

Отто Ф. Кернберг

Тяжелые личностные расстройства

Стратегии психотерапии

Перевод с английского М.И. Завалова
под редакцией М.Н. Тимофеевой

Otto F. Kernberg

SEVERE PERSONALITY DISORDERS

Москва, Независимая фирма "Класс", 2000

Интегративный психоанализ конца XX века

— У вас случайно нет такого знакомого с красным лицом, тремя глазами и ожерельем из черепов? — спросил он.

— Может быть, и есть, — сказал я вежливо, — но не могу понять, о ком именно вы говорите. Знаете, очень общие черты. Кто угодно может оказаться.

Виктор Пелевин

Эта книга может быть названа программным произведением и даже классикой современного психоанализа. Ее проходят во всех институтах, она является одной из наиболее часто цитируемых во всем мире. Многие делают ее как бы отражающей дух времени:

- подход с точки зрения структур;
- предмет — патология, более тяжелая, чем невротическая, плюс особое внимание к нарциссическим расстройствам;
- автор — ныне действующий президент Международной психоаналитической ассоциации;
- особое внимание к трансферентным отношениям, в частности к особенностям контрпереноса, возникающего при работе с пациентами разных нозологий, и его использование в качестве дополнительного диагностического, если не критерия, то по крайней мере средства;

и, наконец, возможно, самое главное — интегративность теоретического подхода автора.

Когда в самом общем виде говорят о различных психоаналитических теориях, часто подразделяют их на две основные ветви: теории влечений и теории отношений, которые якобы в основном исторически развивались параллельно. Знаменательно, что Отто Кернберг явным образом интегрирует оба подхода. Он исходит из наличия двух влечений — либидо и агрессии, любая активация которых представляет собой соответствующее аффективное состояние, включающее интернализированные объектные отношения, а именно конкретную Я-репрезентацию, находящуюся в определенных отношениях с конкретной объект-репрезентацией. Даже сами названия двух более поздних книг Кернберга, посвященных двум основным влечениям (уже изданных на русском языке), — “Агрессия [т.е. влечение, драйв] при расстройствах личности” и “Отношения любви” — свидетельствуют о принципиальном синтезе теории влечений и теории отношений, присущем мышлению Кернберга. (Дерзнем предположить, что с большим акцентом на влечении в случае агрессии и на объектных отношениях — в случае любви.)

Кернберг постоянно предостерегает читателя от недооценки мотивационных аспектов агрессии. С его точки зрения, авторы (например, ассоциирующийся с Кернбергом в качестве его оппонента Кохут), отвергающие концепцию влечений, часто (особенно не в

теории, а на практике) упрощают психическую жизнь, подчеркивая только позитивные или либидинальные элементы привязанности:

“Встречается также прямо не выраженное словами убеждение, что по своей природе все люди добры и что открытое общение устраняет искажения в восприятии себя и других, а именно эти искажения являются основной причиной патологических конфликтов и структурной патологии психики. Такая философия отрицает существование бессознательных интрапсихических причин агрессии и находится в резком противоречии с тем, что персонал и сами пациенты могут наблюдать у обитателей психиатрического госпиталя”.

Понятно, что тема агрессии становится особенно важной при обсуждении тяжелых психических нарушений и их терапии. Например, недооценка агрессии и благодушно-наивное отношение при терапии пациентов с антисоциальным типом личности может приводить к трагическим последствиям. Так, известно (см. J. Douglas, M. Olshaker, *Mindhunter*. New York: Pocket Book, 1996), что несколько серийных убийц в США были освобождены из заключения, в том числе на основании отчетов их психотерапевтов, и совершили свои следующие убийства, находясь в терапии.

Заметим, что Кернберг широко использует не только идеи практически всеми принимаемых теоретиков объектных отношений, таких как Фэйрбейрн и Винникотт, но и гораздо труднее воспринимаемую за пределами Англии теорию Мелани Кляйн. В значительной степени именно его заслугой является внедрение ее идей в “некляйнианский” психоанализ. Кроме того, он опирается и на работы ведущих французских авторов, таких как А. Грин и Ж. Шассге-Смиржель, вопреки распространенному представлению о противостоянии американского и французского психоанализа.

Именно в данной книге изложены почти самые известные составляющие вклада Кернберга в развитие психоаналитической мысли: структурный подход к психическим расстройствам; изобретенная им экспрессивная психотерапия, показанная пограничным пациентам; описание злокачественного нарциссизма и, наконец, знаменитое “структурное интервью по Кернбергу”. Оно, безусловно, является замечательным диагностическим инструментом для определения уровня патологии пациента — психотического, пограничного или невротического, — а это один из важнейших факторов при выборе вида психотерапии. Кстати, здесь же Кернберг дает очень четкое описание *поддерживающей психотерапии* и ее отличительных особенностей. Это представляется очень полезным в силу того, что в профессиональном жаргоне это словосочетание почти утратило свой специфический смысл и часто является негативной оценкой.

Хочется обратить внимание российского читателя еще на один момент, делающий эту книгу особенно актуальной именно для нас. Увеличение числа неневротических (т.е. более нарушенных) пациентов в психотерапии и психоанализе характерно для всего мира и имеет различные причины, но в нашей стране эта тенденция еще более выражена по причине психологической неграмотности населения. К сожалению, пока все еще “не принято” обращаться за психологической помощью, и к психотерапевтам приходят те, кто уже не может не обратиться. Так что пациенты, описанные в книге, — это преимущественно “наши” пациенты, с которыми мы чаще всего и имеем дело.

Подытоживая, можно сказать: нет сомнений, что прочесть эту книгу просто необходимо каждому занимающемуся психотерапией, и остается сожалеть, что ее перевод появляется

только сейчас. До сих пор ее отсутствие ощущалось как своего рода “белое пятно” в психоаналитической и психотерапевтической литературе на русском языке.

Мария Тимофеева

*Посвящается моим родителям
Лео и Соне Кернберг
и
моему учителю и другу
доктору Карлосу Витингу Д’Андреану*

Предисловие

Эта книга преследует две цели. Во-первых, она демонстрирует, насколько развились и какие изменения претерпели добытые опытом знания и представления, изложенные в моих предыдущих работах, — причем тут основное внимание я уделяю вопросам диагностики и терапии тяжелых случаев пограничной патологии и нарциссизма. Во-вторых, она посвящена исследованию других, новых подходов к данной теме, недавно появившихся в клинической психиатрии и психоанализе, и дает им критический обзор в свете моих теперешних представлений. В этой книге я постарался придать своим теоретическим формулировкам практическую ценность и выработать для клиницистов определенную технику диагностики и терапии сложных пациентов.

Вот почему я с самого начала пытаюсь внести ясность в одну из сложнейших областей — предлагаю читателю описание особого подхода к дифференциальной диагностике и технику проведения того, что я называю структурным диагностическим интервью. Кроме того, я выявляю связь между этой техникой и критериями для прогноза и выбора оптимального вида психотерапии для каждого случая.

Затем я подробно описываю стратегии терапии пограничных пациентов, уделяя особое внимание наиболее тяжелым случаям. В этот раздел книги входит систематическое исследование экспрессивной и поддерживающей психотерапии, двух подходов, развитых на основе психоаналитической рамки.

В нескольких главах, посвященных терапии нарциссической патологии, я уделяю основное внимание развитию техники, которая, на мой взгляд, особенно полезна при работе с тяжелыми и глубокими сопротивлениями характера.

Еще одной серьезной проблемой является работа с не поддающимися терапии или другими сложными пациентами: что делать при развитии тупиковой ситуации, как обращаться с пациентом, стремящимся к самоубийству; как понять, стоит ли применять терапию к антисоциальному пациенту или же он неизлечим; как работать с пациентом, у которого параноидная регрессия в переносе достигает степени психоза? Подобные вопросы разбираются в четвертой части.

И, наконец, я предлагаю подход к терапии в условиях госпиталя, основанный на несколько видоизмененной модели терапевтического сообщества, который показан пациентам, госпитализированным на длительное время.

Эта книга в значительной степени клиническая. Мне хотелось предложить психотерапевтам и психоаналитикам широкий спектр конкретных психотерапевтических техник. В то же время в контексте достоверных клинических данных я развиваю свои прежние теории, мои представления о таких формах психопатологии, как слабость Эго и диффузная идентичность, дополняются новыми гипотезами о тяжелой патологии Супер-Эго. Таким образом, настоящий труд отражает наиболее современные представления Эго-психологии и теории объектных отношений.

* * *

Мои теоретические представления, упомянутые в предисловии, во многом опираются на поздние работы Эдит Якобсон. Ее теории, как и творческое их продолжение в трудах Маргарет Малер, использовавшей идеи Якобсон при изучении детского развития, продолжают меня вдохновлять.

Небольшая группа замечательных психоаналитиков и моих близких друзей постоянно держала со мной обратную связь, делая критические замечания и оказывая всевозможную поддержку, что было для меня бесконечно важно. Особенно я благодарен доктору Эрнсту Тихо, с которым я сотрудничаю вот уже 22 года, и докторам Мартину Бергману, Харольду Блюму, Арнольду Куперу, Вильяму Гроссману, Дональду Каплану, Полине Кернберг и Роберту Мичелсу, которые не только щедро дарили мне свое время, но и считали нужным спорить и указывать на сомнительные места в моих формулировках.

Спасибо докторам Вильяму Фрошу и Ричарду Мюниху за то, что выразили свое мнение относительно моих представлений о терапии в условиях госпиталя и о терапевтическом сообществе, и докторам Энн Аппельбаум и Артуру Карру за бесконечное терпение, с которым они помогали мне формулировать мои представления. Наконец, спасибо доктору Малколму Пайнсу, который поддержал меня в моей критике моделей терапевтического сообщества, и доктору Роберту Валлерштейну за его мудрую критику моих взглядов на поддерживающую психотерапию.

Доктора Стивен Бауэр, Артур Карр, Харольд Кенигсберг, Джон Олдхэм, Ларенс Рокленд, Джесси Шомер и Майкл Силзар из Вестчестерского Отделения Нью-Йоркского госпиталя внесли свой вклад в клиническую методологию дифференциальной диагностики пограничной личностной организации. Сравнительно недавно они же, совместно с докторами Энн Аппельбаум, Джоном Кларкином, Гретхен Хаас, Полиной Кернберг и Эндрю Лоттерманом, участвовали в создании операциональных определений, касающихся различия между экспрессивной и поддерживающей модальностями терапии в контексте проекта исследования психотерапии пограничных состояний. Я хочу выразить всем мою благодарность. Как и прежде, я освобождаю всех моих друзей, учителей и коллег от ответственности за свои взгляды.

Я глубоко благодарен миссис Ширли Грюненталь, мисс Луизе Тайт и миссис Джейн Карр за их бесконечное терпение при перепечатке, сверке, корректуре и комплектации бесчисленных версий настоящего труда. Особенно хочется отметить работоспособность миссис Джейн Карр, с которой мы сотрудничаем недавно. Библиотекарь Вестчестерского отделения Нью-Йоркского госпиталя мисс Лилиан Вароу и ее сотрудницы миссис Мэрилин Ботьер и миссис Марсия Миллер оказали мне бесценную помощь в подборе библиографии. Наконец, мисс Анна-Мэй Артим, мой административный помощник, в очередной раз совершила невозможное. Она координировала издательскую работу и подготовку моего труда; она предугадывала и предотвращала бесконечные

потенциальные проблемы и, действуя дружелюбно, но твердо, добились того, что мы уложились в поставленные сроки и создали эту книгу.

Впервые мне посчастливилось работать одновременно вместе с моим редактором миссис Натали Альтман и старшим редактором издательства Йельского университета миссис Глэдис Топкис, которые руководили мной в моем стремлении ясно выражать мысли на приемлемом английском языке. В процессе нашего сотрудничества я начал подозревать, что они знают о психоанализе, психиатрии и психотерапии гораздо больше, чем я. Не могу выразить, насколько я благодарен им обеим.

Часть I

Диагностика

1. Структурный диагноз

Одна из самых трудных проблем психиатрии — это проблема дифференциального диагноза, особенно в тех случаях, когда можно подозревать пограничное расстройство характера. Пограничные состояния следует отличать, с одной стороны, от неврозов и невротической патологии характера, с другой — от психозов, особенно от шизофрении и основных аффективных психозов.

При постановке диагноза важны как описательный подход, опирающийся на симптомы и наблюдаемое поведение, так и подход генетический, сосредоточивающий внимание на психических расстройствах у биологических родственников пациента, особенно в случае шизофрении или при основных аффективных психозах. Но и тот, и другой, взятые вместе или по отдельности, не дают нам достаточно ясной картины в тех случаях, когда мы сталкиваемся с личностными расстройствами.

Я считаю, что понимание структурных особенностей психики пациента с пограничной личностной ориентацией в сочетании с критериями, исходящими из описательного диагноза, может сделать диагностику гораздо более точной.

Хотя структурный диагноз более сложен, требует от клинициста больших усилий и опытности и несет в себе определенные методологические трудности, он имеет явные преимущества, особенно при обследовании тех пациентов, которых сложно отнести к одной из основных категорий неврозов или психозов.

Описательный подход к пациентам с пограничными расстройствами может завести в тупик. Так, например, некоторые авторы (Grinker et al., 1968; Gunderson and Kolb, 1978) пишут, что интенсивные аффекты, особенно гнев и депрессия, являются характерными чертами пациентов с пограничными нарушениями. Между тем типичный шизоидный пациент с пограничной личностной организацией может совсем не проявлять гнева или депрессии. То же самое относится к нарциссическим пациентам с типичной пограничной структурой личности. Импульсивное поведение также считается характерным признаком, объединяющим всех пограничных пациентов, но многие типичные истерические пациенты с невротической организацией личности также склонны к импульсивному поведению. Следовательно, можно утверждать, что, с клинической точки зрения, при

некоторых случаях пограничных расстройств одного описательного подхода бывает недостаточно. То же самое можно сказать и о чисто генетическом подходе. Изучение генетических взаимоотношений между тяжелыми личностными расстройствами и проявлениями шизофрении или основных аффективных психозов пока еще находится в самой начальной стадии; возможно, в этой области нас еще ждут важные открытия. В настоящее же время генетическая история пациента мало помогает нам решить клиническую проблему, когда мы пытаемся различить невротическую, пограничную или психотическую симптоматику. Не исключено, что структурный подход поможет лучше понять соотношение между генетической предрасположенностью к такому-то расстройству и его конкретными проявлениями.

Структурный подход также помогает яснее понять взаимосвязь различных симптомов при пограничных расстройствах, в частности, столь типичное для этой группы пациентов сочетание патологических черт характера. Я уже указывал в своих ранних работах (1975, 1976), что структурная характеристика при пограничной личностной организации важна как для прогнозирования, так и для определения терапевтического подхода. Качество объектных отношений и степень интегрированности Супер-Эго являются основными критериями прогноза при интенсивной психотерапии пациентов с пограничной личностной организацией. Природа примитивного переноса, который развивают эти пациенты в психоаналитической психотерапии, и техника работы с этим переносом напрямую связаны со структурными особенностями интернализованных объектных отношений у таких пациентов. Еще раньше (Kernberg et al., 1972) мы обнаружили, что пациентам-непсихотикам со слабостью Эго показана экспрессивная форма психотерапии, но они плохо поддаются обычному психоанализу или поддерживающей психотерапии.

Итак, структурный подход обогащает психиатрическую диагностику, особенно у тех пациентов, которых непросто отнести к той или иной категории, а также помогает делать прогноз и планировать оптимальную форму терапии.

Психические структуры и личностная организация

Психоаналитическая концепция структуры личности, впервые сформулированная Фрейдом в 1923, связана с разделением психики на Эго, Супер-Эго и Ид. С точки зрения психоаналитической Эго-психологии можно сказать, что структурный анализ основан на концепции Эго (Hartman et al., 1946; Rapaport and Gill, 1959), которую можно представить себе как (1) медленно изменяющиеся “структуры” или конфигурации, определяющие течение психических процессов, как (2) сами эти психические процессы или “функции” и (3) как “пороги” активизации этих функций и конфигураций. Структуры, согласно такой теории, есть относительно устойчивые конфигурации психических процессов; Супер-Эго, Эго и Ид являются структурами, которые динамически интегрируют подструктуры, такие как когнитивные и защитные конфигурации Эго. В последнее время я стал пользоваться термином структурный анализ для описания взаимоотношений между структурными производными интернализованных объектных отношений (Kernberg, 1976) и различными уровнями организации психического функционирования. Я полагаю, что интернализованные объектные отношения образуют подструктуры Эго, и эти подструктуры, в свою очередь, также имеют иерархическое строение (см. главу 14).

И, наконец, для современного психоаналитического образа мысли структурный анализ есть также анализ постоянной организации содержания бессознательных конфликтов, в частности эдипова комплекса как организующего начала психики, имеющего свою

историю развития. Это организующее начало динамически организовано — то есть не сводится просто к сумме отдельных частей и включает ранние детские переживания и структуры влечения в новую организацию (Panel, 1977). Такая концепция психических структур связана с теорией объектных отношений, так как принимает во внимание структуризацию интернализированных объектных отношений. Основопологающие темы содержания психики, такие, например, как эдипов комплекс, отражают организацию интернализированных объектных отношений. Современные точки зрения предполагают существование иерархически организованных циклов мотивации, в отличие от просто линейного развития, и прерывистую природу иерархических организаций, в отличие от чисто генетической (в психоаналитическом смысле слова) модели.

Я прилагаю все эти структурные концепции к анализу основных интрапсихических структур и конфликтов пограничных пациентов. Я предположил, что существуют три основные структурные организации, соответствующие организациям личности невротика, пограничного пациента и психотика. В каждом случае структурная организация выполняет функции стабилизации психического аппарата, является посредником между этиологическими факторами и прямыми поведенческими проявлениями заболевания. Независимо от того, какие факторы — генетические, конституциональные, биохимические, семейные, психодинамические или психосоциальные — задействованы в этиологии болезни, эффект всех этих факторов в конечном итоге отражается в психической структуре человека, и именно последняя становится той почвой, на которой развиваются поведенческие симптомы.

Тип личностной организации — невротический, пограничный или психотический — является наиважнейшей характеристикой пациента, когда мы рассматриваем (1) степень интеграции его идентичности, (2) типы его привычных защитных операций и (3) его способность к тестированию реальности. Я считаю, что невротическая организация личности, в отличие от пограничной или психотической, предполагает интегрированную идентичность. Невротическая организация личности представляет собой защитную организацию, основанную на вытеснении и других защитных операциях высокого уровня. Пограничные же и психотические структуры мы видим у пациентов, в основном пользующихся примитивными защитными механизмами, главным из которых является расщепление (splitting). Способность к тестированию реальности сохранена при невротической и пограничной организации, но серьезно повреждена при психотической организации. Эти структурные критерии хорошо дополняют обычное поведенческое или феноменологическое описание пациента и помогают сделать дифференциальную диагностику психических болезней более четкой, особенно в тех случаях, когда заболевание нелегко классифицировать.

Дополнительными структурными критериями, которые помогают отличить пограничную личностную организацию от невроза, являются: наличие или отсутствие неспецифических проявлений слабости Эго, снижение способности переносить тревогу и контролировать свои импульсы и способность к сублимации, а также (для проведения дифференциального диагноза шизофрении) наличие или отсутствие первичных процессов мышления в клинической ситуации. Я не стану подробно рассматривать эти критерии, поскольку при попытке отличить пограничное состояние от невроза неспецифические проявления слабости Эго клинически не столь существенны и при разграничении пограничного и психотического способов мышления психологическое тестирование более результативно, чем клиническое интервью. Степень и качество интеграции Супер-Эго очень важны для прогноза, так как являются дополнительными структурными характеристиками, позволяющими отличить невротическую организацию личности от пограничной*.

Структурное интервью как метод диагностики

Традиционное интервью в психиатрии возникло на основе модели медицинского обследования и по большей части приспособлено для работы с психотиками или с органиками (Gill et al., 1954). Под влиянием теории и практики психоанализа основной акцент постепенно переместился на взаимодействие пациента и терапевта. Набор достаточно стандартных вопросов уступил место более гибкому изучению основных проблем. Такой подход исследует понимание пациентом своих конфликтов и связывает изучение личности пациента с его актуальным поведением во время интервью. Карл Меннингер приводит хорошие примеры такого подхода (Menninger, 1952) к различным пациентам.

Вайтхорн (Whitehorn, 1944), Паудермейкер (Powdermaker, 1948), Фромм-Райхман (Fromm-Reichmann, 1950) и особенно Салливан (Sullivan, 1954) внесли свой вклад в создание такого типа психиатрического интервью, в центре которого стоит взаимодействие пациента и терапевта как основной источник информации. Гилл (Gill et al., 1954) создал новую модель психиатрического интервью, направленного на всестороннюю оценку состояния пациента и на усиление его желания получить помощь. Природу расстройства и то, насколько пациент мотивирован и готов к психотерапии, можно оценить в ходе актуального взаимодействия с терапевтом. Этот подход позволяет увидеть прямую связь между психопатологией пациента и тем, насколько ему показана психотерапия. Он также помогает оценить, какие формы сопротивления могут стать центральной проблемой на ранних этапах терапии. Данный подход дает возможность “высветить” положительные качества пациента, но зато может скрыть некоторые аспекты его психопатологии.

Дойч (Deutsch, 1949) подчеркивал ценность психоаналитического интервью, которое раскрывает бессознательные связи между текущими проблемами пациента и его прошлым. Отталкиваясь от иной теоретической основы, Роджерс (Rogers, 1951) предложил такой стиль интервью, который помогает пациенту исследовать свои эмоциональные переживания и взаимосвязь между ними. Такой неструктурированный подход, если говорить о его недостатках, уменьшает возможность получить объективные данные и не позволяет систематически исследовать психопатологию пациента и его здоровье.

Маккиннон и Мичелс (MacKinnon and Michels, 1971) описывают психоаналитическую диагностику, основанную на взаимодействии между пациентом и терапевтом. Для диагностики используются клинические проявления особенностей характера, которые пациент демонстрирует на интервью. Такой подход позволяет тщательно собирать информацию описательного характера, оставаясь в психоаналитических концептуальных рамках.

Все вышеперечисленные виды клинических интервью стали мощными средствами для оценки описательных и динамических особенностей пациентов, но, как мне кажется, они не позволяют оценивать структурные критерии, по которым мы судим о пограничной личностной организации. Беллак (Bellak et al., 1973) разработал форму структурного клинического интервью для дифференциальной диагностики. Такой подход позволяет различать нормальных людей, невротиков и шизофреников на основе структурной модели функционирования Эго. Хотя в их исследованиях не изучались пограничные пациенты, данные авторы нашли значительные различия между этими тремя группами, пользуясь шкалой, измеряющей структуры и функции Эго. Их исследование показывает ценность структурного подхода для дифференциальной диагностики.

В сотрудничестве с С. Бауэром, Р. Блюменталем, А. Карром, Э. Голдштейном, Г. Хантом, Л. Пессаром и М. Стоном я разработал подход, который Блюменталь (в личной беседе) предложил называть структурным интервью — дабы подчеркнуть структурные характеристики трех основных типов личностной организации. При таком подходе внимание направлено на симптомы, конфликты и сложности, характерные для данного пациента, и особенно на то, как они проявляются здесь-и-теперь во взаимодействии с терапевтом.

Мы предполагаем, что концентрация внимания на основных конфликтах пациента создает необходимое напряжение, которое позволяет проявиться его основной защитной и структурной организации психических функций. Сосредоточивая внимание на защитных действиях пациента во время интервью, мы получаем необходимые данные, позволяющие нам отнести его к одному из трех типов структуры личности. Для этого мы оцениваем степень интеграции его идентичности (интеграции Я- и объект-репрезентаций), тип основных защит и способность к тестированию реальности. Чтобы активизировать и оценить эти структурные характеристики, мы создали форму интервью, которая объединяет традиционное психиатрическое обследование с психоаналитически ориентированным подходом, сфокусированным на взаимодействии пациента и терапевта, на прояснении, конфронтации и интерпретации конфликтов идентичности, защитных механизмов и нарушений тестирования реальности, которые проявляются в этом взаимодействии — особенно когда в этом выражаются элементы переноса.

Прежде чем перейти к описанию самого структурного интервью, дадим несколько определений, которые помогут нам в дальнейшем.

Прояснение есть исследование вместе с пациентом всего неопределенного, неясного, загадочного, противоречивого или незавершенного в представленной им информации. Прояснением называется такой первый, когнитивный, шаг, при котором все, что пациент говорит, не ставится под сомнение, но обсуждается, чтобы выяснить, что из этого следует, и оценить, насколько он сам понимает свою проблему или насколько испытывает замешательство перед тем, что остается неясным. С помощью прояснения мы получаем сознательную и предсознательную информацию, не бросая вызов пациенту. В конце концов, сам пациент проясняет свое поведение и свои внутренние переживания, подводя нас таким образом к границам своего сознательного и предсознательного понимания.

Конфронтация, второй шаг в процессе интервью, открывает перед пациентом такие сведения, которые кажутся противоречивыми или непоследовательными. Конфронтация обращает внимание пациента на те аспекты его взаимодействия с терапевтом, которые вроде бы указывают на несоответствия в функционировании, — следовательно, там работают защитные механизмы, присутствуют противоречащие друг другу Я- и объект-репрезентации и снижено осознание реальности. Прежде всего пациенту указывают на что-то в его действиях, что он не осознавал или считал вполне естественным, но что терапевт воспринимает как нечто неадекватное, противоречащее другой информации или приводящее в замешательство. Для конфронтации нужно сопоставить те части сознательного и предсознательного материала, которые пациент представляет или переживает отдельно друг от друга. Терапевт также поднимает вопрос о возможном значении данного поведения для функционирования пациента в настоящий момент. Таким образом можно исследовать способность пациента смотреть на вещи с иной точки зрения без последующей регрессии, можно установить внутренние взаимоотношения между различными темами, собранными вместе, и особенно оценить интегрированность представлений о Я и других. Важна также реакция пациента на конфронтацию: увеличивается или снижается у него осознание реальности, испытывает ли он эмпатию к

терапевту, в чем отражается его понимание социальной ситуации и способность к тестированию реальности. Наконец, терапевт соотносит актуальное поведение здесь-и-теперь с подобными проблемами пациента в других сферах, таким образом устанавливая связь между поведением и жалобами — и структурными характеристиками личности. Конфронтация требует такта и терпения, это не агрессивное вторжение в психику пациента и не движение к поляризации взаимоотношений с ним.

Интерпретация, в отличие от конфронтации, связывает сознательный и предсознательный материал с предполагаемыми или возможными бессознательными функционированием или мотивацией здесь-и-теперь. С помощью интерпретации исследуется происхождение конфликтов между диссоциированными состояниями Эго (расщепленными Я- и объект-репрезентациями), природа и мотивы действующих защитных механизмов, а также защитный отказ от тестирования реальности. Иными словами, интерпретация имеет дело со скрытыми активизировавшимися тревогой и конфликтами. Конфронтация сопоставляет и реорганизует то, что можно было наблюдать; интерпретация же добавляет к этому материалу гипотетическое измерение причинности и глубины. Таким образом терапевт связывает актуальное поведение пациента с его глубинными тревогами, мотивами и конфликтами, что позволяет увидеть основные трудности за текущими поведенческими проявлениями. Например, когда терапевт говорит пациенту, что, кажется, видит в его поведении проявления подозрительности, и исследует, насколько сам пациент данный факт осознает, — это конфронтация; когда же терапевт высказывает предположение, что подозрительность или тревога пациента связаны с тем, что он видит в терапевте то “плохое”, от чего хотел бы избавиться сам (и что пациент до сего момента не осознавал), — это уже интерпретация.

Перенос есть проявления неадекватного поведения при взаимодействии пациента с терапевтом — такого поведения, которое отражает бессознательное повторение патологических и конфликтных взаимоотношений со значимыми другими в прошлом. Трансферентные реакции создают контекст для интерпретаций, связывая то, что происходит с пациентом сейчас, с тем, что происходило в прошлом. Сказать пациенту, что он пытается контролировать терапевта и относится к нему подозрительно, значит прибегнуть к конфронтации. Предположить вслух, что он воспринимает терапевта как деспотичного, жесткого, грубого и подозрительного человека и потому сам насторожен, поскольку борется с такими же тенденциями в себе самом, — это уже интерпретация. Сказать же, что пациент сражается с терапевтом, который олицетворяет его внутреннего “врага”, потому что он переживал подобные взаимоотношения в прошлом с родительской фигурой, — это интерпретация переноса.

Коротко говоря, *прояснение* есть мягкий когнитивный инструмент исследования границ осознания пациентом того или иного материала. *Конфронтация* стремится внести в сознание пациента потенциально конфликтные и несовместимые между собой аспекты материала. *Интерпретация* стремится к разрешению этого конфликта, предполагая стоящие за ним бессознательные мотивы и защиты, что придает противоречивому материалу определенную логичность. *Интерпретация переноса* прилагает все вышеперечисленные аспекты техники к актуальному взаимодействию пациента и терапевта.

Поскольку структурное интервью фокусируется на конфронтации и интерпретации защит, на конфликтах идентичности, на способности тестировать реальность и на нарушении в интернализированных объектных отношениях, а также на аффективных и когнитивных конфликтах, — оно вызывает у пациента достаточное напряжение. Вместо того чтобы помочь пациенту расслабиться и снизить уровень его защит, принимая их или игнорируя,

терапевт стремится к тому, чтобы пациент проявил патологию организации функций Эго, дабы тем самым получить информацию о структурной организации его нарушений. Но описываемый мною подход ни в коей мере не является традиционным “стрессорирующим” интервью, в ходе которого у пациента стремятся вызвать искусственные конфликты или тревоги. Напротив, прояснение реальности, во многих случаях необходимое при первых конфронтациях, требует от терапевта такта, выражает уважение и заботу об эмоциональной реальности пациента, является честным общением, а отнюдь не безразличием или терпеливой снисходительностью “старшего”. Техника структурного интервью будет рассмотрена во второй главе, а ниже приводятся клинические характеристики пограничной организации личности, которые открываются при таком подходе.

