Кохут и другие сэлф-психологи сделали похожие наблюдения, при том что ставили акцент на идеализации.

Обсессивно-компульсивное собственное “Я”

В соответствии с традиционным употреблением терминов, я ограничусь в данном разделе описанием проявлений Я-концепции и самоуважения, преобладающих в классической обсессивно-компульсивной личностной структуре, основанной на чувстве вины. Материал, касающийся больше психологических типов, базирующихся на чувстве стыда и включающих обсессивно-компульсивные черты, изложен в главе 8. Обсессивные и компульсивные люди озабочены проблемами контроля и твердых нравственных принципов, причем для них характерна тенденция определять нравственные принципы в терминах контроля. Так, правильное поведение для них сводится к тому, чтобы удерживать агрессию, похоть и те части самих себя, которые пребывают в самом плачевном состоянии, в строгой узде. Они нередко бывают глубоко религиозны, трудолюбивы, самокритичны и обязательны. Эти люди достигают самоуважения, отвечая требованиям интернализованных родительских фигур, задающих им высокие стандарты поведения, а иногда и образа мыслей. Они склонны испытывать беспокойство, особенно в те моменты, когда от них требуется совершить выбор: ситуация, где акт выбора содержит в себе “роковые” подтексты, может мгновенно парализовать таких людей.

Подобного рода паралич – одно из наиболее тяжелых проявлений отвращения обсессивных людей к совершению выбора. Порой это приводит к неприятным последствиям. Ранние аналитики назвали данный феномен “манией сомнения”. Преследуя цель оставить себе открытыми все варианты выбора для контроля (в своей фантазии) всех возможных исходов ситуации, эти люди в конечном итоге не оставляют себе никакого выбора. Я знала одну обсессивно-компульсивную женщину, которая, ожидая ребенка, наблюдалась у двух разных акушеров, принадлежавших к двум разным медицинским центрам, с диаметрально противоположными взглядами на

роды. В течение всей беременности эта женщина размышляла и прикидывала, какого специалиста и какие условия лучше выбрать. Когда настало время рожать, вопрос еще не был решен. Она так долго думала, точно ли в ее положении ей пора отправляться в клинику и в какую именно, что внезапно выяснилось: рожать надо срочно. Женщина попала в ближайшую к дому клинику, где роды принял дежурный врач. Все ее усилия и заботы оказались бесполезными, когда в конце концов сама жизнь продиктовала решение.

Это только один из примеров того, как люди с Obsessive-структурой характера стремятся отложить принятие решения до тех пор, пока не будет найдено “идеальное” (не сопровождающееся чувствами вины и неуверенности) решение. Типичный для них случай – когда они приходят в терапию, чтобы она помогла им сделать выбор между двумя сексуальными партнерами, двумя альтернативными учебными программами, двумя возможностями устроиться на работу и тому подобное. Страх, испытываемый такими пациентами при принятии “неверного” решения, в сочетании с тенденцией уложить этот процесс в рамки исключительно рациональных терминов (для них типичны списки аргументов “за” и “против”), нередко становится для терапевта искушением, побуждая его высказать суждение, какое решение предпочтительнее. На это Obsessive-пациент незамедлительно отвечает контраргументами. Хорошо известное “Да, но...”, характерное для данного типа людей, можно интерпретировать, по крайней мере, отчасти, как попытку избежать вины, неизбежно следующей за совершением действия. Одно из неприятных последствий такой психологии – тенденция откладывать и отсрочивать исход дела, пока внешние обстоятельства – отказ партнера или истечение крайнего срока – не начнут определять направление действий. Таким образом, из всех сил стремясь сохранить свою автономию, они в конечном счете полностью теряют ее, – стандартный невротический способ разрешения ситуации.

Людям компульсивной организации свойственна та же проблема вины и автономии, но решают они ее в противоположном направлении: они начинают в действие еще до рассмотрения альтернатив. Если Obsessive-люди откладывают и размышляют, то компульсивные несутся вперед. В некоторых ситуациях, как представляется компульсивным личностям, от них требуется определенное поведение. Их действия не всегда бывают глупыми или саморазрушительными (они могут стучать по дереву, чтобы не сглазить, или прыгать в постель каждый раз, как только ситуация становится слегка сексуально окрашенной). Некоторым личностям свойственно компульсивно оказывать помощь другим. Дарли и Бетсон

(Darley and Batson, 1973) исследовали альтруистическое поведение в ходе эксперимента “Добрый самаритянин”. Человек, изображавший больного, лежал на пути студентов теологического факультета, идущих на экзамен. Была выделена группа субъектов, которые “не могли оставить этого парня одного: чтобы оказать ему помощь, им пришлось дать крюк в целую милю” (Бетсон, из личной беседы, 1972)*.

Некоторые водители рискуют собственной безопасностью и разбивают автомобиль, желая избежать столкновения с животным. Настолько автоматическим бывает их компульсивное побуждение к сохранению жизни.

Компульсивное желание действовать в такой же степени сказывается на автономии человека, как и обсессивное желание избежать деятельности. Инструментальное мышление и экспрессивное чувство в равной мере вводят человека в заблуждение, мешая ему сделать настоящий выбор. Выбор подразумевает ответственность за свои действия, а ответственность предполагает, что чувства вины и стыда достигают уровня, который можно выносить. Чувство вины, не носящее невротического характера, представляет собой естественную реакцию на превышение власти, а чувству стыда человек подвержен в тех случаях, когда его застанут за совершением некоторых умышленных действий. Но обсессивные и компульсивные люди испытывают настолько глубокие и иррациональные чувства вины и стыда, что не могут вытерпеть дополнительной порции этих чувств.

Как уже было отмечено выше, обсессивные люди ищут опору для самоуважения в “думании”, компульсивные – в “делании”. Когда обстоятельства затрудняют возможность успешного выполнения этой, базовой для них, деятельности (докапываться до смысла или совершать некие действия), они впадают в депрессию. Потерять работу – несчастье для большинства людей, но это становится просто катастрофой для компульсивного человека, поскольку работа для него – главнейший источник чувства собственного достоинства. У обсессивно-компульсивных пациентов, принадлежащих к типу, над которым довлеет чувство вины, наблюдается гораздо более тяжелая депрессия, чем у клиентов нарциссического типа (см. главу 11). У последних активно отрицательная (неконтролируемая, деструктивная) Я-концепция становится доминирующей.

Обсессивные и компульсивные люди боятся собственных враждебных чувств и бывают чрезмерно самокритичны, мучая себя за агрессивные проявления – как истинные, так и мнимые. В зависимости от содержания

тех сообщений, которые были получены ими в семьях, они могут так же переживать по поводу своей одержимости похотью, жадностью, тщеславием, ленью, завистью и так далее. Вместо того, чтобы основывать самоуважение или самоосуждение исключительно на своих поступках, они, как правило, сами рассматривают эти чувства как предосудительные. Они напоминают моральных мазохистов, с которыми их объединяет чрезмерная совестливость и склонность испытывать негодование. Эти люди также нередко развивают у себя нечто вроде тайного тщеславия, гордясь тем, какие суровые требования они сами к себе предъявляют. Они ценят самоконтроль превыше большинства других добродетелей, подчеркивая и такие достоинства, как дисциплина, порядок, надежность, преданность, собранность и упорство. То обстоятельство, что такие пациенты с трудом соглашались даже на время выпустить из рук контроль, умаляет возможность проявления их способностей в таких сферах, как сексуальная жизнь, игра, юмор и вообще в любой спонтанной деятельности.

И, наконец, обсессивно-компульсивные люди известны тем, что предпочитают восприятию аффективно нагруженного целого рассмотрение отдельных деталей (Shapiro, 1965). Люди с обсессивной психологией различают в песне каждое слово и не воспринимают музыку. Пытаясь обойти общий смысл какого-то решения или ощущения, понимание которого чревато усилением чувства вины, они фиксируются на специфических подробностях или подтекстах (“Что, если...”). Выполняя тест Роршаха, обсессивные субъекты избегают ответов, основанных на целостном восприятии, и излагают все возможные интерпретации мельчайших деталей чернильных пятен. Согласно известной поговорке, они за деревьями не могут (а бессознательно – не хотят) увидеть леса.

Перенос и контрперенос с обсессивными и компульсивными пациентами

Обсессивные и компульсивные личности стремятся быть “хорошими пациентами” (за исключением тех, кто находится на нижнем уровне континуума развития: они ставят перед терапией труднопреодолимые препятствия, возникающие вследствие их ригидной изоляции или же компульсивности, побуждающей к немедленным действиям). Они серьезны, сознательны, честны, мотивированы и способны к упорной работе. Тем не менее, они известны как трудные пациенты. Эта слава закрепилась за ними. Для обсессивных клиентов типично воспринимать

терапевта как заботливого, но требовательного и осуждающего родителя, по отношению к которому проявляются сознательная уступчивость и бессознательное противодействие. Несмотря на всю свою обязательность и готовность к сотрудничеству, в их сообщениях содержится оттенок раздражительности и критичности. В ответ на комментарии терапевта относительно этих чувств они обычно отрицают их.

Как было впервые замечено Фрейдом, в денежных вопросах обсессивные пациенты склонны вступать в споры – как явным образом, так и более тонко – а также контролировать, критиковать и обижаться. Они с нетерпением ждут, когда терапевт закончит говорить, и прерывают его, не дождавшись конца фразы. На сознательном уровне они в высшей степени невинны, не подозревая о своей негативной настроенности.

Несколько лет назад у меня был пациент с обсессивно-компульсивной симптоматикой такого типа и такой интенсивности, с какими часто сталкивался Фрейд. Это был студент из Индии, будущий инженер, совершенно потерянный и в чуждом окружении тоскующий по дому. В Индии почтительное отношение к авторитетам является всячески культивируемой нормой; в инженерном деле компульсивность представляет собой адаптивное и одобряемое качество. Но даже по стандартам этих, сравнительно обсессивно-компульсивных референтных групп, его склонность к ритуалам и пережевыванию умственной жвачки была чрезмерна. Он просил меня четко сообщить ему, как прекратить этот процесс. Я изменила формулировку и поставила задачу: понять чувства, предшествующие его действиям. Мой пациент пришел в явное смятение. Я сделала предположение: возможно, он расстроен оттого, что предложенная мною формулировка его проблемы не дает быстрого, авторитарного решения? “Нет, что вы!” – упорно отвечал молодой человек. Он был уверен, что я знаю лучше, и был настроен по отношению ко мне исключительно позитивно.

Явившись на следующей неделе, мой пациент стал допытываться у меня, как “научно” определить психотерапию. “Это похоже на физику или на химию, на точные науки?” – спрашивал он. “Нет, – отвечала я, – психотерапия не настолько точная, дисциплина, она во многом напоминает искусство”. “Понимаю”, – и он задумчиво нахмурил брови. Тогда я поинтересовалась, беспокоит ли его то обстоятельство, что моя профессия представляет собой не такую уж точную науку. “Нет, что вы!” – упорствовал он, рассеянно выравнивая стопку бумаг, лежащих на краю стола. Я спросила, не мешает ли ему беспорядок у меня в кабинете? – “Нет, что Вы! Ведь совершенно очевидно, – добавил он, – что у Вас творческий

склад ума”. На третьей сессии молодой человек прочел мне лекцию о том, что в Индии все по-другому, отвлеченно выражая удивление, как мог бы работать с ним психиатр в его стране. Я продолжала, спросив, появляется ли у него иногда желание, чтобы я больше узнала о культуре его страны или, может быть, ему хотелось бы видеть перед собой терапевта-индуса? – “Нет, что Вы!” Он был абсолютно мной доволен.

По страховому полису моему пациенту полагалось получить восемь психотерапевтических сессий. На нашей последней встрече я слегка поддразнивала его, и мне удалось заставить клиента допустить следующую мысль: иногда его будут немного раздражать и я, и моя терапия. Но не злить и даже не сердить, а просто слегка беспокоить. Я решила, что лечение в целом потерпело провал, хотя и не ожидала большего результата за восемь встреч. Но два года спустя молодой человек появился снова и рассказал мне, что после нашей встречи много думал о своих чувствах, особенно о раздражении, гневе и печали, испытываемых из-за разлуки с родиной. Когда он разрешил себе эти эмоции, его обсессивно-компульсивная симптоматика пошла на убыль. В типичной для данной клинической группы манере, он нашел доступ к своим чувствам, контролируя инсайты, полученные в ходе терапии; его личная независимость поддерживала в нем самоуважение.

Читатель может прийти к выводу, что в контрпереносе с обсессивным пациентом мы нередко ощущаем скуку и нетерпение, желание встряхнуть его, заставить открыться элементарным чувствам, поставить ему вербальную “клизму” или потребовать, чтобы он “либо сходил в туалет, либо слезал с горшка”. Сочетание сознательной покорности и мощного бессознательного стремления к саботажу может довести до бешенства. Терапевты, которые лично не имеют склонности рассматривать аффект как очевидную слабость или недостаток дисциплины, бывают озадачены тем обстоятельством, что обсессивные личности стыдятся аффекта и сопротивляются признать его. Иногда некоторые из них даже чувствуют, как сокращается мышца ректального сфинктера в знак идентификации с судорожно сжатым эмоциональным миром пациента (согласующийся контрперенос), или же ощущают физическое напряжение, направленное на сдерживание ответного желания “выбить почву из-под ног” такого несносного человека (дополнительный контрперенос).

Атмосфера завуалированного критиканства, окружающая обсессивно-компульсивных людей, может обескураживать терапевта и подорвать процесс. Вдобавок терапевт быстро начинает скучать или дистанцироваться от беспрестанной интеллектуализации клиента. Работая

с одним компульсивным мужчиной, я поймала себя на том, что воображаю себе его живущую своей жизнью и говорящую голову, в то время как тело будто бы было вырезано из картона в натуральную величину – подобно тем фигурам в парках с аттракционами, в которые люди просовывают голову, чтобы сфотографироваться.

Ощущения бессодержательности, скуки, забвения материала сессий, тем не менее, не обязательно сопровождают терапию обсессивных клиентов (эти ощущения обычны в случаях с нарциссическими пациентами, использующими обсессивные защиты). В их бессознательном обесценивании существует нечто, сильно связанное с объектными отношениями, и нечто трогательное в их попытках быть “хорошими” – настолько по-детски они стремятся к сотрудничеству и полагаются на терапевта. Сомнения относительно того, будет ли терапия иметь какой-то результат, типичны как для терапевта, так и для самого обсессивного или компульсивного пациента, особенно до того момента, как последний отваживается выразить подобные опасения терапевту. Но вся глубина упрямства обсессивного человека есть не что иное как способность оценить терпеливую, лишенную осуждения позицию терапевта, и в результате поддерживать общую атмосферу сердечности становится не таким уж и трудным делом.

Терапевтические рекомендации при диагнозе обсессивной или компульсивной личности

Первым требованием в работе с обсессивными и компульсивными пациентами является соблюдение обычной доброжелательности. Они, как правило, раздражают окружающих, не вполне понимая причины своего поведения, и с благодарностью относятся к тому, что их не наказывают за качества, способные сердить других людей. Их уязвимость для стыда в первую очередь требует понимания и интерпретации. Отказ терапевта давать советы, поторапливание пациента или критика за последствия его изоляции, уничтожения сделанного или реактивных образований продвигает процесс вперед и оживляет терапию лучше, чем более конфронтационные техники. Борьба за власть между терапевтом и обсессивным клиентом, рождающаяся из контртрансферентных импульсов, представляет собой обычное явление. Отсюда проистекает временная аффективная динамика, однако затягивание этой борьбы ведет только к воспроизведению ранних пагубных объектных отношений.

Старательно избегая того, чтобы терапевт напоминал требовательного, контролирующего родителя, следует учитывать, что пациент нуждается в сохранении теплых, сердечных отношений. Степень активности терапевта зависит от пациента: некоторые из обсессивных пациентов не дают терапевту вставить слова до самого окончания сессии, других охватывает замешательство и испуг, как только он замолкает. Создание эмоционального комфорта для пациента не следует смешивать с утратой контроля над ситуацией. Мы наносим вред самим себе, сохраняя молчание с человеком, который переживает это как давление или который чувствует себя покинутым, если к нему никто не обращается. Можно, в числе прочих вопросов, имеющих целью деликатное выяснение интересующей нас информации, спросить пациента и о том, как много следует говорить терапевту. Это позволит снять техническую проблему и принесет дополнительную пользу, поскольку поддержит в пациенте ощущение его автономии и реалистического контроля.

Исключение из правила – избегать советов и контроля – составляют те пациенты, чьи компульсивные действия явно опасны. Если терапевт имеет дело с саморазрушительными компульсивными действиями пациента, у него есть две возможности: либо он терпеливо и заботливо переносит то, что делает пациент, до тех пор, пока медленная интеграция терапевтической работы не уменьшит компульсивные побуждения, либо поначалу ритм терапии будет зависеть от того, когда пациент сделает перерыв в своих компульсивных действиях. Первый вариант можно проиллюстрировать следующим примером: терапевт выслушивает одну за другой с увлечением излагаемые истории о сексуальных похождениях и параллельно, не осуждая пациента, анализирует эту динамику, пока, наконец, не иссякнет способность пациента рационализировать свое защитное использование сексуального поведения. Преимущество данной позиции заключается в том, что она поощряет честность (если же терапевт ставит условия, касающиеся поведения, у пациента появляется искушение скрыть случаи их нарушения). Если саморазрушительные действия пациента не опасны для жизни, данный вариант более предпочтителен.

Примером второго варианта может служить требование, чтобы аддиктивный пациент прошел детоксикационную программу до начала терапии, или чтобы пациент с анорексией сначала набрал определенное количество килограммов в условиях стационарного наблюдения, или чтобы алкоголик стал посещать группу Анонимных Алкоголиков. Если уничтожение сделанного происходит автоматически, то уничтожаемые таким образом желания, побуждения, фантазии о преступлениях трудно

вытягивать на поверхность*. Кроме того, принимая человека с тенденцией к компульсивному самоповреждению в терапию безусловно, терапевт может тем самым невольно поддержать его фантазии, что терапия способна действовать магическим образом, не требуя даже минимального напряжения воли пациента. Такая позиция (постановка условий) особенно желательна, когда компульсивные действия пациента сопровождаются серьезными злоупотреблениями: проводить терапию с человеком, ментальные процессы которого изменены химическими средствами, – заведомо бессмысленное упражнение.

Читателя, возможно, удивит, почему человек стремится к терапии, когда он в состоянии сам контролировать свое компульсивное поведение. На этот вопрос можно ответить, что он чувствует существенную разницу между способностью обуздывать свои компульсивные действия (благодаря усилию воли или подчинению авторитету) и возможностью вообще не иметь этого как проблемы первостепенной важности. Терапия с человеком, который сдерживает поведенческие проявления своей компульсивности, позволит ему овладеть источником этой компульсивности и обрести внутреннюю ясность, а не вымученный самоконтроль. Алкоголик, который больше не чувствует потребности пить, достиг гораздо большего, чем тот, кто вынужден, в постоянной борьбе с искушением, возобновлять волевые усилия, чтобы удерживать себя в трезвом состоянии (Levin, 1987).

Другим важным элементом успешной работы с пациентами данной диагностической группы (особенно это актуально для более обсессивных) является избегание интеллектуализации. Интерпретации, апеллирующие к когнитивному уровню понимания, прежде чем будет снят запрет на аффективные ответы, не принесут пользы. Хорошо известен тип пациента, который, проходя психоаналитическую терапию, рассуждает о своей динамике тоном автомеханика, способного детально описать, что разладилось в его моторе, и которому ничуть не становится легче от обладания всеми этими знаниями. Опыт говорит, что при работе с обсессивно-компульсивными пациентами, в дополнение к общей аналитической технике, следует особенно опасаться преждевременных интерпретаций (Strachey, 1934; Glover, 1955; Josephs, 1992) и иметь в виду разницу между интеллектуальными и эмоциональными инсайтами (Richfield, 1954; Kris, 1956).

Коль скоро отношения начинают напоминать борьбу за власть (с обеих сторон), когда на вопрос терапевта “Так что же вы чувствуете?” пациент в своей привычной манере пытается толковать все об одном и том же, то один из способов перевести работу в более аффективную плоскость связан

с использованием воображения, символики и творческой коммуникации. Хаммер (Hammer, 1990), придя к выводу, что обсессивные личности используют слова, чтобы отделаться от чувств, а не чтобы выразить их, специально подчеркивает, какое важное значение имеют для данной категории людей поэтический стиль речи, богатство аналогий и метафор. Доказано (Yalom, 1975), что для особенно скованных пациентов наиболее эффективно сочетание групповой терапии (где другие пациенты пытаются атаковать их защитную изоляцию) с индивидуальным лечением (где терапевт может помочь человеку работать с подобного рода опытом в частном порядке).

Третий компонент правильного лечения обсессивных и компульсивных пациентов – готовность врача помочь им выразить гнев и критическое отношение и к терапии, и к терапевту. Обычно пациенты не могут сделать это прямо, но терапевт подготавливает почву для того, чтобы клиент впоследствии стал способен принять такие чувства. Этим целям служат подготовительные фразы типа: “То, что терапевтический процесс не идет так быстро, как хотелось бы нам обоим, может вызывать раздражение. Не удивляйтесь, если вам в голову будут приходить мысли, полные обиды и возмущения, относящиеся к терапии или ко мне. Если вы почувствуете неудовлетворенность нашей работой, может быть, вам стоит сказать об этом мне?” Как правило, на эти подспудные интервенции пациенты отвечают протестом, которого сами не осознают, будучи при этом активно недовольны и критичны. Когда терапевт обращает внимание пациента на такое странное положение вещей, это инициирует процесс, освобождающий Эго из-под власти автоматической изоляции.

Важно не только идентифицировать аффект, но и дальше поощрять пациента получать от него удовольствие. Психоаналитическая терапия предполагает не только превращение бессознательного в сознательное: необходимо, чтобы пациент перестал относиться к тому, что становится сознательным, как к постыдному. За этой уязвимостью для чувства стыда стоит патогенное убеждение в собственной греховности, запускающее как обсессивный, так и компульсивный механизмы. Тот факт, что можно получать удовольствие от садистической фантазии, не признаваясь в этом, или извлекать ощущение комфорта из переживания горя, признавая наличие у себя печальных эмоций, становится новостью для клиентов. Чувство юмора, которым делится терапевт, может облегчить тяжкий груз вины и самокритики, довлеющий над пациентом.

“Что хорошего будет, если я позволю себе чувствовать все это?” Люди с обсессивной и компульсивной психологией часто задают этот вопрос.

Можно ответить, что в переживании данных чувств нет вреда: испытывая эмоции, человек ощущает себя живым, энергичным и полноценным существом, даже если пациент считает, что эти эмоции свидетельствуют о его “не очень хорошем” состоянии. Компульсивным пациентам особенно полезно давать комментарии относительно того, как трудно им терпеть ситуацию, где приходится просто быть, а не делать. Неслучайно в ходе осуществления программ “12 шагов”, имеющих целью остановить саморазрушительную компульсивность, была придумана “молитва Безмятежности”. Иногда в борьбе с упорством обсессивно-компульсивных личностей в тех случаях, когда они сопротивляются выражению чувств, можно апеллировать к их практической натуре: например, некоторым научно мыслящим пациентам бывает полезно узнать, что слезы освобождают мозг от определенных химических соединений, связанных с хронически пониженным настроением. Если эти пациенты рациональным путем дойдут до того, что экспрессивность – это нечто иное, чем просто жалкое потакание своим слабостям, они скорее осмелятся предпринять движение в этом направлении. Но, в конечном счете, та эмоциональная честность, которую исповедует терапевт, и опыт, растущий у пациента, которого не подвергают осуждению или контролю, будут способствовать продвижению лечения к благоприятному результату.

Дифференциальный диагноз

Как правило, обсессивную и компульсивную динамику легко отличить от других видов психологической организации. Диагностика самого процесса изоляции или уничтожения сделанного обычно не составляет труда: компульсивная организация особенно бросается в глаза в тех случаях, когда чрезмерная вовлеченность человека в соответствующую деятельность уже не может легко маскироваться. Тем не менее, определенного рода ошибки иногда случаются. Обсессивную структуру иногда трудно отличить от шизоидной психологии, особенно в той части континуума развития, где имеет место малая продуктивность. Нарциссическая организация личности с обсессивными или компульсивными элементами тоже нередко смешивается с обсессивно-компульсивной психологией более “традиционного” типа.

Обсессивная личность в сравнении с нарциссической

В главе 8, сравнивая нарциссические структуры характера с Obsessive, я подчеркивала опасность, подстерегающую терапевта в том случае, когда личность, в основе своей нарциссическая, ошибочно трактуется как Obsessive-compulsive, и терапевт соответственно делает интерпретации скорее в терминах бессознательного гнева, фантазий о всемогуществе и чувства вины, чем личностной пустоты и хрупкости самоуважения. Опасность эта не столь серьезна, когда речь идет об ошибке в обратную сторону. Для любого из нас, каким бы характером он ни обладал, может быть полезна терапия, сконцентрированная на проявлениях “самости”. Тем не менее, Obsessive-compulsive личность старого образца (“моралистическая”) попав к терапевту, который будет обращаться с ней как с нарциссической, в конце концов окажется деморализована: она будет испытывать страдание и даже оскорбление от того, что ее видят скорее нуждающейся, нежели конфликтующей.