Структурные характеристики пограничной организации личности

Симптомы как предположительный диагноз

Симптомы и патологические черты характера пациента не являются структурными критериями, но они привлекают внимание клинициста к структурным критериям пограничной организации личности. Подобным образом, наличие симптомов, которые заставляют нас подозревать психотическую природу, но при этом не позволяют поставить точный диагноз или не укладываются в определенную картину основных аффективных психозов (маниакально-депрессивный психоз), шизофрении, синдрома острого или хронического органического поражения головного мозга, — такие симптомы требуют от клинициста исследования структурных критериев пограничной организации личности. Наблюдаемые у пограничных пациентов симптомы похожи на симптомы обычных неврозов или патологии характера, но сочетание некоторых черт характерно именно для случаев пограничной патологии. Особенно важны следующие симптомы (см. Kernberg, 1975):

1. *Тревога.* Пограничным пациентам свойственна хроническая, все пропитывающая, “свободно плавающая” тревога.
2. *Полисимптоматический невроз.* У многих пациентов встречается тот или иной набор невротических симптомов, но тут я имею в виду только те случаи, когда у пациента мы находим сочетание не менее двух из перечисленных ниже признаков:
 - а. Множественные фобии, особенно такие, которые значительно ограничивают активность пациента в повседневной жизни.
 - б. Симптомы навязчивости, которые вторично стали Эго-синтонными и приобрели качество “сверхценных” мыслей и действий.
 - в. Множественные сложные или причудливые конверсионные симптомы, особенно хронические.
 - г. Реакции диссоциации, особенно истерические сумеречные состояния и фуги, а также амнезия, сопровождаемая нарушениями сознания.
 - д. Ипохондрии.

е. Параноидные и ипохондрические тенденции в сочетании с любыми другими симптоматическими неврозами (типичное сочетание, заставляющее думать о диагнозе пограничной организации личности).

3. *Полиморфные перверсные сексуальные тенденции.* Здесь я имею в виду пациентов с выраженными сексуальными отклонениями, при которых сосуществуют несколько разных перверсных наклонностей. Чем хаотичней и множественней перверсные фантазии и действия пациента и чем нестабильнее объектные отношения, развивающиеся вокруг такой сексуальности, тем больше оснований заподозрить пограничную организацию личности.

4. “Классическая” препсихотическая структура личности, включающая в себя следующие черты:

а. Параноидная личность (параноидные черты проявляются в такой степени, что выступают на первое место в описательном диагнозе).

б. Шизоидная личность.

в. Гипоманиакальная личность и циклотимическая организация личности с выраженными гипоманиакальными тенденциями.

5. *Импульсивный невроз и зависимости.* Под этим я подразумеваю такие формы тяжелой патологии характера, которые в поведении проявляются “прорывом импульса” к удовлетворению инстинктивных нужд, причем такие импульсивные эпизоды Эго-дистонны при воспоминании о них, но Эго-синтонны и приносят большое удовольствие в самый момент их исполнения. Алкоголизм и наркомания, некоторые формы психогенного ожирения или kleptomania являются тому типичными примерами.

6. *Нарушения характера “низшего уровня”.* Сюда можно включить некоторые формы тяжелой патологии характера, типичными примерами которых являются хаотичный и импульсивный характеры — в отличие от классических типов структуры характера, основанных на формировании реакции, и от тихих “уклоняющихся” личностей. С клинической точки зрения типичная истерическая личность не имеет пограничной структуры; то же самое можно сказать и о большинстве типов обсессивно-компульсивной личности, а также о структурной организации “депрессивной личности” (Laughlin, 1967) или о достаточно интегрированной мазохистической личности. И, напротив, многие инфантильные типы личности и типичная нарциссическая личность имеют пограничную организацию психики; “ложная” (“as if”) личность также относится к этой группе. Все ярко выраженные структуры антисоциальной личности, которые я исследовал, также представляют собой типичную пограничную организацию личности.

Все эти симптомы, как и основные патологические черты характера, можно выявить при первоначальном исследовании симптома, который привел пациента к терапевту. Исследование должно включать в себя информацию о межличностной и социальной жизни пациента на работе и в семье; о его сексуальных и супружеских взаимоотношениях; о его общении с близкими родственниками, друзьями, знакомыми; об отдыхе, культурной жизни, об отношении к политике и религии и прочих интересах. Это касается любого пациента, которого мы обследуем на предмет пограничной организации личности: ясная картина как его симптомов, так и особенностей его межличностной жизни является очень важной первоначальной информацией.

Недостаточная интеграция идентичности: синдром “диффузной идентичности”

Клинически “диффузная идентичность” представлена плохой интеграцией между концепциями Я (self)* и значимых других. Постоянное чувство пустоты, противоречия в восприятии самого себя, непоследовательность поведения, которую невозможно интегрировать эмоционально осмысленным образом, и бледное, плоское, скудное восприятие других — все это проявления диффузной идентичности. Ее диагностическим признаком является то, что пациент не способен донести свои значимые взаимодействия с другими до терапевта, и поэтому последний не может эмоционально сопереживать концепциям его самого и значимых других.

С теоретической точки зрения недостаточность интеграции Я и концепций значимых других объясняют следующие гипотезы (Kernberg, 1975).

- (1) В психической организации пограничной личности существует достаточная дифференциация Я-репрезентаций от объект-репрезентаций, чтобы установить границу Эго (то есть четкий барьер между Я и другим). Психотическая структурная организация, напротив, предполагает регрессивный отказ от границы между Я- и объект-репрезентациями или нечеткость этой границы.
- (2) В отличие от невротических структур, где все Я-образы (и “хорошие”, и “плохие”) интегрированы в цельное Я и все “хорошие” и “плохие” образы других могут быть интегрированы в цельные образы, в психической организации пограничной личности такая интеграция не осуществляется, так что все Я- и объект-репрезентации остаются нецельными, взаимно противоречащими когнитивно-аффективными репрезентациями.
- (3) Неспособность интегрировать “хорошие” и “плохие” аспекты реальности Я и других связана с мощной ранней агрессией, активизированной у таких пациентов. Диссоциация между “хорошими” и “плохими” Я- и объект-репрезентациями защищает любовь и “хорошее” от разрушения берущей верх ненавистью и “плохим”.

“Диффузная идентичность” раскрывается во время структурного интервью, когда терапевт узнает о крайне противоречивом поведении пациента в прошлом или когда переходы от одного эмоционального состояния к другому сопровождаются такими противоречиями в поведении и самовосприятии пациента, что терапевту очень трудно представить себе пациента одним целостным человеком. При тяжелой невротической патологии характера противоречивое межличностное поведение отражает патологический, но цельный взгляд пациента на себя и значимых других, а при пограничной организации личности сам этот внутренний взгляд на себя и других лишен целостности.

Так, например, пациентка с преобладанием истерической, то есть невротической, структуры личности сообщила во время интервью, что у нее сексуальные проблемы, но не смогла рассказать об этих проблемах. Когда терапевт указал ей на непоследовательность такого поведения, она ответила, что терапевт-мужчина будет получать удовольствие от того, что униженная женщина рассказывает ему о своих сексуальных проблемах, что в мужчинах может возникнуть сексуальное возбуждение, когда они смотрят на женщину как на низшее существо в сфере сексуальности. Концепция мужчины и сексуальности,

унижающей женское достоинство, и разговор об этом является частью интегрированной, хотя и патологической, концепции себя и других.

Другая пациентка с инфантильной структурой характера и с пограничной личностной организацией выражала свое отвращение к мужчинам, которые используют женщину как сексуальный объект, рассказывала, как она защищалась от домогательств своего предыдущего начальника и как ей приходится избегать социальных контактов с людьми из-за грубости похотливых мужчин. Но в то же время она рассказала, что какое-то время работала “крошкой” в мужском клубе, и была крайне изумлена, когда терапевт заговорил о противоречиях между ее взглядами и выбором работы.

Диффузия идентичности проявляется и в том случае, если пациент описывает значимых людей, а терапевт не может собрать эти образы в цельную и ясную картину. Описания значимых других бывают настолько противоречивы, что больше похожи на карикатуры, чем на живых людей. Одна женщина, которая жила в “тройном союзе” с мужчиной и другой женщиной, не могла описать ни их характеры, ни сексуальные взаимоотношения между этими людьми, и особенно свои отношения с каждым из них. Другая пограничная пациентка с мазохистической структурой личности описывала свою мать то как теплую, заботливую, чуткую к нуждам дочери женщину, то как холодную, равнодушную, бесчувственную, эгоистичную и замкнутую в себе. Попытки прояснить эти противоречия сначала усилили тревогу пациентки, а потом она почувствовала, что терапевт нападает на нее, критикует за такой противоречивый образ собственной матери и за “плохие” чувства к ней. Интерпретация, согласно которой пациентка проецирует свое чувство вины на терапевта, снизила ее тревогу, но причинила пациентке боль, когда она осознала, насколько хаотично ее восприятие собственной матери. Разумеется, пациент может описывать какого-то по-настоящему хаотичного человека, так что надо уметь отличать хаотическое описание другого от реалистического изображения человека, который хронически ведет себя противоречиво. Но на практике это легче, чем может показаться.

Структурное интервью часто дает нам возможность исследовать то, как пациент воспринимает терапевта и насколько пациенту трудно чувствовать эмпатию к стремлению терапевта собрать в единый образ восприятие пациентом терапевта. Короче говоря, структурное интервью представляет собой ситуацию исследования, в которой можно изучать и тестировать степень интеграции Я и восприятия объектов.

Четкая идентичность Эго является признаком невротической структуры личности с сохраненной способностью к тестированию реальности. Ненормальная, патологически-интегрированная идентичность встречается в некоторых случаях создания хронической бредовой системы как у пациентов с маниакально-депрессивным психозом, так и у шизофреников. Со структурной точки зрения, оба эти качества — интеграция и конгруэнтность с реальностью — позволяют различать психические организации личности невротика и психотика.

С этим неразрывно связана еще одна структурная тема: качество объектных отношений, то есть стабильность и глубина взаимоотношений со значимыми другими, что проявляется в душевном тепле, преданности, заботе и уважении. Другими качественными аспектами являются эмпатия, понимание и способность сохранять взаимоотношения в периоды конфликтов или фрустраций. Качество объектных отношений во многом определяется целостностью идентичности, включающей в себя не только степень интеграции, но и относительное постоянство Я-образа и образов других людей во времени. Обычно мы воспринимаем себя как нечто постоянное во времени, в разных обстоятельствах и с различными людьми и ощущаем конфликт, когда наш Я-образ

становится противоречивым. То же самое можно сказать о нашем отношении к другим. Но при пограничной личностной организации это постоянство образа во времени утеряно, у таких пациентов страдает реальное восприятие другого человека. Продолжительные взаимоотношения пограничного пациента с другими обычно сопровождаются растущими искажениями восприятия. Такому человеку трудно чувствовать эмпатию, его взаимоотношения с другими хаотичны или бледны, а близкие отношения испорчены характерным для этих пациентов сгущением генитальных и прегенитальных конфликтов.

Качество объектных отношений данного пациента может проявляться в его взаимоотношениях с терапевтом на интервью. Несмотря на непродолжительность, эти диагностические взаимоотношения часто позволяют отличить невротика, который постепенно устанавливает нормальные личные отношения с терапевтом, от пограничного пациента, который всегда устанавливает отношения хаотичные, пустые, искаженные, если они вообще не блокируются. В том случае, когда мы встречаемся с психотической организацией личности, когда тестирование реальности утеряно, можно ожидать еще более серьезное нарушение взаимоотношений терапевта и пациента. Именно комбинация таких нарушений во взаимодействии с людьми, при которых сохраняется тестирование реальности, особенно характерна для пограничной личностной организации. Частое переключение внимания с актуального взаимодействия пациента и терапевта, проводящего интервью, на сложности пациента во взаимоотношениях со значимыми другими дает добавочный материал для оценки качества его объектных отношений.

Примитивные механизмы защиты

Еще одно отличие невротической структуры личности от психотической и пограничной структур определяется природой защитных механизмов. У невротиков, как мы уже упоминали, организация защит основана на вытеснении и на других защитных операциях высокого уровня. Структурная же организация пограничной и психотической личностей характеризуется преобладанием примитивных защит, особенно механизма расщепления. Вытеснение и другие защиты сравнительно высокого уровня — такие как формирование реакции, изоляция, уничтожение (*undoing*), интеллектуализация и рационализация, — оберегают Эго от интрапсихического конфликта путем отторжения влечения, всех связанных с ним действий и представлений от сознательного Эго. Расщепление же и другие подобные защиты оберегают Эго от конфликтов посредством диссоциации, то есть активного разделения всех противоречащих друг другу переживаний, касающихся себя или других. Когда преобладают примитивные защитные механизмы, тогда различные состояния Эго активизируются последовательно, одно за другим. Если эти противоречащие состояния Эго не пересекаются между собой, то и тревога, связанная с ними, не проявляется или находится под контролем.

Механизм примитивной диссоциации, то есть расщепление и связанные с ним защитные механизмы примитивной идеализации, примитивные формы проекции (в частности, проективная идентификация), отрицание, всемогущество и обесценивание, можно выявить при диагностическом взаимодействии пациента с терапевтом. Эти механизмы защищают пограничного пациента от интрапсихического конфликта, но за счет ослабления функционирования Эго, тем самым снижая эффективность адаптации и гибкость как во время интервью, так и вообще в жизни. Те же самые примитивные защитные механизмы при психотической организации личности предохраняют от полного разрушения границ между Я и объектом. Тот факт, что и у пограничных пациентов и у психотиков работают одни и те же защитные механизмы, выполняя при этом различные функции, подтверждается клинически. Интерпретация расщепления и подобных

механизмов у пациента с пограничной личностной организацией способствует интеграции Эго и улучшает его функционирование в настоящий момент. Это улучшение (хотя бы и временное) в социальной адаптации и тестировании реальности можно использовать для диагностики. Когда же во время диагностического интервью такие защиты интерпретируются у психотика, это приводит к дальнейшему ухудшению его функционирования. Таким образом, улучшение или ухудшение сразу после такой интерпретации является существенной частью процесса дифференциальной диагностики в случае, когда мы пытаемся отличить психотическую личностную организацию от пограничной.

Расщепление. Возможно, ярче всего расщепление проявляется тогда, когда все внешние объекты делятся на “абсолютно хорошие” и “абсолютно плохие”, причем возможны внезапные переходы от одной крайности к другой, когда неожиданно все чувства и мысли, относящиеся к конкретному человеку, становятся прямо противоположными тем, что были минуту назад. Резкие постоянные колебания между противоречивыми Я-концепциями — еще одно проявление механизма расщепления. Внезапные скачки восприятия во время диагностического интервью, когда у пациента полностью меняется образ терапевта или самого себя, или непересекающиеся между собой противоположные реакции пациента на одну и ту же вещь — все это проявления механизма расщепления в ситуации здесь-и-теперь. Усиление тревоги пациента в ответ на попытку терапевта указать ему на эти противоречия в восприятии себя или в объект-репрезентациях также свидетельствует о работе механизма расщепления. Попытки прояснения, конфронтации и интерпретации этих противоречивых аспектов Я- или объект-репрезентаций активизируют механизм расщепления во взаимодействии здесь-и-теперь, а также показывают функцию этой защиты (усиливает она или снижает тестирование реальности) и черты ригидности характера, из-за которых расщепление “фиксируется” и становится устойчивой проблемой.

Примитивная идеализация. Этот механизм еще более усложняет тенденцию рассматривать все внешние объекты как “абсолютно хорошие” или “абсолютно плохие”, поскольку их “хорошесть” или “плохость” патологически и искусственно усиливается. Примитивная идеализация создает оторванные от реальности образы доброты и всемогущества. Это можно увидеть во время диагностического интервью, когда терапевт воспринимается пациентом как идеальный человек, облеченный всемогуществом, как некое божество, на которое пациент возлагает нереалистичные надежды. Терапевт или еще какая-то идеализированная фигура может восприниматься как союзник в борьбе против равно всемогущего и (столь же фантастического) “абсолютно плохого” объекта.

Примитивные формы проекции, в частности проективная идентификация. В отличие от проекции “высшего уровня”, когда пациент приписывает другому человеку тот импульс, который вытесняет у себя, примитивным формам проекции, в частности проективной идентификации, свойственны следующие особенности: (1) тенденция продолжать переживать тот самый импульс, который проецируется на другого человека, (2) страх перед этим другим под влиянием спроецированного импульса, и (3) потребность контролировать другого человека под влиянием этого механизма. Проективная идентификация, таким образом, предполагает как интрапсихический, так и поведенческий

межличностный аспекты взаимодействия пациента с другим человеком. Все это может драматично проявляться во время диагностического интервью. Пациент может обвинять терапевта в тех самых реакциях, которые сам старается вызвать в нем своим поведением. Так, например, один пациент сказал, что терапевт ведет себя садистически, в то время как сам пациент относился к терапевту холодно, властно, презрительно и с подозрением. Интерпретация такой защиты в ситуации здесь-и-теперь часто помогает очень быстро отличить параноидную личность (пограничное расстройство) от параноидной шизофрении.

Отрицание. Отрицание у пограничного пациента в типичном случае представлено отрицанием двух эмоционально независимых областей сознания, можно сказать, что в данном случае отрицание просто усиливает расщепление. Пациент знает, что его восприятие, мысли и чувства по отношению к себе или к другим людям в один момент полностью противоположны тому, что он переживает в другое время, но его воспоминание лишено эмоций и никак не влияет на то, что он чувствует сейчас. Отрицание может проявиться в том, что пациент не проявляет озабоченности, тревоги или эмоций в ответ на серьезную и неотложную потребность, на конфликт или на опасную жизненную ситуацию, так что пациент спокойно говорит о своем интеллектуальном понимании происходящего, отрицая при этом всю эмоциональную сторону ситуации. Или же все то, что пациент сознает, может быть полностью отрезано от его субъективных переживаний, что защищает пациента от возможных конфликтов. Эмпатия терапевта, пытающегося смотреть на события жизни пациента и на его отношение к этим событиям как на нормальные человеческие переживания, часто открывает пациенту резкий контраст между такой эмпатией и его собственным равнодушием и бесчувственностью по отношению к себе или к значимым другим. Отрицание может проявиться также в тот момент, когда пациент рассказывает о своей жизненной ситуации и терапевт видит противоречие между описанием этой ситуации и эмоциональной реакцией на нее пациента во время интервью.

Всемогущество и обесценивание. Как всемогущество, так и обесценивание являются производными защитных операций расщепления, направленных на Я- и объект-репрезентации. В типичном случае они проявляются в состояниях Эго, в которых существуют раздутое грандиозное Я и обесцененные и презируемые репрезентации других. Особенно ярко выражены такие защиты у нарциссической личности, представляющей особую подгруппу среди типов пограничной личностной организации. Всемогущество и обесценивание проявляется в том, как пациент описывает значимых других, и в его поведении при взаимодействии с терапевтом. В связи с этим терапевт, проводящий диагностическое интервью, должен быть особенно внимателен к малейшим проявлениям патологического поведения (как бы незначительны они ни были), которые можно обнаружить во время такого первоначального контакта с пациентом. Учитывая тот факт, что пациент обычно старается в новой ситуации как можно лучше преподнести себя (и если он этого не делает, можно подозревать серьезное характерологическое нарушение), можно прийти к выводу, что как выраженные формы неадекватного поведения, так и мельчайшие отклонения от “совершенно нормального” поведения заслуживают внимательного исследования во время диагностического интервью.

Тестирование реальности

Как невротическая, так и пограничная личностная организация, в отличие от психотической, предполагают наличие способности к тестированию реальности. Поэтому, если синдром диффузной идентичности и преобладание примитивных механизмов защиты позволяют отличить структуру пограничной личности от невротического состояния, тестирование реальности позволяет провести разделение между пограничной личностной организацией и серьезными психотическими синдромами. Тестирование реальности можно определить как способность различать Я и не-Я, отличать внутриспсихическое от внешнего источника восприятия и стимуляции, а также как способность оценивать свои аффекты, поведение и мысли с точки зрения социальных норм обычного человека. При клиническом исследовании о способности тестировать реальность нам говорят следующие признаки: (1) отсутствие галлюцинаций и бреда; (2) отсутствие явно неадекватных или причудливых форм аффектов, мышления и поведения; (3) если окружающие замечают неадекватность или странность аффектов, мышления и поведения пациента с точки зрения социальных норм обычного человека, пациент способен испытывать эмпатию к переживаниям других и участвовать в их прояснении. Тестирование реальности надо отличать от искажений субъективного восприятия реальности, которое может появиться у любого пациента во время психологических трудностей, а также от искажения отношения к реальности, которое встречается всегда как при расстройствах характера, так и при более регрессивных психотических состояниях. В отрыве от всего остального тестирование реальности лишь в редких случаях бывает важным для диагностики (Frosch, 1964). Как же проявляется тестирование реальности в ситуации структурного диагностического интервью?

1. Можно считать, что способность к тестированию реальности наличествует в том случае, когда мы видим, что у пациента нет и не было галлюцинаций или бреда, либо, если у него были галлюцинации или бред в прошлом, в настоящий момент он в полной мере способен критически к ним относиться, включая способность выражать озабоченность или удивление по поводу этих феноменов.
2. У пациентов, не имевших галлюцинаций или бреда, способность к тестированию реальности можно оценить на основе внимательного изучения неадекватных форм аффектов, мышления или поведения. Тестирование реальности выражается в способности пациента переживать эмпатию к тому, как терапевт воспринимает эти неадекватные явления, и — более тонко — в способности пациента переживать эмпатию к тому, как терапевт воспринимает взаимодействие с пациентом в целом. Структурное интервью, как я уже упоминал, предоставляет идеальные возможности для исследования тестирования реальности и, таким образом, помогает отличить пограничную личностную организацию от психотической.
3. По причинам, которые обсуждались выше, способность к тестированию реальности можно оценить при интерпретации примитивных механизмов защиты, действующих во время диагностического интервью при контакте пациента и терапевта. Улучшение функционирования пациента вследствие такой интерпретации отражает наличие способности к тестированию реальности, а мгновенное ухудшение после нее заставляет думать о потере этой способности.

Таблица 1 суммирует отличия между разными организациями личности по трем структурным параметрам: по степени интеграции идентичности, по преобладанию механизмов защиты и по способности к тестированию реальности.

Неспецифические проявления слабости Эго

Неспецифические проявления слабости Эго включают в себя неспособность переносить тревогу, отсутствие контроля над импульсом, а также отсутствие зрелых способов сублимирования. Эти признаки надо отличать от “специфических” аспектов слабости Эго — от тех, которые являются следствием преобладания примитивных защитных механизмов. Способность переносить тревогу характеризуется той степенью, в которой пациент может терпеть эмоциональное напряжение, превосходящее привычный для него уровень, и при этом не страдать от усиления симптоматики или не проявлять общего регрессивного поведения. Контроль над импульсом характеризуется той степенью, в которой пациент может переживать инстинктивное желание или сильные эмоции и при этом не действовать импульсивно, наперекор своим решениям и интересам. Эффективность сублимации определяется тем, насколько пациент может “инвестировать” себя в свои ценности, выходящие за рамки непосредственной выгоды или самосохранения, в частности тем, насколько он способен развивать творческие способности в сферах, не связанных с его воспитанием, образованием или полученными навыками.

Эти характеристики, отражающие структуры личности, прямо проявляются в поведении, о котором можно узнать, исследуя историю пациента. Неспецифические проявления слабости Эго помогают отличить пограничную личностную организацию и психозы от невротической структуры. Но в случае, когда предстоит отделить пограничную структуру от невротической, эти признаки не дают столь же ценных и ясных критериев, как интеграция идентичности и уровни организации защит. К примеру, многие нарциссические личности показывают гораздо меньше неспецифических симптомов слабости Эго, чем можно ожидать.

Полное или частичное отсутствие интеграции Супер-Эго

Относительно хорошо интегрированное, но очень жесткое Супер-Эго свойственно невротическому типу организации личности. Для пограничной же и психотической организаций личности характерны нарушения интеграции Супер-Эго, а также наличие неинтегрированных предшественников Супер-Эго, в частности примитивных садистичных и идеализированных объект-репрезентаций. Об интеграции Супер-Эго можно судить по тому, в какой степени пациент идентифицируется с этическими ценностями, и по тому, является ли для него нормальное чувство вины значимым регулятором. Регуляция самоуважения с помощью чрезвычайно сильного переживания вины или депрессивные колебания настроения говорят о патологической интеграции Супер-Эго (что типично для невротической организации), в отличие от более спокойного, конкретно-ориентированного, самокритичного функционирования нормального человека в сфере этических ценностей. Признаками интегрированности Супер-Эго являются: то, в какой мере человек может регулировать свои действия на основе этических принципов; насколько он воздерживается от эксплуатации, манипуляции и жестокости по отношению к другому человеку; насколько он остается честным и морально цельным при отсутствии внешнего к тому принуждения. Для диагностики этот критерий представляет меньшую ценность, чем вышеописанные. Даже у пациентов с преобладающими примитивными защитными механизмами Супер-Эго может быть интегрированным, хотя и иметь садистическую природу — встречаются пациенты с пограничной личностной организацией, обладающие достаточно высокой степенью интегрированности Супер-Эго, несмотря на серьезную патологию в сферах интеграции идентичности, объектных отношений и организации защит. К тому же информацию относительно

интегрированности Супер-Эго легче получить, изучая историю пациента или наблюдая пациента длительное время, чем в ходе диагностического интервью. Тем не менее степень интегрированности Супер-Эго имеет огромную ценность для прогноза, вот почему она является важнейшим структурным критерием в вопросе о показаниях или противопоказаниях для длительной интенсивной психотерапии. Фактически качество объектных отношений и качество функционирования Супер-Эго являются двумя наиболее важными критериями прогноза в структурном анализе.

Генетические и динамические характеристики конфликтов

Характерные для пограничной личностной организации конфликты инстинктов проявляются лишь в процессе длительного терапевтического контакта, и их сложно определить во время диагностического интервью, тем не менее ради полноты картины тут приводится их описание.

Пограничная личностная организация представляет собой патологическое смещение генитальных и прегенитальных инстинктивных стремлений с преобладанием прегенитальной агрессии (Kernberg, 1975). Это объясняет причудливое или неадекватное сочетание импульсов сексуальности, зависимости и агрессии, которые мы видим при пограничной (и также при психотической) организации личности. То, что представляется хаотическим постоянством примитивных влечений и страхов, пансексуализмом пограничного пациента, является комбинацией разнообразных патологических решений этих конфликтов.

Надо также подчеркнуть, что существует огромное несоответствие между историей жизни пациента и его внутренними фиксированными переживаниями. При психоаналитическом исследовании таких пациентов мы открываем не то, что происходило в их внешнем мире, но то, как пациент переживал значимые объектные отношения в прошлом. Кроме того, мы и не должны принимать за чистую правду историю жизни пациента, о которой он рассказывает на первых встречах: чем тяжелее расстройство характера, тем меньше стоит доверять этой информации. При тяжелых нарциссических нарушениях, как и при пограничной личностной организации вообще, рассказ о ранних годах жизни часто бывает пустым, хаотичным или недостоверным. Только после нескольких лет терапии удастся реконструировать внутреннюю генетическую последовательность событий (интрапсихические причины) и найти связь между ней и тем, как сам пациент сейчас переживает свое прошлое.

Характеристики конфликта инстинктов, перечисленные ниже, взяты из литературы, как их описывают многие источники (Kernberg, 1975), а также из моего собственного опыта работы с пограничными пациентами в рамках интенсивной психоаналитической психотерапии и психоанализа.

Прежде всего мы видим чрезмерную агрессивизацию эдипова конфликта, так что образ эдипова соперника в типичном случае наделен пугающими, несущими огромную опасность, разрушительными чертами; страх кастрации и зависть к пенису чрезмерно сильны и непреодолимы; а запреты Супер-Эго на сексуализированные взаимоотношения окрашены в дикие и примитивные тона, что проявляется в мощных мазохистических тенденциях или в параноидной проекции предшественников Супер-Эго.

Во-вторых, у таких пациентов существует чрезмерная идеализация гетеросексуального объекта любви в позитивных эдиповых взаимоотношениях, а также гомосексуального объекта любви в негативных эдиповых взаимоотношениях — такая идеализация явно

служит защитой от примитивного гнева. Таким образом, мы видим, с одной стороны, нереалистичную идеализацию объекта любви и стремление к нему, а, с другой, эта идеализация может мгновенно превратиться в свою противоположность, стать из позитивной негативной (или наоборот) при моментальном и полном обращении объектного отношения. Вследствие этого данная идеализация преувеличена и неустойчива, а в случае нарциссической патологии характера ситуация еще более усложняется склонностью таких пациентов легко обесценивать идеализированные объекты и полностью уходить в себя.

В-третьих, при внимательном генетическом анализе можно выявить, что за нереалистичными образами кошмарного эдипового соперника и идеализированного объекта желаний стоит смешение образов матери и отца, нереальные образы, отражающие смешение отдельных аспектов взаимоотношений с обоими родителями. В то время как половые различия при объектных отношениях установлены, отношения с этими объектами в фантазии нереалистичны и примитивны. Они отражают смешение идеализированных или пугающих взаимоотношений, основанных на доэдиповой и эдиповой стадиях развития, и им свойственны быстрые переключения как либидинальных, так и агрессивных отношений с одного родительского объекта на другой. Отношения с каждым родительским объектом заключают в себе более сложную историю развития, чем мы видим обычно у невротиков, исключая самых тяжелых невротиков, у которых развитие переноса теснее связано с реальными событиями прошлого.

В-четвертых, генитальные влечения пациентов, у которых ведущими являются доэдиповы конфликты, выполняют важные прегенитальные функции. Так, пенис может нести в себе черты питающей, не дающей питания или атакующей матери (это, главным образом, функции материнской груди), вагина берет на себя функции голодного, питающего или агрессивного рта; подобные явления распространяются на анальные и уринальные функции. Хотя многим невротикам и пациентам с менее серьезными расстройствами характера также свойственны эти черты, их сочетание с чрезмерной агрессивизацией всех прегенитальных либидинальных функций типично для пациентов с пограничной личностной организацией.

Пятой типичной чертой пограничных пациентов является то, что можно назвать преждевременной эдипизацией доэдиповых конфликтов и отношений; этот защитный ход развития инстинктов можно увидеть в клинике по тому, как быстро перенос приобретает эдипову окраску. Такой феномен переноса часто оказывается ложным, в том смысле, что он в конце концов отводит назад, к тяжелым и хаотичным доэдиповым нарушениям. В то же время он указывает на защитную организацию эдиповых конфликтов, которые в конечном итоге, порою через несколько лет после начала терапии, становятся основными в переносе. Растущее понимание того, как маленькие дети обоих полов осознают генитальную тему и чем отличаются отношения матери с младенцем в зависимости от того, мальчик это или девочка (Money and Ehrhardt, 1972; Galeson and Roiphe, 1977; Kleeman, 1977; Stoller, 1977), могут пролить свет на поведение раннего детства, которое связано с этим интрапсихическим процессом избегания доэдиповых конфликтов путем эдипизации объектных отношений.

У обоих полов перенесение фрустрированной потребности в зависимости с матери на отца окрашивает позитивные эдиповы отношения у девочки и негативные эдиповы отношения у мальчика. Перемещение орально-агрессивных конфликтов с матери на отца усиливает страх кастрации и эдипову ревность в мальчиках и зависть к пенису и сопутствующие изменения характера у девочек. У девочек мощная прегенитальная агрессия по отношению к матери усиливает мазохистические тенденции в их взаимоотношениях с

мужчинами, создает сильные запреты Супер-Эго относительно генитальной темы вообще и образует негативные эдиповы отношения с матерью как защитную идеализацию и формирование реакции, защищающие от агрессии. Проекция примитивных конфликтов, касающихся агрессии, на сексуальные отношения между родителями делает “первичную сцену” (primal scene) разрушительной и пугающей, что может привести к реакции ненависти в ответ на любую любовь, предложенную другим человеком. И вообще, защитное перемещение импульсов и конфликтов с одного родителя на другого способствует развитию запутанных, фантастических сочетаний двуполых родительских образов, сгущающихся под влиянием того или иного спроецированного импульса.

Все эти характерные для пациентов с пограничной личностной организацией особенности конфликта инстинктов могут проявляться в их первоначальной симптоматике и сексуальном поведении, в фантазиях и межличностных отношениях. Но, как уже было упомянуто, не всегда они открываются аналитику во всей своей глубине при первых контактах на диагностических интервью.

Заключение

Многие темы требуют дальнейшего клинического и экспериментального исследования. Это относится к структурному диагнозу пограничной личностной организации в моменты временной регрессии, например при коротких психотических эпизодах, возникающих у пограничных пациентов в периоды эмоционального стресса, под действием алкоголя или наркотиков. Клинический опыт позволяет предположить, что структурное диагностическое интервью, описанное выше, и при таком состоянии поможет обнаружить пограничную личностную организацию, оно также временно усилит способность к тестированию реальности, которая резко снижена у пациента при психотическом эпизоде. Но необходимы дальнейшие исследования, чтобы подтвердить эту гипотезу. Характерные проявления таких коротких психотических эпизодов и тот факт, что они возникают в типичной для пограничной личностной организации структуре, являются положительными диагностическими критериями в этот период.

Другой проблемой являются психотические реакции, которые возникают под воздействием психотомиметических средств, что нередко в острый период заставляет нас проводить дифференциальный диагноз между острым психотическим эпизодом на фоне пограничной личностной организации и острой шизофренической реакцией (Schizophreniform Disorder in American Psychiatric Association, 1980 [DSM-III]). Опять-таки, предварительные данные указывают на то, что нарушение тестирования реальности при психозе, вызванном воздействием психотомиметиков, на фоне пограничной личностной организации должно временно сгладиться в результате структурного диагностического интервью, а в случае шизофренической реакции интерпретация примитивных защит вызовет временное усиление регрессии. Но это только предварительное впечатление.

Еще одна важная тема — структурные характеристики находящихся в состоянии ремиссии пациентов с хронической шизофренией. Мы с коллегами наблюдали различные типы личностной организации у этих пациентов. Некоторые хронические пациенты с шизофренией как будто бы “переменили свой статус” и в латентный период мы обнаруживаем у них невротическую личностную организацию, у других можно увидеть пограничную личностную организацию, и есть группа пациентов, которые при структурном обследовании в период клинической ремиссии представляют типичную картину психотической регрессии, тем самым показывая устойчивость психотической по

своей сущности структуры. Таким образом, структура личности хронических шизофреников во время ремиссии неоднородна, и по структурным критериям можно отделить хроническую психотическую организацию личности от структуры более высокого уровня организации. Если это верно, то такое разграничение может привести к важным для прогноза и терапии выводам, поскольку мы узнаем больше о необходимых условиях и характерных чертах изменения уровня личностной организации, которое наблюдаем у пациентов с хронической шизофренией в состоянии ремиссии.

Предложенные нами структурные критерии, особенно оценка способности к тестированию реальности, являются очень важными диагностическими средствами, которые можно использовать вместе с изучением симптомов всевозможных психотических состояний. Структурный диагностический подход может значительно увеличить четкость, точность и достоверность при установлении дифференциального диагноза, кроме того, в каждом случае он добавляет важную информацию относительно прогноза и терапевтических показаний. Хотя, возможно, некоторые случаи не поддадутся дифференциальной диагностике, по крайней мере, если мы хотим разобраться в диагнозе за достаточно короткий период времени.

Применение структурного подхода в дифференциальной диагностике пограничной личностной организации подчеркивает важность исследования пациента как целостной личности, с особым вниманием к его внутренней жизни и объектным отношениям с точки зрения его концепций Я и значимых других. Такой динамический подход, основанный на теории объектных отношений и, на первый взгляд, противоречащий другим диагностическим подходам, базирующимся на описании симптомов и поведения, парадоксальным образом существенно обогащает последние. С точки зрения методологии исследования представляется, что было бы гораздо легче и “объективнее” разбить человеческое поведение на маленькие рубрики поведенческих проявлений, чем изучать человека в его целостности. Тем не менее, несмотря на методологические трудности, такое целостное изучение в конечном итоге закладывает более прочные основы для исследования личностной организации и изменения личности.

Диагноз пограничной организации личности имеет прямое отношение как к прогнозу, так и к терапии. Когда структурный диагноз устанавливает, что мы имеем дело с пограничной личностной организацией, а не просто симптоматическим неврозом или нарушениями характера, это ограничивает возможности психоаналитического лечения. Это говорит о том, что интенсивная продолжительная экспрессивная, а не поддерживающая психоаналитическая терапия скорее показана данному пациенту. Такой вывод заставляет терапевта задуматься о том, как организовать структуру внешней жизни пациента на время интенсивной психотерапии. Подобные данные свидетельствуют, что во время острого кризиса показана кризис-интервенция. Тогда возникает вопрос, какая форма терапии более адекватна в данном случае — экспрессивная или поддерживающая. В тех случаях, когда экспрессивная терапия противопоказана и выбран поддерживающий подход, не исключено, что пациент будет нуждаться в поддержке долгие годы, может быть, всю жизнь.

По моему мнению, сегодня такой диагноз для многих пациентов означает лучший прогноз, чем это было двадцать-тридцать лет назад. В случае хронической шизофрении, когда в период ремиссии мы находим пограничную личностную организацию (в отличие от психотической структуры), это означает, что с пациентом можно работать в формате психоаналитической психотерапии и, следовательно, можно существенно улучшить структуру личности и, таким образом, защитить пациента от возможности повторения психотического срыва.

2. Структурное интервью

Главная цель настоящей главы — показать практическую ценность структурного интервью, преимущественно при дифференциальной диагностике пограничных состояний. Детальное клиническое описание разнообразных картин, которые мы наблюдаем во время структурного интервью, поможет понять также и ограниченность данного подхода. Можно кратко сформулировать следующий общий принцип: чем яснее проявляются симптомы психоза или синдрома органического поражения головного мозга, тем в большей мере структурное интервью напоминает традиционный психиатрический осмотр. Но когда мы встречаемся с пациентами, страдающими неврозами или пограничными нарушениями, тогда преимущества структурного интервью сразу становятся очевидными. Структурное интервью не только помогает провести четкие разграничения при дифференциальной диагностике, но также дает информацию относительно прогноза и показаний к психотерапии. Оно дает представление о мотивациях пациента, о его способности к интроспекции и к сотрудничеству в процессе психотерапии, а также позволяет оценить потенциальную возможность отыгрывания ввне и психотической декомпенсации.

Возникает важный вопрос: следует ли до структурного интервью проводить стандартный сбор данных об истории пациента, заменяя, таким образом, традиционный психиатрический осмотр структурным диагностическим интервью? Или же и стандартный сбор данных, и традиционное психиатрическое обследование должны уступить место структурному интервью, которое может закончиться выборочным сбором данных из истории пациента, в зависимости от тем, затронутых в процессе самого структурного интервью?

Преимущества классического начала со сбором данных об истории пациента заключаются в том, что такой подход проще для психиатров, привыкших собирать медицинскую историю и проводить осмотр. Кроме того, он позволяет психиатру быстро диагностировать явные признаки психоза или синдрома органического поражения головного мозга (а в этих случаях структурное интервью менее важно). К тому же такой более традиционный подход снижает первоначальную тревогу пациента, поскольку укладывается в рамки обычных ожиданий, связанных с отношениями доктора и больного. Стандартное начало со сбором данных об истории пациента помогает также избежать преждевременной активизации примитивных защит (что может породить крайне негативное отношение к терапевту или противостояние ему, особенно при взаимодействии с параноидным пациентом).

Недостатки традиционного начала, предшествующего структурному интервью, заключаются в том, что оно помогает пациенту спрятать свои основные механизмы защиты. Особенно это проявляется в случаях, когда мы имеем дело с пограничными или невротическими структурами: пациент может защитно “адаптироваться” к ситуации интервью, он снижает свою тревогу и одновременно скрывает от нас свои конфликты и ранние взаимоотношения переноса.

Взвешивая все “за” и “против”, я могу сказать следующее: чем меньше у терапевта времени для полного обследования пациента и чем меньше его опыт в проведении структурного интервью, тем больше показаний к тому, чтобы начинать со стандартного опроса, а уже потом переходить к структурному интервью. И напротив, чем больше в нашем распоряжении времени, чем опытнее терапевт и чем более дифференциальная диагностика сосредоточена на том, как отличить невротические структуры от

пограничных или же пограничные от психотических, — тем больше показаний к тому, чтобы начать со структурного интервью, понимая, что необходимую информацию об истории пациента мы естественным образом узнаем на поздних стадиях интервью.

Интервью начинается с того, что пациенту предлагают кратко рассказать о причинах, заставивших его обратиться к терапевту, о том, чего он ожидает от терапии, о его главных симптомах, проблемах или трудностях. Ход беседы с пациентом после того, как он ответит на первоначальные вопросы, может быть разным; это зависит от разных подходов к структурному интервью (Stone, 1980; Selzer, 1981). Я предпочитаю производить систематический поиск, основанный на первоначальной информации, обзоре цикла “ключевых” симптомов, связанных между собой; эти психопатологические симптомы изображены вне окружности на рис 1.

Рис. 1. Процесс интервью: движение по ключевым симптомам

Когда первоначальное обзорное исследование закончено, терапевт концентрируется на важнейших симптомах, которые выявились в процессе интервью, исследуя их по мере того, как они проявляются здесь-и-теперь, используя прояснение, конфронтацию, осторожную интерпретацию, пристально следя за реакциями пациента на действия терапевта. Способность пациента переживать эмпатию по отношению к стараниям терапевта, способность участвовать в прояснении идентичности своего Эго, объектных отношений, тестирования реальности и конфигурации защита-импульс показывает, насколько он склонен к интроспекции. Структурный диагноз во многом зависит от того, как пациент отвечает на прояснения, конфронтации и интерпретации терапевта.

Если, например, при первоначальном исследовании терапевт обнаружил признаки диффузной идентичности и недостаточную способность к тестированию реальности, то он первым делом стремится к тому, чтобы эти проявления усилились здесь-и-теперь в процессе интервью. Затем он применяет конфронтацию, обращая внимание пациента на противоречивость его слов и другие признаки непоследовательности, которые заставляют предположить защитную природу его поведения. Кроме того, терапевт осторожно интерпретирует возможное значение этих противоречий, что заставляет пациента углубиться в исследование своего поведения и своих мотиваций. У пациента спрашивают, что он думает об этих противоречиях, что он по отношению к ним чувствует, какая еще информация нужна, чтобы прояснить смысл такого поведения.

Реакции пациента на все это чрезвычайно важны, именно на их основе можно отличить друг от друга невротические, пограничные и психотические структуры. У пограничных пациентов, поскольку у них сохранена способность к тестированию реальности, часто происходят неожиданные изменения и улучшение функционирования в ответ на прояснения, конфронтации и интерпретации терапевта. Они способны чувствовать эмпатию к “замешательству” терапевта, они могут прояснять свое восприятие и изменять его, они могут конструктивно использовать полученные новые данные позже в течение интервью. Кроме того, пограничные пациенты в какой-то мере способны к интроспекции и к инсайту относительно причин своего противоречивого поведения. Как уже упоминалось выше, пациенты с психотической структурой не способны чувствовать эмпатию по отношению к обычным социальным критериям реальности, поэтому, когда терапевт пытается применить прояснение, в ответ у такого пациента ярче проявляются признаки нарушения тестирования реальности. Пациенты с невротическими нарушениями, в отличие от пограничных пациентов, обладают целостной Я-концепцией,

что вызывает у терапевта углубление эмпатии по отношению к различным сторонам их конфликтов и реальной жизни, к целостным образам значимых других людей. Благодаря этой целостности описываемые таким пациентом межличностные отношения и история его жизни приобретают конкретность и четкость. Хотя реалистичное поведение пограничных пациентов в процессе интервью и улучшается, в то же время открывается пустота, хаотичность и запутанность их жизненной ситуации и объектных отношений.

Когда мы имеем дело с пациентами, которые с трудом облачают в слова свои мысли или ощущения, следует черпать диагностическую информацию из дополнительных источников. На основании этих данных мы строим предположения о ключевых симптомах. Затем в ситуации здесь-и-теперь пытаемся сконцентрироваться на этих симптомах, применяя конфронтацию, прояснение и интерпретацию. Такое, более детальное, исследование мы проводим по отношению к нескольким ключевым симптомам до тех пор, пока не получаем ясного структурного диагноза.

Таким образом, структурное диагностическое интервью сочетает в себе психоаналитическое наблюдение, направленное на взаимодействие пациента и терапевта, с психоаналитической техникой интерпретации конфликтов и защитных действий, проявляющихся в этом взаимодействии. Цель же данного подхода заключается в том, чтобы выявить как классические ключевые симптомы, в которых проявляется психопатология, так и лежащую за ними структуру личности.

Важной чертой данного подхода является его циклическая природа. Образ ключевых симптомов, размещенных вдоль окружности, дает терапевту, переходящему от одного симптома к другому, возможность вернуться к отправному пункту и начать новый цикл исследования. Это резко отличается от другой модели исследования, построенной по типу “дерева решений”, где все ходы жестко фиксированы. Круговое движение по ключевым симптомам позволяет терапевту возвращаться столько раз, сколько это необходимо, к одной и той же теме, но в новом контексте, на более поздних стадиях интервью, заново проверяя свои первоначальные впечатления. Как мы увидим дальше, необязательно систематически исследовать ключевые симптомы один за другим. Данные, полученные при первоначальном исследовании, предполагают разные варианты дальнейшего циклического хода интервью.

Начальная фаза структурного интервью

Хорошо начать интервью с нескольких последовательных вопросов (заданных прямо или косвенно), которые ясно показывают пациенту, чего вы от него ожидаете, а также предполагают возможные способы ответа. Кроме того, способность пациента понять серию вопросов и запомнить их позволяет судить о некоторых ключевых симптомах. Вот пример типичного начала: “Мне интересно узнать, что привело вас сюда, в чем заключаются ваши сложности и проблемы, чего вы ожидаете от терапии, как вы сами смотрите на все это”. Если интервью происходит во время консультации в госпитале, в контексте научного исследования или же когда терапевт располагает дополнительной информацией из других источников, он может добавить к вводным вопросам что-нибудь вроде: “Я уже имел возможность кое-что узнать о ваших трудностях, но мне очень хочется услышать непосредственно от вас, как вы сами смотрите на все это”; или: “Я хочу сказать вам, что, хотя у меня будет возможность узнать о ваших проблемах от персонала [или от того, кто направил вас на консультацию и т.д.], в настоящий момент я ничего о вас не знаю”.

Такое введение позволяет пациенту начать разговор о своих симптомах и о том, что заставило его обратиться за помощью, и в то же время оставляет открытую возможность включить в свой рассказ и другие проблемы. Оно позволяет терапевту косвенно оценить, насколько сам пациент осознает свои нарушения и насколько он хочет от них избавиться, а также насколько реальны или нереальны его ожидания по отношению к терапии и как он реагировал на рекомендации, предлагавшиеся ему ранее.

В ответ на такие вопросы пациент, не страдающий психозом или психопатологией органического происхождения, может начать свободный разговор о своих невротических симптомах и психологических проблемах социальной жизни, которые указывают на патологические черты характера; таким образом, мы видим косвенный признак нормальной способности к тестированию реальности. Способность запоминать вопросы и отвечать на них ясно и цельно также говорит о развитой сфере ощущений, хорошей памяти и нормальном, если не высоком, уровне интеллекта. Таким образом, все это представляет первый цикл исследования всего периметра ключевых симптомов.

Пациенты же с нарушениями в сфере ощущений (сниженное внимание, нарушенные ориентация, сознание, понимание, способность к суждениям) могут столкнуться с трудностями при попытке ответить на эти вопросы, то же самое относится к людям с расстройствами памяти или интеллекта (в частности, с ограниченными возможностями абстрактного мышления), то есть к пациентам с острым или хроническим синдромом органического поражения головного мозга.

Пациенты могут также отвечать на предложенные вопросы чрезмерно конкретно, неопределенно, путанно или уклончиво. Тогда терапевт может тактично попытаться прояснить несоответствие между вопросом и ответом. Стоит разобраться, чувствует ли сам пациент, что он полно ответил на поставленный вопрос, или же вопрос для него неясен, а, может быть, вызывает слишком тяжелые переживания. Если пациент не осознает того, что ему трудно следовать за вопросами терапевта, стоит повторить вопросы, несколько видоизменив слова, и посмотреть, стали ли они понятнее. Если пациент все еще испытывает трудности в понимании предложенных вопросов, надо исследовать природу этих трудностей. Таким образом, “войдя” в диагностический цикл через выявление симптомов, терапевт может быстро перейти к прояснению, конфронтации и интерпретации трудности, что позволит ему понять, происходит ли замешательство пациента из интенсивной тревоги, психотического неверного понимания всей ситуации, негативизма, нарушения ощущений или же из серьезных расстройств памяти и интеллекта.

Ответ пациента может почти или совсем не иметь отношения к заданному вопросу. Пациент, страдающий тяжелой шизофренией, пациент с гипоманиакальным синдромом или с серьезной патологией характера может воспользоваться первоначальным контактом с терапевтом для того, чтобы выразить свою параноидную уклончивость или навязчивый перфекционизм, пытаясь прояснять каждое предложение, сказанное терапевтом. Мазохистичный пациент может начать плакать, как если бы ему предложили невыносимо тяжелое задание. Все подобные реакции следует тактично исследовать, снова проясняя свой вопрос и в то же время пытаясь понять, какие трудности этот вопрос вызывает у пациента. Таким образом можно выявить ранние проявления потери тестирования реальности, психотические симптомы и острые или хронические органические симптомы — и одновременно обнаружить преждевременное развитие переноса, свойственное пациентам с серьезными расстройствами характера.

Если пациент адекватно отвечает на первоначальные вопросы, но затем путается в деталях, пытаясь глубже прояснить проблему, терапевт опять-таки должен искать различные симптомокомплексы. Может быть, если мы думаем о невротических симптомах, пациент запутался в подробностях из-за своих обсессивных тенденций? Может быть, он говорит неопределенно и осторожно из-за параноидных тенденций? Если его нарушения лежат в сфере тестирования реальности и психотических нарушений, может быть, его уклончивость связана с параноидным бредом или другой формой психотической интерпретации взаимодействия с терапевтом на интервью? А может быть, он теряется в подробностях из-за нарушения когнитивных функций: в сфере ощущений или из-за хронической недостаточности памяти и интеллекта? И тут снова тактичное прояснение, исследование возникающей трудности в ответе вместе с пациентом (конфронтация), гибкое исследование причин данной трудности в общении (интерпретация) могут помочь нам сфокусировать внимание на тех или иных ключевых симптомах, что сразу дает возможность подойти к описательным и структурным характеристикам пациента.

Если пациент способен понять начальные вопросы терапевта и ответить на них полно и ясно, давая цельную картину своих главных симптомов, которые заставили его к нам обратиться, а также описание других проблем и трудностей, то терапевт может задать дополнительные вопросы, вытекающие из полученной информации. Он, например, может попросить подробнее описать какие-то аспекты симптомов, может спросить, когда эти симптомы появились и как они развивались, какие еще явления связаны с ними. Так терапевт собирает полную информацию о невротических симптомах и одновременно косвенным образом убеждается в том, что у пациента нет нарушений в сфере ощущений, нет серьезного снижения памяти и нормально работает интеллект. Тем не менее, если сам пациент, описывая свои симптомы, отмечает недостаток внимания, памяти и когнитивных функций в целом, то терапевт должен сфокусироваться на симптомах острого или хронического синдрома органического поражения головного мозга, но уже понимая, что способность к тестированию реальности сохранена (так что пациент, даже если он и страдает органическими нарушениями, не является слабоумным).

Если ответы пациента не ведут в “органическом” направлении, но показывают прекрасный уровень функционирования сферы ощущений, памяти и интеллекта, можно предположить, что важнейшая информация о невротических симптомах уже получена. Тогда интервью, двигаясь по периметру, может перейти к исследованию патологических черт характера (см. рис 1).

Главным предметом структурного интервью является исследование патологических черт характера, фундаментально важное не только для того, чтобы оценить тип характера или обнаружить патологию личности, но и для оценки степени тяжести этих нарушений (и по этим же признакам оценить, не имеем ли мы дело с пограничной личностной организацией, где ключевым симптомом является диффузная идентичность). Первый вопрос, когда интервью сфокусировалось на чертах характера, может звучать так: “Вы рассказали мне о ваших проблемах, а теперь я хотел бы узнать побольше о том, какой вы человек. Если можете, опишите, как вы себя представляете; что, по-вашему, мне важно узнать, чтобы действительно понять, что вы за человек?” Для пациента такой вопрос — непростая задача, он призывает к более глубокому исследованию, что при оптимальных условиях способно погрузить пациента в состояние саморефлексии. Он может начать описывать свои чувства по отношению к самому себе, важные стороны своей жизни (учеба или работа, семья, социальная жизнь, секс, культурные и политические интересы, отдых) и, в частности, основные взаимоотношения со значимыми другими.

Если пациент может спонтанно говорить таким образом о себе — это признак хорошей способности к тестированию реальности. Психотики, которые умело создают видимость нормального контакта с реальностью, до этого момента интервью могут и не проявлять никаких признаков серьезных нарушений. Но они совершенно не способны ответить на открытый вопрос, поскольку для этого требуется эмпатия по отношению к обычным аспектам социальной реальности (например, к интересу терапевта по отношению к их личности). Способность пациента глубинно исследовать свою личность показывает нормальную способность к тестированию реальности. В этом случае терапевт может исключить психотические нарушения (как ранее он исключил синдром органического поражения головного мозга) из типов предполагаемого диагноза.

Иногда пациенту чрезвычайно трудно говорить о себе в такой неструктурированной форме по причинам, связанным с его культурным уровнем или с его личностью. Тогда терапевт может попросить, чтобы пациент описал свои взаимоотношения с наиболее значимыми людьми, рассказал о своей жизни, учебе или работе, о семье, сексуальной жизни, социальных взаимоотношениях, о том, как он проводит свободное время. Пациентам с серьезными расстройствами характера, особенно с выраженными репрессивными или параноидными чертами, бывает трудно ответить даже на такие прямые и конкретные вопросы. Неспособность ответить на такие прямые вопросы может оказаться первым признаком, заставляющим подозревать серьезное расстройство характера. Тогда терапевт исследует признаки диффузной идентичности (для дифференциальной диагностики пограничной организации личности) или даже снова оценивает способность к тестированию реальности.

В таком случае терапевт указывает пациенту, что тому, кажется, трудно говорить о себе как о личности, а затем может спросить, что думает об этой проблеме сам пациент, в какой мере эта трудность зависит от обстоятельств интервью, от общего страха перед ситуацией, когда тебя расспрашивают, от конкретных страхов перед терапевтом или диагностической ситуацией (так исследуется возможность наличия параноидных черт), или же эта трудность отражает общую проблему пациента в понимании самого себя, кто он есть и каковы его взаимоотношения с окружающим миром и с другими (оценка шизоидных черт). У пациента с пограничной личностной организацией в качестве реакции на такой вопрос могут активизироваться примитивные механизмы защиты, такие как проективная идентификация, расщепление, примитивная диссоциация противоречащих друг другу аспектов Я, отрицание, величие, фрагментация аффектов, всемогущество или обесценивание. Интервью в данный момент фокусируется на определенном сегменте периметра ключевых симптомов, а именно на том сегменте, который начинается с патологических черт характера, включает в себя диффузную идентичность и заканчивается тестированием реальности.

В первой главе я уже описывал, как клинически оценить способность к тестированию реальности. Если на ранних стадиях интервью мы видим неадекватность эмоций, поведения или мышления пациента, что заставляет предположить наличие психоза или синдрома органического поражения головного мозга, тогда надо с большей прямоотой выяснить, нет ли у пациента галлюцинаций или бреда (этот аспект интервью подробно описан ниже). Если же мы не видим выраженных признаков психоза и у терапевта нет оснований предполагать, что у пациента были галлюцинации или бред в прошлом (или, если они были, что они присутствуют и в настоящий момент), тогда терапевт может сконцентрировать свое внимание на всем, что кажется наиболее неадекватным, странным, причудливым в эмоциях, мышлении и поведении пациента.

Как уже было упомянуто, когда пациенту, особенно пациенту с пограничной личностной организацией или с психозом, который пока еще не был выявлен в процессе интервью, предлагают свободно рассказать о себе, это может активизировать примитивные защиты, которые будут проявляться в межличностном взаимодействии пациента и терапевта. В таком случае сначала терапевт может почувствовать стресс или напряженность, он может ощутить, как уменьшается внутренняя свобода в его взаимодействии с пациентом. И потом он может понять, что на адекватные и реальные взаимоотношения в ситуации интервью наложилось особое регрессивное объектное отношение.

В этот момент терапевт может обратить внимание пациента на те эмоции, мысли или поведение, которые кажутся терапевту наиболее странными, и спросить, может ли пациент объяснить, почему у терапевта возникает чувство, что в его рассказе были странные или озадачивающие аспекты. Ответ пациента проливает свет на его способность к тестированию реальности. Эта способность проявляется в том, может ли пациент чувствовать эмпатию к переживаниям терапевта, когда последний видит проявления странностей, и — более тонким образом — в том, может ли пациент чувствовать эмпатию по отношению к тому, как терапевт воспринимает самого пациента вообще.

Так, например, терапевт может сказать: “Когда я предложил вам рассказать о себе, вы сначала как будто удивились, а затем начали говорить о том, как относится к вам муж. Позднее, когда я спросил, есть ли у вас проблемы во взаимоотношениях с мужем в данных обстоятельствах и почему вы привели этот пример, вы заговорили о других сторонах поведения мужа. Похоже, что, когда я вам предлагал рассказать о себе, вы автоматически отвечали о том, как относится к вам муж. Это непонятно. Вы понимаете, что меня привело в затруднение?” Пациентка может понять удивление терапевта и ответить, например, что она настолько озабочена взаимоотношениями с мужем, что как бы не вправе думать о том, что чувствует по отношению к себе самой (такой ответ показывает нормальную способность к тестированию реальности). Или же она может испуганно и подозрительно ответить, что только пытается объяснить, как плохо муж с ней обращается, и спросить, не хочет ли терапевт своими вопросами сказать, что она сама во всем виновата (это заставит подумать о недостатке тестирования реальности и, кроме того, о параноидных чертах характера).

В случае с такой пациенткой терапевт может спросить, почему вопрос о том, как ее характер влияет на трудности с мужем, звучит как обвинение в том, что она сама во всем виновата. Таким образом, он последовательно применяет прояснение, конфронтацию и интерпретацию к конкретной арене нарушения взаимодействия, получая новую информацию о личности пациентки и одновременно проверяя ее способность к тестированию реальности.

Сначала важно понять, не является ли структура личности пациента психотической, о чем мы судим по отсутствию тестирования реальности (а это по определению означает, что мы имеем дело не с пограничным пациентом). После этого можно исследовать пациента на наличие синдрома диффузной идентичности. Именно по ощущению своей идентичности можно отличить пограничное расстройство характера (диффузная идентичность) от расстройства характера без пограничной патологии (когда сохранена целостность идентичности).