У Obsessive и compulsive личностей существует выраженный центр тяжести в психологическом смысле: они критичны и самокритичны. Терапевт, который строит коммуникацию на эмпатическом принятии их личного опыта, избегая воскрешать глубочайшие аффекты и убеждения, определившие этот опыт, лишает таких пациентов именно той эмпатии, которой они заслуживают. Порой интервенции, которые терапевт задумывает как отзеркаливающие, Obsessive-compulsive пациентом принимаются как подкупающие. При этом пациенту видится, что терапевт, по сути, смотрит сквозь пальцы на те аспекты “самости”, которые пациент воспринимает как незащищенные. В подобной ситуации пациент начинает подозревать терапевта в нравственной несостоятельности.

Анализ рационалистических и моралистических защит Obsessive-compulsive клиентов должен предшествовать усилиям в направлении принятия мучительных чувств, прячущихся под этими защитами.

Obsessive личность в сравнении с шизоидной

Рассматривая симбиотико-психотический уровень, надо сказать, что некоторые люди, кажущиеся шизоидными, на самом деле могут быть Obsessive пациентами в сильной регрессии. Различие заключается в том, что шизоидные личности хотя и уходят от внешнего мира, склонны сознавать интенсивные внутренние чувства и яркие фантазии. Obsessive же личности, склонные к реакциям ухода, используют настолько полную изоляцию, что могут представлять собой в личностном

отношении “чистый лист” – вплоть до того, что кажутся внешне тупыми. Знание преморбидного состояния дает терапевту возможность понять, следует ли убеждать пациента в том, что, выражая свой внутренний опыт, он может чувствовать себя в безопасности, или же необходимо передать ощущение того, как это должно быть ужасно – иметь внутри такой мертвенный холод.

Обсессивность в сравнении с состояниями органического происхождения

Проблема психопатологии органического происхождения не может быть исчерпывающе освещена в настоящей книге, но я хотела бы заметить, насколько часто неопытные терапевты – независимо от того, есть ли у них медицинское образование или нет, – принимают поведение, связанное с мозговыми повреждениями, за обсессивно-компульсивное. Ригидность мышления и повторение действий, типичное для органических мозговых синдромов (Goldstein, 1959), могут внешне напоминать обсессивность и компульсивность функциональной природы. Однако специалист, сведущий в вопросах динамики, обнаружит, что в данном случае отсутствуют изоляция аффекта и уничтожение сделанного. Подробное выяснение истории болезни, включая сведения о возможности наличия эмбрионального алкогольного синдрома, родовых осложнениях, заболеваниях с тяжелыми лихорадочными состояниями (менингит, энцефалит), травмах головы и так далее, может навести на мысль об органическом диагнозе, подтверждающем неврологическое обследование.

Не все мозговые повреждения ведут к утрате интеллекта. Практикующий врач не должен думать, что если пациент отличается живым умом и высокими профессиональными качествами, у него не может быть трудностей, связанных с органическими причинами. Здесь заключается решающее различие, поскольку терапия, направленная на обнаружение бессознательной динамики в целях избавления клиента от обсессивно-компульсивной ригидности, радикально отличается от лечения пациентов с органическими нарушениями, где всячески подчеркивается (в общении с самим пациентом и с его родственниками) важная роль поддерживающего режима и бережного, предупредительного обращения с такими пациентами. Это помогает им сохранить ощущение эмоциональной безопасности.

Заключение

В этой главе я рассмотрела категорию людей, которые главным образом думают и действуют, тем самым пытаюсь обеспечить себе эмоциональную безопасность, сохранить самоуважение и разрешить внутренние конфликты. Я рассмотрела классические концепции обсессивно-компульсивной структуры характера, особенно отметив фрейдовские формулировки, касающиеся центральной роли анальной стадии в ее развитии. Защитные процессы у обсессивных и компульсивных людей (изоляция и уничтожение сделанного, реактивные образования) служат задаче подавления или развешивания большей части аффектов, желаний и драйвов. Однако бессознательное чувство вины (под которым скрывается враждебность) и осознаваемая подверженность чувству стыда (вследствие ощущения несоответствия собственным стандартам) легко вычлениваются. В семейных историях людей данной группы примечательно либо наличие чрезмерного контроля либо его явный недостаток. Имеющиеся в настоящем объектные отношения формальны, исполнены морализаторского пафоса, им недостает “сока” полнокровной жизни, несмотря на демонстрируемую обсессивно-компульсивными людьми базовую способность к привязанности. Были также рассмотрены перфекционизм, амбивалентность и избегание чувства вины путем отсрочивания или воспроизведения импульсивных действий.

В сфере трансферентных и контртрансферентных отношений необходимо главным образом сосредоточиться на том, чтобы улавливать и абсорбировать бессознательные враждебные проявления пациента. Терапевту следует понимать, как важно не торопиться, избегать борьбы за власть, расхолаживающей интеллектуализации, привлекать внимание пациента к проявлениям его гнева и критичности, обучать его получению удовольствия от чувств и фантазий, которые были им обесценены. Обсессивные и компульсивные личности были дифференцированы от личностей нарциссической структуры с перфекционистскими и компульсивными защитами, от шизоидных пациентов, а также от пациентов с органическими мозговыми синдромами.

Дополнительная литература

Возможно, самая читаемая книга по навязчивостям – труд Зальцмана (Salzman, 1980). Нагера (Nagera, 1976) – приемлемый, но не очень

углубленный вариант. Работа Шапиро (Shapiro, 1965), посвященная исследованию обсессивных типов личности, остается классической.

14. Истерические, или театральные (histrionic) личности

Психоанализ начал свою историю с попытки понять истерию и постоянно возвращался к этой проблеме каждое десятилетие, начиная с 1880-го года, когда Фрейд впервые взялся за ее решение. Вдохновленный работой французских психиатров Шарко, Жане и Бернгейма, которые исследовали истерические аффекты при помощи гипноза, Фрейд впервые начал задумываться над вопросами, которые придали психоаналитической теории ее уникальную форму: Как можно знать и не знать одновременно? Чем объясняется забвение важного личного опыта? Действительно ли тело выражает то, что мозг не может воспринять? Что могло бы объяснить такие исключительные симптомы, как полные эпилептиформные припадки у человека, не страдающего эпилепсией? Или слепоту у людей без физических нарушений органов зрения? Или параличи, когда с нервами все в порядке?

В те времена женщин, больных истерией, выгоняли из медицинских кабинетов и обзывали их теми словами, которые в XIX веке были эквивалентны теперешней “старой кляче” (“crock”). Каковыми бы ни были ошибки Фрейда относительно женской психологии или сексуальных травм, к его чести можно заметить, что он серьезно относился к этим женщинам и отдавал им дань уважения. Фрейд полагал, что, понимая их специфические страдания, он приблизился бы к постижению процессов, действующих в психике как эмоционально здоровых, так и эмоционально больных людей. Настоящая глава посвящена не тем драматическим нарушениям, которые описываются под рубрикой истерии (конверсии, амнезия, внезапные и необъяснимые приступы тревоги и многие другие угнетающие феномены), но тому типу личностной структуры, который, согласно наблюдениям, сопровождает данные состояния.

Истерический, или, в соответствии с более поздними изданиями DSM, театральный (histrionic), характер встречается у людей без частых или бросающихся в глаза истерических симптомов. Как и в случае с обсессивно-компульсивными людьми, не страдающими обсессиями и компульсиями, но функционирующими на основе тех же принципов, которые их вызывают, среди нас находится много и таких, кто никогда не имел истерических срывов, но чей субъективный опыт окрашен динамикой и защитами, их порождающими. Хотя данный тип личности чаще

наблюдается у женщин, не являются исключением и истерически организованные мужчины. Фактически, Фрейд (1897) считал себя самого – и не без определенных на то оснований – в некоторой степени истерической личностью. Одной из его ранних публикаций (1886) была работа, посвященная истерии у мужчин.

Аналитически ориентированные терапевты склонны рассматривать людей с истерической организацией личности как относящихся к невротическому диапазону, поскольку защиты, определяющие их личный опыт, считаются более зрелыми*. Но существуют также истерические люди пограничного и психотического уровня. Некоторое время назад Элизабет Зетцель (Elizabeth Zetzel, 1968) отметила огромную дистанцию между относительно здоровыми и более глубоко нарушенными индивидами этой группы. Феномен *истерического психоза* был известен с древности (Veith, 1965, 1977) и в различных культурах (Linton, 1956). Отсутствие в DSM этого хорошо исследованного диагноза (Hollender & Hirsch, 1964; Langness, 1967; Hirsch & Hollender, 1969; Richman & White, 1970) бесспорно обеднило наш подход к оцениванию и способствовало гипердиагностике шизофрении в случаях, когда следовало бы констатировать истероидный процесс, связанный с травмой**.

Люди с истерической структурой личности характеризуются высоким уровнем тревоги, напряженности и реактивности – особенно в межличностном плане. Это сердечные, “энергетичные” и интуитивно “человечные люди” (“people people”), склонные попадать в ситуации, связанные с личными драмами и риском. Иногда они могут настолько пристраститься к волнениям, что переходят от одного кризиса к другому. Из-за высокого уровня тревоги и конфликтов, от которых они страдают, их эмоциональность может казаться окружающим поверхностной, искусственной и преувеличенной. Их чувства меняются очень резко (“истерическая неустойчивость аффектов”). Возможно, Сара Бернар обладала многими истерическими чертами; литературная героиня Скарлетт О’Хара имела ряд качеств, которые современные диагносты расценили бы как театральные. Людям с истерической структурой характера нравятся бросающиеся в глаза профессии – профессии актера, танцора, проповедника, политика или учителя.

Драйвы, аффекты и темперамент при истерии

Многие исследователи считают, что истерически организованные

люди по темпераменту являются напряженными, гиперчувствительными и социофилическими личностями. Ребенок, который брыкается и пронзительно кричит, когда он фрустрирован, но вопит с ликованием, если им занимаются, вполне может иметь конституциональную предрасположенность к истерии. Фрейд (1931) утверждал, что чрезвычайно сильный аппетит может являться чертой человека, который станет истерическим; эти люди жаждут орального удовлетворения, любви, внимания и эротической близости. Они требуют стимуляции, но их подавляет слишком большое ее количество, и в результате они переживают мучительный дистресс.

Иногда высказывались предположения (Allen, 1977), что истерические люди, в силу своей конституции, больше зависят от функционирования правого полушария мозга (Galín, 1974) – в противоположность склонным к обсессиям индивидуумам, которым предположительно свойственно доминирование левого полушария. Одним из оснований для подобных размышлений является тщательная и плодотворная работа Шапиро (Shapiro, 1965) об истерическом когнитивном стиле, некоторые черты которого могут быть врожденными. Истерически организованные люди разительно отличаются от обсессивных качеством своих мыслительных операций. В частности, им свойственна импрессионистичность, глобальность и образность. Некоторые высокообразованные люди с истерической организацией личности являются необыкновенно креативными. Благодаря объединению данных аффективной и чувственной апперцепции с более линейными, логическими подходами к познанию, они порождают прекрасные образцы интеграции интеллектуального и художественного способа восприятия.

Фрейд (1925, 1932) и многие последующие аналитики (например, Marmor, 1953; Halleck, 1967; Hollender, 1971) выдвинули предположение о двойной фиксации при истерии – на оральных и эдипальных проблемах. В упрощенном виде это можно сформулировать следующим образом: очень чувствительная и голодная маленькая девочка нуждается в особенно отзывчивой материнской заботе. Она разочаровывается в своей матери, которой не удается сделать так, чтобы девочка почувствовала себя адекватно защищенной, сытой и ценимой. По мере приближения к эдиповой фазе, она достигает отделения от матери посредством ее обесценивания и обращает свою интенсивную любовь на отца как на наиболее привлекательный объект, в особенности потому, что ее неудовлетворенные оральные потребности объединяются с более поздними генитальными интересами и заметно усиливают эдипальную динамику. Но

как девочка может достичь нормального разрешения эдипового конфликта, идентифицируясь с матерью и одновременно соревнуясь с ней? Она все еще нуждается в матери и в то же время уже обесценила ее.

Эта дилемма привязывает ее к эдиповому уровню. В результате подобной фиксации она продолжает видеть мужчин как сильных и восхитительных, а женщин – как слабых и незначительных. Поскольку девочка считает силу врожденным мужским атрибутом, она смотрит на мужчин снизу вверх, но также – большей частью бессознательно – ненавидит и завидует им. Она пытается усилить свое ощущение адекватности и самоуважения, привязываясь к мужчинам, в то же время исподволь наказывая их за предполагаемое превосходство. Она использует свою сексуальность как единственную силу, которую, как она считает, имеет ее пол, вместе с идеализацией и “женской хитростью” – стратегией субъективно слабых – для того, чтобы достичь мужской силы. Поскольку она использует секс скорее как защиту, а не как самовыражение и боится мужчин и их злоупотребления властью, она с трудом достигает наслаждения от интимной близости с ними и может страдать от физических эквивалентов страха и отвержения (боль или бесчувствие при сексе, вагинизм и отсутствие оргазма).

Склонность Фрейда видеть в зависти к пенису универсальную женскую проблему берет начало из его работы с женщинами с истерической структурой личности. Когда Фрейд обнаружил, что его пациентки в своих снах, фантазиях и симптомах отождествляют власть мужчин с фаллическими образами, он выдвинул предположение, что в ранние годы эти женщины отождествляли беспомощность – и свою собственную, и беспомощность своих матерей – с отсутствием пениса. В патриархальной и все усложняющейся урбанизированной культуре, где традиционные достоинства женщины имели небольшой престиж, к таким выводам, возможно, с легкостью приходили многие молодые девушки. Фрейд (1932) утверждал:

“Комплекс кастрации у девушек... начинается с наблюдения гениталий другого пола. Они сразу же замечают разницу и, *как следует допустить, ее значимость*. Они считают себя весьма обделенными, часто утверждают, что им также хотелось бы “иметь что-нибудь подобное”, и становятся жертвами “зависти к пенису”, оставляющей неизгладимые следы в их развитии и формировании характера”*.

Защитные и адаптивные процессы при истерии

Люди с истерической структурой личности используют подавление (репрессию), сексуализацию и регрессию. Им свойственно противофобическое отреагирование вовне (acting out), обычно связанное с озабоченностью вымышленной властью и опасностью, исходящими от противоположного пола. Они также используют диссоциативные защиты в широком смысле, о чем я еще скажу в следующей главе.

Фрейд рассматривал репрессию как центральный ментальный процесс при истерии. Феномен амнезии был ему настолько интересен, что это даже привело его к созданию целой теории структуры психики и того, как мы можем “забывать” вещи, которые на каких-то недостижимых уровнях в то же время “знаем”. Первые модели репрессии как активной *силы*, а не случайных провалов памяти, были созданы Фрейдом под впечатлением от его работы с людьми, которые под гипнозом вспоминали и вновь переживали детские травмы, зачастую травмы инцеста, и в результате избавлялись от истерических симптомов. В своих самых ранних терапевтических попытках, сначала с применением гипнотического, а затем – негипнотического внушения, Фрейд прикладывал всю свою энергию к преодолению репрессии, приглашая пациентов расслабиться и убеждая их позволить своему сознанию быть открытым для воспоминаний. Он выяснил: когда травматические воспоминания возвращаются со своей первоначальной эмоциональной силой, истерические нарушения исчезают*.

Подавленные воспоминания и связанные с ними аффекты стали центральным объектом психоаналитического изучения. Высвобождение репрессированного представлялось основной терапевтической задачей. Даже сейчас большинство динамически ориентированных методов направлено на то, чтобы докопаться до забытых воспоминаний и получить понимание реального прошлого, хотя большинство аналитиков признает, что реконструкция прошлого всегда приблизительна, и эта работа напоминает больше создание (заново) правдоподобной истории, чем восстановление исторических фактов (Spence, 1982). Из-за неопределенного, основанного на впечатлениях характера познания многих истерических людей, создание взаимосвязанной и непротиворечивой истории их индивидуальной жизни имеет особый терапевтический эффект.

В конце концов Фрейд убедился, что некоторые из “воспоминаний” истерических пациентов были фактически фантазиями, и его интерес сдвинулся с амнезии травм к репрессиям желаний, страхов, инфантильных теорий и болезненных аффектов**. Он видел в Викторианском мифе об асексуальной природе женщин особенную опасность для психологического

здоровья и считал, что женщины, воспитанные так, чтобы сдерживать свои эротические побуждения, подвергались риску истерии, поскольку такая сильная биологическая сила могла быть только отклонена, но не подавлена. Фрейд начал рассматривать некоторые расстройства как *конверсии* импульсов в телесные симптомы. Например, женщина, приученная отвергать сексуальную самостимуляцию как заслуживающую порицания, может потерять чувствительность и способность двигать рукой, которой бы она пыталась мастурбировать. Это явление, известное под названием “перчаточный паралич” или “перчаточная анестезия”, когда поражается только кисть руки (оно не может иметь неврологической природы, поскольку в любом случае паралич кисти охватывает всю руку) было нередким во времена Фрейда и требовало своего объяснения.

Именно симптомы, подобные “перчаточному параличу”, вдохновили Фрейда на рассмотрение истерических заболеваний как явлений, обеспечивающих *первичную выгоду* в разрешении конфликта между желанием (например, мастурбировать) и запретом (против мастурбации), а также *вторичную выгоду* в форме заботы и интереса со стороны окружающих. Вторичная выгода компенсировала больному потерю сексуального внимания проявлением неэротического внимания к своему телу и его повреждению. С развитием структурной теории данная динамика была переосмыслена как конфликт между Ид и Супер-Эго.

Фрейд также считал, что такое решение было чрезвычайно неустойчивым, поскольку сексуальная энергия блокировалась, а не находила выражения или сублимирования, и он был склонен интерпретировать любые вспышки сексуального интереса как “возвращение подавленного”. Репрессия может оказаться очень полезной защитой, но она хрупка и ненадежна, когда применяется против нормальных импульсов, которые продолжают стимулироваться и оказывают давление, требующее разрядки. Оригинальная трактовка Фрейдом высокой степени беспокойства, наблюдающейся у истериков, гласила, что невротики обращают (конвертируют) запертую сексуальную энергию в диффузную нервозность (см. главу 2).

Я останавливаюсь на данной формулировке истерических симптомов постольку, поскольку подобный процесс может быть интерполирован на характерологический уровень. Люди, которые подавляют эротические побуждения и конфликты, кажущиеся опасными или неприемлемыми, обычно чувствуют себя сексуально неудовлетворенными и несколько беспокойными. Их нормальные желания близости и любви усиливаются, как если бы они подпитывались неудовлетворенным сексуальным

желанием. Они бывают очень сексуально провоцирующими (возвращение подавленного), но при этом не осознают сексуального предложения, кроющегося в их поведении. И действительно, они зачастую бывают шокированы, когда их действия воспринимаются как приглашение к сексуальному контакту. Более того, если они уступают такому неожиданному предложению (как они иногда и поступают как для того, что бы умиротворить пугающий сексуальный объект, так и для того, чтобы смягчить чувство вины за последствия своего поведения), в этом случае они обычно не получают сексуального удовлетворения.

В дополнение к этим взаимодействующим процессам репрессии и сексуализации, люди с истерической организацией прибегают к *регрессии*. Чувствуя незащищенность, опасность отвержения или сталкиваясь с затруднением, которое стимулирует подсознательное чувство вины и страха, они могут стать беспомощными и ребячливыми в попытке защититься от неприятностей, обезоруживая потенциальных обидчиков и людей, чьего отвержения боятся.

Подобно всем людям, находящимся в состоянии сильного беспокойства (сравн. с “Стокгольмским синдромом” или “Феноменом Пэтти Хэрса”, терминами, обозначающими ситуации, в которых пленные начинают испытывать доверие к своим преследователям или похитителям), истерические личности с легкостью поддаются внушению. Если они относительно высокофункциональны, то, прибегая к регрессии, бывают чрезвычайно обаятельными. В пограничном и психотическом диапазонах театральные пациенты могут становиться психически больными, привязчиво зависимыми или превращаться в нытиков. Регрессивный компонент истерического поведения был настолько распространен до недавнего времени в некоторых женских субкультурах, что наигранное онемение, девичьи смешки и излияния чувств по отношению к большим, сильным мужчинам считались нормальным поведением. В XIX веке его эквивалентом стали обмороки.

Отреагирование вовне (*acting out*) у истерических людей обычно имеет противофобическую природу: они стремятся к тому, чего бессознательно боятся. Соблазнения при страхе перед сексом – только один пример. Они также склонны к эксгибиционистской демонстрации своего тела при том, что сами его стыдятся, стремятся находиться в центре внимания, в то время как субъективно чувствуют, что хуже других; бравируют и совершают героические поступки, бессознательно опасаясь агрессии, провоцируют лиц у власти, будучи напуганы их силой. Изображение Театрального расстройства личности в DSM-IV в разделе “Приблизительные критерии”

(Американская психиатрическая ассоциация, 1993) подчеркивает актерские аспекты истерического характера в ущерб другим не менее важным чертам.

Хотя противофобические отреагирования, очевидно, являются наиболее заметными из чисто поведенческих черт, связанных с феноменом истерии,— и именно они естественным образом привлекают внимание людей, — *значение* такого поведения также является важным для диагноза, а наиболее существенной внутренней характеристикой истерического стиля становится тревога.

Поскольку люди с истерической структурой имеют избыток бессознательной тревоги, вины и стыда, и, возможно, также потому, что по темпераменту они напряжены и подвержены перестимуляции, они оказываются легко подавляемы. Переживания, выносимые для людей другого психологического типа, могут оказаться травматическими для истериков. Следовательно, они часто прибегают к механизму диссоциации для уменьшения количества аффективно заряженной информации, с которой они должны одновременно иметь дело. Иллюстрацией тому могут послужить явления, которые французские психиатры XIX века называли “очаровательное безразличие” (*la belle indifference*) – своего рода странная минимизация тяжести ситуации или симптома; “ложные воспоминания” (*fausse reconnaissance*) – уверенность при воспоминании того, чего не было на самом деле; “фантазийная псевдологика” (*pseudologia fantastica*) – склонность рассказывать вопиющую ложь и при этом, по крайней мере, в процессе рассказа, верить в нее; состояния фуг; телесная память о травмирующих событиях, не вспоминаемых сознательно; диссоциированное поведение – неумность в еде или приступы истерической ярости и т.д.*

Одна из пациенток, чрезвычайно удачливая, в свои 60 лет очень преуспевающая профессионально женщина, которая посвятила большую часть своей карьеры обучению людей безопасному сексу, во время конференции обнаружила, что отправляется в постель с мужчиной, с которым она не была готова иметь сексуальные отношения (“Он хотел этого, и каким-то образом данное обстоятельство воспринималось как последнее слово”). Ей не пришло в голову попросить партнера использовать презерватив. Она диссоциировала свою способность говорить “нет” и свое понимание опасности секса без защищающих средств. Источники ее диссоциации включали в себя нарциссического отца и непрестанные “послания” из детства, приводящие к тому, что нужды других людей всегда оказываются на первом месте.

Объектные отношения при истерии

В историях людей с истерическими наклонностями почти всегда находятся события или отношения, которые приписывают неодинаковую силу и ценность мужскому и женскому полу. Обычной истерогенной ситуацией является семья, где маленькая девочка мучительно сознает, что один или оба родителя значительно больше расположены к ее брату (братьям), или если чувствует, что родители хотели, чтобы она была мальчиком. (Иногда она права; иногда – выстраивает эту ошибочную теорию, исходя из того обстоятельства, что является третьей дочерью в семье.) Или же маленькая девочка может заметить, что ее отец и другие члены семьи мужского пола обладают значительно большей властью, чем мать, она сама и ее сестры.

Когда этому ребенку оказывается позитивное внимание, оно распространяется только на поверхностные, внешние атрибуты, на ее внешний вид и хорошее поведение, на инфантильные черты (ее невинность и сообразительность). Если на братьев обращается отрицательное внимание, их предполагаемые недостатки приравниваются к проявлению женских черт: “Ты бросаешь (что-то), как девчонка!” или: “Ты ведешь себя так, как будто ты не мужчина!”. По мере того, как девочка становится старше и более зрелой физически, она замечает, что отец отстраняется от нее и кажется неудовлетворенным ее развивающейся сексуальностью. Она ощущает себя глубоко отвергаемой по причине своего пола и в то же время чувствует, что женственность обладает странной властью над мужчинами (Celani, 1976; Chodoff, 1978, 1982).

Очень часто отмечалось (Easser & Lesser, 1965; Herman, 1981), что отцы многих театральных женщин были одновременно личностями и внушающими страх, и соблазнительными. Мужчины могут с легкостью недооценивать то, какими устрашающими они могут казаться маленьким детям женского пола: мужские тела, лица и голоса у них грубее, чем у маленьких девочек и матерей, и требуется некоторое время, чтобы к ним привыкнуть. Раздраженный отец кажется исключительно устрашающим и, возможно, особенно для чувствительных детей женского пола. Если у мужчины бывают приступы гнева, грубого критицизма, беспорядочного поведения или, особенно, инцестное поведение, он может внушать ужас. Любящий и пугающий маленькую девочку отец создает своеобразный конфликт притяжения-отталкивания. Он является возбуждающим, но внушающим страх объектом. Если кажется, что он доминирует над своей

женой, например, в патриархальных семьях, этот эффект увеличивается. Её дочь сделает вывод, что люди её пола ценятся меньше, особенно если дни восхитительного детства уже прошли, и что к людям одного с её отцом пола следует подходить осторожно. Мюллер и Анишкевич (Mueller & Aniskewitz, 1986) подчеркивают комбинацию материнской неадекватности и отцовского нарциссизма в этиологии истерической личности:

“Отведена ли матери слабая, подчиненная роль, или же она чувствует угрозу со стороны ребенка и реагирует на это соперничеством с ним, основной проблемой остается не достигаемая зрелая взаимность... Подобным образом, выражаются ли конфликты адекватности отца в хрупкой, псевдомаскулинной внешности или же напрямую в теплом, сексуальном или потакающем поведении с дочерью, он... обнаруживает свою незрелость... Несмотря на варианты манифестирующих черт отцов, общие латентные личностные тенденции отражают фаллически-эдипову ориентацию. Отцы центрированы на себе и стремятся к обладанию, а взаимоотношения рассматривают как продолжение самих себя (нарциссическое расширение)”.