Если в процессе исследования характеристик личности или патологических свойств характера не возникает сомнений в том, что способность к тестированию реальности нормальна (или, если они и возникают, то быстро разрешаются положительным ответом), тогда интервью входит в среднюю фазу, в которой главным предметом исследования

становится оценка идентичности (и, следовательно, проводится дифференциальная диагностика пограничной организации личности). Но если при исследовании личности пациента мы выявили признаки нарушения в сфере тестирования реальности, тогда интервью должно сфокусироваться на природе психоза у пациента.

Итак, мы видим, что интервью, начинающееся стандартным образом во всех случаях, далее предполагает различные варианты: какие вопросы задает терапевт, как взаимодействует с пациентом, каков характер всего интервью в целом, — все это зависит от психопатологии пациента. Так и должно быть при структурном интервью, в котором терапевт систематически связывает информацию, полученную от пациента, со взаимодействием пациента и терапевта.

Средняя фаза структурного интервью

Невротическая организация личности

Пациенты с симптоматическими неврозами и расстройствами характера непограничного типа способны в начальной фазе структурного интервью осмысленно рассказать о том, что заставило их обратиться за помощью, в чем их главные трудности, чего они ожидают от терапии и что думают по этому поводу. Такие пациенты не проявляют причудливых, странных или абсурдных форм поведения, эмоций или мыслей. Сохраненная способность тестировать реальность позволяет отбросить предположения о психозе, а нормальные сфера ощущений, память и уровень интеллекта позволяют исключить синдром органического поражения мозга. Такие пациенты, когда терапевт просит их рассказать о чем-то подробнее, способны осмысленно развернуть картину своих симптомов или сложностей. Они ясно понимают не только содержание вопросов терапевта, но и более тонкий косвенный смысл этих вопросов.

Стороннему наблюдателю может показаться, что он видит нечто похожее на самое обычное стандартное психиатрическое интервью. Итак, главным фокусом внимания терапевта по периметру круга ключевых симптомов становится область патологических черт характера. Вопросы направлены на сложности пациента в сфере межличностных отношений, в сфере адаптации к окружению, а также на то, как он воспринимает свои психологические нужды.

Все затронутые ранее темы, касающиеся сложностей такого рода, должны быть исследованы, а затем следует более общий вопрос: “Теперь я хотел бы узнать побольше о вас как о человеке, о том, каким вы видите себя, как, по-вашему, вас воспринимают окружающие, обо всем, что помогло бы мне за это короткое время получить о вас достаточно глубокое представление”. С помощью такого вопроса можно искать дополнительные сведения о характерологических проблемах, он помогает поставить более специфический диагноз, касающийся основных патологических черт характера, доминирующей патологической констелляции. В то же время такой вопрос позволяет выявить синдром диффузной идентичности.

Если на данном этапе интервью пациент сообщает сведения, которые в сознании терапевта не складываются в цельную картину, в частности данные, противоречащие внутреннему образу пациента, который терапевт построил, надо тактично исследовать эти потенциальные или явные противоречия. Цель терапевта — оценить, в какой мере пациенту свойственны противоречащие друг другу Я-репрезентации (признак диффузной

идентичности) или же насколько у него цельный, хорошо интегрированный образ Я. Довольно часто у человека существуют периферические области переживания своего Я, которые противоречат хорошо интегрированной центральной арене субъективных переживаний Я. Эти периферические переживания сам пациент воспринимает как нечто чуждое Эго или как Эго-дистонные переживания, не вписывающиеся в цельную картину. Такие изолированные арены могут быть важным источником интрапсихических конфликтов или межличностных сложностей, но они не являются признаком диффузной идентичности. Другими словами, мы не предполагаем полной гармонии у пациентов-невротиков, но у них должна существовать центральная субъективная цельная Я-концепция, на основе которой терапевт создает мысленный образ пациента.

Следующий вопрос касается значимых других в жизни пациента. Когда терапевт предположительно нашел ответ на вопрос об интегрированности Я-концепции у пациента, он может начать исследование целостности концепций значимых других. Пациенты с пограничной личностной организацией и сопутствующим синдромом диффузной идентичности обычно не могут глубоко интегрировать репрезентации значимых других. Таким пациентам сложнее обрисовать жизнь людей, которые для них важны, чем жизнь случайных знакомых. Терапевт может воспользоваться таким вопросом: «Расскажите, пожалуйста, о людях, которые много значат в вашей жизни. Попробуйте рассказать что-нибудь о них так, чтобы я за то короткое время, которое есть в нашем распоряжении, мог себе их ясно представить». Так можно исследовать интегрированность объектрепрезентаций или ее недостаток и, следовательно, степень нарушения межличностной жизни пациента. Как цельность идентичности или ее диффузность (поперечный структурный критерий), так и природа объектных отношений пациента (продольный, исторически-структурный критерий) выявляются в процессе такого исследования.

И снова, как только в рассказе пациента появляются противоречия, терапевт сначала их проясняет, затем тактично сообщает пациенту об этих явных или потенциальных противоречиях и оценивает, насколько пациент способен размышлять над наблюдениями, которыми с ним делится терапевт. Так терапевт изучает способность пациента к интроспекции. Наконец, если при исследовании этих противоречий ясно обозначаются темы конфликта — относительно Я-концепции или образов значимых других, — то за прояснением и конфронтацией может следовать осторожная, касающаяся исключительно здесь-и-теперь, интерпретация возможной динамики или стоящего за проявлениями конфликта.

По мере развития этой части интервью с типичным невротиком терапевт должен внимательно наблюдать за тем, какое действие это исследование оказывает на актуальное взаимодействие между ним и пациентом. Исследование запутанных тем, внутренних противоречий и потенциальных конфликтов может усилить тревогу пациента и мобилизовать его основные защитные действия. В типичном случае у пациента, страдающего неврозом, эти защиты достаточно незаметны, так что на практике довольно сложно увидеть работу вытеснения, замещения, рационализации или интеллектуализации при первоначальных контактах с пациентом. Лишь формирование реакции и сдерживание, ставшее чертой характера и выполняющее непосредственные защитные функции, а также патологические черты характера вообще (которые, разумеется, всегда несут защитные функции) могут быть выявлены на ранних этапах взаимодействия с пациентами-невротиками. О работе защит высокого уровня можно судить лишь косвенно по содержанию общения, но напрямую во время первых интервью их редко удастся обнаружить.

Как уже упоминалось, исследование синдрома диффузной идентичности у пациентов с пограничной личностной организацией (выявление диссоциации в Я-концепции и в концепциях значимых других) обычно вызывает активизацию примитивных защитных механизмов, что скорее проявляется во взаимодействии с терапевтом, чем в содержании вербального общения. Чем в большей мере актуальное взаимодействие пациента с терапевтом меняется, сдвигается или нарушается вследствие работы защитных процессов, тем больше оснований предполагать, что примитивные защитные механизмы у пациента являются основными. Это подтверждает значимый структурный критерий диагноза пограничной организации личности.

В том случае, если мы не видим проявлений диффузной идентичности или работы примитивных защитных механизмов у пациента, стоит перейти к исследованию главных арен конфликта, природы подавления эмоций или развития симптоматики. В этом исследовании стоит дойти до сознательной и предсознательной границы его понимания, другими словами, до границы его барьеров вытеснения. В этих случаях терапевт, ставящий диагноз, может сформулировать динамические гипотезы о действии интрапсихических конфликтов. Эти гипотезы нередко подкрепляются естественными связями между текущими переживаниями пациента и его воспоминаниями о прошлом, но такие связи часто остаются в большой мере предположительными. Чем здоровей пациент, тем проще для терапевта уже на первых интервью создать гипотезы, устанавливающие связь между сознательным прошлым и настоящим, но, парадоксальным образом, тем труднее пациенту связать прошлое и настоящее, поскольку эти связи вытесняются.

Когда мы сталкиваемся с невротической личностной организацией, то пристальное исследование симптомов, исследование всей личности в целом и взаимодействия с терапевтом во время интервью, обогащающее или восполняющее другую информацию, на практике сочетается с систематическим исследованием истории болезни. Обычно в этих случаях информация, полученная в процессе структурного интервью, намного полнее, богаче и более ценна для терапии, чем информация, полученная при помощи стандартного подхода. Важные сведения о прошлом пациента естественно вытекают из исследования его личности в настоящем. Во всех случаях, когда мы имеем дело с невротической структурой личности, после того как мы собрали достаточное количество сведений об актуальных нарушениях у пациента, стоит кратко исследовать его прошлое. Когда мы собираем сведения таким образом, часто можно установить предположительные связи между данными о личности пациента и его прошлым. Цель построения таких связей не в том, чтобы проверить динамические гипотезы, а в том, чтобы выяснить пределы, в каких пациент способен к спонтанному пониманию и интеграции своего прошлого со своим настоящим.

Пограничная личностная организация

Я уже упоминал о тенденции пациентов с пограничной личностной организацией смешивать информацию о своем прошлом со своими актуальными трудностями. Еще сильнее это проявляется у пациентов с функциональными психозами. Пристальное исследование жизни пограничного пациента в настоящий момент, с особым вниманием к признакам синдрома диффузной идентичности — и, в этом контексте, к природе его объектных отношений — обычно дает нам ценные сведения, позволяющие уяснить тип и степень тяжести патологии характера. Эту информацию надо дополнить подробным исследованием невротических симптомов, которые выражены на данный момент. В таких случаях лучше собрать сведения о прошлом лишь в общих чертах, не пытаясь применять прояснение и конфронтацию или интерпретировать картину

прошлого, описанную пациентом; информацию о прошлом надо принимать такой, какую ее дает пациент.

Пациентам с пограничной личностной организацией свойственна диффузная идентичность, но у нарциссической личности все осложняется еще одним феноменом. Обычно у нарциссической личности Я-концепция целостная, но патологическая и несущая в себе черты величия. Тем не менее, мы видим у нарциссической личности явные признаки недостаточной интеграции концепций значимых других, что свидетельствует о диффузной идентичности и преобладании примитивных защит, в частности всемогущества и обесценивания.

Структурные характеристики нарциссической личности не так скоро проявляются в процессе структурного интервью, как это бывает у ненарциссических пограничных пациентов. В типичном случае терапевт видит пациента, который способен к нормальному тестированию реальности и не проявляет каких-либо признаков нецельности Я-концепции. Но неожиданно в средней фазе интервью терапевт обнаруживает, что описания других людей, о которых говорит пациент, очень поверхностны, что пациент не способен глубоко обрисовать значимых других, и этому сопутствует неприметное, но все пропитывающее чувство собственного величия, часто параллельно с тонким — или не столь уж тонким — презрением к терапевту. Иногда, когда мы имеем дело с хорошо адаптированной нарциссической личностью, диагноз проясняется именно в тот момент, когда пациент начинает описывать свои взаимоотношения со значимыми другими, во взаимодействии же пациента с терапевтом нарциссизм незаметен.

В отличие от нарциссической личности, другие пациенты с пограничной патологией, когда терапевт начинает исследовать мотивы, заставившие их прийти на консультацию, и их представления о терапии, сразу выдают явно бессмысленный хаотичный винегрет из данных о себе, набор нереалистичных ожиданий, а также странные и неадекватные мысли, действия или чувства по отношению к терапевту, так что возникает необходимость немедленно исследовать у них способность к тестированию реальности. Так, например, пациентка в ответ на вопрос, что заставило ее прийти на консультацию, может заплакать, а когда терапевт начинает исследовать причины ее плача (в частности, пытаюсь понять, нет ли тут острой или тяжелой депрессии), она сразу отвечает, что плачет потому, что никто не слушает, что она говорит, и что все, в том числе и терапевт, на стороне ее матери, с которой у нее серьезные конфликты. И напротив, плач как проявление эмоциональной лабильности у пациентки с невротической структурой личности (например, у истерической личности) может легко исчезнуть при попытке его исследовать. Такая пациентка признает, что настроение у нее легко меняется и что плакать сейчас неуместно, и она может спонтанно реагировать эмпатией на реальность социального взаимодействия в процессе интервью.

Когда взаимодействие на ранних фазах структурного интервью приобретает эмоциональный накал (ощущаемый в поведении, в чувствах, в мыслях, которые сильно влияют на это взаимодействие), необходимо — после завершения исследования реакции пациента на первоначальные вопросы — исследовать эти феномены здесь-и-теперь. И тут возникает тонкий вопрос, требующий ответа: не свидетельствует ли серьезность межличностных нарушений пациента, проявляемых в момент взаимодействия с терапевтом, о недостаточном тестировании реальности? В таком случае лучше сразу попытаться исследовать эти проблемы. Прояснение и конфронтация, направленные на нарушения взаимодействия с терапевтом здесь-и-теперь, помогут оценить способность пациента к тестированию реальности и удостовериться, что терапевт не имеет дело с

психотической структурой. Затем можно вернуться к исследованию расстройств характера в связи с другими аспектами жизни пациента, а также сфокусировать внимание на примитивных защитах, которые проявляются по ходу интервью.

Но когда у нас нет оснований сомневаться в способности пациента тестировать реальность, тогда мы можем вслед за первоначальными вопросами углубиться в жизненную ситуацию пациента на настоящий момент и его взаимоотношения с людьми. При этом мы ищем признаки диффузной идентичности в рассказах пациента о себе и своей социальной жизни. Лишь позднее терапевт вернется к проявлениям примитивных механизмов защиты и патологических объектных отношений здесь-и-теперь. Ключевой вопрос будет звучать так: “То, что вы рассказали о своей жизни, перекликается с тем, что я видел сейчас, во время нашей встречи, и это заставляет меня вспомнить об упомянутых вами трудностях. Нельзя ли предположить, что (такое-то поведение на интервью) отражает в ваших отношениях со мной те проблемы, которые возникают у вас с другими людьми?”

Иными словами, если взглянуть на это с точки зрения стратегии исследования ключевых симптомов, можно сказать так: когда у пациента с очевидными проявлениями патологии характера мы находим такие нарушения в эмоциях, мышлении или поведении, которые заставляют нас поставить под сомнение его способность к тестированию реальности, тогда надо перейти к исследованию этой способности и лишь после этого вернуться к дальнейшему углублению исследования патологических черт характера, проявляющихся вне диагностической ситуации. Если же мы убеждены, что способность к тестированию реальности сохранена, тогда стоит углубляться в черты характера и собирать сведения о сложностях в жизни пациента вне актуальной ситуации. Цель такого подхода — начать сбор сведений относительно диффузной идентичности и примитивных механизмов защиты со сравнительно “нейтральных” областей, и лишь позже связать эту информацию с исследованием проявлений характера, которые можно было наблюдать в ходе интервью.

Таким образом, можно окончательно выяснить вопрос о диффузной идентичности и в какой-то мере диагностировать наличие примитивных механизмов защиты. Правда, иногда встречаются пациенты с хорошей, на первый взгляд, способностью к тестированию реальности, и лишь позже мы видим проявления бестактности, социальной неадекватности, общей незрелости и категоричности суждений, что заставляет нас еще раз проверить их способность к тестированию реальности. Терапевт в таком случае должен проверить, в какой степени пациент способен чувствовать эмпатию по отношению к социальным критериям реальности, задавая вопросы по ходу рассказа пациента о своих взаимоотношениях с людьми, исследуя социально неприемлемую природу некоторых форм поведения, о которых бесстрастно рассказывал пациент.

У типичного пограничного пациента невротические симптомы смешаны с диффузными, генерализованными хаотичными проблемами, отражающими серьезные личностные нарушения. Когда у пациента нарушена интеграция идентичности, тогда часто бывает трудно воссоздать ясную картину его жизни. По тем же причинам история прошлого такого пациента недостоверна, сильно искажена психопатологией. Другими словами, можно сказать, что чем тяжелее расстройство характера, тем менее достоверна и, следовательно, менее ценна история его жизни. Поэтому в данном случае, в отличие от случая невротической структуры личности, трудно или совсем невозможно связать основные теперешние конфликты с психодинамическими сведениями из прошлого пациента, так что попытка достичь этого дает весьма сомнительные результаты. И, парадоксальным образом, диссоциированные друг от друга интрапсихические конфликты очень быстро проявляются в содержании общения таких пациентов. Таким образом,

главные конфликты пограничных пациентов непосредственно попадают в сферу нашего внимания уже на первых интервью, они доступнее исследованию, чем конфликты невротиков, но динамические связи с прошлым остаются неясными. По той же причине исследование личности пациентов с невротической личностной организацией естественно приводит к их прошлому. И наоборот, первоначальные сведения об истории жизни пациентов с пограничной личностной организацией часто оказываются всего-навсего актуальным конфликтом со значимыми другими, перенесенным в прошлое.

У пациентов с пограничной личностной организацией, особенно у пациентов с нарциссической структурой личности (даже и в тех случаях, когда на внешнем уровне они функционируют не как пограничные пациенты) очень важно исследовать сферу антисоциального поведения. Антисоциальные тенденции и качество объектных отношений являются двумя главными критериями потенциальной эффективности интенсивной психотерапии с пограничными пациентами, так что эту область всегда надо тщательно исследовать до начала терапии. Важно, особенно у пациента с нарциссической личностью, тактично выяснить, не было ли у него проблем с законом, насколько ему свойственны воровство, кражи в магазинах, привычная ложь, необычная жестокость. На практике это исследование должно вписываться в цельную картину сведений, полученных из других сфер жизни пациента. Когда такие вопросы задаются прямо и естественно в контексте других данных, ответы бывают на удивление прямыми и честными. (Естественно, что пациент, который прямо говорит, что ему свойственно лгать или придумывать истории, как бы предупреждает, что вскоре, возможно, у него возникнет искушение проделать это с терапевтом.)

Психотическая личностная организация

По наличию или отсутствию синдрома диффузной идентичности мы можем отличить на структурном интервью пограничную патологию характера от непограничной. А наличие или отсутствие тестирования реальности позволяет пограничную организацию личности отличить от психотической структуры.

Тут я говорю о пациентах с “функциональными” психозами, а не с психозами, которые развиваются как вторичный феномен при остром или хроническом синдроме органического поражения головного мозга. К этой группе относится весь спектр шизофрении, основные аффективные психозы и параноидные психозы, которые не вписываются в две предыдущие группы синдромов. У всех этих пациентов нарушена способность к тестированию реальности. В типичном случае психоза нарушение тестирования реальности проявляется у пациента уже при ответе на первоначальные вопросы терапевта, кроме того, неспособность дать понятные ответы заставляет терапевта начать исследование на предмет наличия разного рода функциональных психозов и острого или хронического синдрома органического поражения головного мозга.

В тех исключительных случаях, когда пациент совсем не способен ответить на первые вопросы, терапевт сначала должен попытаться убедиться в том, что пациент их услышал и понял. Если пациент был способен войти в кабинет и воспринимает окружающую обстановку, то его полный мутизм свидетельствует скорее в пользу функциональных психозов, а не церебрального синдрома. Тем не менее терапевту стоит пройти по полному кругу ключевых симптомов. Надо исследовать ощущения, затем память и интеллект, прежде чем подходить к тестированию реальности и важным психотическим симптомам в сфере поведения, чувств и мышления (его содержания и организации), а также оценивать наличие галлюцинаций.

Исследование сферы ощущений можно начать с проверки внимания пациента: “Я задал вам вопросы, и вы не ответили. Вы хорошо расслышали и поняли, что я сказал?” Если пациент продолжает молчать, то надо убедиться в том, что он слышит и понимает, что он может соглашаться или не соглашаться с терапевтом, выражая это кивками или еще какими-то сигналами. При таких сложных обстоятельствах важно выяснить, понимает ли он слова и пытается ли общаться, даже если не может говорить.

Когда, несмотря на все попытки, мы не получаем ответа, это обычно является признаком кататонического синдрома или вообще шизофрении или же тяжелой психомоторной заторможенности при самых сложных случаях депрессии. Иногда прямое исследование признаков кататонии, в частности негативизма, может вызвать у пациента поведение, прямо противоположное предложенной терапевтом инструкции, может появиться также восковая гибкость и стереотипные позы или формы поведения, что указывает на шизофрению. В других случаях только полное исследование истории болезни, опирающееся на данные из других источников, может дать более ясную информацию. Пациенты с органическими нарушениями, у которых сознание работает в достаточной мере, чтобы воспринимать окружающее, обычно способны ответить на простые вопросы, проверяющие сферу ощущений, то есть ориентацию пациента, сознание, понимание и суждение по отношению к актуальной ситуации. (Поскольку эта область широко представлена во всех руководствах по стандартному психиатрическому обследованию, я не буду их иллюстрировать и приводить конкретные примеры вопросов терапевта.)

Если при исследовании мы не выявляем каких-либо недостатков в сфере ощущений пациента, надо выяснить, почему он не отвечает на первые вопросы или почему отвечает запутанно: может быть, по причине плохой памяти или низкого интеллекта он не понял, о чем его спрашивали, или забыл вопрос, пока готовился на него ответить. И, не входя в детальный анализ недостаточности когнитивных функций у пациентов с синдромом органического поражения мозга, я хочу подчеркнуть один принципиальный момент: когда пациент в значительной степени не способен ответить на первые вопросы, надо сначала проверить ключевые симптомы, отражающие расстройства в сфере ощущений, памяти и интеллекта, и лишь потом можно вернуться к ключевым симптомам функциональных психозов.

Очевидно, что в случае, когда мы видим у пациента серьезные нарушения вербального или невербального поведения, но не находим у него нарушений в сфере ощущений, памяти или интеллекта, необходимо снова вернуться к первым вопросам о том, что привело пациента к нам, в чем заключаются его сложности, чего он ожидает от терапии и как он сам ко всему этому относится. Если после второй попытки мы снова получаем неадекватный, путанный или сбивающий с толку ответ или же когда такой ответ сопровождается неадекватными чувствами или поведением, терапевт должен обратить свое внимание на эти патологические мысли, эмоции или формы поведения, тактично поделиться своими наблюдениями с пациентом и досконально исследовать, в какой степени пациент может чувствовать эмпатию по отношению к реакции терапевта на все странное или необычное, исходящее от пациента.

Если поведение, мышление или эмоции пациента во время интервью явно свидетельствуют о недостаточном тестировании реальности, стоит подумать о наличии у пациента функционального психоза, и тогда терапевт может выбрать другой подход к таким видимым нарушениям, пытаясь выяснить вместе с пациентом их субъективный смысл. Иными словами, когда нам очевидно, что способность к тестированию реальности у пациента снижена, есть смысл временно отложить конфронтацию и погрузиться в исследование субъективных переживаний пациента, соответствующих его поведенческим

проявлениям. Исследование субъективных переживаний пациента может привести к пониманию связей между его эмоциями, мышлением и поведением, и это открывает дорогу для дифференциальной диагностики. Видим ли мы проявления шизофрении (с дезорганизацией этих связей) или аффективных заболеваний (в этом случае внутренняя организация связывает неадекватные эмоции, поведение и мышление, так что между этими функциями устанавливается гармония в контексте серьезно нарушенной патологической организации)? Исследование галлюцинаций может подтвердить предположение о нарушении тестирования реальности, ранее основанное на наблюдениях за взаимодействием с пациентом. Наличие галлюцинаций по определению говорит о нарушении тестирования реальности. Подобным образом, если мы находим признаки бреда, это также подтверждает диагноз нарушения тестирования реальности и обычно помогает лучше понять природу психоза.

Общая тактика проведения структурного интервью с пациентом, страдающим психозом, такова: когда прояснение и тактичная конфронтация подтверждают нарушение тестирования реальности, мы перестаем высказывать свои сомнения по поводу процесса мышления, искажений реальности или внутренних переживаний пациента. Напротив, в такой ситуации надо стараться найти в себе эмпатию по отношению к внутренней реальности пациента, чтобы углубить свое понимание психотического процесса. По той же причине на средней и заключительной фазах структурного интервью терапевт может незаметно приспособить свои техники к серьезным нарушениям общения, которые есть у пациента, так, чтобы заключительная фаза не пугала пациента или же снижала бы его тревогу.

Иногда мы встречаем пациентов с психозами, которые при первом контакте разговаривают достаточно адекватно и свободно. Лишь когда терапевт, полагая, что имеет дело с серьезной патологией характера, исследует тестирование реальности, он обнаруживает ее отсутствие. В таком случае ход интервью близок к исследованию типичного пограничного пациента. Фактически, пациенты с бредом и галлюцинациями иногда вначале подают свои бредовые идеи и галлюцинации как, соответственно, сверхценные (или даже навязчивые) идеи или иллюзии (псевдогаллюцинации). В таких случаях важно исследовать, в какой степени пациент пытается изобразить “разумную” или “нормальную” оценку своих мыслей и своего восприятия по той причине, что боится показаться другим “ненормальным”.

Вот пример вопроса, который показывает, как терапевт может подойти к данной проблеме: “Вы сказали, что иногда чувствуете себя Иисусом Христом, хотя, разумеется, знаете, что на самом деле вы — не Иисус Христос. Но, может быть, внутренне вы все же верите, что вы Иисус Христос, но боитесь, что, если об этом узнаю я или другие, они подумают, что это сумасшествие?” Иными словами, когда мы предполагаем, что у пациента могут быть бред или галлюцинации, в оценку тестирования реальности должна входить конфронтация, направленная не только на внешнюю реальность, но и на психотическую реальность, и делать это надо так, чтобы не испугать пациента.

Когда исследование неадекватных форм поведения, эмоций или мышления не помогает оценить способность к тестированию реальности и когда нет четких признаков галлюцинаций или бреда, можно применить более сложную технику ведения интервью: интерпретацию действия примитивных защитных механизмов здесь-и-теперь. Как уже говорилось (см. главу 1), интерпретация действия примитивных защитных механизмов здесь-и-теперь усиливает способность к тестированию реальности у пациентов с пограничной организацией личности, но уменьшает — у пациентов с психозом.

Вот пример типичной интерпретации проективной идентификации: “Я заметил, что вы говорили со мной подозрительно и испуганно, как если бы я представлял для вас опасность. Я также заметил, что вы хмурились, когда я задавал некоторые вопросы (как, например, ...). Может быть, страх, что я плохо о вас подумаю или нападу на вас, связан с тем, что вы боитесь этого в самом себе; например, своего критичного отношения ко мне или направленной на меня злости?”

Интерпретация действия примитивных механизмов защиты сложна. Терапевт создает гипотезу о природе примитивных, фантастических и диссоциированных объектных отношений, которые активизировались. Он также должен иметь предположение о том, какова функция действия примитивных защит. Затем он делится этими гипотезами с пациентом.

Иногда возникает резкое улучшение или ухудшение взаимодействия сразу после такой предположительной интерпретации. Иногда же реакция пациента не столь ясна. Пациенты с параноидным психозом, осознающие реальность в достаточной мере для того, чтобы скрывать свои настоящие мысли или страхи, после такого пробного вмешательства терапевта могут просто стать более уклончивыми. Самым сложным испытанием для терапевта, ведущего структурное интервью (впрочем, то же относится и к любому другому диагностическому подходу), является параноидный пациент, у которого нельзя четко провести дифференциальную диагностику, чтобы понять, имеет он дело с параноидной личностью или же с параноидным психозом. Тут, чтобы прийти к ясному заключению, могут потребоваться повторные диагностические интервью.

В тех случаях, когда мы имеем дело с активным психозом, в частности с шизофренией или с маниакально-депрессивным психозом, структурное интервью фокусируется главным образом на природе симптомов, которые на данный момент есть у пациента, с тем, чтобы определить тип психоза и его форму. В таких случаях, а также когда мы принимаем пациентов с синдромом органического поражения мозга, у которых утеряна способность тестировать реальность, систематическое исследование истории болезни, как и истории жизни, должно опираться на дополнительные источники информации, и это уже выходит за рамки структурного интервью.

Острый и хронический синдромы органического поражения головного мозга

Как было упомянуто раньше, если пациент не способен адекватно ответить на первоначальные вопросы, это может быть признаком нарушения сферы ощущений (что типично для острого церебрального синдрома) или значительного снижения памяти и интеллекта (что типично для хронического). Когда пациент явно находится в сознании, но при этом не отвечает на первые вопросы терапевта или же его ответ свидетельствует о серьезных нарушениях, когда он реагирует очень слабо или неадекватно или показывает признаки общего замешательства и запутанности, — в таких случаях надо от исследования жалоб пациента перейти к оценке сферы ощущений, памяти и интеллекта.

Оценка сферы ощущений, куда относятся спонтанное и произвольное внимание, ориентация, состояние сознания, понимание и суждение, помогает выяснить, имеем ли мы дело с запутанностью, характерной для острого синдрома органического поражения головного мозга, или же это признак острого функционального психоза, в частности острой шизофрении (шизофреноподобного — *schizophreniform* — заболевания в DSM-III)*. При тактичном исследовании того, в какой степени сам пациент осознает, что ему

трудно уловить суть вопросов терапевта или вообще понять ситуацию интервью, постепенно могут выявиться признаки дезориентации, снижения способности осознавать, общее снижение способности воспринимать понятия — все типичные черты острого синдрома органического поражения мозга. И, напротив, в высшей степени идиосинкразические ответы пациента, в которых спутанность и замешательство соседствуют с хотя и странными, но организованными формулировками, характерны скорее для шизофрении. Серия прямых вопросов, в которых присутствуют прояснение и конфронтация, направленных на трудности общения пациента, а также исследование его способности к интроспекции помогают при дифференциальной диагностике, когда терапевт стремится понять, какова природа состояния спутанности: органическое церебральное нарушение или же шизофрения.

У пациентов, чьи сложности при ответе на вопросы терапевта отражают скорее недостаточность памяти и интеллектуального понимания, прямой разговор об этих проблемах может облегчить переход к систематическому обследованию памяти и интеллекта (в частности, способности к абстрактному мышлению). Например, терапевт говорит: “Мне показалось по вашему ответу, что вам трудно сосредоточиться и у вас проблемы с памятью. Разрешите задать вам несколько вопросов, чтобы оценить вашу память”. После таких слов можно начать стандартное обследование памяти и интеллекта.