Таким образом, в формирование истерической структуры личности вносит свой вклад ощущение проблематичности чьей-либо сексуальной идентичности. Некоторые маленькие мальчики, выросшие при “матриархате”, где их принадлежность к мужскому полу была опорочена (иногда с презрительным противопоставлением гипотетическим “настоящим мужчинам”), развиваются в истерическом направлении, несмотря на преимущество, традиционно отдаваемое мужчинам в целом. Например, существует небольшая, но легко идентифицируемая подгруппа гомосексуалистов, которые подходят под критерии театральной личности по DSM-IV, в чьих семьях и выявлена такая описываемая динамика (Friedman, 1988). Наиболее частое распространение истерии среди женщин, как мне кажется, объясняется двумя фактами: 1) мужчины в целом обладают большей властью в обществе, чем женщины, и ни один ребенок не может не заметить этого; и 2) мужчины принимают меньшее непосредственное участие в заботе о младенцах, и это делает их более привлекательными, легко подходящими для идеализации “другими”.

Для женщины результатом воспитания, которое преувеличивает наиболее примитивные стереотипы культуры относительно взаимоотношения полов (мужчины сильны, но нарциссичны и опасны; женщины мягки и радушны, но слабы и беспомощны), является

стремление к поиску безопасности и самоуважению посредством привязанности к мужчинам, которых она считает особенно сильными. Женщина может использовать для этого свою сексуальность и затем обнаружить, что не имеет удовлетворительного сексуального ответа на физическую близость с таким человеком. Она может также, поскольку предполагаемая сила ужасает ее, попытаться пробудить более нежные стороны мужчины-партнера и затем бессознательно обесценить его как недостаточно мужественного (мягкого, женоподобного, слабого). Некоторые истерически организованные люди – как мужчины, так и женщины – таким образом проходят через повторяющиеся круги замешанной на половой принадлежности переоценки и разочарования, где сила сексуализируется, но сексуальное удовлетворение любопытным образом отсутствует или является эфемерным.

Истерическое собственное “Я”

Главное ощущение себя при истерии – чувство маленького, пугливого и дефективного ребенка, преодолевающего трудности так хорошо, как только и можно ожидать в мире, где доминируют сильные и чужие другие. Хотя люди с истерическим складом личности нередко выступают как контролирующие и манипулирующие, их субъективное психологическое состояние совершенно противоположно. Манипулирование, производимое индивидами с истерической структурой, находится в заметном контрасте с маневрированием психопатических людей и безусловно вторично по отношению к их основному стремлению к безопасности и принятию. Их управление другими включает попытки достичь островка безопасности посреди пугающего мира, сделать устойчивым чувство самоуважения, овладеть вызывающей беспокойство ситуацией, активно иницируя ее, выразить бессознательную враждебность или некоторую комбинацию этих мотивов. Они обычно не ищут удовольствия в том, чтобы “превзойти” кого-либо.

Например, одна из моих пациенток, аспирантка театрального института, молодая женщина, воспитанная в семье с любящим, но переменчивым, вспыльчивым отцом, раз за разом впадала в безрассудные увлечения мужчинами, пользующимися уважением, и прилагала все усилия, чтобы стать любимой ученицей каждого из них. Она подходила ко всем своим преподавателям-мужчинам с искусной лестью проникнутой благоговением ученицы и рационализировала эту манеру как

соответствующую положению студентки, отданной на милость деспотических мужчин. Некоторым из преподавателей было трудно игнорировать ее соблазнительность. Когда женщина начинала получать сигналы, что они привлечены ей, то реагировала на это радостным возбуждением (чувствуя себя сильной и оцененной), оживлением (от чувства своей привлекательности и желанности), страхом (из-за их перехода от увлеченности к сексуальным требованиям) и чувством вины (от навязывания им своей воли и возбуждения их запретного эротического интереса). Ее манипулятивность была ограничена мужчинами, причем именно мужчинами, имеющими авторитет, и, хотя и глубоко вытесненная, она была полна конфликтов.

Самоуважение у театральных людей часто зависит от их периодического достижения ощущения того, что они обладают таким же статусом и силой, как и люди противоположного пола (или же, подобно гомосексуалистам с истерической структурой, таким же статусом и силой, как мужчины, которых они считают более мужественными). Привязанность к идеализируемому объекту – особенно возможность быть с ним на виду – создает нечто подобное “производному” самоуважению (Ferenczi, 1913): “Этот могущественный человек является частью меня”. Автобиография рок-музыкантки Памелы дес Баррес (Pamela Des Barres, 1987) иллюстрирует такую психологию. Сексуальные отреагирования могут быть подогреты бессознательными фантазиями, что быть пенетрированной сильным мужчиной – значит каким-то образом присвоить его силу.

Другим способом достижения самоуважения для людей с истерической организацией личности является спасение других. Они могут проявлять заботу о своем внутреннем испуганном ребенке посредством обращения, оказывая помощь ребенку, которому угрожает опасность. Или овладевают своим страхом перед авторитетами противоборчески и начинают изменять или лечить тех, кто сегодня заменяет пугающе-восхищающие объекты детства. Феномен доброй, отзывчивой, любящей женщины, влюбляющейся в хищного, разрушительного мужчину в надежде “спасти” его, озадачивает, но знаком многим родителям, учителям и друзьям истерических молодых женщин.

В образах сновидений истерических мужчин и женщин нередко можно найти символы, представляющие обладание, соответственно, секретной маткой или пенисом. Истерически организованные женщины склонны рассматривать любую силу, которой они обладают благодаря естественной агрессии, скорее как представляющую их “мужскую” сторону, чем интегрированную часть своей половой идентичности. Неспособность

чувствовать силу в женственности создает для истерически организованных женщин неразрешимую самовозобновляющуюся проблему. Как сказала одна из моих клиенток: “Когда я чувствую себя сильной, я чувствую себя мужчиной, а не сильной женщиной”*.

Представление, что другой пол обладает преимуществом, создает бросающуюся в глаза парадоксальность женщин с истерической структурой личности: несмотря на бессознательное ощущение того остоятельства, что сила неотрывна от маскулинности, их сэлф-репрезентация непоколебимо женская. Поскольку они считают, что единственным потенциалом женственности является их сексуальная привлекательность, эти пациентки могут быть чересчур обеспокоены тем, как они выглядят, и сильнее других людей боятся старения. Трагикомические качества состарившейся истерической женщины были схвачены в характере Бланш Дюбуа в пьесе Тенниси Уильямса “Трамвай `Желание`”. Любого клиента с истерическими наклонностями, мужчину или женщину, нужно поощрять к развитию других областей (кроме внешней привлекательности, в которых можно находить и реализовывать самоуважение).

Склонность к тщеславию и соблазнению у истерических людей, хотя и составляет нарциссическую защиту в том смысле, что эти отношения служат для получения и поддержания самоуважения, отличается в смысле поведения от подобного процесса у людей с по сути нарциссической структурой личности. Люди с истерической структурой не являются внутренне индифферентными и пустыми; они очаровывают людей, так как боятся вторжения, эксплуатации и отвержения. Когда у них нет этих причин для беспокойства, они искренне радушны и приветливы. У более здоровых истерических людей любовные аспекты их личности заметным образом конфликтуют с их защитными и иногда разрушительными наклонностями. Вышеупомянутая студентка мучилась сознанием вины за свое поведение с мужчинами, которых так старалась привлечь, и, хотя в большинстве случаев она как женщина была способна диссоциировать эти чувства, она ощущала себя виноватой по отношению к их женам.

Поведение истеричных людей, направленное на привлечение внимания, имеет бессознательное значение попытки подтверждения того обстоятельства, что их принимают – особенно, если ценится их пол, в противоположность детскому опыту. Истерически организованные индивидуумы имеют тенденцию в бессознательном чувствовать себя кастрированными. Выставляя напоказ свое тело, они могут обращать пассивное ощущение телесной неполноценности в активное чувство силы

в области телесности. Таким образом, их эксгибиционизм имеет противодепрессивную направленность.

Аналогично можно понять и объяснить ассоциированную с истерией “поверхностность чувств”. Правда, когда театральные люди выражают свои чувства, они нередко выражают драматизированные, неаутентичные, преувеличенные качества. Это, однако, не означает, что они “на самом деле” не испытывают эмоций, о которых говорят. Их поверхностность и очевидная наигранность проистекают из чрезвычайной обеспокоенности тем, что случится, если они опрометчиво выразят себя перед тем, кого считают сильным. Так как в свое время их обесценивали и инфантилизировали, они не ждут уважительного внимания к своим чувствам. Эти люди преувеличивают эмоции, чтобы избавиться от тревоги и убедить самих себя и других в своем праве на самовыражение.

Одновременно, давая понять, что их не следует в действительности принимать всерьез, они сохраняют для себя возможность отречься от своих слов или минимизировать их значение, если вдруг опять окажется, что это – еще одно небезопасное место для самовыражения. Восклицания наподобие: “Я был т-а-а-а-к взбешен!”, сопровождаемые театральным вращением глазами, приглашают интервьюера рассматривать эмоцию как не имеющую место в действительности или как тривиальную. Она действительно имеет место, но погружена в конфликт. В конечном итоге, в атмосфере абсолютного уважения, театральный индивид будет способен описать свой гнев и другие чувства прямо, в словах, вызывающих доверие, и дополнить реактивный, импрессионистский стиль действенным, аналитическим.

Перенос и контрперенос с истерическими пациентами

Перенос первоначально был обнаружен с пациентами, чьи жалобы относились к сфере истерии, и не случайно он был столь заметен именно с ними. Вся концепция истерии Фрейда вращается вокруг следующего наблюдения: то, что не помнится сознательно, остается активным в области бессознательного, находя выражение в симптомах, отреагированиях вовне и повторных переживаниях ранних сценариев. Настоящее неправильно понимается как содержащее предшествующие опасности и обиды из прошлого, отчасти потому, что истерические люди слишком тревожны, чтобы принять противоречивую информацию.

В дополнение к этим факторам театральные люди сильно

ориентированы на объекты и эмоционально выразительны. Они с большей охотой, чем другие типы, обсуждают свое поведение с людьми вообще и с терапевтом в частности. Вероятно, читатель сможет увидеть, как, при наличии описанной выше динамики, комбинация истерической пациентки и мужчины-терапевта немедленно пробуждает центральный конфликт клиентки. Фрейд поначалу был совершенно обескуражен, что в то время, как он пытался предстать перед истерическими пациентками как доброжелательный врач, те упорно продолжали видеть в нем провоцирующего своим присутствием мужчину, с которым они страдали, боролись и иногда влюблялись (Freud, 1925).

Поскольку истерическая личность – это психологический тип, для которого вопросы, связанные с полом, доминируют в том аспекте, как пациент видит мир, природа первоначального переноса будет меняться в зависимости от пола и пациента, так и терапевта. С мужчиной терапевтом клиенты-женщины обычно чувствуют себя возбужденными, испуганными и защитно-соблазняющими. С женщиной-терапевтом они часто слегка враждебны и конкурентны. И с обоими – чем-то напоминают детей. Пациенты-мужчины также психологически зависимы от выработанного ими взгляда на половые различия, но их перенос будет изменяться в зависимости от того, кто в их внутренней космологии обладает большей властью – материнская или же отцовская фигура. Большинство истерических клиентов склонны к сотрудничеству и ценят интерес терапевта. Истероидных людей пограничного и психотического уровня бывает трудно лечить, так как ониотреагируют очень разрушительно и чувствуют сильную угрозу со стороны терапевтических отношений (Lazare, 1971).

Однако даже истерические клиенты высокого функционального уровня могут иметь переносы такой интенсивности, что становятся почти не отличимы от психотиков. Сильные переносы изматывают как терапевта, так и пациента, но с ними можно эффективно работать посредством интерпретации. Терапевты, чувствующие себя уверенно в своей роли, найдут в этом (что и сделал Фрейд) не препятствие для лечения, а, скорее, средство исцеления. Если театральные пациенты слишком испуганы, чтобы допустить такие пылкие реакции в присутствии терапевта, они могутотреагировать вовне с объектами, являющимися его очевидными замещениями. Мой супервизор по имени Джеймс начал встречаться с истерической молодой женщиной, отец которой попеременно был травмирующе навязчивым или отвергающим. В течение нескольких первых месяцев лечения она последовательно имела отношения с мужчинами по

имени Джим, Джеми и Джей.

Иногда перенос у человека с истерическим характером может стать болезненно интенсивным, прежде чем он почувствует достаточное доверие к терапевту, чтобы выносить его. Театральные люди могут убегать, особенно в первые месяцы лечения, иногда рационализируя свой поступок, иногда сознавая, что именно сила их собственного влечения, страха или ненависти и та тревога, которую она вызывает, отпугивает их. Даже при том, что пугающие реакции обычно сосуществуют наряду с теплыми чувствами, они могут причинять слишком сильное беспокойство, чтобы их можно было терпеть. Я работала с несколькими женщинами, которые были настолько взволнованы собственной враждебностью и обесцениванием, которые чувствовали в моем присутствии, что не могли продолжать ходить ко мне.

Подобным образом, несколько моих коллег-мужчин были отправлены в отставку их истерическими пациентами, которые были настолько поглощены завоеванием любви терапевта, что не могли получать пользу от терапии. В этих случаях, в особенности, если перенос является до некоторой степени эго-дистонным, замена терапевта на другого (кто кажется менее похожим на первоначальный перестимулирующий или обесцененный объект) может дать хорошие результаты.

Контрперенос с истерическими клиентами может включать в себя как защитное дистанцирование, так и инфантилизацию. Терапевтическая пара, в которой эти возможности создают более всего проблем, это терапевт-мужчина (особенно если он обладает в целом нарциссической личностью) и пациент-женщина. Как я уже указывала ранее, бывает трудно внимательно выслушивать то, что кажется псевдоаффектами театральных клиентов. Свойство этих хронически тревожных пациентов драматизировать все, что связано с собой, располагает к насмешкам. Однако большинство истерически организованных людей чрезмерно чувствительны к межличностным намекам, и отношение снисходительной насмешки сильно ранит их, даже если им удастся удержать неуважение терапевта вне осознания.

Прежде чем стало политически некорректным открыто и эго-синтонно говорить о своем пренебрежении к женщинам, нередко можно было услышать, как (мужчины) терапевты в разговорах один на один сочувствовали друг другу по поводу своих раздражающих истерических пациенток. “Мне досталась эта психованная истеричка: заливается слезами каждый раз, как только я нахмурюсь. А сегодня пришла в юбке, которая едва прикрывает ее бедра!” Женщины-профессионалы в ходе таких

разговоров обычно обмениваются мученическими взглядами и молчаливо молятся или благодарят судьбу, что им не приходится лечиться у людей, которые говорят такие вещи о людях, которым надеются помочь.

Связанной с этой более снисходительной и враждебной реакцией на театральных женщин оказывается намерение обращаться с ними, как с маленькими девочками. И снова, поскольку регрессия – главное оружие в истерическом арсенале, этого и следовало ожидать. Все же удивительно, как много терапевтов принимают приглашение истериков и разыгрывают всемогущество. Привлекательность игры в Большого Папу беззащитной и благодарной малышки, очевидно, очень велика. Я знала многих в целом дисциплинированных практиков, которые, однако, при лечении истерически организованных женщин не могли сдержать своего побуждения дать ей совет, похвалить, подбодрить, утешить, несмотря на то, что подтекстом всех этих сообщений является предположение, что она чересчур слаба, чтобы позаботиться о себе самой и развивать свою способность оказывать себе поддержку и обеспечивать собственный комфорт.

Поскольку регрессия у большинства театральных людей носит защитный характер – защищает их от чувства страха и вины, сопутствующих принятию на себя взрослой ответственности, – ее не следует путать с искренней беззащитностью. Быть испуганным и быть некомпетентным – не одно и то же. Проблема слишком сочувственного и потакающего отношения к истеричным людям, даже если в таком отношении не ощущается враждебной снисходительности, заключается в том, что самопринижающая концепция клиента будет усилена. Позиция родительской снисходительности является столь же оскорбительной, как и высмеивание “манипулятивности” пациента.

Наконец, следует упомянуть об искушении в контрпереносе в ответ на соблазнительность пациента. И снова это в большей степени угрожает терапевтам-мужчинам, чем терапевтам-женщинам, как было отмечено во всех имеющихся на сегодня исследованиях сексуальных злоупотреблений по отношению к клиентам (Pope, Tabachnick & Keith-Spiegel, 1987).

Женщины, занимающиеся лечением истерических пациентов, даже очень соблазнительных гетеросексуальных мужчин, защищены интернализованными социальными конвенциями, в силу которых пара зависимый мужчина – авторитетная женщина с трудом поддается эротизации. Однако принятие культурой феномена притяжения более старшего или более сильного мужчины к более молодой или более нуждающейся в поддержке женщине, находящее психодинамические корни

в страхе мужчины перед поглощением женщиной, который смягчается этой парадигмой, оставляет мужчин более уязвимыми перед сексуальным искушениям в ходе терапии. И мы только начинаем формировать структуру этики и ответственности за сексуальные отреагирования, которые могли бы помочь им в этой ситуации*.

Следствия теории и уроки практики наглядно показывают, что сексуальные контакты с пациентами имеют разрушительные последствия (Smith, 1984; Pore, 1987). То, что нужно истерическим клиентам (а это как раз противоположно тому, что они считают необходимым для себя, когда в ходе терапии активизируется их центральный конфликт), так это опыт мощных желаний, не эксплуатируемых объектом, на который они обращены. Попытка и провал соблазнения кого-либо ведет к глубокой трансформации театральных людей, поскольку – зачастую, впервые в жизни – они узнают, что авторитетные лица могут предложить им помощь, не используя их при этом, и прямое проявление собственной автономии более эффективно, чем защитные, сексуализированные ее извращения**.

Терапевтические следствия диагноза “истерия”

Стандартное психоаналитическое лечение было изобретено для людей с истерической структурой личности, и оно все еще остается предпочтительным. Под стандартным лечением я понимаю терапевта, который относительно спокоен и недирективен, интерпретирует процесс, а не содержание, имеет дело с защитами, а не с тем, что защищается, и ограничивает интерпретации большей частью рассмотрением сопротивлений, как они проявляются в переносе. Как заметил Дэвид Аллен (1977):

“Истерические пациенты идут на контакт немедленно и ищут именно восстанавливающего контакта... Для начинающего терапевта такие пациенты предоставляют наиболее четкое и доступное свидетельство переноса. Решающим моментом в лечении истерической личности является перенос. Если мы даем неправильные интерпретации, то можем исправить их в свете последующей информации. Если мы упустим возможность интерпретации, они будут появляться снова и снова. Но если мы будем неправильно обращаться с переносом, то терапия под угрозой. *Неправильное обращение с переносом и неудача в установлении терапевтического альянса – вот практически единственные жизненно*

важные ошибки, и их чрезвычайно трудно исправить”.

Сначала следует установить сердечный рабочий союз и сформулировать ответственность обеих сторон в ходе терапевтического контакта – быстрый и легкий процесс с более здоровыми истерическими пациентами благодаря их общей склонности к контактам. Затем через ненавязчивое, но теплое поведение при беспристрастном избегании самораскрытия терапевт позволяет переносу расцвести. Как только проблемы пациента начинают всплывать в ходе терапии, терапевту следует тактично интерпретировать чувства, разочарования, желания и страхи – по мере того, как они появляются в консультационном кабинете.

Критическим является то положение, что терапевт дает истерическому клиенту прийти к собственному пониманию. Поспешность в интерпретации только испугает людей с истерической чувствительностью, напоминая им о большей власти и уме других людей. Комментарии со следом отношения “Я знаю вас лучше, чем вы сами” в образах, доминирующих во внутреннем представлении истерического пациента о мире, равносильны кастрации или пенетрации. Задавать осторожные вопросы, бросать случайные замечания, когда кажется, что клиент завяз, и постоянно возвращать его к тому, что он чувствует и как это понимает, – вот в чем состоят основные характеристики эффективной техники.

Работая с истерическими людьми невротического уровня, терапевт может сидеть, откинувшись на спинку кресла, и наблюдать, как пациент сам делает себя здоровее. Важно обуздывать нарциссическое стремление быть оцененным за оказанное содействие. Наилучшее содействие, которое может быть оказано театральному пациенту, – уверенность в собственной способности решать за самого себя и принимать взрослые ответственные решения. Требуется внимание не только к выражению чувств, но и к интеграции мышления и чувств. Согласно наблюдениям Аллена (1977):

“Существенной частью искусства терапии является способность к коммуникации в рамках познавательного стиля пациента при полном уважении к его чувствам и идеалам. Сам по себе истерический стиль мышления не является более низким, но он нуждается в дополнении также и детальным, линейным “левополушарным мышлением”. В некотором смысле истерик действительно нуждается в том, чтобы его учили, как думать и что соединять в мышлении, точно так же, как обсессивно-компульсивные люди нуждаются в обучении тому, что чувствовать и что соединять в чувствах”.

Более нарушенные истерические клиенты требуют более активной образовательной работы. В первом интервью, кроме терпимости и обозначения их чрезмерной тревоги, следует предусмотреть любые искушения, которые могут угрожать лечению. Например: “Я знаю, что сейчас вы решили работать над этими проблемами в ходе терапии. Но мы видели, что до сих пор, когда ваша тревога становилась слишком сильной, вы искали выхода в волнующей любовной истории [или заболели, или впадали в ярость и исчезали – в зависимости от того, какова схема поведения]. Это вполне может произойти и здесь. Сможете ли вы пройти долгий путь излечения?” Низкофункциональных истерических пациентов следует предупреждать о сильных негативных реакциях на терапевта и подталкивать к открытому обсуждению. В общем, подходы, которые применимы ко всем пограничным пациентам на всем типологическом спектре, полезны с более нарушенными истерическими людьми при особом внимании к их реакциям переноса.

Дифференциальный диагноз

Основные состояния, с которыми истерическая организация личности может быть спутана на основе внешних проявлений, – психопатия и нарциссизм. Кроме того, как и во времена Фрейда, существует некоторая неопределенность между диагнозами истерической и диссоциативной психологии. И наконец, как и во времена Фрейда, некоторые люди с недиагностируемыми психологическими состояниями неправильно расцениваются как имеющие истерические нарушения.

Истерическая личность в сравнении с психопатической

Многие авторы в течение многих десятилетий (Kraepelin, 1915; Rosanoff, 1938; Vaillant, 1975; Chodoff, 1982; Lilienfeld, Van Valkenburg, Larntz, & Akiskal, 1986; Meloy, 1988) отмечали связи между психопатией и истерией. Анекдотические истории свидетельствуют, что существует некое сродство между этими двумя психологиями. Так, некоторые театральные женщины, особенно пограничного диапазона, притягиваются к социопатическим мужчинам. Мелой (Meloy, 1988) упоминает известный феномен, когда осужденный убийца завален письмами от сочувствующих женщин, жаждущих прийти к нему на помощь и стать его любовницами.

Качества, которые кажутся истерическими в женщинах, зачастую рассматриваются как психопатические в мужчинах. Работа Ричарда Уорнера (Richard Warner, 1978), где вымышленные описания случаев были представлены ментально здоровым профессионалам, показала, что одинаковые описания чувственного, флиртующего, возбужденного поведения, относящиеся к мужчине или к женщине, получали оценку асоциальной или истерической личности в зависимости от пола изображаемого пациента. Уорнер заключил, что истерия и социопатия – это, в сущности, одно и то же. И все же, любой опытный практик встречал по меньшей мере нескольких женщин, которые были несомненно психопатическими, а не истерическими, и нескольких мужчин, несомненно театральных, а не асоциальных.

Если бы данные категории были лишь половым вариантом одной и той же психологии, это было бы невозможно. (Кроме того, виньетки Уорнера демонстрировали поведение, которое делает дифференциальный диагноз трудным.) Более разумной интерпретацией его результатов стало следующее предположение: поскольку социопатия чаще встречается у мужчин, а истерия – у женщин, большинство диагностов, включенных в исследование, имели объяснительную “установку”, которая не была достаточно преодолена, чтобы не влиять на их ожидания*.

Спутывание истерии с социопатией более вероятно при наблюдении пациентов с серьезными нарушениями. Многие люди пограничного и психотического диапазонов обладают чертами обеих психологий. Но определение того, какая динамика доминирует, критически важно для формирования рабочего альянса и конечного успеха терапии. Истерические люди интенсивно объектно направлены, конфликтны и испуганы, и терапевтические взаимоотношения с ними зависят от понимания терапевтом их страха. Психопатические люди приравнивают страх к слабости и презирают терапевтов, которые каким-либо образом проявляют свое волнение. Истерические и асоциальные люди ведут себя одинаково драматично, но защитная театральность глубоко истеричных людей отсутствует у социопатов. Демонстрации терапевтом своей терапевтической силы положительно привлечет психопатического индивида, но будет утешать или инфантилизировать истерических пациентов.

Истерическая личность в сравнении с нарциссической

Как я уже упоминала, истерические личности используют нарциссические защиты. Как истерические, так и нарциссические индивиды имеют существенный дефект в самооценке – глубокий стыд, и требуют компенсаторного внимания и одобрения; обе идеализируют и обесценивают. Но источники этих аналогий разные. Во-первых, для истерических личностей проблема самооценки обычно связана с проблемой половой идентификации или с каким-либо частным конфликтом, в то время, как для нарциссических людей он имеет расплывчатые очертания. Во-вторых, люди с истерической организацией, в общем-то, дружелюбны и заботливы. Их эксплуататорские свойства проявляются, только если задета их сущностная дилемма и активизируется чувство страха. В-третьих, истерики склонны идеализировать и обесценивать особым, часто зависящим от пола, образом. Их идеализация нередко уходит своими корнями в противобоязни (“Этот замечательный мужчина не может меня обидеть”), и их обесценивание имеет реактивное, агрессивное свойство. В противоположность им нарциссические индивиды привычно сортируют всех других в терминах лучших и худших, без давления сильных, объектно ориентированных аффектов. Кернберг (Kernberg, 1982) заметил: как нарциссические, так и истерические женщины могут иметь неудовлетворительные интимные отношения. Но последние обычно выбирают плохие объекты, которые они противобоязненно идеализируют, в то время как первые – адекватные объекты, которые они затем обесценивают.

Значение данных различий для лечения существенно, хотя и слишком сложно для того, чтобы охватить его здесь – за исключением того наблюдения, что существенно истерические личности хорошо подходят под стандартное аналитическое лечение, в то время как нарциссические индивиды нуждаются в терапевтических подходах, учитывающих первостепенную важность их усилий поддерживать целостность и позитивно оцениваемое представление о себе.

Истерическая личность в сравнении и диссоциативной

Истерическая и диссоциативная психологии обладают родственными чертами. Поскольку более распространен случай, когда диссоциативную личность принимают за истерическую, а не наоборот, я буду обсуждать различия между этими двумя состояниями в следующей главе*.

Истерия в сравнении с физиологически обусловленными состояниями

Хотя сейчас и не так, как во времена расцвета американского поп-фрейдизма, распространено приписывание любых трудно понятных физических симптомов бессознательным конфликтам, в заключение следует сказать несколько слов о том, как важно не просмотреть возможность физического происхождения загадочных заболеваний. Симптомы некоторых соматических заболеваний – например, рассеянного склероза, – зачастую рассматриваются как имеющие истерическое происхождение, так же как и многие “женские недомогания”, раздражающие врачей. В Англии недавно разразилась эпидемия заболеваний у членов групп садоводов, посещавших Соединенные Штаты, которые повсеместно диагностировались как “садоводческая истерия”. В конце концов выяснилось, что они собрали образцы американских опавших листьев, в том числе и множество рубиново-красных ядовитых листьев плюща. Приведем пример с более серьезными последствиями. Джордж Гершвин, возможно, прожил бы далеко за 38, если бы его терапевт не интерпретировал симптомы его мозговой опухоли как психогенные, а не органические.

Поскольку театральные личности регрессируют, если чувствуют беспокойство, и смягчают выражения своих жалоб, существует риск, что физические недомогания могут быть недостаточно тщательно исследованы у индивидов с истерическими тенденциями. Тщательное исследование возможности органических проблем у театральной личности – это не просто дело профессиональной добросовестности и благоразумия. Это также терапевтическое послание испуганному живому существу, к глубинному достоинству которого не всегда относились с должным уважением.

Заключение

Истерическая личность была описана в контексте развивающихся аналитических концепций, включающих в себя аспекты драйвов (живой и нежный базовый темперамент с оральной и эдиповой борьбой, омраченной разочарованиями, связанными с полом), аспекты Эго (импрессионистский познавательный стиль защиты в виде репрессии, сексуализации, регрессии, половых связей и диссоциации), аспекты объектных отношений

(неадекватное воспитание родителями, включая нарциссические и соблазняющие послания, повторяющиеся в более поздних взаимоотношениях и закреплённые вынужденными повторениями), аспекты собственного “Я” (представление о себе как о маленьком, недоразвитом существе, которому грозит опасность, и самооценки, омраченной конфликтами относительно сексуализируемых проявлений силы). Переносы-контрпереносы, как было уже замечено, включают в себя сильно соревновательные и эротизированные реакции, зависящие от сексуальной ориентации и пола клиента и терапевта, а также регрессивные наклонности, которые провоцируют презрение или потакание, а не уважение. Было уделено внимание угрозе сексуализации у терапевта. Рекомендации по лечению включают в себя строгое соблюдение профессиональных границ, теплое и сочувственное отношение и экономную интерпретацию в рамках традиционной психоаналитической техники. Истерический характер был противопоставлен психопатическому, нарциссическому и диссоциативному. В заключение было сделано предостережение о необходимости исследования возможности физиологического происхождения предполагаемых истерических симптомов.

Дополнительная литература

Я неравнодушна к антологии Горовица (Horowitz, 1977), а также к работе Мюллера и Анишкевича (Mueller & Aniskiewitz, 1986), тон которых не содержит снисходительности, столь частой в трудах мужчин-терапевтов. Эссе Шапиро (Shapiro, 1965), посвященное истерическому стилю познания, превосходно, а исторический обзор Вейза (Veith, 1965) – всеобъемлющ и занятен.

15. Диссоциативные личности

В настоящем разделе я несколько отклонюсь от существующих основных направлений психодинамической личностной диагностики, так как, насколько мне известно, эта книга будет первым учебником психоанализа, куда диссоциативная личность включена как просто еще один возможный тип структуры характера. В нашем столетии, примерно до 1980-х годов, расстройство в виде множественной личности и родственные ему структуры психики, базирующиеся на диссоциации, считались настолько редкими, что исключались из рассмотрения в ряду личностных типов и расстройств. Однако стало совершенно ясно, что многие люди часто диссоциируют и некоторые делают это настолько регулярно, что можно говорить о диссоциации как об их главном механизме функционирования в условиях стресса. Если бы множественная личность не была “патологией утаивания” (Gutheil, in Kluft, 1985), при которой пациент нередко не сознает существования других личностей и при которой доверие настолько проблематично, что даже части собственного “Я”, знающие о диссоциации, очень неохотно разглашают свой секрет, то мы бы уже давно знали, как идентифицировать и помогать диссоциативным пациентам.

Фактически, некоторые люди знали об этом уже давно. Обратной стороной того, что Фрейд рассматривал скорее проблемы созревания, чем травматизации, и репрессии, чем диссоциации, стало отдаление нас от изучения прекрасных образцов диссоциации, которые были доступны в конце XIX века. П. Жане (P. Janet, 1890), например, объяснял многие истерические симптомы участием диссоциативных процессов, недвусмысленно отвергая фрейдовское предпочтение репрессии в качестве главного объяснительного принципа. В Америке У. Джеймс и А. Бине серьезно интересовались диссоциацией. М. Принс (M. Prince, 1906) опубликовал свой детализированный случай диссоциативной “Мисс Бьючампс” (“Miss Beauchamps”) приблизительно в то же время, когда стали обращать внимание на “Толкование сновидений” (Freud, 1900), чье влияние просто затмило эффект этой публикации. С. Росс (C. Ross, 1989b) и Ф. Путнам (F. Putnam, 1989) посвятили свои работы захватывающей истории данного феномена и разнообразным этиологическим соображениям по этому поводу.

Терапевты, работавшие с диссоциативными клиентами, рассматривают

множественность личности не как причудливую аберрацию, а как вполне понятную особую рода адаптацию индивида к его особенной истории – или синдром хронического посттравматического стресса, происходящего из детства (D. Spiegel, 1984). В этом отношении диссоциативная личность не отличается качественно от других типов структуры характера или патологии. По причине подробно описанных различий между диссоциированными состояниями собственного “Я” у индивидов, страдающих множественностью личности, это состояние воспринимается как своего рода сенсация*. Такие различия (субъективный возраст, сексуальная ориентация или предпочтения, системные заболевания, аллергии, ношение очков, электроэнцефалографическая картина, использование левой или правой руки, – в том числе при письме, – различные зависимости и языковые возможности) настолько впечатляющи, что люди считают нарушение в виде множественной личности наиболее экзотической душевной болезнью из всех, о которых раньше слышали. То же происходит и со многими терапевтами. Ни одно из описанных нарушений не вызывает столько споров по поводу того, существует ли оно само по себе или является ятрогенией, как множественная личность.

В данном контексте термин “множественная личность” не такой уж неподходящий. Исследование диссоциативных состояний и гипноза (диссоциативные индивиды действительно входят в спонтанные гипнотические трансы) обнаруживает замечательные способности человеческого организма и ставит захватывающие вопросы о сознании, функционировании мозга, интегративных и дисинтегративных ментальных процессах и скрытых возможностях. Однако клиницисты знают, что любой их диссоциативный пациент в большинстве отношений является обыкновенным человеком – *одним человеком со своим субъективным опытом* различных “Я”*, чьи страдания совершенно реальны.

По моему мнению, недавние философские попытки разрешить проблему множественной личности имеют тенденцию к совершению принципиальной ошибки. Они основываются на мнении, что здесь *действительно* различаются разные личности, а не один человек с субъективным чувством множественности. Заметным исключением является работа Брауде (Braude, 1991).

Первым подробно описанным примером множественной личности в последние десятилетия (Thigpen & Cleckley, 1957; Sizemore & Pittillo, 1977; Sizemore, 1989) стала Ева из “Трех лиц...” – псевдоним Кристины Костнер Сайзмор (Christine Costner Sizemore). Кристина, теперь вполне интегрированная женщина с впечатляющей энергетикой и достижениями,

являет собой хороший пример высокофункционирующей диссоциативной личности. Примечательно, что первый страдающий от диссоциативного характера пациент, который обратился к терапевту в этот период, характеризовался значительным базальным доверием, силой Эго и постоянством объектов. Более нарушенные диссоциативные люди, даже если они подозревают у себя множественность, слишком боятся плохого обращения, чтобы допустить терапевта в свою удручающую внутреннюю жизнь – особенно на ранних этапах лечения**. Известная пациентка Дж. Брейера “Анна О.” (Берта Паппенгейм), оказавшая большое влияние на историю психоанализа, – другой случай успешно функционирующей множественной личности. Брейер и Фрейд (1883—1885) рассматривали ее диссоциацию только как один из аспектов ее истерического страдания, но большинство современных диагностов считало бы ее в первую очередь диссоциативной, а не истерической личностью. Рассмотрим следующее описание. Существует два совершенно различных осознаваемых состояния, которые очень часто сменяли друг друга без предупреждения, и которые становились все более и более дифференцированными в ходе ее заболевания. Пребывая в одном из этих состояний, она распознавала свое окружение. Была меланхолична и тревожна, но относительно нормальна. В другом состоянии – галлюцинировала и была, так сказать, “непристойной”: оскорбляла людей и бросала в них подушками... Если что-то попадало в комнату или кто-нибудь входил или выходил из нее (во время другого состояния), она жаловалась, что “теряет” время и указывала на пробел в потоке ее сознательных мыслей... В те моменты, когда ее сознание было совершенно чисто, женщина страдала... от того, что имела два “Я” – одно настоящее, а другое злое, заставлявшее ее вести себя плохо. Эта замечательная женщина, после ее обморочного лечения у Брейера, оставалась преданным и высоко эффективным социальным работником.

Разительный контраст с Кристиной Сайзмор и Бертой Паппенгейм составляют находящиеся на пограничном и психотическом уровне спектра безжалостно самодеструктивные и “полифрагментированные” пациенты, которые диссоциируют так автоматически и хаотически, что переживают сами себя в качестве индивидов, имеющих сотни “личностей”. Причем им кажется, что большинство из них обладает лишь некоторыми свойствами, непосредственно относящимися к некоторым текущим вопросам. К данной категории относится Т. Чейз (Т. Chase, 1987), о которой так много писали в популярных изданиях, хотя, возможно, если бы ее терапевт не приложил столько стараний к опубликованию ее описания, может быть, она и не была бы такой расщепленной. Многие диссоциативные люди психотического

уровня находятся в тюрьмах, а не в больницах для душевнобольных. Части их личности, которые насильничают и убивают, нередко под влиянием иллюзорного состояния сознания, рождаются в результате травматического абьюза, который и создает расщепление. Резонно также предположить, что другие люди с диссоциативной структурой психотического уровня примыкают к культам*, которые узаконивают диссоциативный опыт – иногда к пользе их диссоциативных участников, а иногда – к явному вреду всех вовлеченных в них.

Существует интересная взаимная амбивалентность между психоаналитическим сообществом и терапевтами, которые возглавляют новейшее течение за распространение знаний о диссоциации. С одной стороны, аналитики понимают силу бессознательного лучше, чем терапевты большинства других направлений. Следовательно, идея о бессознательных других “личностях”, появившихся в результате травматизации, не требует от них сверхвоображения. Более того, они работают с клиентами по много лет, и за это время могут создаться условия для проявления частей собственного “Я”, амнезированных “личностью-хозяином”**. Иными словами, вероятно, аналитики и аналитические терапевты чаще других профессионалов работают с людьми, обнаруживающими свою расщепленность, и более склонны принимать их всерьез.

С другой стороны, аналитики унаследовали объяснительные предпочтения Фрейда, который уделял травме и покушениям меньше внимания, чем фантазиям и их влиянию на развитие. Забавно, что Фрейд очень мало сказал о нарушении в виде множественной личности – о состоянии, которое было распознано в то время несколькими психиатрами, которых он почитал***. И это способствовало развитию его последователями тенденции расценивать сообщения об инцесте и соблазнении в качестве фантазии. Собственная “теория соблазнения” Фрейда примыкает к проблеме, которая вновь обнаруживается при оценке сообщений жертв сексуального насилия: травма нарушает восприятие и создает почву для того, чтобы позже факты и фантазии смешивались.

Следуя этому предположению Фрейда, в добавление к привычке думать, терапевты, работающие в психодинамической традиции, иногда неправильно применяют понятия теории объектных отношений и, по-видимому, считают, что это переключение осознания разных личностей происходит при поступлении сигнала об опасности. Но они более, чем другие специалисты, склонны интерпретировать подобные переключения не как повреждения осознания, а как свидетельство примитивной

защиты – расщепления. В результате, они часто обходят вопрос о различиях между расщеплением (сплиттингом) и диссоциацией.

Некоторые терапевты, занимающиеся “множественностью”, с трудом прощают Фрейду и фрейдистам недооценку частоты и деструктивности сексуального абьюза у детей. Некоторые также жалуются на влияние мыслителей типа Кернберга, из-за которого они путают диссоциацию со сплиттингом и вследствие этого неправильно диагностируют многих пациентов с диссоциативной личностью как пограничных или шизофренических – ошибка, которая может стоить диссоциативному пациенту нескольких лет неверно направленного лечения. Специалисты по диссоциации (С.А. Ross, 1989) прямо сожалеют о том, что множество отчаявшихся людей было неправильно понято и даже получило повторную травму через много лет в результате ненужных медицинских процедур (большие дозы транквилизаторов, электрошок и т.д.). Критики исследователей диссоциации считают, что если специально искать, то можно найти “множественность” у каждого (D. Ross, 1992). Причуды психопатологии известны, особенно при состояниях, родственных истерии, где внушаемость играет огромную роль*.

Я делаю столько комментариев, так как читатель, изучающий диссоциацию, обнаружит: хотя нарушение по типу множественной личности и другие диссоциативные состояния признаны настолько, что включены в последнее издание DSM, определенный полемизм все равно пронизывает работы как сторонников, так и критиков концепции диссоциации. В любой области следует ожидать сдвига парадигмы (Kuhn, 1970; Loewenstein & Ross, 1992). Я бы рекомендовала читателю, независимо от его теоретической ориентации, попытаться постигнуть феномен диссоциации, используя “чувственно близкий опыт” – проэмпатировать внутренним переживаниям человека, который чувствует и ведет себя так, как будто состоит из многих различающихся собственных “Я”.

Драйвы, аффекты и темперамент при диссоциативных состояниях

Люди, которые используют диссоциацию в качестве главного защитного механизма, являются виртуозами самогипноза. Не для каждого при дистрессе оказывается возможным переход из одного осознаваемого состояния в другое – для этого нужно иметь определенный талант. Так же

как люди различаются по уровню гипнабельности (Spiegel & Spiegel, 1978), они отличаются и по способности к самогипнозу. Чтобы стать множественной личностью, надо обладать конституциональной способностью входить в гипнотическое состояние – с последствиями травмы можно обойтись и по-другому (например, используя репрессию, отреагирование или развитие аддиктивного поведения).

Предположительно, у диссоциирующих индивидов врожденная находчивость и межличностная сензитивность оказывается выше среднего уровня. Ребенок со сложной, богатой внутренней жизнью (воображаемые друзья, фантазируемое отождествление, внутренние драмы и склонность к играм, использующим воображение) может быть более способен к отступлению при травме в свой скрытый мир, чем его менее одаренные сверстники. Отдельные сообщения свидетельствуют, что люди с диссоциативной личностью составляют группу более ярких и творческих индивидов, чем остальные*. Подобные наблюдения могут быть ошибочными; возможно, те диссоциативные люди, которые *обращаются за помощью*, не представляют всего диссоциативного спектра. Принято считать, что Ева и Сибилла (Srieber, 1973) являлись “множественными”, но их соответствующая истероидности презентация сейчас выглядит типичной на фоне малого количества диссоциативных пациентов вообще (Kluft, 1991).

Насколько я знаю, для объяснения диссоциативного характера не было предложено конструкта в терминах драйвов. Возможно потому, что ко времени, когда на диссоциацию обратили внимание, гегемония психоаналитической теории драйвов уже прекратилась. Однако в отношении аффекта картина достаточно ясна: диссоциативный человек полностью захвачен им и совершенно беспомощен перед необходимостью переработать его. Главнейшими среди эмоций, которые провоцируют диссоциацию в травматической ситуации, являются предсмертный ужас и агрессия. Это же можно сказать и про ярость, возбуждение, стыд и вину. Чем больше многочисленных и конфликтующих эмоциональных состояний активизируется, тем труднее ассимилировать переживание без диссоциации. Телесные состояния, которые могут провоцировать транс, включают в себя непереносимую боль и смущающее сексуальное возбуждение. Можно стать множественной личностью и в отсутствие ранней сексуальной травмы или абьюза со стороны того, кто осуществляет заботу (например, вследствие повторных катастроф в контексте войны или преследования). Эмпирические исследования выявили эти события (абьюз) в 97—98% случаев данного диагноза (Braun & Sacs, 1985; Putnam, 1989).

Защитные и адаптационные процессы при диссоциативных состояниях

Диссоциативные защиты, подобно другим защитами, при своем начале являются наилучшей возможной адаптацией незрелого организма к особенной ситуации. Затем, в более поздних обстоятельствах, они становятся автоматическими и, следовательно, неадаптивными. Одни диссоциативные индивиды и во взрослом состоянии сохраняют диссоциацию навсегда – с момента начальной травмы, другие, в случае прекращения абьюза, достигают на длительное время или тонкого сотрудничества разных личностей, или доминирования в их субъективном мире одной части собственного “Я” (“личности-хозяина”).

Клинически типичным является прекращение очевидной диссоциации у индивида, когда он покидает семью, где воспитывался, и проявление ее вновь, когда их сын или дочь достигают возраста, в котором родитель впервые подвергся абьюзу. (Эта идентификационная связь обычно совершенно не осознается.) Другой частый триггер диссоциации у взрослых, чьи аутогипнотические тенденции временно бездействуют, – встреча с какими-либо обстоятельствами, которые бессознательно оживляют детскую травму. Одна женщина в моей практике пострадала от побоев домочадцев, которые травмировали ее в тех же местах, где она была изувечена во время ритуального абьюза в детстве, и впервые за многие годы вдруг стала кем-то еще другим. Тщательно собирая анамнез, можно найти много мелких примеров диссоциации на протяжении всей взрослой жизни пациента. Но в терапию его обычно приводят какие-либо драматические и неадаптивные диссоциативные реакции – потеря значительных промежутков времени, рассказы окружающих о вещах, о которых сам пациент ничего не помнит, и так далее. Феномены, подобные этим, позволили Клафту (Kluft, 1987) говорить об “окнах, способствующих диагностике” при диссоциативных состояниях.

Диссоциация – это странная “невидимая” защита. Когда одно другое “Я” или система других “Я” выступают в смягченной форме, никто из окружающих пациента не замечает диссоциативного процесса. Многие терапевты считают, что им никогда не попадались “множественные” личности, так как они ожидают, что такой клиент сам объявит о своей множественности или проявит драматически чуждую другую часть. Иногда это случается (фактически, случается все чаще и чаще по мере демистификации диссоциации), но обычно указания на множественность

гораздо тоньше. Часто на терапию является только одна часть личности*. Даже когда в терапии появляется довольно идентифицируемая другая часть личности (например, испуганный ребенок), неосведомленный терапевт будет иметь тенденцию прочитывать изменения в пациенте не в терминах диссоциации (а, например, как преходящий регрессивный феномен).

Мой первый опыт с диссоциативным клиентом (сознательный) состоялся, когда я как практик делала первые шаги. В начале 1970-х мой друг и коллега обсуждал со мной лечение студентки, которая проявила свою “множественность” на втором году терапии. Описание поведения девушки, данное терапевтом, приковало мое внимание. “Сибилла” тогда уже была опубликована, и я подумала, что, должно быть, эта клиентка – одна из дюжины сохранившихся людей со “множественностью”. Мой друг заметил: пациентка в курсе того обстоятельства, что я тоже учусь, и, с ее разрешения, назвал мне ее имя. Я была поражена. Я никогда не предполагала, что у этой молодой женщины может быть диссоциация; со стороны эти “переключения” выглядели как небольшие изменения настроения. С тех пор, как я узнала от своего друга, как болезненно она переносила амнезию, это стало незабываемым уроком, насколько “непрозрачным” для наблюдателя, даже очень доверчивого, может оказаться это состояние. Мне стало интересно, сколько же на самом деле существует скрытых диссоциативных людей?

Точной оценке распространения диссоциации мешает ее незаметность. Мне приходилось консультировать супругов людей с диссоциативной психологией, которые, несмотря на полную осведомленность о диагнозе своего партнера, делали комментарии, подобные: “А вчера она говорила прямо противоположное!”. Знание того факта, что вчера человек говорил как бы из другого “Я”, совершенно бледнеет на фоне собственного восприятия: и вчера, и сегодня я говорил с одним и тем же физическим лицом. Если даже интимный партнер и то не замечает признаков диссоциации у людей с распознанным, диагностированным расстройством в виде множественной личности, нетрудно понять, насколько слепы могут быть неосведомленные профессионалы. Диссоциирующие люди умеют “прикрывать” свое отклонение. Еще в детстве они развивают технику уверток и подделок, и оказываются постоянно обвиняемыми во “лжи” – есть вещи, которых они совершенно не помнят. Они страдают от ужасного абьюза от рук тех людей, которые должны были бы их защищать, и поэтому не доверяют авторитетам и не приходят на терапию, ожидая, что полное раскрытие произойдет только в их интересах.

Оценка того обстоятельства, насколько многие из нас являются

сущностно диссоциативными индивидами, зависит от способа определения диссоциации. В дополнение к “классической” множественной личности, существует состояние, называемое в настоящее время “DDNOS” (диссоциативные расстройства, нигде более не дифференцируемые, DSM), при которых другие личности существуют, но не захватывают контроля над телом. Есть также другие диссоциативные феномены – деперсонализация, третий по частоте психиатрический симптом после депрессии и тревоги (Cattell & Cattell, 1974; Steinberg, 1991). Деперсонализация, предположительно, может быть достаточно частой и длительной, чтобы считаться характерологической.

Б. Браун (B. Brown, 1988) предложил полезную концептуализацию – BASK (аббревиатура от английских слов: Behavior, Affect, Sensation, Knowledge – поведение, аффект, ощущение, знание). С ее помощью Браун придал понятию диссоциации статус скорее суперординарной категории, чем периферийной защиты, как ее мыслил Фрейд. Его модель охватывает многие процессы, которые нередко проявляются вместе, но не всегда рассматриваются как родственные. Согласно Брауну, диссоциация происходит на уровне *поведения* – как при параличе или самоповреждениях, нанесенных в состоянии транса; на уровне *аффекта* – как при действиях “с очаровательной индифферентностью” или при сохранении памяти о травме без всяких чувств; на уровне *ощущения* – как при конверсионной анестезии и “телесной памяти” об абьюзе; или на уровне *знания* – как при состояниях “фуг” или амнезии.

Модель BASK считает репрессию вспомогательной по отношению к диссоциации и помещает ряд феноменов, считавшихся прежде истерическими, в диссоциативный домен (разряд). Она также привязывает к историческим травмам многие проблемы, считавшиеся исключительно выражением интрапсихического конфликта. Терапевты, работающие с характерологически диссоциативными пациентами, находят эти формулировки очень полезными клинически; те, кто работает с другими людьми, считают, что они повышает их чувствительность к диссоциативным процессам, происходящим у каждого.

Объектные отношения при диссоциативных состояниях

Определяющей чертой взаимоотношений в детстве у тех, кто становится характерологически диссоциативным, является абьюз – обычно сексуальный, но не только. Родители детей с нарушением по типу

множественной личности нередко и сами диссоциативные. Или прямо – в результате их собственной травматической истории, или непрямо – в виде алкоголизма или лекарственной зависимости. Поскольку родители часто имеют амнезию того, что сами делают – психогенную амнезию или связанные с абюзом провалы – они травмируют своих детей и не могут помочь им понять, что же с ними случилось. Иногда они бывают вовлечены в культы, связанные с пытками, наблюдением пыток и кровавыми жертвоприношениями.