Действительно обнаружив нарушения в сферах памяти и интеллекта, можно деликатно выяснить у пациента, в какой мере он сам осознает эти проблемы или озабочен ими, насколько его расстраивают плохая память и путаность мыслей. Если пациент не замечает, что у него явные трудности, или же страстно отрицает их наличие, то терапевт может применить тактичную конфронтацию по поводу несоответствия того, что он видел, тому, что говорит пациент. Если эта конфронтация усиливает отрицание, можно предположить, что мы видим у пациента недостаточность тестирования реальности по отношению к своим органическим проблемам, и тогда можно думать о диагнозе “деменция” (то есть хронический синдром органического поражения головного мозга с вторичным нарушением тестирования реальности).

В менее тяжелых случаях хронического церебрального синдрома пациент может в той или иной степени осознавать свои проблемы и говорить о них. Тем не менее, иногда можно заметить, что пациент не чувствует адекватной тревоги или депрессии по этому поводу, а это также является признаком изменения личности с потерей тестирования реальности, что свойственно деменции. В таких случаях — прежде чем мы перейдем к исследованию несоответствия между потерей памяти и интеллектуальных способностей, с одной стороны, и эмоциональным состоянием пациента, с другой, — важно узнать, сталкивался ли он с подобными трудностями в учебе, работе, отношениях с людьми и в своей социальной жизни вообще. Так исследование признаков синдрома органического поражения мозга расширяется посредством кругового движения по ключевым невротическим симптомам и патологическим чертам характера в социальной жизни пациента.

Таким образом, структурное интервью помогает проводить дифференциальную диагностику спутанных состояний сознания (органической или же шизофренической природы) и оценивать степень тяжести изменений личности и потери тестирования реальности при хроническом синдроме органического поражения мозга — то есть степень деменции.

Обобщая, можно сказать: когда терапевт видит, что пациент встречается с серьезными трудностями при ответе на первоначальные вопросы, или когда пациент демонстрирует

чрезмерно сильную тревогу, депрессию или замешательство, в этих случаях терапевту надо поделиться своими наблюдениями с пациентом. Далее, терапевт должен спросить, соответствуют ли эти состояния чувствам пациента по отношению к себе самому и не относится ли часть настороженности и страха к ситуации интервью. Фактически, такой подход к проявлениям страха и опасений можно применять к пациентам с любой психопатологией. Пациенты с психозами и с органическими нарушениями, пациенты с параноидным складом личности и с чрезмерно сильной социальной скованностью (застенчивость, робость и т.д.) могут казаться чрезмерно тревожными во время интервью, особенно в начальной фазе. С другой же стороны, первые вопросы создают структуру, что может успокаивать или ободрять пациентов, у которых нет органических нарушений или психозов, изменяя их нереалистичные фантазии об интервью. Поэтому в случаях, когда сильная тревога сохраняется после первых вопросов терапевта, можно предполагать наличие серьезной психопатологии какого-либо рода.

Заключительная фаза структурного интервью

Закончив исследование невротических симптомов и патологических черт характера, оценив основные механизмы защиты, синдром диффузной идентичности, тестирование реальности и ключевые симптомы психозов или органических церебральных нарушений, терапевт должен сказать пациенту, что задача выполнена. Затем он должен предложить пациенту добавить то, что ему кажется важным, или то, о чем он считает нужным сообщить терапевту. Можно задать такой хороший вопрос (из личной беседы с Робертом Мичелсом, 1981): “Что, по вашему мнению, я должен бы был у вас спросить, но не спросил?” В ответ мы можем получить новые ценные сведения или углубиться в уже исследованные сферы. Это также дает возможность пациенту выразить свои тревоги, пробужденные во время интервью, и тогда их можно исследовать глубже и также уменьшить, поставив в рамки реальности.

На конечную фазу интервью важно оставить достаточное количество времени: не только для того, чтобы дать возможность пациенту задавать вопросы, но и для того, чтобы и терапевт мог ответить на них и уделить внимание неожиданной тревоге или другим возникшим сложностям. Терапевт может решить, что необходимы добавочные интервью для постановки точного диагноза или что обе стороны должны подумать, прежде чем начинать обсуждение терапии; иногда же к этим вопросам можно перейти сразу. В любом случае пациент должен участвовать в процессе принятия решения. Терапевт может сообщить пациенту, что достаточно понял его состояние, чтобы предложить терапию, или же сказать, что надо продолжать процесс установления диагноза. В любом случае терапевт может выразить желание получить дополнительную нужную информацию из других источников.

Окончание структурного интервью чрезвычайно важно: в этот момент можно оценить мотивацию пациента по отношению к диагностическому процессу и к терапии, можно принять меры на случай опасных, требующих срочного вмешательства состояний (таких, например, как острый риск самоубийства у пациента с тяжелой депрессией), а также можно оценить, в какой степени пациент способен принять описание своих проблем терапевтом и может ли он относиться к нему позитивно. В любой консультации для терапевта должна существовать возможность назначить дополнительные интервью, если это необходимо. Большинство пациентов способны оценить честность терапевта, который признает, что, хотя многое узнал, этого пока недостаточно для принятия решения о необходимой (если она вообще нужна) терапии.

Дополнительные соображения по поводу установок терапевта, проводящего диагностическое интервью

Для структурного интервью нужно время, в том числе — для переживаний и размышлений в процессе самого интервью. Поэтому я рекомендую отводить на него по крайней мере полтора часа. В нашем проекте по исследованию диагностики пограничных пациентов (Kernberg et al., 1981) после долгого экспериментирования мы остановились на двух 45-минутных сеансах, разделенных 10—15-минутным перерывом. В своей частной практике я нередко отвожу два последних часа рабочего дня для интервью с новым пациентом.

Терапевт должен чувствовать себя комфортно, находиться “в хорошем состоянии”, то есть не ощущать себя расстроенным какими-либо посторонними мыслями, а быть эмоционально открытым и готовым отозваться, — но при этом “держаться в тени”, направляя все внимание на пациента. Несмотря на свою сдержанность и ненавязчивость (или благодаря ей), терапевт сначала может показаться пациенту “идеалом”. В пациентах, у которых сохранена способность к базовому доверию, он может пробудить тенденции к идеализации или к зависимости, несмотря на все тревоги и трудности, которые привели их к терапевту. У пациентов с серьезными нарушениями в сфере объектных отношений, неспособных к базовому доверию, с параноидными установками или сильной бессознательной завистью сами спокойствие, открытость и “неозабоченность” терапевта могут вызвать подозрение, обиду, страх или презрение.

В любом случае быстро устанавливаются двойные взаимоотношения между терапевтом и пациентом: реалистичные, социально приемлемые и одновременно (более-менее скрытые) отражающие расположенность к переносу пациента и соответствующую потенциальную расположенность к контрпереносу терапевта. Последний тип взаимоотношений активизирует конфликтные “фантастические” (как в смысле фантазии, так и в смысле “нереалистичные”) объектные отношения. Раннее проявление сознательных или бессознательных эротических и агрессивных эмоций или тенденции к зависимости со стороны пациента порождают у терапевта в ответ не только когнитивное осознание, но также и соответствующие или дополняющие его эмоциональные реакции (Racker, 1968).

Перед терапевтом стоят одновременно три задачи. Он должен (а) исследовать субъективный внутренний мир пациента, (б) наблюдать поведение пациента в его взаимодействии с терапевтом в процессе интервью и (в) быть внимательным к своим собственным эмоциональным реакциям на пациента, поскольку они помогают выявить природу скрытых объектных отношений. Именно эти скрытые объектные отношения являются основой, на которой терапевт строит свои предположительные интерпретации в контексте здесь-и-теперь по поводу работы механизмов защиты у пациента, когда последние проявляются, доминируют и требуют исследования.

Можно взглянуть на все это и с другой точки зрения: терапевт строит в своем уме модель Я-образа пациента, модель его Я-репрезентации. В то же время он стремится понять, действительно ли общение с пациентом позволяет создать такую модель. Терапевт, кроме того, стремится представить себе значимых других пациента, храня в голове тот же вопрос: можно ли получить цельную картину этих людей? Так, разумеется, терапевт оценивает степень интеграции идентичности или же наличие синдрома диффузной идентичности.

Можно сказать и так: терапевт оценивает все наиболее неадекватное в эмоциях, мышлении или поведении пациента и готовится обсудить с ним свои наблюдения

открыто, но тактично, наблюдая при этом, насколько пациент способен чувствовать эмпатию к переживаниям терапевта. Так он оценивает, с одной стороны, способность к интроспекции и инсайту и, на другом уровне, способность к тестированию реальности.

Выполнить все эти задачи нелегко; для этого требуются знания и практические умения в сфере стандартного психиатрического обследования, опыт интерпретации переноса в психотерапии, а также клинический опыт общения с широким спектром психиатрических пациентов. Тем не менее, это техника, которой можно учить талантливых стажеров в области психиатрии на третьем году их обучения, а далее она углубляется по мере приобретения практического опыта. Структурное интервью можно назвать “вторым поколением” предшествующего ему “динамического интервью”, которое отражало влияние психоанализа на диагностическое интервью в психиатрии*.

3. Дифференциальный диагноз у подростков

Общие соображения

В публикациях прошлых лет, посвященных вопросам нарушений идентичности у подростков, такие вещи, как кризис идентичности и диффузная идентичность, не отделялись друг от друга. Так что еще можно встретить дискуссии на тему: всем ли подросткам в какой-то степени свойственна диффузная идентичность? Если да, то все подростки с диагностической точки зрения не отличаются от лиц с пограничной организацией личности более старшего возраста. Я думаю, что отличить пограничную патологию характера от непограничной достаточно легко, если пользоваться структурным подходом. Существуют обзоры, посвященные тяжелым расстройствам характера и пограничным состояниям у подростков, их описательному аспекту и психодинамике (см. Geelerd, 1958; Masterson, 1967, 1972; Paz, 1976; Michael Stone, 1980; Paulina Kernberg, 1982).

Пытаясь применить структурные критерии к начальному обследованию подростков, клиницист сталкивается с серьезными трудностями. Во-первых, симптоматические неврозы, чаще всего серьезные тревога или депрессия, настолько сильно дезорганизуют подростков и могут в такой мере влиять на их поведение дома, в школе и со сверстниками, что картина напоминает серьезный социальный срыв, типичный для пограничных состояний.

Во-вторых, подросткам свойственны проявления кризиса идентичности, мгновенное переключение идентификации с одной социальной идеологии или группы на другие, так что кажущаяся полная перемена личности может произойти всего за несколько месяцев. Эти внезапные изменения идентификации заставляют задуматься, не стоит ли за ними гораздо более серьезный синдром диффузной идентичности.

В-третьих, конфликты подростков с родителями, братьями и сестрами и с учителями можно неверно проинтерпретировать. Эти конфликты могут отражать невротическую потребность в зависимости или в бунте, а могут также быть проявлением тяжелой патологии объектных отношений и диффузной идентичности. Невротические, непограничной природы, конфликты с родителями и авторитетами могут интенсифицировать и активизировать примитивные механизмы защиты и у пациентов, свободных от пограничной патологии, так что у них в некоторых объектных отношениях

можно обнаружить контроль всемогущества, проективную идентификацию и обесценивание.

В-четвертых, антисоциальное поведение подростков может быть проявлением “нормальной” или невротической адаптации к антисоциальной культурной подгруппе (и в этом случае оно сравнительно незлокачественно) или же оно может отражать серьезную патологию характера, замаскированную адаптацией к антисоциальной группе. Следовательно, ярлык “приспособительная реакция подросткового возраста”, которым нередко злоупотребляют, — это, скорее, не диагноз, а сигнал тревоги, призывающий глубоко исследовать структуру личности подростка, находящегося в состоянии конфликта.

В-пятых, нормальные, невротические и инфантильные нарциссические реакции, столь частые в подростковом возрасте, могут маскировать тяжелое нарциссическое расстройство личности, особенно в тех случаях, когда нет антисоциальных проявлений, которые бы заставили терапевта, устанавливающего диагноз, исследовать пациента на предмет нарциссической, а не только антисоциальной патологии. Нарциссическая патология может выражаться не в типичных для нее конфликтах всемогущества, величия и обесценивания, но в странных колебаниях между прекрасным функционированием в школе и необъяснимыми провалами, как только возникает соревновательный момент.

В-шестых, нормальные проявления полиморфной перверсной сексуальности у подростков могут имитировать смещение генитальных и прегенитальных черт (с преобладанием агрессивных конфликтов), типичное для пограничной организации личности. Как я уже говорил, природа основных бессознательных конфликтов не является надежным диагностическим критерием.

Наконец, психотические состояния, развивающиеся постепенно, такие как хроническая шизофрения, могут маскироваться под пограничные нарушения, поскольку на первом плане мы видим тяжелую патологию объектных отношений, замкнутость и тяжелые расстройства характера вообще. К тому же, хотя распознать наличие галлюцинаций и несложно, формирующийся бред можно сначала ошибочно принять за, скажем, ипохондрические черты характера или за чрезмерную озабоченность своей внешностью.

Далее я попытаюсь проиллюстрировать эти трудности дифференциальной диагностики пограничных расстройств у подростков, а также покажу, как приложить общие диагностические критерии, упомянутые выше, к этой возрастной группе.

Клинические иллюстрации

Мисс А. Восемнадцатилетняя первокурсница колледжа была направлена ко мне с предположительным диагнозом: пограничная личностная организация и тяжелая невротическая депрессия. Мисс А. не справлялась с учебой, избегала социальных контактов и периодически то замыкалась в себе в депрессивном состоянии, то непрерывно вступала в яростные споры с друзьями и домашними. У нее были как гомосексуальные, так и гетеросексуальные отношения, и доктору, направившему ее ко мне, мисс А. показалась чрезмерно отчужденной и холодной. Главной причиной обращения были тяжелый кризис социального общения в колледже и неуспеваемость при высоком уровне интеллекта.

При углублении в ее проблемы выяснилось, что мисс А. всегда страдала от сексуальной скованности, что проявлялось в виде интенсивного чувства вины по поводу сексуальности

и в сопровождающих мастурбацию фантазиях о том, что ее унижают, избивают и порабощают сильные мужчины с садистическими чертами. Хотя она влюблялась в мужчин, половой акт всегда вызывал у нее отвращение. Она чувствовала, что боится женщин, поскольку не может соперничать с ними, и пыталась занять подчиненное положение по отношению к некоторым властным женщинам. У нее были гомосексуальные связи с некоторыми подругами, но она не испытывала от этого сексуального удовольствия. При поступлении в колледж ей казалось, что старательность в работе и учебе помогут ей установить профессиональную идентичность, так что не надо будет вступать в сексуальные отношения с мужчинами или соревноваться с другими женщинами за мужчин. В колледже она ощутила, что все пути к сексуальной близости для нее закрыты, и растущее отчаяние перед этой неразрешимой проблемой в сочетании с усиливающейся виной за участие в “запрещенных” сексуальных действиях привели к депрессии, ставшей настолько сильной, что это уже серьезно мешало ей учиться.

Мисс А. могла дать точные и живые описания значимых для нее людей и своих взаимоотношений с ними. У нее был цельный образ Я вопреки — или благодаря — сильному вытеснению; в данном случае можно было увидеть типичную картину истерически-мазохистической личностной структуры. Мисс А. имела определенные ценности и идеалы, ее по-настоящему интересовали некоторые темы в культурной и политической областях. Она на удивление хорошо общалась в таких межличностных ситуациях, когда большая разница в возрасте снижала давление потенциальных сексуальных взаимоотношений. Работая добровольцем в сфере социальной помощи, где она была самой молодой из участников, несколько месяцев она функционировала прекрасно, живя “как монахиня”. Цельная концепция Я и других в данном случае позволяла исключить диффузную идентичность; хаотичная сексуальная жизнь имеет отношение к стоящей за ней сексуальной скованности по отношению к мужчинам и желанию подчиняться женщинам, вызванному виной. Мисс А. могла устанавливать глубокие объектные отношения в тех случаях, когда туда не примешивались сексуальные конфликты, у нее было ярко садистичное и жесткое, но вполне интегрированное Супер-Эго. Заключительный диагноз был: истерическая личность с мазохистическими чертами, фригидность и тяжелая невротическая депрессия. Состояние мисс А. улучшилось после кратковременной психоаналитически ориентированной терапии, она смогла намного успешнее заниматься в колледже и участвовать в социальной жизни. Позднее ее направили на психоанализ, чтобы там работать с более глубокими проблемами характера.

Мисс В. Пятнадцатилетняя ученица школы была направлена на консультацию из-за произошедших с ней внезапных и бурных изменений. Раньше она была тесно связана со своей семьей, робка с окружающими, усердно занималась уроками. Внезапно, как говорили ее родители, она переменила стиль одежды на подчеркнуто “хиповый”, у нее начался бурный роман с молодым человеком, который был старше ее на несколько лет и которого она чрезмерно боготворила, она примкнула к субгруппе неконвенциональных, склонных употреблять наркотики ребят. Спокойствие в доме сменилось чередой споров и взаимных обвинений, родители расстраивались, сталкиваясь с частыми обманами и манипулятивным и хитрым — нечестным, по их ощущению, — поведением дочери, чего раньше они за ней никогда не замечали. Девушка ходила к психотерапевту, который призвал родителей быть гибче и терпимее по отношению к дочери. По неясным причинам между этим психотерапевтом и родителями установились очень напряженные отношения, в которых пациентка играла роль “наивного” свидетеля.

Врач, направивший пациентку, предполагал у нее проблемы пограничной личностной организации, но с клинической точки зрения мисс В. интеллектуально и эмоционально казалась более зрелым человеком, чем можно было ожидать в ее возрасте. После того как мы поговорили о ее начальном недоверии ко мне и о том, что она боится и рассматривает меня как своих родителей, я смог объяснить ей свою нейтральность по отношению к ее стилю жизни, к ее идеологии и ее молодому человеку. Тогда она стала более открытой и описала, на мой взгляд, глубокие и осмысленные взаимоотношения с ним — нормальная романтическая влюбленность и сексуальные взаимоотношения, приносящие удовлетворение. Мисс В. действительно открыто бунтовала против “чрезмерной благопристойности” своей семьи, но в то же время строила вполне реалистичные планы относительно своей карьеры и будущего. Она выполняла школьные задания, ответственно относилась к своим обязанностям и общественным поручениям, открыто говорила, что любит иногда покурить “травку” в бунтующей группе, но не производила при этом впечатления человека зависимого. Она также не отказалась от своих прежних интересов в сферах культуры и искусства или от своих взаимоотношений со старыми друзьями. Она целюно воспринимала и описывала себя, у нее были четкие образы других людей, она давала понятные и эмоционально открытые ответы на мои вопросы о конфликтах с родителями и об отношениях с ее психотерапевтом.

Меня беспокоила внезапная перемена ее внешности и взглядов, и я исследовал этот вопрос вместе с нею на протяжении девяти встреч. Перемена, произошедшая с ней, перестала казаться столь уж патологической. В процессе общения с пациенткой я пришел к выводу, что это нормальная попытка отделиться от своей семьи, слишком тесная связь с которой действовала на девушку подавляюще. Итак, мое заключение в данном случае состояло в том, что мисс В. — нормальный подросток. На последующих двух встречах — на отдельной встрече с родителями и на встрече со всеми вместе — я подтвердил рекомендацию ее психотерапевта, что родители должны уважать попытку своей дочери отделиться и строить собственную жизнь, не соответствующую их социальным стандартам. Родители оказались на удивление понимающими и гибкими людьми. Через год трудности в отношениях родителей с дочерью значительно уменьшились; полгода спустя после первой консультации мисс В. рассталась с бойфрендом и теперь встречалась с другим, она совершенно нормально функционировала в социальной жизни и на работе.

Мистер С. Девятнадцатилетний студент колледжа был направлен к нам врачом, который находил у него почти психотическую манию величия, поглощенность самим собой и серьезные нарушения в сфере объектных отношений. Этот молодой человек много лет интересовался историей и искусством, писал эссе, в котором пытался собрать воедино различные подходы к некоторым вопросам истории и искусствоведения. Хотя врач и не мог оценить само эссе, на него произвел впечатление ум молодого человека; но в то же время его обеспокоили величественный тон, в котором пациент говорил о своих делах, и по-детски торжественное отношение к самому себе. Кроме того, мистер С. с презрением относился ко многим близким людям. Мир его объектных отношений состоял, с одной стороны, из малого числа идеализированных образцов и, с другой — из подавляющего большинства никчемных “посредственностей” (куда входили его родители и другие члены семьи, большинство учителей, друзей и знакомых). Врач не мог решить: то ли он гений, то ли психотик, а может, сочетание того и другого?

Непосредственной причиной консультации было растущее опасение мистера С., что он не способен установить удовлетворяющие его взаимоотношения с девушкой. Женщины, которыми он восхищался, казались недостижимыми или отвергали его, с ними пациент

был крайне застенчив и скован; он не мог ничего сказать о том, как его внутренние установки влияли на эти взаимоотношения. В то же время проявляющие к нему интерес девушки, с которыми устанавливались какие-то отношения, быстро теряли свою привлекательность, и он убегал от них, как только они предъявляли к нему какие-либо требования. Иногда у него бывали не слишком удовлетворяющие сексуальные отношения с девушками, порой он страдал импотенцией, а кроме того, ему была свойственна быстро меняющаяся объект идеализация недостижимых женщин.

Можно сказать, что мистер С. переживал сильное одиночество, происходящее из-за того, что он отделил себя от сверстников (презираемых им) и из-за его особенностей во взаимоотношениях с женщинами. Его успехи в колледже были фрагментарными: с одной стороны, он снискал себе славу благодаря своему уму и познаниям в некоторых областях, с другой — (причины ему самому были неясны) он получал плохие отметки по отдельным предметам, а некоторые преподаватели и инструкторы открыто его не любили и критиковали.

Надо подчеркнуть, что сочетание робости и скованности с бравადой по поводу своего интеллектуального превосходства, а также сложности с девушками и резкие колебания настроений — все это может показаться довольно типичными трудностями подростка. Его преданность интеллектуальным и культурным ценностям, хорошая работоспособность в некоторых областях, творчество в сфере своих интересов показывают способность сублимировать для интеграции Супер-Эго. У него хороший контроль над импульсами, нормальная толерантность тревоги и, если не считать импотенции, нет невротических симптомов.

При внимательном обследовании больше всего на меня произвело впечатление то, что мистер С. не мог ясно описать природу своих трудностей с девушками и причины, по которым некоторые преподаватели и сверстники его не любили. Несмотря на свой ум, он не мог описать родителей, любимых преподавателей, двух-трех девушек, с которыми в то время общался. Короче говоря, его объектные отношения были крайне бедны, и можно было увидеть явные признаки расщепления и недостаточной интеграции объект-репрезентаций.

И, напротив, его Я-образ и Я-концепция были устойчивыми и интегрированными, они отражали патологическое грандиозное Я. Он адекватно передавал свое понимание противоречия между представлениями о себе как о гении, еще неизвестном выдающемся человеке, которому суждено будет сказать новое слово в современной культуре, и своим чувством неуверенности и страха по отношению к девушкам и к социальным ситуациям вообще. Он понимал, что ему нужны другие люди, что иначе он обречен на одиночество. В той мере, в какой он нуждался в людях и переживал свою неспособность устанавливать взаимоотношения, он чувствовал свою незащищенность. Он искал помощи терапевта, чтобы чувствовать себя безопасно и уверенно в своих отношениях с женщинами, чтобы эта сфера “ограничения” его самоудовлетворенности существенно уменьшилась, и тогда он смог бы посвятить себя целиком любимому делу — литературному творчеству.

Тестирование реальности у него было сохранено, в процессе диагностического интервью он мог реалистично оценить свое чувство превосходства. Он вскоре начал воспринимать меня как дружелюбного, но несколько запутавшегося, не слишком умного, достаточно непривлекательного и немужественного пожилого психиатра. Поскольку меня ему хорошо отрекомендовали, он был готов “позволить” мне заняться его случаем, но серьезно сомневался, может ли ему в его трудностях с женщинами помочь человек, который сам не выглядит достаточно привлекательным для женщин.

Данный случай иллюстрирует поверхностную патологию, похожую на некоторые типичные проблемы подростков, которая скрывает под собой серьезную патологию характера, а именно: нарциссическую личность, которая функционирует лучше, чем на явно пограничном уровне.

Мистер С. был направлен на психоанализ, два года спустя он еще продолжал ходить к аналитику и у него появилось типичное нарциссическое сопротивление в переносе. К этому времени не произошло глобальных изменений в его проблемах с женщинами, хотя он стал намного лучше осознавать свой вклад в возникновение проблем в работе, особенно проблем с учителями и начальством.

Выше я приводил случаи, в которых по поверхностным проявлениям можно было предположить пограничную личностную организацию, но в то же время нельзя было исключить диагноз невротической организации личности — или просто нормальность. Случаи, приведенные ниже, иллюстрируют другой полюс: это пациенты, у которых надо проводить дифференциальную диагностику между пограничной и психотической организациями личности.

Мисс D. Впервые симптомы болезни проявились у молодой художницы в 17 лет, когда она первый год училась в колледже. Ее ум начали занимать странные сексуальные мысли, которые мешали сосредоточиться, появились чувство отчужденности и отчаянная потребность находиться все время рядом с матерью. Мисс D. тайком наносила себе на коже порезы, избегала общества, большую часть времени сидела в своей комнате, депрессия все усиливалась, она совершила несколько суицидальных попыток, разрезая себе вены. За начальным диагнозом — к этому заключению приходили все — тяжелой депрессии (вероятно, психотической) последовала электрошоковая терапия; после некоторого непродолжительного улучшения все ее симптомы вскоре вернулись. Кратковременные госпитализации в различные терапевтические центры и стандартное фармакологическое лечение — комбинация транквилизаторов и антидепрессантов — не принесли облегчения. Наконец ее госпитализировали на длительный срок. В госпитале встал вопрос о диагнозе: было неясно, что у мисс D. — хроническая шизофрения или пограничная личностная организация. Большинство психиатров, которые видели ее, склонялись к шизофрении.

В процессе длительного диагностического обследования, продолжавшегося несколько недель, я обнаружил, что она с большой подозрительностью относится к мотивам других людей — как членов своей семьи, так и всех окружающих в больнице. Не было явных признаков бреда, но пациентка проявляла яркую параноидную ориентацию. Ее речь была неопределенной и фрагментированной, с длительными периодами молчания или запинок, что заставило меня задаться вопросом, нет ли у нее дезорганизации процесса мышления. При тщательном исследовании я не мог увидеть признаков галлюцинаций или бреда. Ее описания самой себя и значимых других были неопределенны, хаотичны и противоречивы. Ее эмоциональное состояние колебалось между растерянностью и замешательством, депрессией и легким смущением.

Когда я конфронтировал мисс D., заговорив об ее подозрительном и закрытом отношении ко мне, по ее ответу можно было судить об удивительном понимании своего поведения и его влияния на взаимоотношения терапевта с пациентом. Интерпретация ее главных проективных механизмов (например, страхов, что она не будет мне интересна или что я буду ее ругать, когда косвенно она выражала все то, чего боялась во мне, своим

собственным поведением) увеличила ее осознание реальной ситуации интервью и резко снизила неопределенность ее речи. Можно кратко сказать, что отсутствие галлюцинаций или бреда, способность чувствовать эмпатию по отношению к обычным социальным критериям в ситуации взаимодействия с терапевтом и целостная реакция с временным улучшением функций Эго в ответ на интерпретацию примитивных защитных операций в раннем переносе — все это подтверждало нормальную способность к тестированию реальности.

Мой диагноз был: пограничная личностная организация с преобладанием шизоидных, мазохистических и параноидных черт. Я рекомендовал ей интенсивную психоаналитически ориентированную психотерапию и прекращение приема всех медикаментов, а также советовал начать психотерапию в структурированном сеттинге госпиталя до того момента, пока она не будет в состоянии контролировать свое саморазрушительное и суицидальное поведение.

Эти рекомендации были выполнены; мисс D. провела в госпитале еще полгода, а затем продолжала четыре раза в неделю приходить к терапевту в течение четырех лет. Исследование, проведенное после трех лет терапии, показало, что у нее выросло чувство автономии, улучшились работоспособность и учеба (так что она закончила колледж и начала работать художником); у нее начались нормальные сексуальные отношения с подходящими мужчинами, она могла уехать далеко от родителей и обрести чувство внутренней независимости; совсем исчезли стремление к самоповреждению и суицидальные тенденции. Данный пример показывает, сколь важно оценить способность к тестированию реальности при дифференциальной диагностике, когда надо отличить пограничные расстройства от психозов — особенно от шизофрении.

Мисс Е. Восемнадцатилетняя девушка с историей нескольких случаев тяжелой депрессии, хронической неуспеваемости в школе на протяжении последних двух-трех лет, серьезных и постоянных ссор с родителями, а также с увеличивающейся социальной изоляцией. Мисс Е. была свойственна сексуальная скованность по отношению к юношам, она тянулась к бунтующим и социально изолированным людям — с некоторыми из них дружила уже несколько лет. Она была госпитализирована потому, что родители боялись утяжеления ее депрессии и суицида.

В госпитале она вела себя капризно, властно и подозрительно, пыталась манипулировать людьми. Она утверждала, что у нее нет психологических проблем, что единственная ее проблема — боль в руках, возникшая из-за нарушений сна во время предыдущей длительной депрессии. Она считала, что первоначально у нее были эмоциональные проблемы, из-за которых развилась депрессия, а депрессия привела к бессоннице, и теперь боль в руках есть физическая болезнь вследствие недостатка сна. Она твердила, что ей ничто не поможет, кроме правильного лекарства, и она готова бороться до тех пор, пока его не получит.

Боль в руках постепенно заняла центральное место, вокруг нее выстраивались все межличностные отношения. На конфронтации, направленные на ее манипулятивное поведение, она ответила сильным раздражением, после этого у нее усилилась тенденция к расщеплению как персонала, так и пациентов своей палаты. Сочетание явных примитивных механизмов защиты — в частности отрицания, расщепления и проекций — с недостаточно интегрированной Я-концепцией и концепциями других заставило сначала думать о том, что у пациентки пограничная личностная организация.