Многие интересуются: действительно ли множественная личность сейчас наблюдается чаще, чем несколько поколений назад, или же учащение постановки этого диагноза связано исключительно с нашим возросшим умением идентифицировать ее. Вполне возможно, что в последние десятилетия увеличилось количество жестоких детских абюзов, и в результате большая часть всей человеческой популяции испытывает диссоциативные проблемы. Социологическими факторами, учащающими детский абюз, являются современные военные действия (в ходе которых травмируются уже не только небольшие группы сражающихся, а, скорее, целые цивилизации, и очень многие люди могут впоследствии воспроизводить и проигрывать свой ужасающий опыт с детьми); дестабилизация семей; возрастание аддиктивного поведения, включая сюда и распространение приема лекарств среди прежде воздержанных групп среднего класса (как показала L. Steinberg, интоксикация родителей делает такие вещи, до которых они бы никогда не додумались в трезвом виде); увеличение образов насилия в средствах массовой информации (которые наиболее часто стимулируют у предрасположенных людей именно диссоциативные защиты); а также стремительность, анонимность и индивидуализация современной жизни (я не представляю себе, как мои ближайшие соседи обращаются со своими детьми и не имею никакого влияния на их поведение).

С другой стороны, дети подвергались травматизации еще со времен античности, и при лечении пациентов с диссоциативными проблемами часто обнаруживается, что их родители тоже имели сексуальный абюз, также как и их родители и так далее. С. Кунц (S. Coontz, 1992) указала на своего рода ностальгию в социологических теориях, и это должно было бы несколько сдерживать тех, кто склонен утверждать, что предшествующие поколения детей жили в более легкие времена. Так или иначе, все мы (аналитики) можем сказать, что в настоящее время больше людей рассказывают о своих детских абюзах и ищут помощи в связи со своим диссоциативным наследством.

Клафт (Kluft, 1984) на основании обширных клинических данных и систематических исследований разработал четырехфакторную теорию этиологии множественной личности и глубоких диссоциаций. Во-первых, индивид одарен особым талантом и способен к гипнозу. Во-вторых, он подвергался глубокой травматизации. В-третьих, диссоциативные ответы пациента сформированы особыми влияниями в детстве, а именно: диссоциация некоторым образом адаптивна и вознаграждается в данной семье. В-четвертых, на протяжении самого травматического эпизода и после него не присутствовало ни малейших элементов комфорта. Я уже кое-что сказала о первых трех условиях, выделенных Клафтом. Четвертое является настолько же критическим и всегда очень трогает терапевтов. Создается впечатление, что никто и никогда не поддерживал диссоциативного ребенка, не вытирал ему слез и не объяснял расстраивающих переживаний. Типичным эмоциональным ответом на травму было наказание еще большим абюзом (“А вот теперь тебе действительно будет от чего плакать!”). Часто это оказывается своего рода систематическим семейным сговором – отвергать чувства, забывать боль, вести себя так, будто ужасы предшествующей ночи были только плодом воображения*.

Очаровывающий аспект нарушения в виде множественной личности состоит в том, насколько привлекательными бывают большинство диссоциативных людей – по крайней мере те, что попадают на лечение. Несмотря на все их дефекты базальной эмоциональной безопасности и все извращения родительской заботы о них (которые, как можно ожидать, нарушают их способность к привязанности), практически каждый из нас может сообщить, что диссоциативные пациенты вызывают глубокие чувства участия и нежности. Хотя они нередко бывают вовлечены в отношения с абюзорами (компульсивно повторяющиеся, как при мазохизме), они также привлекают некоторых щедрых, понимающих друзей. В историях диссоциативных людей такие люди появляются один за другим – друг детства, с которым сохраняется близость на долгие годы; няня, которая чувствовала, что пациент отличается от “других шизофреников” в этой палате; любимый учитель; снисходительный полисмен – те, кто видит нечто особенное в “диссоциаторе” и пытается действовать с позиции добра.

Возможно, читатель припоминает, что я расположила главы о типах личностей в соответствии с уровнем объектных отношений. Диссоциативные пациенты даже больше, чем истерические, ищут объектов, страдающих от голода отношений и способные оценить заботу*. В

литературе о диссоциации мне не встречалось никаких объяснений этому хорошо известному феномену. Но возможно, если кто-то систематически подвергается абьюзу со стороны родителей, он перверсивно ощущает свою значительность для преследователя, которую затем подтверждает в базальной ценности для других. Независимо от причин, люди с нарушением по типу множественной личности сильно привлекают и вселяют надежду.

Диссоциативное собственное “Я”

Наиболее яркой характеристикой собственного “Я” индивида с нарушением по типу множественной личности является следующее обстоятельство: оно фрагментировано на несколько отщепленных частичных собственных “Я”, каждое из которых представляет некоторые функции*. В типичных случаях к ним относятся: личность-хозяин (она наиболее очевидна, чаще обращается за лечением и имеет тенденцию быть тревожной, дистимической и подавленной), инфантильные и детские компоненты, внутренние преследователи, жертвы, защитники и помощники, а также части собственного “Я”, предназначенные для осуществления специальных целей (более подробно в Putnam, 1989). “Хозяин” может знать всех, некоторых или никого из них. Это относится и к каждой из частей собственного “Я”, в свою очередь, тоже (Т. Tudor, личная беседа, 19 июля 1993).

Неопытным или скептическим людям бывает трудно понять, как дискретные и “реальные” части могут быть кажущимися как для самого диссоциирующего индивида, так и для осведомленных окружающих. Однажды вечером я подняла телефонную трубку в тот момент, когда автоответчик начал записывать, и поняла, что разговариваю с “раздражительным ребенком”, частью личности одной из моих пациенток. Она позвонила мне, чтобы рассказать о ранней травме, о существовании которой я подозревала, и спросить, почему для личности-хозяина важно знать о ней. На следующий день я рассказала клиентке о записи, и та попросила прослушать ее. Мы вместе внимательно прослушали мой разговор с этим диссоциированным аспектом ее собственного “Я”. Ей самой было забавно заметить, что она совсем не чувствовала идентификации с детским голосом, рассказывавшим ее собственную историю, но вместо этого симпатизировала мне, голосу родительского разума (она сама была матерью), пытавшемуся убедить капризную

маленькую девочку в том, что я знаю: так для нее будет лучше.

Перебирая все идентичности диссоциативного индивида в качестве темы сложной музыкальной композиции, можно обнаружить определенные “ядерные верования”, порожденные детским абюзом. С. Росс, обсуждая “когнитивную карту” при нарушении по типу множественной личности, суммировал эти глубинные верования следующим образом:

1. Различные части собственного “Я” являются разделенными и разобщенными.
2. Жертва несет ответственность за абюз.
3. Нельзя показывать гнев (фрустрацию, неповиновение, критическое отношение и т.д.)
4. Прошлое – это настоящее.
5. Главная личность не может содержать воспоминания.
6. Я люблю своих родителей, но “она” их ненавидит.
7. Главная личность может быть наказана.
8. Я не могу доверять себе или другим. (Ross, 1989)

Затем Росс расчленяет каждое из этих верований, показывая составляющие их убеждения и неизбежные экстраполяции. Например:

2. *Жертва несет ответственность за абюз.*
- а) Конечно, я очень плохая, иначе бы этого не случилось.
 - б) Если бы я была совершенной, этого бы не случилось.
 - в) Я заслуживаю наказания за свою злость.
 - г) Если бы я была совершенной, то я бы не злилась.
 - д) Я никогда не чувствую злости – это “она” злая.
 - е) Она заслуживает наказания за то, что позволила произойти абюзу.
 - ж) Она заслуживает наказания за то, что показывает свою злость.

Литература последнего времени по нарушению в виде множественной личности содержит обширную информацию о том, как создать доступ к частям личности и как ликвидировать амнестические барьеры таким образом, чтобы эти части могли в конце концов интегрироваться в одну личность со всеми воспоминаниями, чувствами и ценными качествами, которые прежде были секвестрированы (изолированы) и недоступны. Главный факт, о котором терапевту следует помнить постоянно – “каждый” из них и есть пациент*. Даже самая неприятная преследующая часть личности является ценной, потенциально адаптивной для пациента**.

Даже если части неочевидны, следует предположить, что они слышат в данный момент, и необходимо обращаться к их интересам, разговаривая “посредством” достижимой личности (Putnam, 1989).

Перенос и контрперенос с диссоциативными пациентами

Наиболее выразительную черту переноса у диссоциативных клиентов составляет то, что его всегда бывает очень много. Человек, знавший жестокое обращение, живет в постоянной готовности видеть абьюзора в каждом, к кому он попадает в зависимость. Когда активизируется “детская” часть, настоящее может ощущаться настолько похожим на прошлое, что галлюцинаторные убеждения (например, что терапевт готов изнасиловать, мучить, бросить меня), становятся непреодолимыми. Этот психотический перенос не является показателем характерологического психоза, хотя неискушенные в диссоциативных феноменах диагносты часто приходят к подобному заключению. Скорее, он представляет собой посттравматические восприятия, ощущения и аффекты, отделенные от осознания во время самого абьюза и потому оставшиеся неинтегрированными в личную историю пациента. Возможно, его лучше всего следует понимать как обусловленный эмоциональный ответ на определенный класс стимулов, ассоциированных с абюзом.

Типичным ходом событий с пациентами, имеющими недиагностированное диссоциативное расстройство, является ощущение терапевтом смутного доброжелательного позитивного переноса со стороны личности-хозяина, которая находится в терапии (как и весь пациент) в течение нескольких недель, месяцев или лет. После этого следует неожиданный кризис в терапии, вызванный внезапным воспоминанием пациента о травме и активацией под его влиянием других частей, соматической памяти или проигрывания абьюза. Такое развитие может быть глубоко разрушительным и вызывает контрфобический ответ у наивного терапевта, который предполагает шизофренический срыв. В историях диссоциативных пациентов часто упоминаются: электрошок, неоправданное медикаментозное лечение (включая большие транквилизаторы, усугубляющие диссоциацию), инвазивные медицинские процедуры и инфантилизирующий “управляющий” подход. Но терапевту, который понимает, что происходит на самом деле, данный кризис сигнализирует о начале действительно восстановительного сотрудничества.

Поскольку перенос затопляет диссоциативного пациента, полезно,

если терапевт будет несколько более “реальным”, чем он бывает обычно. Многие клиницисты обнаруживают, что они это делают естественным образом – борясь с чувством вины, если их обучение предписывает им безвариантную, “ортодоксальную” технику. Недиссоциативные люди со структурой характера невротического уровня так укоренены в реальности, что для того, чтобы выявить их глубинные проекции, терапевт должен оставаться нейтральным. Перенос становится анализируемым, так как клиент проявляет тенденцию “приписывать” что-либо терапевту в отсутствие доказательств и обнаруживает, что подобное понимание имеет исторические истоки.

В противоположность этому диссоциативные индивиды (даже невротического уровня) имеют тенденцию полагать: текущая реальность – это только передышка от более зловещей “настоящей” реальности – эксплуатации, покинутости, мучений. Чтобы исследовать перенос диссоциативного индивида, терапевту следует прежде всего установить, что он отличается от ожидаемого абьюзера, что он ответственный, преданный, скромный и добросовестный профессионал. Мир диссоциативного индивида настолько пропитан неосвидетельствованными переносами, что только активные противоречия между ними в конце концов позволяют их анализировать.

Как уже отмечалось ранее, диссоциативные пациенты индуцируют интенсивную ответную любовь, заботу и желание спасти их. Их страдания настолько глубоки и незаслуженны, отзывчивость на простое внимание так трогательна, что ужасно хочется посадить их на колени (особенно “детскую” часть) или забрать их домой. Однако, столь же эффективно, как диссоциативные индивиды вызывают эти реакции, они приводят в оцепенение нарушением нормальных границ между терапевтом и клиентом. Это имеет некоторый привкус инцеста.

Переоткрыватели множественной личности во второй половине XX века чрезмерно опекали подобных пациентов: С. Уилбр вела себя очень по-матерински с Сибиллой, Д. Каул не смог избежать некоторой свехвовлеченности с Билли Миллиган (Keyes, 1982). В автобиографической книге “Паства” (Casey (1991) “The Flock”) выздоровевшая пациентка описывает, что терапевт и ее муж обращались с ней как с “суррогатным” ребенком. Терапевт, чьи заметки сопровождали отчет клиентки, позднее комментировала: “Я никогда не пожалею, что “усыновила” Жоан... но мне приятно обнаружить: теперь я могу дать таким пациентам то, что им нужно, не покидая офиса”.

Подобно своим бесстрашным предшественникам, многие клиницисты

отмечали у своих первых диссоциативных пациентов тенденцию “выходить за собственные пределы”. Клиентов с нарушением в виде множественной личности действительно трудно контейнировать. В конце каждой сессии они могут задерживаться и беседовать, очевидно, в поисках дополнительного “куска” моральной поддержки перед лицом тех страхов, до которых докопались в ходе терапии*. Даже опытные практики сообщают, что их сессии с диссоциативными клиентами нередко выползают за временные рамки. С приобретением опыта становится легче быть более теплым и реальным, чем обычно, и в то же время тщательно соблюдать границы. И если один неизбежно ошибается – кто-то другой будет рад поправить его.

Еще одна забавная контрпереносная реакция на диссоциативных людей – диссоциация. Как и любая другая психология, диссоциация может быть заразной. Работая с аутогипнотизером, не только очень просто войти в трансное состояние – можно стать странно забывчивым. Когда я начала работать со своим первым диссоциативным (или “индексным пациентом”, как любят говорить те, кто их изучает), я дважды вступила в Интернациональное общество по изучению множественной личности и диссоциации, забыв о том, что я уже сделала это.

Терапевтические рекомендации при диагнозе диссоциативного состояния

Многие начинающие терапевты пугаются перспективы работы с пациентами со множественной личностью, и во многих обучающих психотерапевтических программах такие пациенты все еще считаются слишком сложными для начинающих. Это огорчает. Существует большое разнообразие диссоциативной патологии. Лечение должно соответственно варьировать. Диссоциативных пациентов невротического уровня обычно легко лечить; множественная личность пограничного и психотического уровней представляет больше сложностей, но она не более трудна, чем личность с другой структурой характера данного уровня*.

Путнам (Putnam, 1989) правильно подчеркивал, что не требуется ничего фантастического, никакого волшебства, чтобы проводить хорошую терапию с диссоциативным клиентом. При условии эмпатической чувствительности и обычного тренинга можно ожидать успешной работы. Росс (Ross, 1989) описывает эту работу как “растянутую кратковременную терапию”, имея в виду, что методом выбора должна служить фокусировка

на диссоциативных реакциях здесь-и-теперь в течение длительного времени. Чтобы делать такую работу, может быть, и не нужно заканчивать аналитический институт. При диссоциативных состояниях больше проблем возникает на этапе диагноза. Когда индивид со множественной личностью неправильно понимается как пограничный, шизофреник, биполярный или психопат, прогноз на самом деле сомнителен. Часто эти пациенты остаются невосприимчивыми к лечению не только потому, что чувствуют себя неправильно понятыми (часто они не могут выразить, в чем именно) и, следовательно, не доверяют, но и потому, что большая часть их собственного “Я” не принимает участия в лечении. Как только диагноз проявляется, и начинает пациент понимать подход терапевта, терапия обычно прогрессирует.

Я уже отметила некоторые специальные аспекты техники с диссоциативными пациентами. Я не смогу лучше высветить суть эффективной терапии с данной популяцией, чем это сделал Клафт (Kluft, 1991). Он вывел следующие принципы:

1. MPD (multiple personality disorder – множественное расстройство личности) – состояние, которое создается нарушением границ. Следовательно, успешная терапия должна иметь надежные рамки и жесткие, последовательные границы.

2. MPD – состояние нарушенного субъективного контроля, при котором пассивно переносятся насилие и измены. Следовательно, фокус терапии должен быть направлен на овладение и активное участие пациента.

3. MPD – состояние произвольности (безволия). Пациент, страдающий от него, оказывается травмированным и считает свои симптомы лежащими вне пределов его контроля. Следовательно, терапия в этом случае должна основываться на сильном терапевтическом альянсе, и в течение всего процесса следует прикладывать усилия для его установления.

4. MPD – состояние глубоко скрытой травмы и секвестрированного (изолированного) аффекта. Следовательно, скрытое должно быть вскрыто, и глубоко похороненные чувства должны быть отреагированы.

5. MPD – состояние, при котором ощущается отделенность и конфликт между частями собственного “Я”. Следовательно, в терапии следует делать упор на их сотрудничество, объединение, эмпатию и идентификацию.

6. MPD – состояние гипнотической другой реальности. Следовательно, коммуникации терапевта должны быть ясными и прямыми.

7. MPD – состояние, связанное с непостоянством значимых других. Следовательно, терапевту следует быть беспристрастным по отношению ко

всем частям собственного “Я”, избегая выбора “фаворитов” или драматического изменения своего поведения с разными частями личности. Постоянство терапевта со всеми частями – наиболее мощная атака на диссоциативные защиты пациента.

8. MPD – состояние разрушенной безопасности, самоуважения и ориентации на будущее. Следовательно, терапевту надо делать попытки восстановить моральное состояние и вселить реалистичные надежды.

9. MPD – состояние, происходящее из подавляющих, затопляющих переживаний. Следовательно, важен темп терапии. Большинство неудач происходит, когда продвижение в терапии опережает способность пациента выдерживать материал. Если в трудный материал, к которому планировалось обращение, невозможно войти в первой трети сессии, продолжить работу во второй, переработать его и рестабиллизировать пациента в третьей, тогда не следует приближаться к материалу, иначе пациент уйдет с сессии в затопленном состоянии.

10. MPD – состояние, которое возникает в результате безответственности других. Следовательно, терапевт должен быть очень ответственным, и, когда пациент всеми своими частями собственного “Я” поймет, что означает разумная ответственность, это поможет ему подойти к высокому уровню ответственности.

11. MPD – состояние, которое часто развивается в результате того, что люди, которые могли бы защитить ребенка, ничего не делают. Терапевт может предчувствовать, что техническая нейтральность будет воспринята как безразличие и отвержение и лучше всего – обеспечить теплую обстановку, которая позволит свободное выражение аффектов.

12. MPD – состояние, в котором у пациента развилось много когнитивных заблуждений. В терапии на имеющемся уже базисе к ним следует обращаться и исправлять их.

Полезно хотя бы немного владеть гипнозом. Поскольку диссоциативные люди постоянно спонтанно входят в трансовые состояния, с ними невозможно работать без гипноза – или они делают это сами, или вы с ними делаете это совместно. Терапевт, который может помочь пациенту научиться брать гипнотический процесс под контроль и использовать его самостоятельно, терапевтическим, а не травматическим и защитным образом, окажет значительную помощь. С этой группой гипнотически одаренных людей очень просто использовать трансиндуцирующие техники. Данные техники особенно эффективны в построении чувства безопасности, контейнировании избытка тревоги и в

управлении в чрезвычайных ситуациях.

Я говорю это, подходя к гипнозу с сопротивлением и напряжением. Мой коллега Дж. Рутатейн (J. Rutatein) называет эту реакцию так: “Если-это-было-недостаточно-хорошо-для-Фрейда-это-недостаточно-хорошо-и-для-меня!” Мое сопротивление изучению гипнотических техник проистекает из моего опасения любых интервенций, которые я оцениваю как авторитарные. Я не могу приказать кому-то заснуть, если это действительно моя директива, а не естественное переживание клиента. Такое предубеждение отступило, когда я научилась гипнозу в сотруднической, предполагающей равенство манере (когда пациент направляет меня, как индуцировать образы и др.), и когда я убедилась, насколько спокойнее становятся мои диссоциативные пациенты, управляя вихрем эмоций, возникающих при вхождении в травматические переживания и выходе из них. Для терапевта, не имеющего навыков в гипнозе, может быть достаточно одного семинара (в выходные), чтобы приобрести адекватный опыт для работы с большинством диссоциативных клиентов. Такой тренинг помогает понять весь спектр диссоциативных феноменов.

Кстати, можно назвать и другие отклонения от стандартного лечения. Тьюдор (Tudor, 1989) рекомендовал “визит на поле битвы”, когда терапевт и пациент отправляются в прошлое к ранней травме, чтобы установить реальность того, что произошло. Тот, кто читал “Сибиллу”, может помнить, насколько важным для ее выздоровления оказалось обнаружение физических свидетельств раннего абьюза. Спорно утверждение, насколько чаще с диссоциативными пациентами, чем с другими, следует применять особые техники. Я иногда присутствовала на свадьбах недиссоциативных клиентов, принимала подарки или гуляла вокруг дома с теми, чья тревога была слишком высока, чтобы оставаться в этот день на кушетке – даже при более классическом лечении могут появляться неотразимые терапевтические причины (обычно включающие разубеждение в специфических патогенных верованиях) для того, чтобы отклониться от обычного сеттинга. Как и при работе с другими “параметрами” (Eissler, 1953), терапевту следует вести себя необычно только с ясными терапевтическими намерениями и вместе с клиентом исследовать его реакции на атипичную активность. Поскольку диссоциативные люди даже более других чувствительны к нарушению границ, особенно важно обращать внимание на их ответ на отступления от стандартной процедуры.

Наконец, я хочу подчеркнуть комментарии Клафта по поводу темпа терапии. Работая с диссоциативными пациентами даже больше, чем с

другими, терапевт склонен забывать старую психоаналитическую шутку – “тише едешь – дальше будешь” (предполагается, что вы имеете правильный диагноз, иначе много времени потеряете на лечение той части собственного “Я”, которая приходит на терапию в качестве пациента). Сейчас, после переоткрытия “множественности”, некоторые госпитали и клиники экспериментируют, каким образом сократить время лечения. Но, как и при решении любой проблемы, укорененной в характере, укорочение времени противопоказано. С диссоциативными людьми оно не только бесполезно (для формирования доверия требуется длительное время, и преждевременное давление на пациента только усиливает недоверие), но может привести и к прямо противоположному эффекту. Не следует делать ничего такого, (особенно в деле оказания помощи ментальному здоровью), что привело бы к повторной травматизации человека, уже и так израненному больше, чем остальные.

Дифференциальный диагноз

В настоящей главе раздел дифференциального диагноза будет более основательным, чем обычно, потому что неправильное понимание и лечение диссоциативных пациентов проистекает из ошибок в диагнозе. Меня никогда не учили “исключать” диссоциацию, и, по моему впечатлению, программы психотерапевтического обучения только начинают обучать людей, как отличать диссоциативную патологию от проблем иного рода. Когда я училась, мне говорили: если клиент сообщает о том, что слышит голоса, он предположительно является психотиком, органическим или функциональным пациентом одной из разновидностей шизофрении. Меня не инструктировали, следует ли спрашивать, слышатся ли голоса внутри или снаружи головы. В 1970-х еще не был известен этот элементарный способ различения посттравматического галлюцинаторного состояния и психотической декомпенсации, и, несмотря на впечатляющие исследования, которые с тех пор подтвердили его ценность (Ross, 1989, Kluft, 1991), ему учат редко.

К счастью, в королевстве диссоциации все изменяется очень быстро. Недавние исследования (Coons, Dowman & Milstein, 1988) ментального фона пациентов со множественной личностью обнаружили, что проходит примерно 7 лет с момента первого обращения пациента на терапию до постановки правильного диагноза. Но, кажется, это опаздывание уже сокращается. Все еще верно, что одним из факторов, затрудняющих

диагностику возможного существования проблем диссоциативной идентичности, является наличие нескольких предшествующих серьезных или взаимоисключающих диагностических ярлыков в истории терапии этих пациентов.

Не могу не подчеркнуть, что немногие диссоциативные люди заявляют, придя в терапию, что их проблема заключается в диссоциации. Это состояние нужно предполагать. Данными, позволяющими предполагать диссоциативный процесс, является знание об истории травмы; семейная предрасположенность к тяжелому алкоголизму и лекарственной зависимости; амнезия о ранних школьных годах; паттерны самодеструктивного поведения, для которого пациент не может предложить рационального объяснения; жалобы на “потерю времени”, белые пятна или искажения во времени; головные боли (чаще всего, при “переключениях” состояний); упоминания о себе в третьем лице или во множественном числе первого лица; закатывание глаз или трансоподобное поведение; голоса или шумы в голове; а также неуспешное предшествующее лечение.

Диссоциативные проблемы варьируют от легкой деперсонализации до нарушения в виде полифрагментированной множественной личности. Хотя эта глава и посвящена характерологической диссоциации, многие из нас имеют случайные диссоциативные симптомы. Но ни они, ни достаточно очерченные паттерны диссоциативных личностей не доходят до терапевта, который не открыт тому, чтобы их видеть. Сейчас существуют два прекрасных изобретения для первичного выявления диссоциации: Шкала диссоциативного опыта (Bernstein & Putnam, 1986) и Структурированное клиническое интервью для диссоциативных нарушений по DSM-IV (SCID-D, Steinberg, 1993), которые хорошо подходят как для диагноза, так и для будущих исследований.

Диссоциативные состояния в сравнении с функциональными психозами

Поскольку диссоциативные пациенты, пребывая в состоянии кризиса или стресса демонстрируют большинство из шизофренических симптомов “1-го уровня” по Шнейдеру (Hoenig, 1983), их легко толковать как шизофреников*. Если наблюдатель рассматривает диссоциативные переключения как лабильность настроения, клиент может быть принят за шизоаффективного или биполярного на психотическом уровне. Главное, что отличает диссоциативных пациентов и тех, кто имеет функциональный

психоз, это их преморбидные личности и объектные отношения: подлинно шизофренические люди обладают лишенными живости уплощенными качествами и не включают терапевта в интенсивную связь. Их отход от реальности и отношений обычно начинается в подростковом возрасте и незаметно прогрессирует ко все более полной изоляции во взрослом возрасте. Маниакально-депрессивные и шизоаффективные индивиды имеют сдвиги настроения, но не нарушения памяти, и в маниакальном состоянии они более грандиозны, чем взволнованные диссоциативные личности.

Диагностический выбор осложняет тот факт, что диссоциативные симптомы могут сосуществовать с шизофренией и с аффективным психозом. Чтобы оценить, является ли диссоциация главной частью психотической картины, когда сообщается о голосах, надо попросить пациента побеседовать с той “частью собственной личности, которая говорит такие вещи”. Если диссоциация преобладает, данная часть будет отвечать. Делать это в первый раз как будто бы нелепо, но впоследствии оказывается довольно прозаической интервенцией. Начинающему исследователю диссоциации следует помнить: самое худшее, что может случиться с пациентом, – он вытирает пустые глаза и припишет это требование какому-либо странному профессиональному ритуалу приема.

Диссоциативное состояние в сравнении с пограничным

Диагнозы пограничного и диссоциативного состояния не являются взаимоисключающими. В соответствии с психоаналитической концепцией организации характера, мы должны предположить, что диссоциативный индивид может иметь организацию психотического, пограничного или невротического уровней, и, к счастью для той точки зрения, которая представлена в настоящей книге, современные исследования диссоциации подтверждают данное предположение. Ссылаясь на определения в DSM-III-R нарушения в виде множественной личности и пограничного личностного расстройства, Клафт (Kluft, 1991) пишет: “Из подвергающихся лечению пациентов, которые имеют и MPD и BPD (borderline personality disorder – пограничное личностное расстройство), одна треть вскоре прекращает проявлять черты BPD, как только включается в лечение. Одна треть теряет свои проявления BPD по мере того, как облегчается их MPD, и одна треть сохраняет черты BPD даже после интеграции”.

Предположительно, после того, как пациенты последней группы

прекращают диссоциировать, над их пограничным статусом можно работать в дальнейшей экспрессивной терапии.

Некоторых диссоциативных пациентов правильно относят к пограничному уровню, где преобладают проблемы сепарации-индивидуации. Но случается, что людей невротического уровня со множественной личностью или хроническими диссоциативными ответами неправильно принимают за пограничных. Диссоциация напоминает сплиттинг, и переключения на другую часть личности легко ошибочно принять за изменения в состояниях Эго. Важный вопрос, на который надо обратить внимание, состоит в наличии или отсутствии амнезии. Критически важна формулировка данного вопроса, так как травмированные люди не доверяют благожелательности авторитетов и представляют некоторую информацию, только если их к этому настоятельно приглашают. Фраза “В прошлый понедельник вы были очень злы на меня и думали, что я ничего не стою, а сегодня говорите, что я прекрасен” усилит дефензивность и у диссоциативного, и у пограничного индивида. Но вопрос “Вы случайно не помните, что испытывали совершенно другие чувства по отношению ко мне в прошлый понедельник?” может помочь отличить пограничное нарушение от диссоциативного. Выражение вопроса позволит диссоциативному пациенту допустить, что он забыл все о сессии, состоявшейся в прошлый понедельник, тогда как пациент с пограничной динамикой с легкостью скажет “Да, ну и что?”

Диссоциативные состояния в сравнении с истерическими

Как уже отмечалось ранее, существует определенное перекрытие между истерической и диссоциативной психологиями. Многие из нас имеют и то, и другое. Конверсионные симптомы нередко встречаются у людей с нарушением в виде множественной личности; истерические люди диссоциируют несколько меньше. Базальный темперамент людей, более диссоциативных, и тех, кто более истеричен, возможно, аналогичен, но у первых дурное обращение в детстве носит более серьезный характер. Некоторые индивиды с истерической личностью, особенно невротического уровня, не страдают от абьюза, о котором говорят, тогда как ни один из тех, кто обладает диссоциативной идентичностью, даже на невротическом уровне, не избежал серьезной травмы. Каждого пациента с истерическими симптомами следует оценить на предмет диссоциации.

Терапевтические применения данных отличий подразумевают для истерических пациентов значительность интерпретирования их периодических импульсов, фантазий и бессознательных стремлений – в противоположность упору при терапии с диссоциативными пациентами на воспоминание и отреагирование травматической истории. Если с диссоциативным клиентом работать первым способом, можно усилить отрицание, вину и не достигнуть той боли, которая создана ужасной историей. Если к истерическому клиенту применить второй подход, можно воспрепятствовать развитию чувства действия, происходящего из знания внутренней динамики и перенаправлению энергии в истинно удовлетворяющем направлении.

Диссоциативные состояния в сравнении с психопатиями

Как было отмечено в главе 7, некоторые антисоциальные люди имеют диссоциативные защиты. Различение социопатов с диссоциативными чертами и диссоциативных людей с социопатической частью личности – умопомрачительно трудная задача. В основном потому, что ко времени, когда возникает данный вопрос, от него зависит много правовых последствий. Индивид, обвиняемый в серьезном преступлении, делает большую ставку на то, чтобы убедить судью или присяжных во “множественности”. Реже персекуторная часть собственного “Я” пытается наказать личность-хозяина, оценивая собственное “Я” антисоциально. Будет благоразумно подозревать психопатию, когда кто-то имеет серьезные причины симулировать. Некоторые недавние книги в жанре “настоящих преступлений” (Weissberg, 1992) исследуют сложности, связанные с психологическими хитросплетениями, которые возникают в тех случаях, когда подозреваемый выдает себя за множественную личность.

Если мы действительно выступаем за достоверную дифференцировку сущностно диссоциативных и сущностно психопатических людей (даже если существует значительная вторичная выгода для пациента в представлении тем или иным образом), последствия для системы правосудия могут быть очень важны. Поскольку диссоциативные личности (за исключением наиболее полифрагментированных) имеют хороший прогноз, должна быть заметная польза в плане предотвращения дальнейших преступлений от проведения интенсивной психотерапии с теми преступниками, у которых обнаружено нарушение в виде множественной личности. Клиницисты могут излечивать диссоциацию

более быстро, чем они модифицируют антисоциальные паттерны. В условиях ограниченных средств люди, работающие в тюрьмах или в исправительной системе, могли бы сконцентрировать свои усилия на этих более чувствительных к их помощи клиентах.

Заключение

В настоящей главе я обсудила историю понятия диссоциации и ее интигующего характерологического варианта, нарушения в виде множественной личности. В объяснении индивидуального развития диссоциации как ядерного процесса я отметила конституциональный талант к самогипнозу, часто сосуществующий с высоким интеллектом, креативностью и социофилией. Эти факторы могут предрасполагать индивида к ответу на травму диссоциативными защитами, невидимыми для окружающих. Обсуждалась BASK-модель диссоциации Брауна в качестве альтернативы концепции защит Фрейда. Объектные отношения диссоциативных людей объяснялись как укорененные в травматическом абьюзе в детстве, не облегченном помощью в эмоциональной переработке такой раны. Собственное “Я” индивида с диссоциативной идентичностью обрисовано не только как фрагментированное, но также как пропитанное парализующими страхами и самообвинительными когнитивными структурами.

Подчеркнута сила трансферных и контртрансферных реакций с диссоциативными пациентами. Особенно то обстоятельство, что они провоцируют фантазии о спасении, а также сверхвовлеченность терапевта. Лечебные рекомендации при данном диагнозе делают упор на интернализации чувства базальной безопасности и кооперации в терапевтических взаимоотношениях. Они включают обеспечение воспоминаний и эмоционального постижения диссоциированного опыта; последовательную поддержку всех частей личности; установку на то, чтобы быть “реальным” и теплым, строго придерживаясь профессиональных границ; анализирование патогенных верований; использование гипноза в качестве дополнения; уважение потребности клиента в достаточном количестве времени для допущения отреагирования и интеграции. Диссоциативная динамика отдифференцирована от шизофренических и биполярных психозов, пограничных состояний, истерической и психопатической личностной организаций.

Дополнительная литература

Путнам (Putnam, 1989) и Росс (Ross, 1989) написали прекрасные фундаментальные тексты по диагностике и лечению диссоциативных состояний. Психоаналитически ориентированному читателю не надо отказываться от Росса из-за его несколько странного отношения к анализу. Его экспертное исследование огромно. Наиболее краткой статьей по множественной личности и диссоциации из всех, что я знаю, является обзор Клафта (Kluft'a, 1991). Глава о множественной личности в антологии Клафта и Файна (Kluft & Fine, 1993) очень хороша и постоянно читается.

Литература

Abraham, K. (1924). A short study of the development of the libido, viewed in light of mental disorders. In *Selected papers on psycho-analysis* (pp. 418—501). London: Hogarth Press, 1927.

Abraham, K. (1935). The history of a swindler. *Psychoanalytic Quarterly*, 4, 570—587.

Abrahamsen, D. (1985). *Confessions of Son of Sam*. New York: Columbia University Press.

Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. Garden City, NY: Garden City Publishing.

Adler, G. (1972). Hospital management of borderline patients and its relationship to psychotherapy. In P. Hartcollis (Ed.), *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient* (pp. 307—323). New York: International Universities Press.

Adler, G. (1973). Hospital treatment of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 130, 32—36.

Adler, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York: Jason Aronson.

Adler, G., & Buie, D. (1979). The psychotherapeutic approach to aloneness in the borderline patient. In J. LeBoit & A. Capponi (Eds.), *Advances in psychotherapy of the borderline patient* (pp. 433—448). New York: Jason Aronson.

Adomo, T.W., Frenkl-Brunswick, E., Levinson, D.J., & Sanford, R.N. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper. Aichhom, A. (1936). *Wayward youth*. London: Putnam.

Akhtar, S. (1992). *Broken structures: Severe personality disorders and their treatment*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Akiskal, H.S. (1984). Characterologic manifestations of affective disorders: Toward a new conceptualization. *Integrative Psychiatry*, 2, 83—88.

Allen, D.W. (1977). Basic treatment issues. In M.J. Horowitz (Ed.), *Hysterical personality* (pp. 283—328). New York: Jason Aronson.

Altschul, S. (Ed.). (1988). *Childhood bereavement and its aftermath*. Madison, CT: International Universities Press.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical*

manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1993, March 1). DSM—1V draft criteria. Washington, DC: Author.

Arieti, S. (1955). Interpretation of schizophrenia. New York: Brunner/Mazel.

Arieti, S. (1961). Introductory notes on the psychoanalytic therapy of schizophrenics. In A. Burton (Ed.), Psychotherapy of the psychoses (pp. 68—89). New York: Basic Books.

Arieti, S. (1974). Interpretation of schizophrenia (2nd ed.). New York: Basic Books.

Arlow, J.A., & Brenner, C. (1964). Psychoanalytic concepts and the structural theory. New York: International Universities Press.

Aronson, M.L. (1964). A study of the Freudian theory of paranoia by means of the Rorschach Test. In C.F. Reed, I.E. Alexander, & S.S. Tomkins (Eds.), Psychopathology: A source book (pp. 370—387). New York: Wiley.

Ashe, S.S. (1985). The masochistic personality. In R. Michels & J. Cavenar (Eds.), Psychiatry 1 (pp. 1—9). Philadelphia: Lippincott.

Bach, S. (1985). Narcissistic states and the therapeutic process. New York: Jason Aronson.

Bak, R.C. (1946). Masochism in paranoia. Psychoanalytic Quarterly, 15, 285—301.

Balint, M. (1945). Friendly expanses – Horrid empty spaces. International Journal of Psycho-Analysis, 36, 225—241.

Balint, M. (1960). Primary narcissism and primary love. Psychoanalytic Quarterly, 29, 6—43.

Balint, M. (1968). The basic fault: Therapeutic aspects of regression. London: Tavistock.

Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science, 1, 251—264.

Baumeister, R.F. (1989). Masochism and the self. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Bellak, L., & Small, L. (1978). Emergency psychotherapy and brief psychotherapy. New York: Grune & Stratton.

Beres, D. (1958). Vicissitudes of superego formation and superego precursors in childhood. Psychoanalytic Study of the Child, 13, 324—335.

Bergler, E. (1949). The basic neurosis. New York: Grune & Stratton.

Bergman, P., & Escalona, S.K. (1949). Unusual sensitivities in very young

children. *Psychoanalytic Study of the Child*, 3/4, 333—352.

Bergmann, M.S. (1985). Reflections on the psychological and social functions of remembering the Holocaust. *Psychoanalytic Inquiry*, 5, 9—20.

Bergmann, M.S. (1987). *The anatomy of loving: The story of man's quest to know what love is*. New York: Columbia University Press.

Berliner, B. (1958). The role of object relations in moral masochism. *Psychoanalytic Quarterly*, 27, 38—56.

Bernstein, D. (1993). *Female identity conflict in clinical practice*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 179, 727—735.

Bernstein, I. (1983). Masochistic psychology and feminine development. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31, 467—486.

Bertin, C. (1982). *Marie Bonaparte: A life*. New York: Quarter Books.

Bettelheim, B. (1960). *The informed heart: Autonomy in a mass age*. Glencoe, IL: The Free Press.

Bettelheim, B. (1983). *Freud and man's soul*. New York: Knopf.

Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (Ed.), *Affective disorders* (pp. 13—48). New York: International Universities Press.

Bion, W.R. (1959). *Experiences in groups*. New York: Basic Books.

Bion, W.R. (1967). *Second thoughts*. New York: Jason Aronson.

Biondi, R., & Hecox, W. (1992). *The Dracula killer: The true story of California's vampire killer*. New York: Pocket Books.

Blanck, G., & R. Blanck, R. (1974). *Ego psychology: Theory and practice*. New York: Columbia University Press.

Blanck, G., & R. Blanck, R. (1979). *Ego psychology II: Psychoanalytic developmental psychology*. New York: Columbia University Press.

Blanck, G., & R. Blanck, R. (1986). *Beyond ego psychology: Developmental object relations theory*. New York: Columbia University Press.

Blanck, R., & G. Blanck, G. (1968). *Marriage and personal development*. New York: Columbia University Press.

Blatt, S.J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 107—157.

Blatt, S.J., & Bers, S. (1993). The sense of self in depression: A psychoanalytic perspective. In Z.V. Segal & S.J. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives* (pp. 171—210). New York: Guilford Press.

Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox or the group of schizophrenias* (J. Zinkin, Trans.). New York: International Universities Press, 1950.

Bleuler, M. (1977). *The schizophrenic disorders* (S.M. Clemens, Trans.). New Haven: Yale University Press.

Bollas, C. (1987). *Loving hate*. In *The shadow of the object* (pp. 117—134). New York: Columbia University Press.

Bomstein, B. (1949). The analysis of a phobic child: Some problems of theory and technique in child analysis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 3/4, 181—226.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 11. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.

Braude, S.E. (1991). *First person plural: Multiple personality and the philosophy of mind*. New York: Routledge, Chapman & Hall.

Braun, B. G. (1984). Hypnosis creates multiple personality: Myth or reality? *International Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 191—197.

Braun, B.G. (1988). The BASK (behavior, affect, sensation, knowledge) model of dissociation. *Dissociation*, 1, 4—23.

Braun, B.G., & Sacks, R.G. (1985). The development of multiple personality disorder: Predisposing, precipitating, and perpetuating factors. In R.P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 37—64). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Brazelton, T.B. (1962). Observations of the neonate. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1, 38—58.

Brazelton, T.B. (1980, May). New knowledge about the infant from current research: Implications for psychoanalysis. Paper presented at the meeting of the American Psychoanalytic Association, San Francisco.

Brazelton, T.B. (1982). Joint regulation of neonate-parent behavior. In E. Tronick (Ed.), *Social interchange in infancy*. Baltimore: University Park Press.

Brenman, M. (1952). On teasing and being teased and the problems of “moral masochism.” *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 264—285.

Brenner, C. (1955). *An elementary textbook of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.

Brenner, C. (1959). The masochistic character. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 197—226.

Brenner, C. (1982). The calamities of childhood. In *The mind in conflict* (pp. 93—106). New York: International Universities Press.

Breuer, J., & Freud, S. (1893—1895). *Studies in hysteria*. Standard Edition, 2, 21A7.

Brody, S., & Siegel, M. (1992). *The evolution of character: Birth to eighteen years. A longitudinal study*. New York: International Universities Press.

Brown, R. (1965). *Social psychology*. New York: The Free Press.

Buckley, P. (Ed.). (1988). *Essential papers on psychosis*. New York: New York University Press.

Bursten, B. (1973a). *The manipulator: A psychoanalytic view*. New Haven: Yale University Press.

Bursten, B. (1973b). Some narcissistic personality types. *international Journal of Psycho-Analysis*, 54, 287—300.

Cameron, N. (1959). Paranoid conditions and paranoia. In S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry* (Vol. 1, pp. 508—539). New York: Basic Books.

Capote, T. (1965). *In cold blood*. New York: Random House.

Casey, J.F. (1991). *The flock: The autobiography of a multiple personality* (with L. Wilson). New York: Knopf.

Cath, S.H. (1986). Fathering from infancy to old age: A selective overview of recent psychoanalytic contributions. *Psychoanalytic Review*, 74, 469—479.

Cattell, J.P., & Cattell, J. S. (1974). Depersonalization: Psychological and social perspectives. In S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry* (pp. 767—799). New York: Basic Books.

Celani, D. (1976). An interpersonal approach to hysteria. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1414—1418.

Chase, T. (1987). *When Rabbit howls*. New York: Jove.

Chasseguet-Smirgel, J. (1971). *Female sexuality: New psychoanalytic views*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Chasseguet-Smirgel, J. (1984). *Creativity and perversion*. London: Free Association.

Chasseguet-Smirgel, J. (1985). *The ego ideal: A psychoanalytic essay on the malady of the idea*. New York: Norton.

Chess, S., Rutter, M., Thomas, A., & Birch, H.G. (1963). Interaction of temperament and the environment in the production of behavioral disturbances in children. *American Journal of Psychiatry*, 120, 142—147.

Chess, S., Thomas, A., & Birch, H.G. (1967). Behavior problems revisited: Findings of an anteretrospective study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 6, 321—331.

Chessick, R.D. (1969). *How psychotherapy heals: The process of intensive psychotherapy*. New York: Jason Aronson.

Chessick, R.D. (1985). *Psychology of the self and the treatment of narcissism*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Chodoff, P. (1978). Psychotherapy of the hysterical personality disorder. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 6, 496—510.

Chodoff, P. (1982). The hysterical personality disorder: A psychotherapeutic approach. In A. Roy (Ed.), *Hysteria* (pp. 277—285). New York: Wiley.

Chodorow, N.J. (1978). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender*. Berkeley: University of California Press.

Chodorow, N.J. (1989). *Feminism and psychoanalytic theory*. New Haven: Yale University Press.

Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity: An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. St. Louis: Mosby.

Cohen, M.B., Baker, G., Cohen, R.A., Fromm-Reichmann, F., & Weigert, E. (1954). An intensive study of twelve cases of manic – depressive psychosis. *Psychiatry*, 17, 103—137.

Colby, K. (1951). *A primer for psychotherapists*. New York: Ronald.

Coleman, M., & Nelson, B. (1957). Paradigmatic psychotherapy in borderline treatment. *Psychoanalysis*, 5, 28—44.

Coons, P.M., Bowman, E.S., & Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 519—527.

Coons, P.M., & Milstein, V. (1986). Psychosexual disturbances in multiple personlity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 106—110.

Coontz, S. (1992). *The quay we never were: American families and the nostalgia gap*. New York: Basic Books.

Cooper, A.M. (1988). The narcissistic – masochistic character. In R.A. Glick & D.I. Meyers (Eds.), *Masochism: Current psychoanalytic perspecrives* (pp. 189—204). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Darley, J., R Batson, C.D. (1973). From Jerusalem to Jericho: A study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27, 100—108.

Davanloo, H. (1978). *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York: Spectrum.

Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson. de Monchy, R. (1950). Masochism as a pathological and as a normal phenomenon in the human mind. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 95—97.

Deri, S. (1968). Interpretation and language. In E. Hammer (Ed.), *The use*

of interpretation in treatment. New York: Grune & Stratton.

Des Barres, P. (1987). *I'm with the band: Confessions of a groupie*. New York: Morrow.

Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301—321.

Deutsch, H. (1944). *The psychology of women: A psychoanalytic interpretation: Vol. 1. Girlhood*. New York: Grune R Stratton.

Deutsch, H. (1955). The impostor: Contribution to ego psychology of a type of psychopath. *Psychoanalytic Quarterly*, 24, 483—503.

Diamond, M.J. (1993, April). Fathers and sons: Psychoanalytic perspectives on “good-enough” fathering throughout the life cycle. Paper presented at the Spring Meeting of the Division of Psychoanalysis (39) of the American Psychological Association, New York.

Dinnerstein, D. (1976). *The mermaid and the minotaur*. New York: Harper & Row.

Dorpat, T. (1982). An object-relations perspective on masochism. In P.L. Giovacchini & L.B. Boyer (Eds.), *Technical factors in the treatment of severely disturbed patients* (pp. 490—513). New York: Jason Aronson.

Easser, B.R., & Lesser, S. (1965). The hysterical personality: A reevaluation. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 390—405.

Edelstein, M.G. (1981). *Trauma, tmnce, and transformation: A clinical guide to hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Ehrenberg, D.B. (1992). *The intimate edge: Extending the reach of psychoanalytic interaction*. New York: Norton.

Eigen, M. (1986). *The psychotic core*. New York: Jason Aronson.

Eissler, K.R. (1953). The effects of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 104—143.

Ekstein, R., & Wallerstein, R.S. (1958; rev. ed., 1971). *The teaching and learning of psychotherapy*. Madison, CT: International Universities Press.

Ellis, A. (1961). The treatment of a psychopath with rational emotive psychotherapy. In *Reason and emotion in psychotherapy* (pp. 288—299). New York: Lyle Stewart.

Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.

Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.

Escalona, S.K. (1968). *The roots of individuality: Normal patterns of development in infancy*. Chicago: Aldine.

Fairbairn, W.R.D. (1941). A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses. *International Journal of Psycho-Analysis*, 22, 250—279.

Fairbairn, W.R.D. (1954). *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.

Fast, I. (1990). Aspects of early gender development: Toward a reformulation. *Psychoanalytic Psychology*, 7 (Suppl.), 105—107.

Fedem, P. (1952). *Ego psychology and the psychoses*. New York: Basic Books.

Fenichel, O. (1928). On “isolation.” In *The collected papers of Otto Fenichel*, first series (pp. 147—152). New York: Norton.

Fenichel, O. (1941). *Problems of psychoanalytic technique*. Albany, NY: Psychoanalytic Quarterly.

Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.

Ferenczi, S. (1913). Stages in the development of a sense of reality. In *First contributions to psycho-analysis* (pp. 213—239). New York: Brunner/Mazel, 1980.

Ferenczi, S. (1925). Psychoanalysis of sexual habits. Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis (pp. 259—297). New York: Brunner/ Mazel, 1980.

Finell, J. (1986). The merits and problems with the concept of projective identification. *Psychoanalytic Review*, 73, 103—120.

Fisher, S. (1970). *Body experience in fantasy and behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Fisher, S., & Greenberg, R.P. (1985). *The scientific credibility of Ferenczi's theories and therapy*. New York: Columbia University Press.

Fogelman, E. (1988). Intergenerational group therapy: Child survivors of the Holocaust and offspring of survivors. *Psychoanalytic Review*, 75, 619—640.

Fogelman, E., & Savran, B. (1979). Therapeutic groups for children of Holocaust survivors. *International Journal of Group Psychotherapy*, 29, 211—235.

Fonda, H. (1981). *My life. As told to Howard Teichmann*. New York: New American Library.

Forster, E.M. (1921). *Howard's End*. New York: Vintage.

Fraiberg, S. (1959). *The magic years: Understanding and handling the problems of early childhood*. New York: Charles Scribner's Sons.

Frances, A., & Cooper, A.M. (1981). Descriptive and dynamic psychiatry: A perspective on DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1198—1202.

Frank, J.D., Margolin, J., Nash, H.T., Stone, A.R., Varon, E., & Ascher, E. (1952). Two behavior patterns in therapeutic groups and their apparent motivation. *Human Relations*, 5, 289—317.

Freud, A. (1936). The ego and the mechanisms of defense. New York: International Universities Press, 1966.

Freud, S. (1886). Observation of a severe case of hemianaesthesia in a hysterical male. Standard Edition, 1, 23—31.

Freud, S. (1897). Letter to Wilhelm Fliess. Standard Edition, 1, 259.

Freud, S. (1900). The interpretation of dreams. Standard Edition, 4.

Freud, S. (1901). The psychopathology of everyday life. Standard Edition, 6.

Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. Standard Edition, 7, 135—243.

Freud, S. (1908). Character and anal eroticism. Standard Edition, 9, 169—175.

Freud, S. (1909). Notes upon a case of obsessional neurosis. Standard Edition, 10, 151—320.

Freud, S. (1911). Psycho-analytic notes on an autobiographic account of a case of paranoia (dementia paranoides). Standard Edition, 13, 1—162.

Freud, S. (1912). The dynamics of transference. Standard Edition, 12, 97—108.

Freud, S. (1913). The disposition to obsessional neurosis. Standard Edition, 12, 311—326.

Freud, S. (1914a). Remembering, repeating and working through (Further recommendations on the technique of psycho-analysis II). Standard Edition, 12, 147—156.