Во время диагностического интервью у меня создалось впечатление, что у нее сохранена способность к тестированию реальности: она могла чувствовать эмпатию по отношению к людям, наблюдающим за ее поведением со стороны, интерпретация примитивных механизмов защиты не вызывала у нее углубления дезинтеграции. Тем не менее я никак не мог пробиться сквозь отрицание всех психологических проблем, а ипохондрическая установка по отношению к боли в руках не снижалась с помощью тестирования реальности. Так что один вопрос оставался открытым: может быть, ее состояние есть хронический ипохондрический бред, указывающий — у пациентки, которая в данный момент не проявляла признаков глубокой депрессии — на то, что у нее шизофрения (или шизоаффективное расстройство)?

Была рекомендована длительная госпитализация и пробный экспрессивный подход для выяснения диагноза. Реакцией на такой терапевтический подход было углубление дезорганизации поведения мисс Е.; через некоторое время появились четкие признаки галлюцинаций и также ипохондрического и параноидного бреда. Окончательный диагноз был: хроническая шизофрения.

Данный случай показывает сложность постановки диагноза у пациентки с хронической моносимптомной бредовой симптоматологией, мы снова видим, как важно оценить способность к тестированию реальности при установлении диагноза. Как пограничные пациенты, так и пациенты с шизофренией, показывают выраженные признаки диффузной идентичности и доминирования примитивных механизмов защиты. Именно наличие или отсутствие способности к тестированию реальности помогает нам отличить одну группу от другой. Помещение изолированного хронического бреда во что-то похожее на более или менее выраженный подростковый бунт, может скрыть стоящую за ним психотическую организацию личности.

Нарциссическая патология у подростков

Сначала надо сказать, что, по-видимому, лишь пациенты с наиболее выраженными типами нарциссической личности обращаются к нам в подростковом возрасте. Многие люди с нарциссической личностной организацией, которые функционируют лучше, обращаются к терапевту гораздо позднее — по поводу других симптомов или когда процесс старения угрожает их нарциссическим защитам. Некоторые подростки с нарциссической личностью обращаются к нам по другим поводам: из-за неудач в учебе, например, или по поводу депрессии или же в связи с сексуальными отклонениями, — но обычно эти проблемы должны быть достаточно серьезными, чтобы заставить подростка с нарциссической личностной организацией обратиться к психиатру. Следовательно, диагноз нарциссической патологии у подростка обычно предполагает, что это патология тяжелая.

Я не раз описывал (см. главу 11) степени тяжести нарциссических нарушений. Тут я приведу характерные черты нарциссических подростков. Это, во-первых, противоречивые характеристики учебы, где есть, с одной стороны, амбиции и старание, а с другой — почти неизбежные провалы и нежелание заниматься какими-то видами деятельности. Объяснение этих противоречий заключается в том, что таким подросткам нужно быть победителями, а если это не получается, они обесценивают те сферы, где не могут преуспеть или где для достижения успеха требуется приложить много усилий. Этот тип поведения часто замаскирован депрессией по поводу школьных неудач. Лишь тщательное исследование позволяет разглядеть нарциссический характер такой депрессии (ощущение поражения и стыда из-за того, что не мог добиться успеха) и обесценивание тех видов

деятельности, которые нелегко даются или не приносят сразу награды. Проблема принять статус “новичка” характерна для нарциссических пациентов (хотя не только для них).

Другой часто встречающейся чертой подростка с нарциссической организацией личности является то, что можно назвать “невинным” очаровательным гедонизмом: поиск удовольствия и наслаждения, часто в сочетании с легким, поверхностно-дружелюбным характером, тип “плейбоя”, который может быть достаточно обаятельным. Такая установка в сочетании с талантами и высоким интеллектом может скрывать неспособность этих подростков посвятить себя каким-либо жизненным целям или установить глубокие взаимоотношения. При тщательном исследовании можно увидеть, что поверхностная теплота и общительность скрывают за собой типичную бедность объектных отношений и отсутствие глобальных жизненных ценностей и целей, выходящих за пределы самовосхваления.

Сексуальное поведение подростка с нарциссической организацией личности может включать в себя чувство неполноценности (озабоченность “маленькими размерами пениса”) и сексуальную скованность по отношению к другому полу в сочетании с сексуальным промискуитетом. Для того чтобы отличить промискуитет нарциссический от нормального, свойственного подросткам, надо глубоко изучить природу каждого конкретного сексуального взаимоотношения подростка, понять, насколько он способен к романтической влюбленности и насколько дифференцированно может относиться к сексуальному партнеру.

Сочетание всемогущего контроля, грандиозности и обесценивания окружающих с жестоким бунтом против родителей следует отличать от обычного подросткового бунта. Нормальный или невротичный подросток, в отличие от нарциссического или пограничного, тоже может бурно конфликтовать со своими родителями, а также жестко критиковать и обесценивать их, но обычно это сочетается со способностью видеть какие-то другие ценные стороны родителей. Кроме того, у невротиков есть другие взаимоотношения, лишённые примеси самоутверждения и обесценивания. Непограниченные пациенты не делят всех людей на две категории: на абсолютно лишённых ценности и на немногих совершенно идеальных. Они способны дифференцированно и более цельно смотреть, по крайней мере, на некоторых людей. Суммируя главное, как я сделал это в другой публикации (1975), можно сказать, что подростков с пограничными и нарциссическими нарушениями можно отличить от невротиков и нормальных подростков по следующим чертам: непограничные подростки способны переживать чувство вины и заботу, устанавливать длительные взаимоотношения, лишённые примеси эксплуатации, с друзьями, учителями или с кем-то еще, и они могут давать этим людям реалистичную оценку. У непограничных подростков есть ряд ценностей, постоянно расширяющихся и углубляющихся, которые могут как совпадать, так и идти вразрез с ценностями их культурной среды.

Когда мы встречаемся с серьезной патологией семьи (что часто сопутствует различным пограничным состояниям и нарциссической организации личности), нередко бывает трудно понять, насколько это является проблемой подростка, насколько — его родителей, братьев и сестер. В таких сложных случаях исследование семьи и наблюдение за начальными трансферентными паттернами в индивидуальной психотерапии хорошо дополняют друг друга и могут быть крайне важны для установления диагноза. Дифференциальная диагностика антисоциального поведения в таких случаях есть важнейший аспект диагностики у подростков с нарциссическими нарушениями.

Разнообразные сочетания этих нарциссических черт могут дать более “адаптивный” и, парадоксальным образом, более злокачественный тип нарциссической патологии у подростков. Один пациент, семнадцатилетний сын видного политика, сражался против традиционного властного стиля своего отца, устраивая скандалы дома, но сам отождествлялся с авторитарной установкой родителя, пользуясь отцовским влиянием в своем городе. Он пытался запугивать учителей в школе, продавцов и других взрослых, угрожая им наказанием со стороны отца в тех случаях, когда они не исполняли его требования. В то же время, пользуясь богатством своих родителей, он поверхностно, но интеллигентно объяснял свой стиль ориентированной на удовольствия жизни тем, что он “противник истеблишмента”. Терапевта, ставящего диагноз, пациент такого рода заставляет задуматься: до какой степени это сравнительно незлокачественная форма адаптации к особым социальным условиям и до какой степени особые условия скрывают и защищают лежащую за ними нарциссическую структуру личности?

Из-за того, что нарциссическая патология характера часто поддерживается адаптивными нарциссическими чертами семьи, отделить патологию пациента от патологии семьи бывает нелегко. Повторим, что разрешить эту задачу помогает тщательное исследование качества объектных отношений и интеграции Супер-Эго пациента параллельно с индивидуальным исследованием пациента и его семьи.

Прежде чем перейти к случаям, иллюстрирующим данную тему, мне хочется подчеркнуть, что настоящая нарциссическая патология зарождается в раннем детстве и не является следствием той семейной динамики и структуры, которую можно наблюдать в данный момент. Следовательно, весьма спорно утверждение, что для разрешения настоящей нарциссической патологии у подростка достаточно одной лишь семейной терапии. Даже в тех случаях, когда семья подростка в крайней степени патологична, подлинная пограничная организация личности не зависит от актуальной семейной патологии и данному пациенту необходима длительная индивидуальная терапия. В то же время во многих случаях чисто индивидуальный подход невозможен, по крайней мере сначала, поскольку психопатология подростка хорошо защищена семейной психопатологией и сознательным или бессознательным договором семьи о том, что она должна контролировать пациента.

Так, например, девятнадцатилетний пациент с нарциссической патологией личности и с антисоциальными тенденциями ставил условие, что он пойдет к терапевту, только если родители купят ему машину. Его отец готов был на это согласиться, несмотря на выраженные мной опасения, что таким образом он продолжает свои хронические попытки подкупить пациента. Постепенно выяснилось, что пациент не согласится на мои рекомендации или на условия, которые я ставил перед началом терапии, если это не дает возможности эксплуатировать семью. Тогда я предложил семье альтернативы: либо найти другого терапевта, который согласится заниматься их сыном на других условиях, либо я буду работать с родителями, но без сына, чтобы помочь им справиться с их крайне сложной ситуацией. В данном случае два года поддерживающих отношений помогли им выйти из-под всемогущего контроля, которому они подчинялись в прошлом, и это заставило сына самого нести последствия своего антисоциального поведения, что косвенно опять поставило его перед необходимостью терапии.

Вот несколько случаев, в которых смешиваются нарциссическая патология подростка и патология семьи. Семнадцатилетняя девушка во время ссоры выстрелила в своего молодого человека и серьезно его ранила. У ее отца тоже бывали приступы ярости — он с гордостью говорил, что когда ситуация совсем плоха, он может стукнуть кулаком по столу и остаться победителем в своих коммерческих делах. Его угрозы психиатрам и

терапевтическим центрам, не соглашавшимся защищать его дочь от ответственности перед законом, выглядели страшнее, чем импульсивный выстрел девушки.

Другая семнадцатилетняя девушка, занимавшаяся проституцией, сговорила со своей матерью о прекращении терапии. Она обещала матери, что будет “хорошо себя вести” до того момента, пока не окажется вне госпиталя — и вне контроля терапевтической команды, — и просила мать добиться ее выписки, чтобы не тратить, как она считала, зря деньги на терапию.

Следующий пример — случай художницы чуть старше двадцати лет, страдавшей нарциссической патологией личности. Она употребляла разнообразные наркотики, страдала ожирением, ей был свойственен гомосексуальный и гетеросексуальный промискуитет. Все ее попытки контролировать и использовать в своих целях терапевтическую ситуацию, а также не поддаваться внешнему контролю или опеке (что она воспринимала как унижение) тайно поддерживались ее влиятельной семьей. Пациентка ненавидела своего терапевта, который “злоупотребляет конфронтацией”. Семья, следуя желаниям пациентки, требовала от госпиталя переменить терапевта и сумела выбрать такого, который, как они полагали, будет уступчивее к их требованиям. Администрация госпиталя выразила неодобрение ее конфронтирующему терапевту, и ситуация терапии стала настолько ненормальной, что, казалось, семья командует госпиталем, стараясь сделать терапию как можно более комфортабельной для себя — такой, чтобы она не пробуждала чувства вины. Пациентка умерла из-за передозировки наркотика — нельзя исключить самоубийства — через несколько месяцев после того, как рассталась со своим вторым терапевтом и вышла из госпиталя.

Следующий и последний случай показывает другие аспекты диагностических проблем у пограничных пациентов, подростков с нарциссической личностью и антисоциальными тенденциями. Диагноз антисоциальной личности был установлен лишь после длительного периода обследования и наблюдения.

Мистер F. Пациента, семнадцатилетнего старшеклассника, к терапевту привели родители. Неуспеваемость в школе (при IQ выше среднего уровня); отсутствие мотивации для продвижения в учебе или в профессиональной сфере; капризы и скандалы дома, возникающие, когда не выполнялись его желания; угрозы домашним, которых он пугал физическим насилием, — все это заставило родителей обратиться за помощью. Он швырял все вещи в доме куда попало, и родители уже много лет боялись ему противоречить.

Мистер F. был старшим из пяти детей, он всегда сильно завидовал младшим братьям и сестрам, когда те получали что-нибудь такое, чего не было у него. Когда я подробно расспрашивал обо всех случаях лжи, воровства и антисоциального поведения в его прошлом, родители крайне неохотно отвечали на мои вопросы. Они признавали, что иногда он воровал вещи у них и у других домашних, но всегда к этому прибавляли объяснения, почему он это сделал, говоря о его эмоциональных реакциях. Их также очень беспокоила “плохая компания”, которая “портила” его. В отчетах школьных психологов говорилось, что он всегда производил впечатление злого и подозрительного юноши. Он был пассивен, нетерпелив и легко бросал дело, если оно не вело к немедленному достижению цели. Ему страстно хотелось достичь успеха, но он не мог приложить к этому усилий. Трудно было понять, как его воспринимают взрослые в школе или родители. Он

казался очень осторожным и изолированным подростком, за исключением тех моментов, когда чего-то требовал от окружающих, угрожая им.

При общении со мной мистер F. был осторожен, говорил неопределенно, казался равнодушным, но его поведение изменилось, когда он понял, что от меня не стоит ждать “опасных” экспериментов или неожиданного поведения. Когда, например, я сказал ему, что он ответил на все мои вопросы и теперь может рассказать о себе то, что, на его взгляд, важно мне сообщить, чтобы я лучше его понимал, он заговорил достаточно свободно, но с поверхностной обаятельностью и, по сути, без интереса.

Мои попытки исследовать явные противоречия отца пациента, который, с одной стороны, предъявлял к себе высокие требования и ценил серьезную работу, а с другой — пытался оправдывать любое антисоциальное действие своего сына, привели к росту напряженности во взаимоотношениях между родителями. Мать обвиняла отца в том, что он распустил сына, не способен его контролировать; она также сказала, что побаивается сына.

Мне было очень трудно создать ясную картину социальной жизни пациента, его как будто интересовали лишь вождение спортивной машины, вечеринки и выпивка. Он уверял меня, что не принимает наркотики, но мне думалось, что это неправда. На внешнем уровне, казалось, он боится, что его не примут, но глубже за этим фасадом на протяжении всего исследования чувствовались высокомерие и самоутверждение.

Из-за того, что полную информацию от пациента и его семьи получить было трудно, я, кроме своего клинического исследования, воспользовался также наблюдениями психиатрического социального работника, который знал всю семейную структуру. Опытный психолог провел тестирование. Оно выявило тяжелую патологию характера без малейших признаков психотического функционирования. Социальный работник полагал, что хронический супружеский конфликт между родителями отыгрывался вовне в их спорах вокруг пациента. Отец многого требовал от сына и в то же время со странной снисходительностью относился к его антисоциальному поведению. Социальный работник предполагал, что в их доме (как, возможно, и в других сферах жизни пациента) происходило больше краж и сцен шантажа, чем казалось на первый взгляд. Мать вроде бы нарциссично замкнулась в себе от своего сына и углубилась в свои личные интересы, но в то же время начала понимать всю серьезность ситуации и чувствовала бессильную злобу по поводу происходящего.

Мой окончательный диагноз был: нарциссическая личность с антисоциальными тенденциями. Меня беспокоило и казалось неблагоприятным фактором прогноза то, что семья принимает патологию мистера F. Из-за антисоциальных тенденций в данном случае я предполагал, что внешние социальные структуры и обратная связь являются неотъемлемой частью общего плана терапии.

Окончательная рекомендация была такова: семейная терапия для всей семьи и интенсивная психотерапия для F. с другим терапевтом. Я также рекомендовал, чтобы при начале терапии пациент переехал в какую-то школу с общежитием или еще куда-либо из своего дома.

Семья так и не согласилась на это. Пациент уехал в длительное путешествие в другой штат, отец поддержал это его желание и дал ему денег, не беспокоясь о каких-либо планах относительно работы или учебы сына. Отец консультировался еще с несколькими психиатрами, пока не достиг более “оптимистического” взгляда на проблемы сына. Он

считал, что дает ему возможность “перерасти все это” и что не надо давить на сына, если он не хочет продолжать терапию.

Через два года мы узнали, что мистер F. вернулся домой и нуждается в помощи отца, поскольку против него выдвинуто уголовное обвинение. Он участвовал в перестрелке, связанной с наркобизнесом.

Психиатрическое исследование в этот период показало, что молодой человек стал более самоуверенным, все презирающим и высокомерным, чем два года назад. Создавалось впечатление, что он начал свою криминальную карьеру. Оценка объектных отношений, поиск доказательств того, что он не является подлинной антисоциальной личностью (как то: взаимоотношения, свободные от эксплуатации, проявления заботы или вины, честное осознание неадекватности стиля своей жизни) показали негативные результаты; я заключил, что это подлинная антисоциальная личность (*antisocial personality proper*).

Я уже упоминал в предыдущей работе (Kernberg, 1975), что во всех случаях, когда мы видим антисоциальное поведение подростков, для дифференциального диагноза необходимо учесть ряд важных критериев. Что подразумевается под словом *антисоциальное*? Антисоциальное с точки зрения закона, с социальной точки зрения или же с точки зрения психиатрической терминологии? Действительно ли подросток может быть “антисоциальным” или же термин относится к социальной группе, к которой он пытается приспособиться? Отражает ли антисоциальное поведение обычную невротическую реакцию на подростковую зависимость и бунт или же это часть серьезных личностных нарушений, в частности нарциссической патологии (таков был начальный диагноз у только что упоминавшегося пациента)? Или же это проявление подлинной антисоциальной личности — таков был окончательный диагноз в приведенном выше случае? Антисоциальная личность всегда имеет пограничную личностную организацию, как и личность нарциссическая. Хотя многие пациенты с нарциссическими расстройствами личности не проявляют антисоциальных тенденций, нельзя недооценивать частоту такого сочетания и плохой прогноз в этих случаях.

4. личностные расстройства в пожилом возрасте

В своем социологическом исследовании феномена пожилого возраста Симона де Бовуар (1972) страстно обвиняет общество в том, что оно обрекает большинство пожилых людей жить в нищете, без комфорта и в одиночестве, а затем рассуждает о возможностях, которые открывает людям старость. Эти возможности, как она считает, в настоящее время даны лишь немногим избранным. Она пишет:

“Только одно может помочь нам не превратиться в старости в абсурдную пародию на самих себя в прошлом — это продолжать стремиться ко всему, что дает смысл нашему бытию: желание посвятить себя людям, группам или каким-то делам, общественной, политической, интеллектуальной или творческой работе. Вопреки мнению моралистов, в старости мы должны сильно желать, желать достаточно страстно, чтобы не замыкаться в самих себе. Жизнь ценна до тех пор, пока человек видит ценность жизни других, утверждая ее любовью, дружбой, негодованием или состраданием. Когда это так, остается смысл в наших поступках или в словах, которые мы произносим. Людям часто советуют “готовиться” к старости. Если это означает копить деньги, подбирать жилье, где можно обосноваться после ухода на пенсию, культивировать свои хобби, то фактически мы не будем готовы, когда наступит время. Гораздо лучше не слишком думать о старости, но жить полной, осмысленной жизнью, так чтобы можно было продолжать идти тем же путем и тогда, когда все иллюзии исчезнут и когда жажда жизни умрет”.

С точки зрения клинического психиатра такое состояние возможно при некоторых изначальных условиях: во-первых, при отсутствии физических болезней или при достаточном контроле над ними, чтобы человек не страдал от невыносимой боли; во-вторых, если возможно контролировать свои способности воспринимать, двигаться и общаться (что иногда нарушается при органических изменениях головного мозга); в-третьих, если сохранилась заинтересованность во взаимоотношениях с другими людьми и в том, что происходит во внешнем мире во всех его аспектах. Последнее условие предполагает, что личностные расстройства, если они есть, достаточно мягки. Это означает, что, кроме социально-экономических и медицинских факторов, мешающих полноценной жизни пожилых людей, надо принимать во внимание еще и фактор расстройств личности.

Джиантурко и Бюсс (Gianturco and Busse, 1978), изучавшие на протяжении длительного времени психиатрические проблемы добровольцев из числа нормальных пожилых людей, указывают на высокую частоту в этой возрастной группе такой психоневротической реакции, как ипохондрия. Бромли (Bromley, 1978), рассматривая методологические проблемы при изучении личностных изменений у взрослых и пожилых людей, указывают на сложные проблемы, возникающие при попытке отделить нормальное адаптивное поведение от расстройств личности. Он подчеркивает, что, для того чтобы прийти к правильному диагнозу у гериатрических пациентов, важно оценить их характерные склонности, их психосоциальную ситуацию на данный момент и их взаимодействие с другими людьми. Бергманн (Bergmann, 1978) изучил распространенность неврозов и личностных расстройств у людей пожилого возраста и дал критический обзор литературы на эту тему. По его впечатлению, хотя факты и свидетельствуют о существовании серьезных невротических реакций на стресс у людей пожилого возраста и о том, что такие пациенты страдают серьезными нарушениями личности, у нас, тем не менее, пока нет достаточно четких диагностических критериев для оценки и диагностики этих состояний.

Я согласен с Бергманном, что у нас крайне мало информации о диагностике личностных расстройств у пожилых людей и, за исключением немногих работ, очень мало сведений об индивидуальной терапии таких пациентов. Поскольку клинический опыт работы с гериатрическими пациентами говорит о том, что в преклонном возрасте личностные расстройства довольно распространены, нельзя не прийти к выводу, что существуют какие-то профессиональные и культурные предубеждения или предрассудки, препятствующие эмпирическим исследованиям этой важнейшей темы. В нашем мышлении, кажется, все еще господствует старинное представление, отраженное в психоаналитической литературе, о том, что не стоит заниматься психоанализом с людьми, которым около пятидесяти лет или больше. Нежелание психоаналитиков заниматься психоаналитически ориентированной терапией с пожилыми людьми приводит к тому, что в этой сфере психиатрии с пациентами работают общепрактикующие врачи, работники социальной реабилитации или доктора, назначающие психофармакологические средства.

Психоаналитические исследования пациентов в возрасте от 40 до 60 лет показали, что прогноз психоаналитического лечения для некоторых личностных расстройств — таких, как нарциссическая или истерическая личность — с годами улучшается, для других же нарушений — например, для инфантильной или истероидной личности — наоборот, ухудшается. Эти наблюдения являются скорее клиническими впечатлениями, чем эмпирическими данными исследования, и они неприменимы к пациентам за 60. Тем не менее, они говорят о том, что проблема психотерапии личностных расстройств у пожилых пациентов заслуживает исследования.

Кроме культурных предрассудков и специфических предубеждений психоанализа существует еще один феномен: молодые психиатры неохотно берутся за пациентов, внешний вид которых оживляет универсальные родительские конфликты и угрожает границам между поколениями, связанным с глубокими детскими табу. Клиническое исследование личностных расстройств требует от нас не только знания списка поведенческих симптомов, но также и глубокого жизненного опыта. Только основательный опыт, обогащенный техническими познаниями в сфере патологии характера, дает возможность реалистично исследовать ригидность поведения, непоследовательность в межличностном взаимодействии и эмоциональную скованность, мешающие добиваться выполнения жизненно важных задач. Лишь сочетание знаний и опыта позволяет терапевту применять конфронтацию, указывая на проблемы пациента и не давая сбить себя с толку рационализациями, которыми тот защищает свою ригидность. Молодой психиатр может ощущать, что ему не хватает опыта для работы с людьми, которые лет на 20—30 его старше. Как я часто писал (1980, гл. 7), в среднем возрасте* мы расширяем временные рамки нашей Эго-идентичности. Только в этот период жизни мы можем идентифицироваться с нашими родителями — такими, какими воспринимали их, когда мы были маленькими, а они — людьми нашего теперешнего возраста. Этой идентификации способствует наше взаимодействие с собственными детьми, в котором мы повторяем то, что происходило между нами и нашими родителями. Новая способность идентифицироваться с нашими родителями такими, какими они были в прошлом, улучшает способность идентифицироваться с ними теперь, когда они становятся старыми. И расширение способности идентифицироваться в сторону будущего улучшает способность идентифицироваться с пациентами, которые старше нас.

На основе моего клинического опыта я предполагаю, что этот нормальный процесс развития способности идентифицироваться со старшими людьми может происходить намного быстрее, если есть опыт общения с пожилыми пациентами во время психиатрической стажировки. Мы знаем, что нормальные границы между мужским и женским полом (которые при обычных обстоятельствах никогда не нарушаются и тем не менее создают особое напряжение между мужчинами и женщинами — фрустрирующие и возбуждающие) иногда драматически пересекаются в психоанализе, когда аналитик идентифицируется с пациентом другого пола. Подобным образом, как я полагаю, работа с пожилыми пациентами может ускорить у клинического психиатра наступление эмоциональной зрелости, которая необходима при оценке нормального или ненормального функционирования личности у различных возрастных групп. Следовательно, когда психиатр обретает внутреннюю свободу исследовать личность пациентов пожилого возраста, не подчиняясь культурным предрассудкам и ограничениям (таким, например, как общеизвестное нежелание исследовать сексуальную жизнь пожилых пациентов), его диагностические возможности при общении с пожилыми пациентами, страдающими личностными расстройствами, значительно возрастают.

Тут будет уместно привести несколько клинических иллюстраций.

Мисс G. Одинокая женщина шестидесяти трех лет, страдающая сравнительно мягкой, но хронической депрессией, диабетом, умеренным ожирением, а также боящаяся участвовать в больших собраниях людей, проявляла признаки истерической личности с мазохистическими чертами. За четыре года психотерапии чувство горечи и тоски по потерянным возможностям построить нормальные отношения с мужчиной и вступить в брак стало центральной темой терапии, постепенно мы подошли к анализу мазохистического взаимодействия мисс G. с мужчинами и постоянного бессознательного

ее подчинения своей матери (которая умерла за три года до начала терапии, в то время, когда симптомы депрессии у мисс G. были наиболее интенсивными). Также в фокусе терапии было растущее ощущение пациентки, что из-за своей физической непривлекательности она вызывает отвращение и насмешки у мужчин, которые ее интересуют. Я также должен добавить, что она была одной из моих первых пациенток в психотерапии, два года я занимался с ней под наблюдением супервизора, а к началу терапии мне было 26 лет. В то время я проходил обучение психоанализу и сам ходил к аналитику, что было значительной помощью в трудные периоды терапии с этой пациенткой.

Мисс G. ограничивала свою социальную жизнь, потому что чувствовала свою неполноценность по сравнению с другими женщинами. Она колебалась между состоянием, когда казалась себе настолько непривлекательной, что боялась ходить на службу в церковь или показываться на людях, и периодами, когда была способна относиться к себе несколько лучше. Но в такие “светлые” периоды она особенно остро переживала свой возраст и отсутствие красоты, ее расстраивала мысль, что ее никогда не будут воспринимать серьезно как женщину и как потенциального сексуального партнера.

Меня поразило ее ощущение своей униженности, связанной не только с тем, что пришлось рассказать мне о том, как она мастурбирует и о чем при этом фантазирует, но и просто с тем фактом, что ей приходят в голову сексуальные желания и что она мастурбирует. Она порвала сексуальные взаимоотношения с мужчиной, которые возникли в середине терапии, потому что боялась, что она для него отвратительна. Запреты ее матери по отношению к сексуальности стали одной из основных тем терапии. В своем переносе она иногда осмеливалась обвинять меня в лицемерии. Как я могу ставить под сомнение ее презрение к себе, когда меня, очевидно, не может привлечь такая женщина, как она? Сначала я переживал чувство вины, потому что в самом деле не мог представить себе сексуальных взаимоотношений с ней, а позже, исследуя свои собственные фантазии и мотивы, я открыл тайные сексуальные фантазии о пожилых женщинах, очень неприятные из-за их явно эдиповой окраски. Когда я смог внутренне принять эти фантазии, мне удалось без чувства вины исследовать, что в пациентке делало ее столь непривлекательной для меня и, предположительно, для других мужчин: ее презрительное отношение к себе, тонко передававшееся в поведении, даже в физическом пренебрежении к себе, короче, ее мазохистические тенденции.

Последние два года психотерапии я стал больше нападать на ее культурные клише (некоторые из них я сам первоначально разделял), на представления о поведении, “подобающем” шестидесятилетней женщине, и уже не так боялся исследовать ее соперничество с молодыми женщинами и зависть к ним, а также подобные чувства по отношению к мужчинам, которые, как она считала, не стареют, но, в отличие от женщин, вечно остаются привлекательными. Постепенно мы открыли в ней глубокие истоки зависти к мужчинам, и можно было понять, как эти чувства влияли на ее отход от социальной и политической жизни, а также на неудачу в профессиональной карьере задолго до начала терапии. Она прошла подготовку, которая открывала перед ней карьеру администратора религиозной организации, оказывающей помощь, и с большей свободой начала дружить и общаться с мужчинами. Наконец, она установила сексуальные взаимоотношения с человеком, который много лет был ее другом и в настоящий момент овдовел; долгие годы он интересовался мисс G., но она обесценивала его отношение из-за своей мазохистической установки.

В своей работе о любви в среднем возрасте (1976, гл. 8) я писал о том, что у женщин с истерической личностью прогноз психотерапии лучше в сорок лет, чем в двадцать с

небольшим, а у женщин с инфантильной личностью в этот период прогноз хуже, чем в подростковом возрасте или спустя несколько лет по выходе из него. В этой связи Кэхена (Kahana, 1979) указывает на подобный благоприятный прогноз у пациентов с обсессивно-компульсивной и мазохистической личностью. Возможно, что и для старых людей с истерической личностью прогноз лучше. Березин и Ферн (Berezin and Fern, 1967) описывают удовлетворительный исход психотерапии 70-летней женщины с истерическим расстройством характера. Наоборот, мой опыт работы с пациентами из пограничной группы, страдающими тяжелыми личностными расстройствами, гораздо менее успешен.

В другой работе (1977) я, высказываясь по поводу одного случая, описанного Березиным (Berezin, 1977), обсуждал вопросы прогноза и психотерапии патологического нарциссизма в пожилом возрасте. Я также писал об ухудшении состояния нарциссической личности после сорока лет (1980, гл. 8). У людей с нарциссической патологией личности с годами разрушаются интернализированные объектные отношения, причем происходит бессознательное обесценивание как собственного прошлого (чтобы не завидовать себе), так и прошлого других людей (чтобы не завидовать другим). Следовательно, этим людям недоступно нормальное удовлетворение, связанное с воспоминаниями о прошлом или о людях, которых они любят. Поэтому патологический нарциссизм ведет к усилению социальной изоляции и к внутреннему ощущению пустоты. Во многих случаях этот порочный круг обесценивания и пустоты непреодолим.

Мистер Н. Выдающийся историк с серьезным нарциссическим расстройством личности потерял весь свой интерес к современным политическим делам после вынужденного ухода на пенсию в 65 лет. Постепенно развивающаяся депрессия была вторична, на первом месте стояло драматическое обесценивание его главных жизненных интересов и зависть к другим членам семьи, которые, в отличие от него, сохранили свои интересы и свою работу. Он начал обижаться на меня из-за того, что я моложе его. Основная битва сосредоточилась вокруг переноса, и в течение нескольких месяцев я думал, что, если пациент сможет преодолеть свои зависть и обиду по отношению ко мне и принять мою помощь в оплакивании потерянной работы и оставшихся нереализованными профессиональных возможностей, тогда он сможет лучше понять, как мстительное обесценивание прошлых интересов обедняет его теперешнюю жизнь. Но он не смог проработать свою зависть в переносе, что привело к преждевременному прекращению терапии. В других случаях пациенты, в какой-то мере нуждающиеся в зависимости и способные оплакивать потерянные возможности, могут получить помощь.

Для некоторых пациентов среднего возраста с нарциссической личностью вопреки или благодаря усилению депрессии — вторичной по отношению к нарциссической структуре их личности — прогноз психоаналитической терапии лучше, чем в двадцать или в тридцать с лишним лет. Улучшается ли прогноз терапии нарциссической личности в старости — чрезвычайно важный для исследования вопрос. Мелани Кляйн в одной из своих поздних работ (Klein, 1963, гл.4) первая указала, как важен для прогноза баланс зависти и благодарности при терапии одиночества у старых людей. Диагноз и адекватная терапия нарциссической патологии характера могут быть значимым фактором для адаптации к старости.

Мой опыт терапии инфантильных личностей в старости был ограниченным, но любопытным. *Миссис J.*, шестидесятивосьмилетняя женщина с ипохондрическими жалобами, зависимостью от нескольких малых транквилизаторов и усиливающейся социальной изоляцией, была направлена к психотерапевту ее доктором, которого

обеспокоило неконтролируемое употребление пациенткой седативных средств. В то время оказалось возможным снизить количество таблеток и добиться того, чтобы она принимала малые транквилизаторы только при особых и четко оговоренных условиях, — и тогда потеря социальных контактов и интересов, а также пустота ее личной жизни стали казаться почти непреодолимыми. Они с мужем развелись 23 года назад, и ее взрослые дети поддерживали с ней лишь минимальные контакты.

Она жила одна в маленькой квартире и воспринимала контакты с людьми как вмешательство в ее частную жизнь. Она любила посещать общественные и церковные собрания, но, по непонятным для нее причинам, ни с кем не могла подружиться, и некоторые люди ясно давали ей понять, что предпочитали бы держаться от нее подальше. Ее импульсивный, детский и агрессивный стиль общения отталкивал других людей. И тем не менее она отчаянно старалась установить отношения либо с неподходящими людьми, либо с теми, кто давал понять, что они недоступны. Ей нравились свидания с мужчинами, и некоторые явно нормальные мужчины время от времени приглашали ее в свое общество. Но ее требовательность и неспособность проявлять интерес к чужой жизни отталкивали этих мужчин после короткого периода знакомства. Ее вполне удовлетворяла мастурбация, и она полагала, что в ее возрасте сексуальные взаимоотношения с мужчинами, с которыми ей бы не хотелось устанавливать постоянные отношения, были бы чем-то неприличным и недостойным.

Совет жить активной жизнью и участвовать в группах, в которых не требуют слишком большой близости, оказался оптимальным решением для миссис J. Поддерживающая терапия воздействовала на нее благоприятно. Данный случай заставляет исследователей задуматься еще над одним важным вопросом: требуют ли различные формы и разные степени тяжести расстройств личности в старости поддерживающей или экспрессивной терапии.

Данная пациентка, закончившая колледж и происходящая из очень культурной семьи, на удивление мало интересовалась интеллектуальной и культурной жизнью своего окружения и большею частью довольствовалась сплетнями. С точки зрения моих реакций контрпереноса я достаточно долго размышлял о том, происходит ли мое ощущение беспомощности и безнадежности при работе с ней из тревоги перед ее реальными проблемами или же из пессимизма, связанного с ее возрастом. Лишь постепенно я начал сознавать, что наблюдаю последние стадии тяжелого разрушения личности, которое происходило уже долгие годы. Случай миссис J. хорошо показывает, что самые ужасные психосоциальные проблемы старости возникают не только из социальных обстоятельств, но и из расстройств личности, которые существовали задолго до того и лишь обнажаются, когда рушится внешняя поддержка.

На основании обзора литературы о функционировании параноидных, шизоидных и неадекватных типов личности в пожилом возрасте Бергманн (Bergmann, 1978) делает вывод, что, парадоксальным образом, эти пациенты могут лучше приспособиться к жизни, чем можно этого ожидать при их психопатологии. Неадекватный человек, пишет он,

“...создает для семьи, для друзей и иногда даже для посторонних сферу приложения помощи. Он выражает благодарность, зависимость, и отсутствие достижений в жизни ставит его в такую позицию, которую большинство людей с нормальными гордостью и самоуважением не согласились бы принять. С другой стороны, состояние борьбы оставляет параноидную личность неповрежденной, неудача всегда происходит не по его вине, болезни можно бы было вылечить, если бы доктора нормально лечили, и т.д. Они всегда в сражении с миром; их жизнь наполнена этой суетой борьбы с опасными и враждебными внешними силами, так что у них не остается времени для отчаяния, депрессии, страхов и тревог”.

Согласно моему опыту, некоторые параноидные личности к старости действительно пребывают в состоянии борьбы с окружающим миром, но важным фактором является то, в какой степени такие пациенты физически зависимы от других, поскольку зависимость интенсифицирует параноидные тревоги. Кроме того, в состоянии психотической регрессии одинокие старые люди с параноидной личностной организацией могут оказаться в состоянии предельной изолированности от общества и физической заброшенности, прежде чем им начнут помогать.

Мистер К. Шестидесятипятилетний мужчина с параноидным расстройством личности был хроническим алкоголиком и испытывал патологическую ревность к своей жене. Он был преждевременно отправлен на пенсию из-за проблем на работе, связанных с алкоголизмом и конфликтными взаимоотношениями с начальством. На его терапии настояла жена, озабоченная тяжелыми супружескими конфликтами и его постоянным пьянством. Хотя сначала К. согласился встретиться со мной только потому, что на этом настаивала его жена, угрожая в противном случае разводом, он со временем понял, что я не агент жены и что наши отношения основываются на взаимном договоре. Я занимался с ним поддерживающей терапией, как она описана ниже (см. главу 9), тактично, но настойчиво применяя конфронтацию и указывая на его самоуверенное и агрессивное поведение по отношению ко мне, и когда он стал осознавать свою неадекватность, — на связь этого поведения с конфликтами на работе.

Увеличение осознания своих проблем привело к усилению его депрессии, к тому, что он начал обвинять себя в потере работы, и к временному усилению пьянства. Я поговорил с ним о порочных циклах вины и саморазрушительного поведения и начал обсуждать вопрос, не может ли он найти лучшей перспективы в жизни, чем алкоголизм. Зная параноидное убеждение К., что бывшие его коллеги начали бы презирать его, если бы узнали, что он ходит к психотерапевту, я использовал его гордость, чтобы помочь ему контролировать свое пьянство, “чтобы убедить их, что вы можете стоять в жизни на своих ногах”. Я воспользовался его страстными и параноидными представлениями о политике и о событиях в стране, чтобы помочь ему активнее участвовать в местных политических делах. Я также помог ему избегать слишком интенсивных личных взаимоотношений и принять свою ограниченность в интимности, сосредоточив его на стремлении стать желанным членом политической группы.

Я никогда не мог изменить его искаженное восприятие реальности в одной сфере — в его ревности к жене. На самом деле попытка мистера К. убедить меня в том, что я слишком молод и еще не понимаю, что такое женщина на самом деле, давало ему чувство превосходства надо мной. В то же время он согласился контролировать свое поведение по отношению к ней и снисходительнее относиться к ее “ошибкам”. Исходом терапии было заметное уменьшение супружеского конфликта, воздержание от пьянства в течение по меньшей мере трех лет (после чего я потерял контакт с ним) и растущее ощущение удовлетворенности своей новой жизнью.

Надеюсь, эти примеры выразили мое убеждение в том, что прогноз различных личностных расстройств может быть неоднородным в разных возрастных группах, что он значительно лучше для тех пациентов с расстройствами личности, которые функционируют на невротическом уровне, в отличие от тех, кто функционирует на пограничном уровне организации личности, и что равновесие адаптации-неприспособленности, связанное с патологическими особенностями личности, может

меняться с возникновением новых задач и изменениями психосоциального окружения в пожилом возрасте.

5. Проблема классификации личностных расстройств

Классификация личностных расстройств может быть проблематичной по многим причинам. К примеру, насколько сильными должны быть нарушения, чтобы правомерно назвать их расстройством? Другая причина связана с терминологией: существует много терминов, таких как “невроз характера”, “невротический характер”, “расстройство характера”, “нарушение особенностей личности”, “нарушение стереотипов личности”, “личностное расстройство” [personality disorders]* (такой термин употребляется в DSM-III). Выбор терминологии может основываться на теоретических предпосылках, касающихся организации личности. Так, например, психодинамические концептуальные рамки, в отличие от бихевиористских, сильно влияют на то, как наблюдатель классифицирует или группирует патологические особенности личности.

В клинической психиатрической практике слова *характер* и *личность* взаимозаменяемы. В данном тексте я пользуюсь термином “личностные расстройства”, чтобы обозначать сочетание ненормальных или патологических черт характера, достигших достаточной силы, чтобы вызвать значимые расстройства интрапсихических или межличностных функций. Независимо от теоретических предпосылок психоанализа, сведения, полученные из прямого контакта с пациентами, дают, как я полагаю, самые достоверные клинические указания на то, как можно классифицировать личностные расстройства. Эта точка зрения теоретически соответствует критериям, выдвинутому Спитцером в предисловии к DSM-III:

“Каждый вид психического нарушения не является отдельной сферой с резко очерченными границами (прерывистость), отделяющими его от других психических нарушений или же от состояния, свободного от психических нарушений... Подход DSM-III атеоретичен по отношению к этиологии или патофизиологическим процессам психического расстройства, кроме тех случаев, при которых эти аспекты четко установлены и потому входят в само определение расстройства.

... Данный подход можно назвать “описательным” в том смысле, что определение конкретного расстройства дается в виде описаний клинических особенностей этого расстройства. Эти особенности приводятся в качестве данных низшего порядка, необходимых для описания характерных черт расстройства... Для некоторых видов расстройств, в частности для личностных расстройств, требуются данные более высокого порядка. Так, одним из критериев пограничных расстройств личности является “нарушение идентичности, проявляющееся в неопределенном отношении к некоторым темам, связанным с идентичностью, таким как Я-образ, половая идентичность, долговременные цели или выбор карьеры, формы дружбы, сфера ценностей и ощущение внутреннего долга”.

В другом месте введения перечисляются следующие цели DSM-III:

- практическая ценность для принятия решений относительно лечения пациента и обращения с ним в разнообразных клинических ситуациях; надежность диагностических категорий;

- приемлемость для клиницистов и исследователей различных теоретических ориентаций; полезность для обучения профессионалов, работающих в сфере здравоохранения;
- совместимость с классификацией ICD—9*, кроме тех случаев, когда расхождений избежать невозможно;
- стремление избежать употребления новых терминов и концепций, отрывающихся от традиции, кроме тех случаев, когда это явно необходимо;
- достижение консенсуса по вопросу о значении необходимых диагностических терминов, которые употребляются непоследовательно, стремление отказаться от использования терминов, которые исчерпали свою ценность;
- настоящая классификация принимает во внимание данные исследований, посвященных валидности диагностических категорий;
- пригодность для использования в исследовательской литературе;
- открытость во время развития DSM-III по отношению к критике со стороны клиницистов и исследователей”.

Как с клинической, так и с исследовательской точки зрения важно, чтобы сочетания патологических черт характера, описанные в любой классификации личностных расстройств, действительно соответствовали хорошо документированному клиническому опыту. Если бы критерии, на основании которых мы дифференцируем расстройства личности между собой, могли отражать показания к терапии и прогноз, различия между отдельными расстройствами, когда они существуют, приобрели бы большую важность. Классификация, принимающая во внимание взаимоотношения между структурой личности и предрасположенностью к другим типам психопатологии, усилила бы четкость описательных формулировок, независимо от различных теорий, объясняющих природу этих взаимоотношений. И чем больше различных критериев сходится, подтверждая существование такого-то конкретного сочетания патологических черт характера, тем больше причин для того, чтобы данный тип личностных расстройств включить в классификацию. Это был бы совершенно атеоретичный подход (если в наше время в этом есть потребность).

Я серьезно сомневаюсь в ценности такой классификации личностных расстройств, основанной на одной, заранее predetermined типологии, в которой сначала создается диаграмма свойств, а уже затем эта диаграмма заполняется потенциальными клиническими типами. Еще более серьезные сомнения вызывают у меня классификации, четко соответствующие какой-либо одной модели психопатологии, или более-менее “авторские”, ни на что не похожие системы классификации, не основанные на широком базисе клинической психиатрии. И, наконец, у меня вызывают сомнения классификации патологических черт характера, основанные на какой-либо предпосылке, не имеющей отношения к клинической психиатрии, а также классификации, в которых различные типы личности в значительной мере пересекаются. Ниже я разберу классификацию личностных расстройств в DSM-III в свете этих соображений, уделяя особое внимание ее последовательности, клинической достоверности и тому, насколько она соответствует провозглашенным в DSM-III целям.

Сначала хочу заметить, что DSM-III игнорирует некоторые важные и часто встречающиеся типы личностных расстройств, в частности истерическую и депрессивно-мазохистическую личность. В DSM-III утверждается, что расстройство личности по типу “сценическая личность” (histrionic personality disorder) соответствует истерической личности, о чем упоминают Спитцер и Вильямс (Spitzer and Williams, 1980). Такое отождествление, как я полагаю, ошибочно — оно возникло в результате попытки слить воедино весь огромный спектр патологии характера от истерической личности в чистом виде до истероидной (Easser and Lesser, 1965), инфантильной (Kernberg, 1975) или личности “IV типа по Зетцелю” (Zetzel, 1968). Таким образом, эта классификация игнорирует важный вклад клиницистов, которые выделяют внутри данного спектра различные типы. Кроме того, DSM-III включило депрессивно-мазохистическую личность в раздел “прочие специфические аффективные расстройства”, рядом с циклотимическим и дистимическим расстройствами. “Дистимическое расстройство” есть новое название депрессивного невроза. DSM-III, упоминая циклотимическое и дистимическое расстройства, утверждает, что “другими терминами для их обозначения являются “циклотимическое и дистимическое расстройства личности”. С моей точки зрения, ошибочно смешивать депрессивный невроз и депрессивную личность и игнорировать характеристики истинной депрессивной личности. Можно также спорить о том, не соответствует ли новоиспеченный термин “уклоняющаяся личность” (avoidant personality disorder) депрессивной личности, но достаточно очевидно, что это не так. Спитцер и Вильямс (Spitzer and Williams, 1980) описывают “уклоняющуюся личность” как часть того, что в DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) называется “шизоидным расстройством личности” (вместе с “шизотипичным” — schizotypal — и истинно шизоидным расстройством личности). Можно увидеть значительные различия между “уклоняющейся” личностью и истинной депрессивной личностью.

Истерическая личность, по крайней мере, согласно современным представлениям, является гораздо более дифференцированным и лучше функционирующим типом, чем личность инфантильная или истероидная. Последний тип схож с истерической личностью внешне, у инфантильной же личности как интрапсихические, так и межличностные отношения с Я и другими нарушены гораздо глубже. Литературы по истерической личности очень много (Abraham, 1920; Marmor, 1953; Chodoff and Lyons, 1958; Easser and Lesser, 1965; Shapiro, 1965; Blinder, 1966; Easser, 1966; Laughlin, 1967; Zetzel, 1968; Lazare, 1971; MacKinnon and Michels, 1971; Kernberg, 1975; Blacker and Tupin, 1977; Krohn, 1978). Две последние работы, обращающие особое внимание на структурные, а не психодинамические аспекты истерической личности, обогащают ее клиническое описание и уточняют разницу проявлений этого расстройства у мужчин и женщин.

С клинической точки зрения проявлениями истерической личности (в отличие от более регрессивных типов личности, с которыми первую раньше смешивали) являются эмоциональная лабильность и теплота, “сценическое”, но вполне контролируемое поведение, которое носит социально адаптивный характер; склонность к эмоциональным кризисам (при этом можно увидеть эмоциональную глубину и стабильность, несмотря на такие кризисы), а также способность к адекватному социальному взаимодействию, за исключением лишь сексуально окрашенных объектных отношений. Обобщая, можно сказать, что истерической личности свойственна нормальная сила Эго; такие пациенты проявляют инфантильное регрессивное поведение только в ситуациях, прямо или символически связанных с сексуальностью. Они импульсивны, но их импульсивность ограничена сферой сексуальных взаимоотношений или же временными рамками отдельных эмоциональных вспышек. Они по своей сущности экстравертны — в том смысле, что бегут от себя к другим людям. У них есть тенденция к “прилипчивой зависимости” только в сексуальных взаимоотношениях, их потребность в зависимости и в

эксгибиционизме также имеет сексуальный компонент. Истерическая личность хочет быть любимой, быть центром внимания и интереса, но опять-таки лишь в сексуально окрашенных обстоятельствах. Женщины с истерическим расстройством личности сочетают в себе псевдогиперсексуальность и сексуальную заторможенность, что выражается в склонности к сексуальной провокации и во фригидности, а также в специфических взаимоотношениях, “тяготеющих стать треугольными” (взаимоотношениях со старшими или недоступными мужчинами при отвержении доступных), что удовлетворяет мазохистические потребности. Истерическая личность находится в состоянии соревнования с обоими полами, женщина в типичном случае соревнуется с другими женщинами за мужчин. Соревнование с мужчинами несет в себе скрытые страхи и конфликты, связанные с сознательным или бессознательным чувством своей неполноценности по сравнению с ними. Подтипы “покорной” или “соревнующейся” истерической личности отражают характерологические фиксации соответственно на мазохистическом или же на соревновательном поведении. В процессе терапии, когда регрессивное инфантильное поведение выполняет функции защиты от более взрослых аспектов сексуальности, обычно можно наблюдать флирт в сочетании с теплыми, в высокой степени дифференцированными и глубокими отношениями с другими.

В отличие от типа, описанного выше, инфантильной личности (с которой в прошлом смешивали личность истерическую) присущи диффузная эмоциональная лабильность, недифференцированные взаимоотношения со значимыми другими и поверхностность эмоций. Если истерической личности свойственна социально адекватная экстравертированность, то инфантильная личность чрезмерно идентифицируется с другими и проецирует на них свои нереалистичные фантазии и намерения. Инфантильной личности трудно глубоко понимать как других, так и себя. В типичном случае мы находим у таких людей синдром диффузной идентичности и детскую “прилипчивость” во всех взаимоотношениях с другими, что резко отличает инфантильную личность от достаточно, в целом, зрелой личности истерической.

Проявления зависимости и эксгибиционизма у инфантильной личности менее сексуализированы, чем у личности истерической, то есть инфантильной личности детская зависимость нужна сама по себе, а не как защита против более взрослых сексуальных отношений. Инфантильная личность грубо и неадекватно использует сексуализированное поведение для выражения своей потребности в эксгибиционизме. У таких людей меньше сексуальной заторможенности, и им в большей мере свойственен сексуальный промискуитет, чем людям с истерическим типом личности. В сексуальной жизни первых меньше признаков вытеснения, но больше проявлений общей диссоциации, что выражается в сосуществовании различных, взаимно противоречивых сексуальных фантазий и отношений (полиморфно-инфантильное сексуальное поведение). В сфере межличностных отношений можно увидеть, что конкретные объектные отношения у инфантильной личности гораздо менее дифференцированы, чем у личности истерической, а степень нарушения в каждом конкретном взаимоотношении пропорциональна его интенсивности или близости с другими человеком.

Отличить истерическую личность от инфантильной очень важно для терапии, а значит, и для прогноза. За таким дифференциальным диагнозом стоит долгая история: изучение описательных симптомов, психодинамические наблюдения, а также наблюдения, накопленные вне сферы психоаналитического подхода. Описание сценической личности в DSM-III явно относится к инфантильной, а не к истерической личности. Так, например, там написано, что пациенту со сценическим расстройством личности быстро надоедает рутинная, он производит впечатление поверхностного и лишенного подлинности человека, склонен пугать других самоубийством для манипуляции, страдает от чувства

деперсонализации; под воздействием сильного стресса у него могут появиться преходящие психотические симптомы, недостаточно серьезные или продолжительные, чтобы на их основании ставить добавочный диагноз (DSM-III).

Данный вопрос осложняется еще и тем, что, читая в DSM-III описание пограничного личностного расстройства, мы видим те же черты, что и у сценической личности. Оба типа описываются как импульсивные или непредсказуемые, обоим свойственны нестабильные и интенсивные межличностные отношения с проявлениями неадекватной интенсивной злости или неконтролируемого гнева и эмоциональной нестабильности, оба склонны к суицидальным угрозам и попыткам, оба постоянно стремятся привлечь внимание окружающих и получить поддержку. Хотя DSM-III прямо утверждает, что пограничному личностному расстройству присуще нарушение идентичности, в практической характеристике сценической личности можно также увидеть признаки нарушения идентичности. Кроме того, и сценическая, и пограничная личность подвержены коротким психотическим эпизодам.

Таким образом, диагноз сценического расстройства личности есть категория неопределенная, он соответствует регрессивному полюсу истерически-инфантильного спектра. Надо честно признать, однако, что и DSM-I (American Psychiatric Association, 1952) в свое время упустило из виду диагноз истерической личности, и он был “переоткрыт” в DSM-II. Остается надежда, что это распространенное расстройство личности будет заново открыто в будущем.

Кроме того, обращает на себя внимание отсутствие в DSM-III диагноза депрессивно-мазохистической личности, чаще называемой “мазохистической личностью” или, в психоаналитической литературе, — типом “морального мазохиста”. О депрессивной личности писали Крепелин (Kraepelin, 1904), Тремер (Tramer, 1931) и Шнейдер (Schneider, 1950), она описана Фенихелем (Fenichel, 1945b) и Лафлин (Laughlin, 1967). Дальнейшие клинические описания можно найти у Гросса (Gross, 1974) и Кернберга (Kernberg, 1975).

Прежде всего клинические описания, полученные в процессе психоаналитического исследования с присущим ему феноменологическим подходом, следует отличать от этиологических, психопатологических и психодинамических теорий психоанализа. Когда распространенный клинический синдром отвергают на том лишь основании, что он был открыт, изучен и описан психоаналитиками, это выражает не “атеоретическую” объективность, но, возможно, теоретические предубеждения против психоанализа. Фрэнсис и Купер (Frances and Cooper, 1981), критикуя DSM-III за искусственное отделение описаний от динамических критериев, пишут: “Некоторые клинические наблюдения, направленные на “динамическое бессознательное”, не более гипотетичны, чем другие наблюдения, которые в DSM-III рассматриваются как описательные... Тенденция DSM-III исключать наблюдения, полученные в психодинамической парадигме, кажутся нам неоправданными и ненужными ограничениями”.

Пациенты с депрессивно-мазохистическим расстройством личности обычно достаточно хорошо функционируют, что типично для спектра патологии характера “высокого уровня” (как я полагаю, основанной на невротической, а не на пограничной организации личности). У них наличествуют хорошо интегрированная Эго-идентичность, неспецифические признаки силы Эго (хорошая переносимость тревоги и контроль над импульсом) и управляемое исключительно чувством вины, но целостное моральное сознание. Они способны устанавливать хорошо дифференцированные и глубокие объектные отношения.

Следуя описанию Лафлин (Laughlin, 1967), можно разделить все черты характера при депрессивно-мазохистическом расстройстве личности на три категории: (1) признаки чрезмерной жесткости Супер-Эго; (2) проявления слишком сильной зависимости от поддержки, любви и принятия со стороны других людей и (3) черты, показывающие, что таким людям трудно выражать свою агрессию. Все три категории имеют общую тему: порочный “метаболизм” потребности в зависимости. Такие пациенты ощущают вину из-за крайне амбивалентного отношения к любимому и нужному объекту и моментально переживают фрустрацию, если их потребность в зависимости не удовлетворена.

Особенности Супер-Эго у депрессивно-мазохистической личности проявляются в чрезмерной серьезности, ответственном и озабоченном отношении к своей работе или обязанностям. К делам они относятся с угрюмостью и излишней щепетильностью. Таким пациентам обычно не хватает чувства юмора, зато они надежны, на них можно положиться. Психологическое исследование позволяет увидеть, что они строго судят себя и чрезмерно многого от себя требуют. Эти вежливые, тактичные и заботливые люди могут также очень жестоко судить о других. При некоторых обстоятельствах жестокость их Супер-Эго может быть направлена на других людей в форме “благородного негодования” (см. Schneider, 1950). Когда такие пациенты не способны соответствовать собственным завышенным стандартам и нереалистичным ожиданиям, у них появляются клинические признаки депрессии.

При удачных обстоятельствах тяжелый труд и внешний успех может дать таким людям чувство исполненного долга, и тогда в последующие годы жизнь их становится несколько легче. Но стремление к невозможному обычно усиливает депрессию год от года. Некоторые моральные мазохисты неосознанно сами создают для себя ситуации, навлекающие страдания, другие считают, что страдания есть расплата за каждое удовольствие, которое они себе позволили.

Существует тип морального мазохиста, близкий к истерическому расстройству личности, особенно среди женщин с депрессивно-мазохистическими чертами характера и с мощным бессознательным запретом на сексуальную свободу и удовольствие. Они могут терпеть удовлетворяющие сексуальные переживания только при условии, что те сопровождаются объективными или символическими страданиями.

Пациентов с депрессивно-мазохистической личностью также чрезвычайно сильно ранят разочарования, которые приносят другие люди, особенно потеря любви или интереса. Они готовы на все, лишь бы получить симпатию, любовь и поддержку. В отличие от нарциссической личности, чрезмерно зависимой от восхищения окружающих, но внутренне не отвечающей на это любовью и благодарностью, депрессивно-мазохистическая личность обычно способна на глубокую ответную любовь и чувство благодарности. Тем не менее, бессознательно такие пациенты прилипчивы и требовательны, они могут проявлять чрезмерную уступчивость по отношению к другому, которая растет параллельно с ростом требований, стоящих за чрезмерной надеждой на другого человека. Если патология другого человека соответствует этому требованию, могут возникнуть удовлетворяющие отношения в любви и браке.

Менее удачливые люди из этой категории страдают от чрезмерной чувствительности к недостатку любви, при малейших знаках пренебрежения со стороны других бессознательно ощущают себя отвергнутыми и несправедливо обиженными. У них есть также тенденция “наказывать” других за такое пренебрежение, они пытаются вызвать у других чувство вины или же сами начинают отвергать окружающих. Их установка типа “Как вы могли так поступить со мной?” может вызвать в окружающих реальное

отвержение. Так начинается порочный круг, который в конце концов способен убить самые глубокие взаимоотношения. Субъективное ощущение отвергнутости совместно с реальными фрустрациями и потерями приводит таких пациентов к клинической депрессии. С годами, как пишет Лафлин (Laughlin, 1967), осознание огромной потребности в других людях и опасение слишком сильно понадеяться, чтобы потом разочароваться, могут привести к вторичной реакции в виде циничного ухода с поля межличностных отношений.

Ложный “метаболизм” агрессии у депрессивно-мазохистической личности проявляется в склонности пациентов этой категории чувствовать депрессию в условиях, которые у обычных людей вызывают злость или гнев. Бессознательное чувство вины за выражение злости (усиливающее бессознательную вину по поводу агрессии, направленной на ранние объекты любви) может осложнить их межличностные отношения. Им свойственны такие циклы: сначала они выражают “справедливый гнев”, иногда на того, кто, по их мнению, их отверг; затем ощущают депрессию и настойчиво просят прощения, становятся послушными и даже унижают себя до тех пор, пока новая волна злости на свою приниженность и послушание не приводит к очередной вспышке гнева. Такие случаи являются прекрасной иллюстрацией традиционного мнения психоаналитиков о том, что депрессивный пациент направляет злость на самого себя.

Ранняя психоаналитическая литература рассматривала данный тип личности как разновидность “орального” характера, пытаясь классифицировать все виды патологии характера на основании “точек фиксации либидо”. Согласно такой схеме, истерический характер соответствует генитальной фиксации, обсессивно-компульсивный характер — анально-садистической фиксации, а оральный характер — фиксации на оральной зависимости. Эта давнишняя классификация оказалась несостоятельной по многим причинам. С клинической точки зрения истерическое, обсессивно-компульсивное и депрессивно-мазохистическое расстройства личности являются типами патологии характера, отражающими высокий уровень организации личности, хорошую дифференциацию трехкомпонентной структуры психики, цельную Эго-идентичность и преобладание защитных механизмов, основанных на вытеснении. Такие пациенты могут сильно страдать от патологии характера, и тем не менее прогноз психоаналитического лечения у них благоприятный. Тот факт, что две из трех этих категорий выпали из классификации личностных расстройств в DSM-III, представляется серьезным упущением.