Freud, S. (1914b). On narcissism: An introduction. Standard Edition, 14, 67—102.

Freud, S. (1915a). Instincts and their vicissitudes. Standard Edition, 14, 111—140.

Freud, S. (1915b). Repression. Standard Edition, 14, 147.

Freud, S. (1916). Some character types met with in psychoanalytic work. Standard Edition, 14, 311—333.

Freud, S. (1917a). Mourning and melancholia. Standard Edition, 14, 243—258.

Freud, S. (1917b). On transformations of instinct as exemplified in anal erotism. Standard Edition, 17, 125—133.

Freud, S. (1918). From the history of an infantile neurosis. Standard Edition, 17, 7—122.

Freud, S. (1919). A child is being beaten: A contribution to the study of the origin of sexual perversions. Standard Edition, 17, 179—204.

Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. Standard Edition, 18, 7—

64.

Freud, S. (1923). The ego and the id. Standard Edition, 19, 13—59.

Freud, S. (1924). The economic problem in masochism. Standard Edition, 19, 159—170.

Freud, S. (1925a). Some psychical consequences of the anatomical distinction between the sexes. Standard Edition, 19, 248—258.

Freud, S. (1925b). Autobiographical study. Standard Edition, 20, 32—76.

Freud, S. (1931). Libidinal types. Standard Edition, 21, 215—222.

Freud, S. (1932). Femininity. Standard Edition, 22, 112—135.

Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. Standard Edition, 22, 216—253.

Freud, S. (1938). An outline of psycho-analysis. Standard Edition, 23, 144—207.

Friedenberg, E.Z. (1959). The vanishing adolescent. Boston: Beacon.

Friedman, R.C. (1988). Male homosexuality: A contemporary psychoanalytic perspective. New Haven: Yale University Press.

Fromm, E. (1947). Man for himself: An inquiry into the psychology of ethics. New York: Rinehart.

Fromm-Reichmann, F. (1950). Principles of intensive psychotherapy. Chicago: University of Chicago Press.

Frosch, J. (1964). The psychotic character: Clinical psychiatric considerations. *Psychoanalytic Quarterly*, 38, 91—96.

Furman, E. (1982). Mothers have to be there to be left. *Psychoanalytic Study of the Child*, 37, 15—28.

Gabbard, G.O. (1990). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gaddis, T., & Long, J. (1970). *Killer: A journal of murder*. New York: Macmillan.

Galenson, E. (1988). The precursors of masochism: Protomasochism. In R.A. Glick & D.I. Meyers (Eds.), *Masochism: Current psychoanalytic perspectives* (pp. 189—204). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Galin, D. (1974). Implications for psychiatry of left and right cerebral specialization. *Archives of General Psychiatry*, 31, 572—583.

Gardiner, M. (1971). *The wolf-man: By the wolf-man*. New York: Basic Books.

Gardner, M.R. (1991). The art of psychoanalysis: On oscillation and other matters. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 851—870.

Gay, P. (1968). *Weimar culture*. New York: Harper & Row.

Gay, P. (1988). *Freud: A life for our time*. New York: Norton.

Gaylin, W. (Ed.). (1983). *Psychodynamic understanding of depression: The meaning of despair*. New York: Jason Aronson.

Gill, M.M. (1983). The interpersonal paradigm and the degree of the therapist's involvement. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 200—237.

Gill, M.M, Newman, R., & Redlich, F.C. (1954). *The initial interview in psychiatric practice*. New York: International Universities Press.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Giovacchini, P.L. (1979). *The treatment of primitive mental states*. New York: Jason Aronson.

Giovacchini, P.L. (1986). *Developmental disorders: The transitional space in mental breakdown and creative imagination*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Giovacchini, P.L., & Boyer, L. B. (Eds.). (1982). *Technical factors in the treatment of the severely disturbed patient*. New York: Jason Aronson.

Glick, R.A., & Meyers, D.I. (1988). *Masochism: Current psychoanalytic perspectives*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Glover, E. (1955). *The technique of psycho-analysis*. New York: International Universities Press.

Goldberg, A. (1990a). Disorders of continuity. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 13—28.

Goldberg, A. (1990b). *The prisonhouse of psychoanalysis*. New York: The Analytic Press.

Goldstein, K. (1959). Functional disturbances in brain damage. In S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry* (Vol. 1, pp. 770—794). New York: Basic Books.

Gottesman, I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. New York: W.H. Freeman.

Green, H. (1964). *I never promised you a rose garden*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Greenacre, P. (1958). The impostor. *Psychoanalytic Quarterly*, 27, 359—382.

Greenberg, J.R., & Mitchell, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Greenfield, S. (1991). *Experiences of subsequent therapists with female patients sexually involved with a prior male therapist*. Unpublished doctoral dissertation. Graduate School of Applied and Professional Psychology, Rutgers University. *Dissertation Abstracts International*, 52, 3905 B.

Greenson, R.R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.

Greenspan, S.I. (1981). *Clinical infant reports: Number 1: Psychopathology and adaptation in infancy and early childhood: Principles of clinical diagnosis and preventive intervention*. New York: International Universities Press.

Greenwald, H. (1958). *The call girl: A sociological and psychoanalytic study*. New York: Ballantine Books.

Greenwald, H. (1974). Treatment of the psychopath. In H. Greenwald (Ed.), *Active psychotherapy* (pp. 363—377). New York: Jason Aronson.

Grinker, R.R., Werble, B., & Drye, R.C. (1968). *The borderline syndrome: A behavioral study of ego functions*. New York: Basic Books.

Grossman, W. (1986). Notes on masochism: A discussion of the history and development of a psychoanalytic concept. *Psychoanalytic Quarterly*, 55, 379—413.

Groth, A.N. (1979). *Men who rape: The psychology of the offender*. New York: Plenum.

Grotstein, J. (1982). Newer perspectives in object relations theory. *Contemporary Psychoanalysis*, 18, 43—91.

Griinbaum, A. (1979). Is Freudian psychoanalysis pseudo-scientific by Karl Popper's criterion of demarcation. *American Philosophical Quarterly*, 16, 131—141.

Grunberger, B. (1979). *Narcissism: Psychoanalytic essays* (J. Diamanti, Trans.). New York: International Universities Press.

Gunderson, J.G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gunderson, J.G., & Singer, M.T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1—10.

Guntrip, H. (1952). The schizoid personality and the external world. In *Schizoid phenomena, object relations and the self* (pp. 17—48). New York: International Universities Press, 1969.

Guntrip, H. (1961). The schizoid problem, regression, and the struggle to preserve an ego. In *Schizoid phenomena, object relations and the self* (pp. 49—86). New York: International Universities Press, 1969.

Guntrip, H. (1969). *Schizoid phenomena, object relations and the self*. New York: International Universities Press.

Guntrip, H. (1971). *Psychoanalytic theory, therapy, and the self: A basic guide to the human personality in Freud, Erikson, Klein, Sullivan, Fairbairn, Hartmann, Jacobson, and Winnicott*. New York: Basic Books.

Hall, C.S. (1954). *A primer on Freudian psychology*. New York: Octagon Books (reprinted 1990).

Halleck, S.L. (1967). *Hysterical personality traits – psychological, social,*

and iatrogenic determinants, *Archives of General Psychiatry*, 16, 750—759.

Hammer, E. (1968). *The use of interpretation in treatment*. New York: Grune & Stratton.

Hammer, E. (1990). *Reaching the affect: Style in the psychodynamic therapies*. New York: Jason Aronson.

Hare, R. (1970). *Psychopathy: Theory and research*. New York: Wiley.

Harris, D. (1982). *Dreams die hard: Three men's journey through the sixties*. New York: St. Martin's/Marek.

Hartcollis, P. (Ed.). (1977). *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient*. New York: International Universities Press.

Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press.

Hedges, L.E. (1983). *Listening perspectives in psychotherapy*. New York: Jason Aronson.

Hendin, H. (1975). *The age of sensation: A psychoanalytic exploration*. New York: Norton.

Herman, J.L. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.

Herman, J.L., & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1—14.

Herzog, J. (1980). Sleep disturbance and father hunger in 18– to 28–month– old boys: The Erlkonig syndrome. *Psychoanalytic Study of the Child*, 35, 219—236.

Hirsch, S.J., R Hollender, M.H. (1969). Hysterical psychoses: Clarification of the concept. *American Journal of Psychiatry*, 125, 909.

Hoch, P.H., & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 23, 248—276.

Hoenig, J. (1983). The concept of schizophrenia: Kraepelin – Bleuler – Schneider. *British Journal of Psychiatry*, 142, 547—556.

Hollender, M.H. (1971). Hysterical personality. *Comments on Contemporary Psychiatry*, 1, 17—24.

Hollender, M., & Hirsch, S. (1964). Hysterical psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 120, 1066—1074.

Homer, A.J. (1979). *Object relations and the developing ego in therapy*. New York: Jason Aronson.

Homer, A.J. (1990). *The primacy of structure: Psychotherapy of underlying character pathology*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Homer, A.J. (1991). *Psychoanalytic object relations therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Homey, K. (1926). The flight from womanhood: The masculinity-complex in women as viewed by men and women. *international Journal of Psycho Analysis*, 7, 324—339.

Homey, K. (1939). *Nehru ways in psycho-analysis*. New York: Norton.

Horowitz, M.J. (Ed). (1977). *Hysterical personality*. New York: Jason Aronson.

Hughes, J.M. (1989). *Reshaping the psychoanalytic domain: The work of Melanic Klein, W.R.D. Fairbairn, and D.W. Winnicott*, Berkeley, CA: University of California Press.

Isaacs, K. (1990). Affect and the fundamental nature of neurosis. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 259—284.

Jacobs, T.J. (1991). *The use of the self: Countertransference and communication in the analytic situation*. Madison, CT: International Universities Press.

Jacobson, E. (1964). *The self and the object cuorld*. New York: International Universities Press.

Jacobson, E. (1967). *Psychotic conflict and reality*. London: Hogarth Press.

Jacobson, E. (1971). *Depression: Comparative studies of ncnmal, neuroric, and psychotic conditions*. New York: International Universities Press.

Janet, P. (1890). *The major symptoms of hysteria*. New York: Macmillan.

Jaspers, K. (1963). *General psychopathology* (J. Hoenig & M.W. Hamilton, Trans.). Chicago: University of Chicago Press.

Johnson, A. (1949). Sanctions for superego lacunae of adolescents. In K.R. Eissler (Ed.), *Searchlights on delinquency* (pp. 225—245). New York: International Universities Press.

Jones, E. (1913). The God complex: The belief that one is God, and the resulting character traits. In *Essays in applied psycho-analysis* (Vol. 2, pp. 244—265). London: Hogarth Press, 1951.

Josephs, L. (1992). *Character structure and the organization of the self*. New York: Columbia University Press.

Jung, C.G. (1945). The relations between the ego and the unconscious. In H. Read, M. Fordham, & G. Adler (Eds.), *The collected works of C.G. Jung* (Bollinger Series 20, Vol. 7, pp. 120—239). Princeton, NJ: Princeton University Press, 1953.

Jung, C.G. (1954). Concerning the archetypes, with special reference to the anima concept. In H. Read, M. Fordham, G. Adler, & W. McGuire (Eds.), *The collected tuorks of C.G. Jung* (Bollinger Series 20, Vol. 9, pp. 54—72). Princeton, NJ: Princeton University Press, 1959.

- Kahn, H. (1962). *Thinking about the unthinkable*. New York: Horizon.
- Kalafat, J. (1984). Training community psychologists for crisis intervention. *American Journal of Community Psychology*, 12, 241—251.
- Karasu, T.B. (1990). *Psychotherapy for depression*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Karon, B.P. (1989). On the formation of delusions. *Psychoanalytic Psychology*, 6, 169—185.
- Karon, B.P. (1992). The fear of understanding schizophrenia. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 191—211.
- Karon, B.P., & VandenBos, G.R. (1981). *Psychotherapy of schizophrenia: The treatment of choice*. New York: Jason Aronson.
- Karpe, R. (1961). The rescue complex in Anna O's final identity. *Psychoanalytic Quarterly*, 30, 1—27.
- Kasanin, J.S. (Ed.). (1944). *Language and thought in schizophrenia*. New York: Norton.
- Kasanin, J.S., & Rosen, Z.A. (1933). Clinical variables in schizoid personalities. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 30, 538—553.
- Katan, M. (1953). Mania and the pleasure principle: Primary and secondary symptoms. In P. Greenacre (Ed.), *Affective disorders* (pp. 170—209). New York: International Universities Press.
- Kernberg, O.F. (1970). Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 18, 51—85.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O.F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O.F. (1981). Some issues in the theory of hospital treatment. *Nordisk Tidsskrift for Lægeforen*, 14, 837—842.
- Kernberg, O.F. (1982, August). Conference on treating borderline and narcissistic patients. Eastham, MA.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (1988). Clinical dimensions of masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 1005—1029.
- Kernberg, O.F. (1989). An ego psychology object relations theory of the structure and treatment of pathologic narcissism: An overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 723—729.
- Kernberg, O.F. (1991). Aggression and love in the relationship of the couple. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 45—70.

Kernberg, O.F. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. New Haven: Yale University Press.

Kernberg, O.F., Seizer, M.A., Koenigsberg, H.W., Carr, A.C., & Appelbaum, A.H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.

Keyes, D. (1982). *The minds of Bury My Name*. New York: Bantam.

Khan, M.M.R. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286—306.

Khan, M.M.R. (1974). *The privacy of the self*. New York: International Universities Press.

Klein, M. (1932). *The psycho-analysis of children*. London: Hogarth Press.

Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic – depressive states. In *Love, guilt and reparation and other works 1921—1945* (pp. 262—289). New York: The Free Press, 1975.

Klein, M. (1937). Love, guilt and reparation. In *Love, guilt and reparation and other works 1921—1945* (pp. 306—343). New York: The Free Press, 1975.

Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic – depressive states. In *Love, guilt and reparation and other works 1921—1945* (pp. 311—338). New York: The Free Press, 1975.

Klein, M. (1945). The oedipus complex in light of early anxieties. In *Love, guilt and reparation and other works 1921—1945* (pp. 370—419). New York: The Free Press, 1975.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99—110.

Klein, M. (1957). Envy and gratitude. In *Envy and gratitude and other works 1946—1963* (pp. 176—235). New York: The Free Press, 1975.

Kluft, R.P. (1984). Treatment of multiple personality disorder: A study of 33 cases. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 9—29.

Kluft, R.P. (Ed.). (1985). *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kluft, R.P. (1987). Making the diagnosis of multiple personality disorder. In F.F. Flach (Ed.), *Diagnostics and psychopathology*, (pp. 201—225). New York: Norton.

Kluft, R.P. (1989). Dissociation: The David Caul Memorial Symposium symposium papers: latrogenesis and MPD. *Dissociation*, 2, 66—104.

Kluft, R.P. (1991). Multiple personality disorder. In A. Tasman S.S.M. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 10, pp. 161—188). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kluft, R.P., & Fine, C.G. (Eds.). (1993). *Clinical perspectives on multiple*

personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Knight, R. (1953). Borderline states in psychoanalytic psychiatry and psychology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 1—12.

Kohut, H. (1968). The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *Psychoanalytic Study of the Child*, 23, 86—113.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press. Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* (A. Goldberg, Ed., with P. Stepansky). Chicago: University of Chicago Press.

Kohut, H., & Wolf, E.S. (1978). The disorders of the self and their treatment – an outline. *International Journal of Psycho-Analysis*, 59, 413—425.

Kraepelin, E. (1913). *Lectures on clinical psychiatry*. London: Bailliere, Tindall, & Cox.

Kraepelin, E. (1915). *Psychiatric: Ein lehrbuch* (8th ed.). Leipzig: Barth.

Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia* (R.M. Barclay, Trans.). Huntington, NY: Robert E. Krieger, 1971.

Krafft-Ebing, R. (1900). *Psychopathia sexualis* (F.J. Rebman, Trans.). New York: Physicians and Surgeons Book Company, 1935.

Kretschmer, E. (1925). *Physique and character* (J.H. Sprott, Trans.). New York: Harcourt, Brace & World.

Kris, E. (1956). On some vicissitudes of insight in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 445—455.

Kuhn, T.S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2nd rev. ed.). Chicago: University of Chicago Press.

Kupferman, J. (1991). *Character*. New York: Oxford University Press.

Lachmann, F., & Beebe, B. (1989). Oneness fantasies revisited. *Psychoanalytic Psychology*, 6, 137—149.

Laing, R.D. (1965). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Baltimore: Penguin.

Langness, L.L. (1967). Hysterical psychosis – the cross-cultural evidence. *American Journal of Psychiatry*, 124, 143—151.

Langs, R.J. (1973). *The technique of psychoanalytic psychotherapy: The initial contact, theoretical framework, understanding the patient's communications, the therapist's interventions* (Vol. 1). New York: Jason Aronson.

LaPlante, J., & Pontalis, J.B. (1973). *The language of psychoanalysis*. New York: Norton.

Lasch, C. (1978). *The culture of narcissism: American life in an age of*

diminishing expectations. New York: Norton.

Lasch, C. (1984). *The minimal self: Psychic survival in troubled times*. New York: Norton.

Laughlin, H.P. (1956). *The neuroses in clinical practice*. Philadelphia: Saunders.

Laughlin, H.P. (1967). *The neuroses*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Laughlin, H.P. (1970; 2nd ed., 1979). *The ego and its defenses*. New York: Jason Aronson.

Lax, R.F. (1977). The role of internalization in the development of certain aspects of female masochism: Ego psychological considerations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 58, 289—300.

Lax, R.F. (Ed.) (1989). *Essential papers on character neurosis and treatment*. New York: New York University Press.

Lazare, A. (1971). The hysterical character in psychoanalytic theory: Evolution and confusion. *Archives of General Psychiatry*, 25, 131—137.

Levenson, E.A. (1972). *The f of understanding: An inquiry into the changing structure of psychoanalysis*. New York: Basic Books.

Levin, J.D. (1987). *Treatment of alcoholism and other addictions: A self-psychology approach*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Lewis, H.B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.

Lichtenberg, J. (Ed.). (1992). Perspectives on multiple personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 12(1).

Lidz, T. (1973). *The origin and treatment of schizophrenic disorders*. New York: Basic Books.

Lidz, T., & Fleck, S. (1965). Family studies and a theory of schizophrenia. In T. Lidz, S. Fleck, & A.R. Comelison (Eds.), *Schizophrenia and the family*. New York: International Universities Press.

Lifton, R.J. (1968). *Death in life: Survivors of Hiroshima*. New York: Random House.

Lilienfeld, S.O., Van Valkenburg, C., Lamtz, K., & Akiskal, H.S. (1986). The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality disorder and somatization disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142, 718—722.

Lindner, R. (1955). The jet-propelled couch. In *The fifty-minute hour: A collection of true psychoanalytic tales* (pp. 221—293). New York: Jason Aronson, 1982.

Linton, R. (1956). *Culture and mental disorders*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Lion, J.R. (1978). Outpatient treatment of psychopaths. In W. Reid (Ed.), *The psychopath: A comprehensive study of antisocial disorders and behaviors* (pp. 286—300). New York: Brunner/Mazel,

Lion, J.R. (Ed.). (1986). *Personality disorders: Diagnosis and management* (2nd ed.). Malabar, FL: Robert E. Krieger.

Litman, R.E., & Farberow, N.L. (1970). Emergency evaluation of suicidal potential. In E.S. Schneiderman, N.L. Farberow, & R.E. Lineman (Eds.), *The psychology of suicide* (pp. 259—272). New York: Science House.

Little, M.I. (1981). *Transference neurosis and transference psychosis: Toward basic unity*. New York: Jason Aronson.

Little, M.I. (1990). *Psychotic anxieties and containment: A personal record of an analysis with Winnicott*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Livingston, M.S. (1991). *Near and far: Closeness and distance in psychotherapy*. New York: Rivercross.

Loeb, J., & Mednick, S.A. (1977). A prospective study of predictors of criminality: Three electrodermal response patterns. In S.A. Mednick & K.O. Christiansen (Eds.), *Biosocial bases of criminal behavior* (pp. 245—254). New York: Gardner.

Loewald, H.W. (1957). On the therapeutic action of psychoanalysis. In *Papers on psychoanalysis* (pp. 221—256). New Haven: Yale University Press, 1980.

Loewenstein, R.M. (1951). The problem of interpretation. *Psychoanalytic Quarterly*, 20, 1—14.

Loewenstein, R.M. (1955). A contribution to the psychoanalytic theory of masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 5, 197—234.

Loewenstein, R.J. (1988). The spectrum of phenomenology in multiple personality disorder: Implications for diagnosis and treatment. In B.G. Braun (Ed.), *Proceedings of the Fifth National Conference on Multiple Personality Disorder/ Dissociative States* (p. 7). Chicago: Rush University.

Loewenstein, R.J., & Ross, D.R. (1992). Multiple personality and psychoanalysis: An introduction. *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 3—48.

Lothane, Z. (1992). *In defense of Schreber: Soul murder and psychiatry*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Lovinger, R.J. (1984). *Working with religious issues in therapy*. New York: Jason Aronson.

Lykken, D. (1957). A study of anxiety in the sociopathic personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55, 6—10.

Lynd, H.M. (1958). *On shame and the search for identity*. New York: Harcourt, Brace & World.

MacKinnon, R.A., & Michels, R. (1971). *The psychiatric interview in clinical practice*. Philadelphia: Saunders.

Maheu, R., & Hack, R. (1992). *Next to Hughes*. New York: Harper Collins.

Mahler, M.S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York: International Universities Press.

Mahler, M.S. (1971). A study of the separation – individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403—424.

Mahler, M.S. (1972a). On the first three subphases of the separation – individuation process. *international Journal of Psycho-Analysis*, 53, 333—338.

Mahler, M.S. (1972b). Rapprochement subphase of the separation – individuation process. *Psychoanalytic Quarterly*, 41, 487—506.

Mahler, M.S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.

Main, T.F. (1957). The ailment. *British Journal of Medical Psychology*, 30,

Malan, D.H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. New York: Plenum.

Mandelbaum, A. (1977). The family treatment of the borderline patient. In P. Hartcollis (Ed.), *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient* (pp. 423—438). New York: International Universities Press.

Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Marmor, J. (1953). Orality in the hysterical personality. *Journal of the American Psychiatric Association*, 1, 656—671.

Masling, J. (Ed.). (1986). *Empirical studies of psychoanalytic theories* (Vol. 2). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Masson, J.M. (1984). *The assault on truth: Freud's suppression of the seduction theory*. New York: Farrar, Straus, R Giroux.

Masterson, J.F. (1972). *Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach*. New York: Wiley-Interscience.

Masterson, J.F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.

McClelland, D.C. (1961). *The achieving society*. Princeton, NJ: Van Nostrand.

McDougall, J. (1980). *Plea for a measure of abnormality*. New York: International Universities Press.

McDougall, J. (1989). *Theaters of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York: Norton.

McGoldrick, M. (1982). Irish families. In M. McGoldrick, J.K. Pearce, & J. Giordano (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (pp. 310—339). New York:

Guilford Press.

McWilliams, N. (1979). Treatment of the young borderline patient: Fostering individuation against the odds. *Psychoanalytic Review*, 66, 339—357.

McWilliams, N. (1984). The psychology of the altruist. *Psychoanalytic Psychology*, 1, 193—213.

McWilliams, N. (1986). Patients for life: The case for devotion. *The Psychotherapy Patient*, 3, 55—69.

McWilliams, N. (1991). Mothering and fathering processes in the psychoanalytic art. *Psychoanalytic Review*, 78, 526—545.

McWilliams, N., & Lependorf, S. (1990). Narcissistic pathology of everyday life: The denial of remorse and gratitude. *Journal of Contemporary Psychoanalysis*, 26, 430—451.

McWilliams, N., & Stein, J. (1987). Women's groups led by women: The management of devaluing transferences. *International Journal of Group Psychotherapy*, 37, 139—153.

Mednick, S.A., Gabrielli, W., & Hutchings, B. (1984). Genetic influences in criminal convictions: Evidence from an adoption cohort. *Science*, 224, 891—894.

Meissner, W.W. (1978). *The paranoid process*. New York: Jason Aronson.

Meissner, W.W. (1979). Narcissistic personalities and borderline conditions: A differential diagnosis. *Annals of Psychoanalysis*, 7, 171—202.

Meissner, W.W. (1984). *The borderline spectrum: Differential diagnosis and developmental issues*. New York: Jason Aronson.

Meissner, W.W. (1988). *Treatment of patients in the borderline spectrum*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Meissner, W.W. (1991). *What is effective in psychoanalytic therapy: A move from interpretation to relation*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Meloy, J.R. (1988). *The psychopathic mind: Origins, dynamics, and treatment*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Menaker, E. (1942). The masochistic factor in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 171—186.

Menaker, E. (1953). Masochism – A defense reaction of the ego. *Psychoanalytic Quarterly*, 22, 205—220.

Menaker, E. (1982). *Otto Rank: A rediscovered legacy*. New York: Columbia University Press.

Menninger, K. (1963). *The vital balance: The life process in mental health and illness* (with M. Mayman S.P. Pruyser). New York: Viking.

Michaud, S., & Aynsworth, H. (1983). *The only living witness*. New York: New American Library.

Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 371—378.

Miller, A. (1975). *Prisoners of childhood: The drama of the gifted child and the search for the true self*. New York: Basic Books.

Miller, J.B. (Ed.). (1973). *Psychoanalysis and women: Contributions to new theory and therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Miller, J.B. (1984). The development of women's sense of self. In J.V. Jordan, A.G. Kaplan, J.B. Miller, I.P. Stiver, & J.L. Surrey (Eds.), *Women's growth in connection: Writings for the Stone Center* (pp. 11—26). New York: Guilford Press.

Mischler, E., & Waxler, N. (Eds.). (1968). *Family processes and schizophrenia*. New York: Jason Aronson.

Modell, A.H. (1975). A narcissistic defense against affects and the illusion of self-sufficiency. *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, 275—282.

Modell, A.H. (1976). The “holding environment” and the therapeutic action of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 285—308.

Money, J. (1980). *Love and lovesickness: The science of sex, gender difference, and pair bonding*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
Money, J. (1988). *Gay, straight, and in-between: The sexology of erotic orientation*. New York: Oxford University Press.

Morrison, A.P. (1983). Shame, the ideal self, and narcissism. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 295—318.

Morrison, A.P. (Ed.). (1986). *Essential papers on narcissism*. New York: New York University Press.

Morrison, A.P. (1989). *Shame: The underside of narcissism*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Mowrer, O.H. (1950). *Learning theory and personality dynamics*. New York: Ronald.

Mueller, W.J., & Aniskewitz, A.S. (1986). *Psychotherapeutic intervention in hysterical disorders*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Mullahy, P. (1970). *Psychoanalysis and interpersonal psychiatry: The contributions of Harry Stack Sullivan*. New York: Science House.

Murray, H.A., & members of the Harvard Psychological Clinic (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.

Myerson, P.G. (1991). *Childhood dialogues and the lifting of repression: Character structure and psychoanalytic technique*. New Haven: Yale University Press.

Nagera, H. (1976). *Obsessional neuroses: Developmental pathology*. New

York: Jason Aronson.

Nannarello, J.J. (1953), "Schizoid." *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 118, 242.

Nemiah, J.C. (1973). *Foundations of psychopathology*. New York: Jason Aronson.

Niederland, W. (1959). Schreber: Father and son. *Psychoanalytic Quarterly*, 28, 151—169.

Noblin, C.D., Timmons, E.O., & Kael, H.C. (1966). Differential effects of positive and negative verbal reinforcement on psychoanalytic character types. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 224—228.

Noel, B. (1992). *You must be dreaming* (with K. Watterson). New York: Poseidon Press.

Nunberg, H. (1955). *Principles of psycho-analysis*. New York: International Universities Press.

Nydes, J. (1963). The paranoid – masochistic character. *Psychoanalytic Review*, 50, 215—251.

Ogden, T.H. (1982). *Projective identification: Psychotherapeutic technique*. New York: Jason Aronson.

Ovesey, L. (1955). Pseudohomosexuality, the paranoid mechanism and paranoia. *Psychiatry*, 18, 163—173.

Panken, S. (1973). *The joy of suffering: Psychoanalytic theory and therapy of masochism*. New York: Jason Aronson.

Paolino, T. J, Jr. (1981). *Psychoanalytic psychotherapy: Theory, technique, therapeutic relationship and treatability*. New York: Brunner/Mazel.

Peralta, V., Cuesta, M.J., & de Leon, J. (1991). Premorbid personality and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 336—339.

Piaget, J. (1937). *The construction of reality in the child*. New York: Basic Books.

Pine, F. (1985). *Developmental theory and clinical process*. New Haven: Yale University Press.

Pine, F. (1990). *Drive, ego, object, and self: A synthesis for clinical work*. New York: Basic Books.

Pope, K.S. (1987). Preventing therapist – patient sexual intimacy: Therapy for a therapist at risk. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 624—628.

Pope, K.S., Tabachnick, B.G., & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*, 42, 993—1006.

Prichard, J.C. (1835). *Treatise on insanity*. London: Sherwood Gilbert R Piper.

Prince, M. (1906). *The dissociation of a personality: A biographical study in abnormal personality*. New York: Longman, Green.

Putnam, F.W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: The Guilford Press.

Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press.

Rado, S. (1928). The problem of melancholia. *International Journal of Psycho-Analysis*, 9, 420—438.

Rank, O. (1929). *The trauma of birth*. Harper & Row, 1973.

Rank, O. (1945). *Wit and therapy and truth and reality*. New York: Knopf.

Rasmussen, A. (1988). *Chronically and severely battered women: A psychodiagnostic investigation*. Unpublished doctoral dissertation. Graduate School of Applied and Professional Psychology, Rutgers University. *Dissertation Abstracts International*, 50, 2634B.

Rawn, M.L. (1991). The working alliance: Current concepts and controversies. *Psychoanalytic Review*, 78, 379—389.

A Recovering Patient. (1986). "Can we talk?" The schizophrenic patient in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 143, 68—70.

Redl, R., & Wineman, D. (1951). *Children who hate*. New York: The Free Press.

Reich, A. (1960). Pathological forms of self-esteem regulation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 215—231.

Reich, W. (1933). *Character analysis*. New York: Farrar, Straus, and Giroux, 1972.

Reik, T. (1941). *Masochism in modern man*. New York: Farrar, Straus.

Reik, T. (1948). *Listening with the third ear*. New York: Grove.

Ressler, R.K., & Schachtman, T. (1992). *Whoever fights monsters: My twenty years of hunting serial killers for the FBI*. New York: St. Martin's.

Rhodes, J. (1980). *The Hitler movement: A modern misanthropic revolution*. Stanford, CA: Hoover Institution Press.

Rice, J., Reich, T., Andreason, N.C., Endicott, J., Van Eerdewegh, M., Fishman, R., Hirschfeld, R.M., & Klerman, G.L. (1987). The familial transmission of bipolar illness. *Archives of General Psychiatry*, 44, 441—447.

Richfield, J. (1954). An analysis of the concept of insight. *Psychoanalytic Quarterly*, 23, 390—408.

Richman, J., & White, H. (1970). A family view of hysterical psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 127, 280—285.

Rinsley, D.B. (1982). *Borderline and other self disorders: A developmental and object-relations perspective*. New York: Jason Aronson.

Robbins, A., with contributors. (1980). *Expressive therapy*. New York: Human Sciences Press.

Robbins, A. (1988). The interface of the real and transference relationships in the treatment of schizoid phenomena. *Psychoanalytic Review*, 75, 393—417.

Robbins, A. (1989). *The psychoaesthetic experience: An approach to depth – oriented treatment*. New York: Human Sciences Press.

Robbins, A. (1991, April). Unpublished comments. Symposium at the Spring Meeting of the Division of Psychoanalysis (39) of the American Psychological Association, Chicago.

Rockland, L.H. (1992). *Supportive therapy: A psychodynamic approach*. New York: Basic Books.

Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Roland, A. (1981). Induced emotional reactions and attitudes in the psychoanalyst as transference and in actuality. *Psychoanalytic Review*, 68, 45—74.

Roland, A. (1988). *In search of self in India and Japan: Toward a crosscultural psychology*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosanoff, A.J. (1938). *Manual of psychiatry and mental hygiene*. New York: Wiley.

Rosenfeld, H. (1947). Analysis of a schizophrenic state with depersonalization. *International Journal of Psycho-Analysis*, 28, 130—139.

Rosenhan, D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250—258.

Rosenwald, G.C. (1972). Effectiveness of defenses against anal impulse arousal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 292—298.

Ross, C.A. (1989a). Effects of hypnosis on the features of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 99—106.

Ross, C.A. (1989b). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: Wiley.

Ross, D.R. (1992). Discussion: An agnostic viewpoint on multiple personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 124—138.

Rosse, I.C. (1890). Clinical evidences of borderland insanity. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 17, 669—683.

Rowe, C.E., & MacIsaac, D.S. (1989). *Empathic attunement: The “technique” of psychoanalytic self psychology*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Salzman, L. (1960a). Masochism and psychopathy as adaptive behavior. *Journal of Individual Psychology*, 16, 182—188.

Salzman, L. (1960b). Paranoid state: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 2, 679—693.

Salzman, L. (1962). *Developments in psychoanalysis*. New York: Grune S. Stratton.

Salzman, L. (1980). *Treatment of the obsessive personality*. New York: Jason Aronson.

Sampson, H. (1983, May). Pathogenic beliefs and unconscious guilt in the therapeutic process: Clinical observation and research evidence. Paper presented at Symposium on Narcissism, Masochism, and the Sense of Guilt in Relation to the Therapeutic Process. Letterman General Hospital, San Francisco.

Sandier, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3, 43—47.

Sandier, J. (1987). *Projection, identification, and projective identification*. Madison, CT: International Universities Press.

Sass, L.A. (1992). *Madness and modernism: Insanity in the light of modern art, literature, and thought*. New York: Basic Books.

Schafer, R. (1968). *Aspects of internalization*. New York: International Universities Press.

Schafer, R. (1983). *The analytic attitude*. New York: Basic Books.

Schafer, R. (1984). The pursuit of failure and the idealization of unhappiness. *American Psychologist*, 39, 398—405.

Scharff, J.S. (1992). *Projective and introjective identification and the use of the therapist's self*. New York: Jason Aronson.

Schneider, K. (1950). Psychoanalytic therapy with the borderline adult: Some principles concerning technique. In J. Masterson (Ed.), *New perspectives on psychotherapy of the borderline adult* (pp. 41—65). New York: Brunner/Mazel.

Schneider, K. (1959). *Clinical psychopathology* (5th ed.; M.W. Hamilton, Trans.). New York: Grune & Stratton.

Schrieber, F.R. (1973). *Sybil*. Chicago: Regency.

Schulsinger, F. (1977). Psychopathy: Heredity and environment. In S.A. Mednick & K.O. Christiansen (Eds.), *Biosocial bases of criminal behavior* (pp. 109—126). New York: Gardner.

Searles, H.F. (1959). The effort to drive the other person crazy – An element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 1—18.

Searles, H.F. (1961). The sources of anxiety in paranoid schizophrenia. In

Collected papers on schizophrenia and related subjects (pp. 465—486). New York: International Universities Press, 1965. Searles, H.F. (1965). Collected papers on schizophrenia and related subjects. New York: International Universities Press.

Searles, H.F. (1986). *My work with borderline patients*. New York: Jason Aronson.

Sechehaye, M.A. (1951a). *Autobiography of a schizophrenic girl*. New York: Grune & Stratton.

Sechehaye, M.A. (1951b). *Symbolic realization: A new method of psychotherapy applied to a case of schizophrenia*. New York: International Universities Press.

Segal, H. (1950). Some aspects of the analysis of a schizophrenic. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 268—278.

Segal, H. (1964). *Introduction to the work of Melanie Klein*. New York: Basic Books.

Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York: Basic Books.

Shapiro, D. (1989). *Psychotherapy of neurotic character*. New York: Basic Books.

Shengold, L. (1987). *Halo in the sky: Observations on anality and defense*. New York: Guilford Press.

Shinefield, W. (1989). *Crisis management of patients with borderline personality disorder: A competency-based training module*. Unpublished doctoral dissertation. Graduate School of Applied and Professional Psychology, Rutgers University. *Dissertation Abstracts International*, 50, 4787B.

Sifneos, P. (1992). *Short-term anxiety-provoking psychotherapy*. New York: Basic Books.

Silverman, D.K. (1986). Some proposed modifications of psychoanalytic theories of early childhood development. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories* (Vol. 2, pp. 49—72). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Silverman, K. (1986). *Benjamin Franklin: Autobiography and other writings*. New York: Penguin.

Silverman, L.H. (1984). Beyond insight: An additional necessary step in redressing intrapsychic conflict. *Psychoanalytic Psychology*, 1, 215—234.

Silverman, L.H., Lachmann, F.M., & Milich, R. (1982). *The search for oneness*. New York: International Universities Press.

Singer, M.T., R. Wynne, L.C. (1965a). Thought disorder and family relations of schizophrenics: III. Methodology using projective techniques. *Archives of General Psychiatry*, 12, 187—200.

Singer, M.T., & Wynne, L.C. (1965b). Thought disorder and family relations of schizophrenics: IV. Results and implications. *Archives of General Psychiatry*, 12, 201—212.

Sizemore, C.C. (1989). *A mind of my own*. New York: Morrow.

Sizemore, C.C., S. Pittillo, E.S. (1977). *I'm Eve*. Garden City, NY: Doubleday,

Slater, P.E. (1970). *The pursuit of loneliness: American culture at the breaking point*. Boston: Beacon.

Spavin, M.O., & Kriegman, D. (1990). Evolutionary biological perspectives on the classical – relational dialectic. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 5—32.

Slavney, P.R. (1990). *Perspectives on "hysteria"*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Smith, S. (1984). The sexually abused patient and the abusing therapist: A study in sadomasochistic relationships. *Psychoanalytic Psychology*, 1, 89—98.

Sorel, E. (1991, September). First encounters: Joan Crawford and Bette Davis. *The Atlantic*, p. 75.

Spence, D.P. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: Norton.

Spence, D.P. (1987). *The Freudian metaphor: Toward paradigm change in psychoanalysis*. New York: Norton.

Spezzano, C. (1993). *Affect in psychoanalysis: A clinical synthesis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Spiegel, D. (1984). Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 101—110.

Spiegel, H., & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spitz, R.A. (1953). Aggression: Its role in the establishment of object relations. In R.M. Loewenstein (Ed.), *Drives, affects, behavior* (pp. 126—138). New York: International Universities Press.

Spitz, R.A. (1965). *The first year of life*. New York: International Universities Press.

Spotnitz, H. (1969). *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient*. New York: Grune & Stratton,

Spotnitz, H. (1976). *Psychotherapy of preoedipal conditions*. New York: Jason Aronson.

Spoto, D. (1993). *Marilyn Monroe: The biography*. New York: Harper Collins.

Stanton, A.H., & Schwartz, M.S. (1954). *The mental hospital: A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. New York: Basic

Books.

Steinberg, M. (1991). The spectrum of depersonalization: Assessment and treatment. In A. Tasman & S.M. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 10, pp. 223—247). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steinberg, M. (1993). *Structured clinical interview for DSM—1V dissociative disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Sterba, R.F. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *international Journal of Psycho-Analysis*, 15, 117—126.

Sterba, R.F. (1982). *Reminiscences of a Viennese psychoanalyst*. Detroit: Wayne State University Press.

Stem, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.

Stem, F. (1961). *The politics of cultural despair*. Berkeley, CA: University of California Press..

Stewart, J.B. (1991). *Den of thieves: The untold story of the men who plundered Wall Street and the chase that brought them down*. New York: Simon & Schuster.

Stoller, R.J. (1968). *Sex and gender*. New York: Jason Aronson.

Stoller, R.J. (1975). *Perversion*. New York: Pantheon.

Stoller, R.J. (1980). *Sexual excitement*. New York: Simon & Schuster.

Stoller, R.J. (1985). *Observing the erotic imagination*. New Haven: Yale University Press.

Stolorow, R.D. (1975). The narcissistic function of masochism (and sadism). *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, 441—448.

Stolorow, R.D. (1976). Psychoanalytic reflections on client-centered therapy in the light of modern conceptions of narcissism. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, 26—29.

Stolorow, R.D., & Atwood, G.E. (1979). *Faces in a cloud: Subjectivity in personality theory*. New York: Jason Aronson.

Stolorow, R.D., & Atwood, G.E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Stolorow, R.D., Brandchaft, B., & Atwood, G.E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Stolorow, R.D., & Lachmann, F.M. (1978). The developmental prestages of defenses: Diagnostic and therapeutic implications. *Psychoanalytic Quarterly*, 45, 73—102.

Stone, L. (1954). The widening scope of indications for psycho-analysis.

Journal of the American Psychoanalytic Association, 2, 567—594.

Stone, L. (1979). Remarks on certain unique conditions of human aggression (the hand, speech, and the use of fire). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 27—33.

Stone, M.H. (1977). The borderline syndrome: Evolution of the term, genetic aspects and prognosis. *American Journal of Psychotherapy*, 31, 345—365.

Stone, M.H. (1980). The borderline syndromes: Constitution, personality, and adaptation. New York: McGraw-Hill.

Stone, M.H. (Ed.). (1986). *Essential papers on borderline disorders: One hundred years at the border*. New York: New York University Press.

Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 127—159.

Strupp, H.H. (1989). Psychotherapy: Can the practitioner learn from the researcher? *American Psychologist*, 44, 717—727.

Styron, W. (1990). *Darkness visible: A memoir of madness*. New York: Random House.

Suffridge, D.R. (1991). Survivors of child maltreatment: Diagnostic formulation and therapeutic process. *Psychotherapy*, 28, 67—75.

Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

Sullivan, H.S. (1954). *The psychiatric interview*. New York: Norton.

Sullivan, H.S. (1962). *Schizophrenia as a human process*. New York: Norton.

Sullivan, H.S. (1973). *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton.

Sulloway, F.J. (1979). *Freud, biologist of the mind: Beyond the psychoanalytic legend*. New York: Basic Books.

Surrey, J. (1985). The “self-in-relation”: A theory of women’s development. In J.V. Jordan, J.B. Miller, A.G. Kaplan, I.P. Stiver, & J.L. Surrey (Eds.), *Women’s growth in connection: Writings for the Stone Center* (pp. 51—66). New York: Guilford Press.

Symington, N. (1986). *The analytic experience*. New York: St. Martin’s.
Tansey, M.J., & Burke, W.F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Thigpen, C.H., & Cleckley, H. (1957). *The three faces of Eve*. New York: McGraw-Hill.

Thomas, A., Chess, S., & Birch, H.G. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. New York: New York University Press.

Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. (1970). The origins of personality. *Scientific American*, 223, 102—104.

Thompson, C.M. (1959). The interpersonal approach to the clinical problems of masochism. In M. Green (Ed.), *Clara M. Thompson: Interpersonal psychoanalysis* (pp. 183—187). New York: Basic Books.

Thompson, C.M. (1964). Psychology of women (Part IV) and Problems of womanhood (Part V). In M. Green (Ed.), *Clara M. Thompson: interpersonal psychoanalysis* (pp. 201—343). New York: Basic Books.

Tomkins, S.S. (1962). *Affect, imagery, consciousness: Vol. 1. The positive affects*. New York: Springer.

Tomkins, S.S. (1963). *Affect, imagery, consciousness: Vol. 2. The negative affects*. New York: Springer.

Tomkins, S.S. (1964). The psychology of commitment, part 1: The constructive role of violence and suffering for the individual and for his society. In S.S. Tomkins & C. Izard (Eds.), *Affect, cognition, and personality: Empirical studies* (pp. 148—171). New York: Springer.

Tomkins, S.S. (1991). *Affect, imagery, consciousness: Vol. 3. The negative affects: Anger and fear*. New York: Springer.

Tomkins, S.S. (1992). *Affect, imagery, consciousness: Vol. 4. Cognition: Duplication and transformation of information*. New York: Springer.

Tribich, D., & Messer, S. (1974). Psychoanalytic type and status of authority as determiners of suggestibility. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 42, 842—848.

Tudor, T.G. (1989). Field trips in the treatment of multiple personality disorder. *The Psychotherapy Patient*, 6, 197—213.

Tyson, P., & Tyson, R.L. (1990). *Psychoanalytic theories of development: An integration*. New Haven: Yale University Press.

Vaillant, G. (1975). Sociopathy as a human process. *Archives of General Psychiatry*, 32, 178—183.

Vandenberg, S.G., Singer, S.M., & Pauls, D.L. (1986). Hereditary factors in antisocial personality disorder. In *The heredity of behavior disorders in adults and children* (pp. 173—184). New York: Plenum.

Veith, I. (1965). *Hysteria: The history of a disease*. Chicago: University of Chicago Press.

Veith, I. (1977). Four thousand years of hysteria. In M. Horowitz (Ed.), *Hysterical personality* (pp. 7—93). New York: Jason Aronson.

Viscott, D.S. (1972). *The making of a psychiatrist*. Greenwich, CT: Fawcett.

Waelder, R. (1960). *Basic theory of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.

Wallerstein, J.S., & Blakeslee, S. (1989). *Second chances: Men, women,*

and children a decade after divorce. New York: Ticknor S. Fields.

Warner, R. (1978). The diagnosis of antisocial and hysterical personality disorders: An example of sex bias. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 839—805.

Weiss, J. (1992). Interpretation and its consequences. *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 296—313.

Weiss, J. (1993). *Hmu psychotherapy works: Process and technique*. New York: Guilford Press.

Weiss, J., & Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. New York: Guilford Press.

Weissberg, M. (1992). The first sin of Ross Michael Carlson: A psychiatrist's account of murder, multiple personality disorder, and modern justice. New York: Dell.

Wender, P.H., Kety, S.S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortmann, J., & Lunde, I. (1986). Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43, 923—929.

Westen, D. (1990). Psychoanalytic approaches to personality. In L. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 21—65). New York: Guilford Press.

Westen, D. (1993). Commentary. The self in borderline personality disorder: A psychodynamic perspective. In Z.V. Segal & S.J. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives* (pp. 326—360). New York: Guilford Press.

Wheelis, A. (1956). The vocational hazards of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 171—184.

Wheelis, A. (1966). *The illusiordess man: Some fantasies and meditations on disillusionment*. New York: Norton, 1966.

Will, O.A. (1961). Paranoid development and the concept of the self: Psychotherapeutic intervention. *Psychiatry*, 24 (Suppl.), 74—86.

Wills, G. (1970). *Nixon agonistes: The crisis of the self-made man*. Boston: Houghton Mifflin.

Winnicott, D.W. (1945). Primitive emotional development. In *Through pediatrics to psycho-analysis* (pp. 145—156). New York: Basic Books.

Winnicott, D.W. (1949). Hate in the countertransference. In *Collected papers* (pp. 194—203). New York: Basic Books, 1958.

Winnicott, D.W. (1960a). Ego distortion in terms of the true and false self. In *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 140—152).

New York: International Universities Press, 1965.

Winnicott, D.W. (1960b). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585—595.

Winnicott, D.W. (1965). The maturational processes and the facilitating environment. New York: International Universities Press.

Winnicott, D.W. (1967). Mirror-role of mother and family in child development. In *Playing and reality* (pp. 111—118). New York: Basic Books.

Wolf, E.S. (1988). *Treating the self: Elements of clinical self psychology*. New York: Guilford Press.

Wolf, E.K., S. Alpert, J.L. (1991). Psychoanalysis and child sexual abuse: A review of the post-Freudian literature. *Psychoanalytic Psychology*, 8, 305—327.

Wolfenstein, M. (1951). The emergence of fun morality. *Journal of Social issues*, 7, 15—24.

Wolman, B.B. (1986). *The sociopathic personality*. New York: Brunner/Mazel.

Yalom, I.D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: International Universities Press.

Yarok, S.R. (1993). Understanding chronic bulimia: A four psychologies approach. *American Journal of Psychoanalysis*, 53, 3—17.

Young-Bruehl, E. (1990). *Freud on women: A reader*. New York: Norton.

Zetzel, E. (1968). The so-called good hysteric. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 256—260.

Приложение

Пример диагностического интервью

Демографические данные

Имя, возраст, пол, этническая и расовая принадлежность, религиозная ориентация, состояние отношений, родители, уровень образования, работа, предшествующий опыт психотерапии, кто направил на терапию в этот раз, другие (кроме клиента) источники информации.

Текущие проблемы и их состояние

Главные трудности и понимание пациентом их причин, история этих проблем, предпринимавшееся лечение, почему *именно сейчас* пришел на терапию.

Личная история

Где родился, вырос, количество детей в семье и место пациента среди них, главные переезды. Родители и сиблинги: получить объективные данные (живы ли, причины и время смерти, если умерли; возраст, здоровье, профессия) и субъективные данные (личность, природа отношений с клиентом). Психологические проблемы в семье (диагностированная психопатология и другие условия, например, алкоголизм).

Младенчество и детство

Хотели ли родители пациента рождения ребенка, условия в семье после рождения, что-то необычное в критические периоды развития, некоторые ранние проблемы (еда, туалет, речь, двигательная активность, никтурия, ночные кошмары, засыпание, грыз или нет ногти и т.д.), ранние воспоминания, семейные истории или шутки в адрес клиента.

Латентный период

Проблемы сепарации, социальные проблемы, проблемы в учебе, в поведении, жестокость к животным, болезни, переезды или семейные

стрессы в это время, сексуальный или физический абьюз.

Адоlescентный период

Возраст полового созревания, физические проблемы, связанные с созреванием, семейная подготовка к сексуальности, первый сексуальный опыт, мастурбационная фантазия, школьный опыт, успеваемость и социализация, самодеструктивные паттерны (нарушения питания, использование лекарств, сомнения о сексуальности, рискованные эксцессы, суицидальные импульсы, антисоциальные паттерны); болезни, потери, переезды или семейные стрессы в это время.

Взрослая жизнь

История работы; отношений; адекватность текущих интимных отношений; отношение к детям; хобби, таланты, гордость или удовлетворение.

Текущие представления (ментальный статус)

Общее представление, состояние аффектов, настроение, качество речи, присутствие тестирования реальности, уровень интеллекта, адекватность памяти, оценка надежности информации. Исследование возможностей дальнейшего развития областей предполагаемых проблем, например, при депрессии – возможность суицида.

Сновидения: Запоминаются ли они? Какие-то – повторяющиеся, некоторые – недавние.

Используемые вещества – описанные и другие – а также алкоголь.

В заключение

Спросите пациента, нет ли другой важной информации, которой он обладает и о которой его не спросили.

Спросите, было ли ему удобно и не хочет ли он что-либо сказать.

Выводы

Главные текущие темы, области фиксаций и конфликтов, основные

защиты, бессознательные фантазии, желания и страхи; центральные идентификации, контридентификации; неоплаканные потери; связанность собственного “Я” и самооценка.