Расстройство типа “уклоняющейся” личности в DSM-III каким-то образом связано с личностью депрессивной, но это явно не соответствует мнению Спитцера и Вильямса (Spitzer and Williams, 1980), которые указывают, что “DSM-III предлагает отличать шизоидный тип личности от “уклоняющейся” личности, основываясь на наличии или отсутствии дефекта мотивации и способности эмоционально включаться (Миллон). Предполагается, что такое описательное различие важно для терапии и прогноза”.

Миллон (Millon) — один из членов Комиссии по номенклатуре и статистике, ответственной за DSM-III, а также член Консультативного комитета по личностным расстройствам — создал свою собственную теоретическую систему классификации личностных расстройств, основанную на комбинации паттернов поведения, которыми научился пользоваться пациент. Последние “можно рассматривать как сложные формы инструментального поведения, то есть способы получения положительного подкрепления и избежания отрицательного” (Millon, 1981). Вот таблица соответствия двух классификаций: Миллона и DSM-III:

Классификация Миллона

пассивно-зависимое поведение

активно-зависимое поведение

пассивно-независимое поведение

активно-независимое поведение

пассивно-амбивалентное поведение

активно-амбивалентное поведение

пассивно-отчужденное поведение

активно-отчужденное поведение

Кроме того, Миллон создал два компьютеризованных диагностических теста: клинический многоостный тест Миллона и тест поведенческого здоровья Миллона. Написанный им недавно учебник (1981) детально иллюстрирует его взгляды на классификацию и документы, созданные под его влиянием в комиссии при DSM-III. По меньшей мере две из одиннадцати категорий личностных расстройств, представленных в DSM-III, (зависимая личность и “уклоняющаяся” личность) имеют прямое отношение к его взглядам. Академическое качество анализа, историческое измерение классификации личности и патологии характера, которое Миллон предлагает, внутренняя целостность его системы классификации представляют огромный интерес для всех, кто размышляет над этими вопросами. В то же время терминология Миллона, взятая из созданной лично им теоретической системы, не связанной непосредственно с обычным клиническим опытом психиатрии, чрезвычайно сильно повлияла на раздел, посвященный расстройствам личности в DSM-III. И этот факт заставляет усомниться в атеоретической природе классификации и в том, что она соответствует провозглашенным задачам — стремлению найти терминологию, приемлемую для клиницистов и исследователей различных теоретических ориентаций, и стремлению “избежать употребления новых терминов и концепций, отрывающихся от традиции, кроме тех случаев, когда это явно необходимо”. Искренность, с которой Миллон описывает свои сложные взаимоотношения с комиссией по созданию DSM-III и свое влияние на нее, говорит в пользу этого человека и даже в пользу отделения комиссии, ответственного за личностные расстройства.

“Уклоняющаяся” личность, согласно DSM-III, сверхчувствительна к отвержению, унижению или чувству стыда, а также склонна воспринимать безобидные события как насмешку. Эти характеристики не столько соответствуют депрессивной личности, сколько нарциссическому и параноидному расстройствам личности. Человек с “уклоняющимся” типом личности, согласно описанию, не вступает во взаимоотношения до тех пор, пока не получает чрезвычайно надежной гарантии, что будет принят без критики. Человек же с депрессивно-мазохистической личностью, напротив, обладает невероятным чувством долга и стремится приложить максимум усилий для того, чтобы общаться и вступать во

взаимоотношения с людьми, что выражается в хороших поверхностных отношениях с окружающими ценой огромного стресса, напряжения и постоянных сомнений в том, что он заслужил любовь и дружбу.

В описании DSM-III “уклоняющаяся” личность социально изолирована и во всем подобна шизоидной личности, за исключением желания “уклоняющейся” личности участвовать в социальной жизни и ее сверхвысокой чувствительности к критике. Депрессивной личности не свойственна та специфичная и тяжелая социальная изоляция, которая присуща личности шизоидной. Кроме того, мнение, что у шизоидной личности нет желания участвовать в социальной жизни и что она нечувствительна к критике, остается открытым вопросом; интенсивное общение с такими людьми в ситуации терапии помогает увидеть, что их внутренняя психическая реальность гораздо сложнее того, что они сначала приоткрывают другим. Так что пренебрежение психоаналитическим исследованием шизоидной личности обедняет ее описание. Короче говоря, какой бы клинический смысл или практическая ценность ни стояли за концепцией “уклоняющейся” личности, в DSM-III определенно недостает описания депрессивно-мазохистической личности. Так называемое дистимическое расстройство — как мы бы сказали, невротическая депрессия или депрессивный невроз — соответствует не депрессивно-мазохистической личности, но комплексу симптомов, который может появиться при декомпенсации какого-либо другого личностного расстройства; если взять типичный пример — такого, как нарциссическое расстройство личности. Или же дистимическое расстройство может быть просто прямым выражением бессознательного интрапсихического конфликта, не организовавшегося в патологию характера.

Другие личностные расстройства также не отражены в DSM-III. Например, отсутствуют “ложная” личность (“as if personality”), садомазохистическая личность и гипоманиакальная личность; выпала из обращения имеющаяся в классификациях DSM-I и DSM-II неадекватная личность. Можно, конечно, утверждать, что эти категории пропущены потому, что их описательный базис слишком узок, что они слишком сильно связаны с теоретической системой психоанализа или что в клинике они встречаются нечасто. Я же полагаю, что, хотя неадекватная личность встречается редко, этот диагноз соответствует сочетанию черт, существующему в клинической практике.

С другой стороны, 11 личностных расстройств, выбранных в DSM-III для обсуждения, включают в себя по меньшей мере три спорных новых термина, таких как “уклоняющаяся” личность, о чем мы говорили выше; зависимая личность, тоже появившаяся под очевидным влиянием Миллона, и шизотипичная личность. Я уже упоминал выше некоторые проблемы диагноза; тут я хочу лишь добавить, что клинические иллюстрации всех трех типов в *DSM-III Case Book* (American Psychiatric Association, 1981) достаточно спорны. Случай “бухгалтера”, дающий в двух абзацах текста описание пациента с “уклоняющейся” личностью, мне кажется описанием, совершенно неадекватным для диагностики личностного расстройства любого типа. Случай “печальной сестры” описывает одинокую женщину, чрезвычайно боящуюся мужчин и отвергающую всякую возможность взаимоотношений с ними из опасения быть отвергнутой. Она борется за добро, она компетентна и ответственна в своей работе (помощник преподавателя в школе), единственные близкие ей люди — это сестра и одна школьная подруга. На основании такого краткого описания можно предположить тут шизоидное расстройство личности или, при углубленном рассмотрении, заметить истерические черты характера. В любом случае в описании почти не видно, чтобы она искала любви и принятия “без условий”, то есть не видно основных признаков, приписываемых “уклоняющейся” личности.

Описания пациентов, иллюстрирующих зависимую личность, в *DSM-III Case Book* немедленно поднимают вопрос о соотношении зависимой личности и пассивно-агрессивной личности. Последняя категория появилась в DSM-I и через DSM-II перешла в DSM-III. Первоначальные описания пассивно-агрессивной личности (Whitman et al., 1954; Rabkin, 1965; Small et al., 1970) давали хотя и ограниченную, но довольно четкую картину, на которую в клинике можно было опереться; эта категория стала удобной диагностической полкой, куда можно было поставить все, что не вписывалось в другие категории. Так что этот диагноз — хороший пример атеоретичной и практически ценной для клинициста категории.

В DSM-III зависимая личность появляется как новая независимая категория. Руководство ничего не говорит о проблемах диагностики или о необходимости отличать эту категорию от пассивно-агрессивного расстройства личности. Иллюстрации из *DSM-III Case Book* хорошо показывают двусмысленность данного диагноза.

Случай “упрямого психиатра”, иллюстрирующий пассивно-агрессивное расстройство личности, показывает скрытую, неадекватную (и неосознанную) зависимость пациента от своей жены; другой “послушный голосу крови” пациент, порвавший со своей девушкой потому, что та не нравилась его матери, считается примером зависимой личности, хотя четко проявляет пассивно-агрессивное поведение по отношению к матери. Другая иллюстрация зависимой личности — гомосексуалист, обиженный своей исключительно пассивной ролью с любовником, но не способный достичь эрекции с другими мужчинами, оставляет впечатление случая какого-то более сложного личностного расстройства, чем те, что можно отнести к категории зависимой личности. Хотя в данном случае диагноз был только предположительным, поскольку “в его актуальных взаимоотношениях явно присутствует зависимое поведение, но у нас недостаточно информации, чтобы понять, характерно ли это для него в течение продолжительного времени”. Другими словами, предположительный диагноз основывается не на нарушениях и сложностях его сексуальной жизни. Этому пациенту ставили также диагноз заторможенного сексуального возбуждения, но это не связано с его гомосексуализмом. Можно, таким образом, предположить, что пациент не видел проблемы в своей гомосексуальной ориентации.

Шизотипичное, или шизотипальное, расстройство личности также представляет клинические и теоретические проблемы. Спитцер и Вильямс (Spitzer and Williams, 1980, p. 1065) пишут: “Критерии шизотипичного расстройства личности были установлены для того, чтобы идентифицировать пациентов, которым ставили диагноз пограничной шизофрении (Spitzer et al.). Существуют данные о том, что хроническая шизофрения чаще встречается у членов семьи пациентов с пограничной шизофренией, чем в общей популяции (Rosenhal and Kety)”. Тут заметно влияние теории: создана категория, вписывающаяся в такую концепцию шизофренического спектра, которая основана на исследованиях генетики шизофрении.

Данные, подтверждающие концепцию шизофренического спектра, достаточно убедительны, но надо помнить, что некоторые биологические родственники шизофреников, проявляющие признаки “псевдоневротической шизофрении” (Hoch and Polatin, 1949) или, по другой терминологии, “пограничной шизофрении” или “амбулаторной шизофрении”, могут страдать мягкими или субклиническими формами настоящей шизофрении, а не расстройствами личности. Фактически вся современная литература, посвященная пограничным состояниям, возникла из попытки понять, существует ли такая вещь, как “пограничная шизофрения”, и можно ли разделить пациентов, которых относят к этой группе, на а) пациентов с психотической структурой личности или с “атипичными”, “латентными”, “простыми” или “резидуальными”

формами шизофрении и б) пациентов с пограничной личностью в собственном смысле слова, которые по определению не являются психотиками. Эпидемиологические исследования, в том числе интервью с родственниками шизофреников, не позволяют регистрировать те тонкие различия, которые могли бы дать ответы на эти вопросы, этой цели скорее соответствуют ситуации длительного интенсивного диагностического и терапевтического контакта с пациентами или же эмпирические исследования Гринкера и др., Гандерсона, Перри и Клермана, Кролла (Grinker et al., 1968; Gunderson, 1982; Perry and Klerman, 1980; Kroll et al. 1981) и прочих.

В *DSM-III Case Book* у “ясновидящей”, которой ставится диагноз шизотипического расстройства личности, есть признаки деперсонализации, дереализации, магического мышления, идеи отношения (не было проверено, нет ли в них качеств бреда), причудливая речь, подозрительность. Способность тестировать реальность проверена лишь в той мере, в какой это позволяет заключить, что у нее нет галлюцинаций и бреда. Мы не можем понять, достаточно ли исследованы ее идеи отношения и ее подозрительность. Комментарий гласит: “Клиницист может заподозрить, что пациентка недавно перенесла психотический эпизод, в таком случае ее симптомы указывали бы на резидуальную фазу шизофрении. Поскольку в прошлом пациентки мы такого эпизода не находим, диагноз шизотипического расстройства личности более адекватен”. В другом случае шизотипического расстройства мы читаем о социальной изоляции, магическом мышлении, неадекватном раппорте, причудливых разговорах и о чрезмерной чувствительности к критике (пациенту кажется, что его критикуют, когда никто не имел такого намерения). И опять-таки комментарий сообщает: “Шизотипическое расстройство личности во многом похоже на резидуальную форму шизофрении, но, поскольку в истории пациента нет явных признаков психоза, второй диагноз можно исключить”.

По-моему, сам диагноз шизотипического расстройства личности проблематичен. Внимательное исследование тестирования реальности в клинической ситуации позволяет отличить пациентов с утраченной в данный момент способностью к тестированию реальности и психотической структурой личности от тех, у кого эта способность соответствует диагнозу шизоидной личности. Тут шизофрения как будто одним концом помещается в область личностных расстройств, что является дополнением к замечательному ограничению, согласно которому шизофренией можно назвать лишь психоз, продолжающийся не менее шести месяцев, и посему любые проявления шизофрении, которые длятся хотя бы на несколько дней меньше, называют шизофреноподобным расстройством. Лучше было бы, по моему мнению, не ограничивать шизофрению столь искусственно и на основании клинического исследования ставить диагноз даже тем пациентам, у которых нет яркой картины заболевания, и в тех случаях, когда терапевтический подход и прогноз должны отличаться от подхода и прогноза при личностных расстройствах.

Кто-то может искренне утверждать, что появление диагноза шизотипического расстройства личности, служащего посредником между шизофренией и шизоидным расстройством личности, отражает мудрый подход к взаимным связям между разными диагностическими классами, снимает ограничения с той таинственной области, которая связывает личностные расстройства и психозы. Но мы видим, тем не менее, что личностные расстройства, соответствующие аффективным психозам, попадают в группу аффективных расстройств. Так, как уже упоминалось, циклотимическое расстройство (соответствующее циклотимической личности в DSM-II) находится в одной группе с дистимическим расстройством или же депрессивным неврозом среди аффективных расстройств. Тут замешана проблема, о которой мы говорили, обсуждая депрессивную личность.

Если мы расположим личностные расстройства последовательно по степени их тяжести от депрессивной личности до гипоманиакальной и циклотимической, причем в какой-то области аффективные расстройства будут пересекаться с расстройствами личности, то все личностные расстройства аффективного спектра останутся рядом друг с другом, подобно шизоидному и шизотипическому расстройствам. DSM-III, тем не менее, непоследовательно сужает область шизофрении и расширяет область аффективных расстройств. Фрэнсис (Frances, 1980) обратил внимание на подобную непоследовательность в DSM-III при классификации спектральных расстройств. Эта непоследовательность лежит еще в одном измерении; она, может быть, даже более важна, чем вопросы о взаимоотношениях между личностными расстройствами и шизофренией, с одной стороны, и с аффективными расстройствами — с другой. Это вопрос о взаимоотношениях между личностными расстройствами и симптоматическими неврозами или психоневрозами. Из-за того, что неврозы в классификации DSM-III рассеяны повсюду, взаимоотношения между депрессивными реакциями и депрессивными расстройствами личности преувеличены, а отношения между истерической личностью и конверсионной истерией и диссоциативными расстройствами исчезли. Конверсионная истерия оказалась разделена на соматизацию (когда у женщины насчитывается 14 или более симптомов, а у мужчины — 12 и более) и конверсионное расстройство (когда у женщины 14 или менее симптомов, у мужчины — 12 или менее). “Обсессивно-компульсивная личность” из DSM-II была переименована в “компульсивное расстройство личности” — “чтобы не путать данный диагноз с диагнозом обсессивно-компульсивного расстройства”.

Искусственное отделение личностных расстройств от симптоматических неврозов, переименование и перестановка неврозов в DSM-III скорее обостряют, чем снижают проблему взаимоотношений между личностными расстройствами и всей психопатологией. Кроме того, некоторые личностные расстройства помещены вне группы личностных расстройств, как уже упомянутое циклотимическое расстройство, “расстройства контроля над импульсами, не перечисленные где-то еще”, включающие эксплозивную личность (под именем “перемежающегося эксплозивного расстройства”) и различные другие импульсивные личностные расстройства (под заголовками “патологические игроки”, “клептомания” и “пиромания”), которые добавлены к атипичным расстройствам контроля над импульсами.

Комиссия, работающая над DSM-III, в вопросе о диагнозе пограничных личностных расстройств столкнулась с различиями терминологии, используемой клиницистами, исследователями и теоретиками с их разнообразными теориями о том, что данный диагноз означает. Гандерсон (Gunderson, 1977, 1982; Gunderson and Singer, 1975; Gunderson et al., 1981), например, считает, что пограничное личностное расстройство есть узкая, четко очерченная диагностическая единица и ее клинические характеристики достаточно точно соответствуют определениям DSM-III и приблизительно соответствуют инфантильной личности или ее наиболее серьезным вариантам, описанным ранее. Гринкер же (Grinker, 1975), а также Розенфельд (Rosenfeld, 1979a, 1979b), Сирлс (Searles, 1978), Джовачини (Giovacchini, 1979), Мастерсон (Masterson, 1980) и Ринсли (Rinsley, 1980) понимают пограничные состояния очень широко. Стоун (Stone, 1980) и Кернберг (Kernberg, 1975; см. также главы 1 и 2) занимают промежуточную позицию, считая термин “пограничная личностная организация” психоструктурным диагнозом, в котором сходятся генетическая предрасположенность, психодинамическая предрасположенность и предрасположенность темперамента. Необходимо было, исходя из практических соображений, принять решение относительно того, как определить пограничную личностную организацию: как структурную концепцию (указывающую на серьезность патологии характера или расстройства личности) или в узком смысле, что соответствует концепциям Гандерсона.

DSM-III выбрало второе, но в этом решении проявило непоследовательность. Во-первых, акцент, который делал Гандерсон на появлении у этих пациентов коротких психотических эпизодов, не повлиял на основные критерии — вопреки свидетельствам клиницистов и исследователей — и упомянут лишь как дополнение: “Дистимическое расстройство и депрессия основного типа (major), а также психотические расстройства, такие как короткий реактивный психоз, могут быть осложнениями” (DSM-III, с. 322). Кроме того, в DSM-III в огромной мере пересекаются пограничное личностное расстройство и сценическое расстройство личности (о чем написано выше). В обоих, согласно описанию, есть тяжелая патология объектных отношений, эмоциональная нестабильность, обоим свойственны акты физического самоповреждения, импульсивность, драматизация и преходящие психотические эпизоды. Нарушение идентичности, корректно приписанное пограничному расстройству личности, упоминается и как свойство сценической личности. Поп с соавторами (Pope et al., 1983) приходит к выводу, что пограничное расстройство личности легко отличить от шизофрении, как она определена в DSM-III, и можно отделить от “пограничного аффективного расстройства”, но его по любому показателю трудно отличить от сценического и антисоциального личностного расстройства.

Создается впечатление, что включение в классификацию пограничной и сценической личности было своего рода компромиссом, который теперь приводит к путанице. Возможно, термин “сценическое личностное расстройство” и соответствующее описание имеют отношение к стремлению Д. Кляйна (D. Klein, 1975, 1977) создать классификацию пограничного спектра на основе ответа на психофармакологическое воздействие, и, возможно, его участие в рабочей комиссии повлияло на этот диагноз, подобно тому, как диагнозы “уклоняющейся” и зависимой личности отражают мышление Миллона. Что касается общей концепции пограничного личностного расстройства, то я согласен с Миллоном, придающим в классификации личностных расстройств большое значение тяжести патологии, а не только конкретному сочетанию патологических черт характера. Миллон пишет:

“Первоначально комиссия намеревалась классифицировать типы личности по степени тяжести расстройств; к сожалению, критерии для такой классификации так и не были найдены. Вместо того чтобы ориентироваться на степень тяжести, как то предлагали сделать и Кернберг, и Миллон, члены рабочей комиссии объединили все синдромы личностных расстройств в три различные группы на основе симптоматики. Первая категория включает в себя параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройства, которые объединили в одну группу на том основании, что поведение таких пациентов кажется странным и вычурным. Во второй группе оказались сценическое, нарциссическое, антисоциальное и пограничное расстройства, поскольку пациенты этой группы склонны вести себя драматично, эмоционально или хаотично. Третья группа соединила “уклоняющуюся”, зависимую, компульсивную и пассивно-агрессивную личности на том основании, что им свойственны тревоги и страхи”.

Вот что писал об этих трех группах автор [то есть, Миллон] в документе, который распространил для дискуссии среди членов комиссии на встрече в июне 1978 года:

“Я никогда не мог понять важность тех критериев, на основании которых личностные расстройства сгруппировали таким образом. Для группы из одиннадцати расстройств личности можно было бы выбрать любое количество критериев, после чего возникли бы почти бесконечные возможности для тех или иных комбинаций. Почему выбраны именно эти, для меня неясно. Имеет ли такая классификация значение с точки зрения прогноза, важна ли с точки зрения этиологии или же с точки зрения логики в дедуктивной теоретической модели? Если бы я распределял по группам расстройства личности, разумеется, я бы использовал другую схему. Конечно, предложенные характеристики достаточно ясны, но какой смысл знать, что три расстройства “эксцентричны”, четыре — “эмоциональны” и четыре — “тревожны”?”

Я бы предпочел либо совсем упразднить эти группировки и просто перечислить расстройства в алфавитном порядке, или же опираться на критерии, связанные с их распространенностью или

Затем Миллон сравнивает свои взгляды с моими, верно замечая, что я обращаю “основное внимание... на *внутренние* структурные характеристики личности, в то время как для Миллона *внешняя* социальная система и межличностная динамика столь же важны, как и внутренняя организация личности” (Millon, 1981).

Положительной стороной проблематичного раздела, посвященного в DSM-III личностным расстройствам, являются достаточно хорошие описания параноидного и нарциссического расстройств личности. Первое представляет собой пример классического описания, заимствованного из клинической психиатрии, которое остается ценным для клинициста независимо от теоретических различий в вопросах этиологии, психопатологии и терапии расстройства. Описание нарциссического расстройства личности включает в себя современные данные психоанализа и признает описательные критерии психоаналитически ориентированного исследования. Единственное, чего там не хватает, так это упоминания о сильных конфликтах, сознательных и бессознательных, развивающихся у таких пациентов вокруг темы зависти, а также описаний клинической степени тяжести.

Описание антисоциального расстройства личности в основном базировалось на работах Робинса (Robins, 1966), который был членом консультативного комитета по личностным расстройствам при комиссии по DSM-III. Я согласен с Фрэнсисом (Frances, 1980), также членом того комитета, который сказал: “Диагностические критерии DSM-III, дающие определение антисоциальной личности, обладают достаточной ясностью и достоверностью, над ними тщательно работали... Но оттуда выпали наиболее важные клинические черты. Если пользоваться критериями DSM-III, окажется, что примерно 80% всех преступников страдают антисоциальным расстройством личности”. Далее Фрэнсис указывает, что в DSM-III нет таких важнейших клинических критериев, как “способность хранить верность другим людям, чувствовать вину, чувствовать тревогу ожидания и учиться на своем прошлом опыте”.

Я уже кратко упоминал о диагнозе шизоидного расстройства личности, который в целом приемлем, но обеднен из-за того, что в него не вошли современные данные, полученные при изучении клинических и динамических черт пациентов с данным расстройством (Fairbairn, 1954; Guntrip, 1968; Rey, 1979). Пациент с шизоидной личностью может остро осознавать окружающее, быть в эмоциональной гармонии с людьми — и в то же время ощущать, что чувства ему недоступны. Вопреки тому, что утверждает DSM-III, многие из них отнюдь не “лишены чувства юмора или равнодушны и бесчувственны в ситуациях, когда эмоциональная реакция была бы адекватной”, и они сильно страдают из-за того, что почти не испытывают чувств по отношению к другим людям. Тем не менее, в практическом смысле данная диагностическая категория позволяет установить клинический диагноз этому распространенному типу личностного расстройства.

В другом месте (1976) я предложил систему классификации патологии характера, основанную на психоаналитических структурных критериях. Если предельно упростить мои представления, то в эту классификацию входят патология характера высокого уровня или невротического типа, то есть, главным образом, истерическая, обсессивно-компульсивная и депрессивно-мазохистическая личности; патология характера промежуточного уровня, включающая хорошо функционирующих пациентов с нарциссической личностью, некоторые типы инфантильной личности и пассивно-агрессивную личность; и “низший уровень” или “пограничная организация личности”, включающая большинство случаев инфантильной и нарциссической личности,

практически все случаи шизоидной, параноидной и гипоманиакальной личности, а также “ложную” личность и все виды личности антисоциальной. Описательно-феноменологические критерии для определения различных типов патологии характера и структурные критерии пограничной организации личности увеличивают точность клинического диагноза, а кроме того, имеют значение при определении прогноза и терапии.

Итак, я полагаю, что классификация личностных расстройств в DSM-III нуждается в пересмотре. Удивительно, как много диагностических проблем породил этот сравнительно небольшой раздел классификации DSM-III и насколько он отклоняется от принципов и целей, провозглашенных во введении. По непонятным причинам вводятся новые термины; игнорируются клинический опыт и практические потребности; без нужды в классификации появились пересекающиеся диагностические категории, в то время как существенные сочетания симптомов из нее исчезли. Разумеется, DSM-III — не единственная проблематичная система классификации, большие проблемы были и при использовании DSM-I и DSM-II. И, хоть мы и надеемся, что DSM-IV будет лучше, реалистичный взгляд на вещи заставляет предполагать, что новые решения повлекут за собой новые проблемы. По сути, конфликтующие между собой теоретические мнения в очередной раз яростно столкнулись из-за того, что DSM-III создавался в таком бюрократическом стиле. Для наибольшей эффективности в свете доступных нам сегодня знаний оптимальная классификация личностных расстройств должна содержать в себе как категории разных типов личности, так и измерение, характеризующее степень тяжести этих расстройств и внутренние взаимоотношения между отдельными группами.

Часть II

Терапия пограничной личности

6. Экспрессивная психотерапия

Теоретические предпосылки

Поскольку в основных работах, посвященных вопросам психотерапии пограничных состояний, существует тенденция понимать пограничную личность в широком смысле слова, описанных там пациентов можно отнести к разным диагностическим категориям, если пользоваться DSM-III или более узкими определениями.

Например, Ринсли (Rinsley, 1980) и Мастерсон (Masterson, 1976, 1978, 1980) преимущественно описывают пациентов, которые, с моей точки зрения (см. гл. 5), соответствуют инфантильному расстройству личности. Их пациенты, возможно, соответствуют концепции пограничной личности Гандерсона (Gunderson, 1977, 1982) и тому, что в DSM-III называется сценическим расстройством личности и пограничным расстройством личности. Розенфельд (Rosenfeld, 1979a) описывает в основном пациентов с преобладанием нарциссизма и параноидных проявлений, что можно сопоставить с критериями DSM-III для нарциссического и параноидного расстройств личности. Фэйрбейрн (Fairbairn, 1954) и Рэй (Rey, 1979) основное внимание уделяют шизоидным

чертам пограничных состояний, характерным для шизоидного и шизотипического расстройств личности в DSM-III. Короче говоря, литература, посвященная вопросам интенсивной терапии пограничных состояний, охватывает широкий спектр различных типов патологии характера или расстройств личности. На мой взгляд, все эти типы несут в себе структурные характеристики пограничной личностной организации; по мнению вышеприведенных авторов, все они обладают общими генетическими (в психоаналитическом смысле слова) характеристиками и особенностями развития.

Малер (Mahler, 1971, 1972; Mahler and Kaplan, 1977) задала клинические и теоретические точки отсчета для этих генетических характеристик и особенностей развития. Все клинические описания в работах психотерапевтов, упомянутых выше, и в других работах, посвященных интенсивной терапии пограничных пациентов, приводят характеристики, общие для пациентов с пограничной патологией (Winnicott, 1958, 1965; Bion, 1967; Khan, 1974; Volkan, 1976; Green, 1977; Little, 1981). За исключением Биона, все они отличают подход к терапии пограничных пациентов от подхода к терапии невротиков, пациентов с неограниченной патологией характера и психотиков. В других своих работах я пытался дать синтез клинических характеристик пограничных пациентов, и в результате возникли вспомогательные концепции — психоструктурная теория объектных отношений, связывающая описательные и структурные характеристики пограничных пациентов с особенностями переноса и процесса психотерапии (1975, 1976, 1980). Психоаналитики и психотерапевты, упомянутые выше, пришли примерно к тем же выводам, что и я: теория объектных отношений дает ценные концептуальные рамки и помогает объяснить как клинические особенности этих пациентов, так и процесс психотерапии с ними. В прошлом, под влиянием работ Найта (Knight, 1953a), который первым исследовал данную область, считалось, что для пограничных пациентов оптимальным лечением является поддерживающая терапия. Тем не менее многие клиницисты, работавшие с пограничными пациентами, постепенно переключились в работе с большинством из них на психоаналитическую (или экспрессивную) психотерапию. Для некоторых пациентов немодифицированный психоанализ рассматривается как возможный.

Сотрудники Проекта исследования психотерапии Меннингера (Kernberg et al., 1972) предприняли попытку сравнить эффект психоанализа, экспрессивной психотерапии и поддерживающей психотерапии — всего спектра психотерапий, вышедших из психоанализа, — при лечении пациентов с “сильным Эго” (в основном с невротической патологией характера и неврозами) и пациентов “со слабым Эго” (с пограничной патологией характера). В результате исследователи пришли к выводу, что лучшей формой терапии для пациентов со слабым Эго является экспрессивный подход, когда сам момент встречи с терапевтом структурирован незначительно, и при этом есть возможность предложить пациенту оставаться в госпитале (структурирование среды) столько, сколько это ему нужно. Такой подход резко отличается от чисто поддерживающей терапии, при которой структурирован сам момент психотерапии, но нет той поддержки, которую обеспечивает госпитализация.

Другие основанные на психоанализе психотерапевтические подходы к пограничным состояниям представляют значительные изменения техники. Мастерсон (Masterson, 1972, 1976, 1978), например, создал особую форму психотерапии, направленную на разрешение “депрессии покинутости” и коррекцию и заживление дефектов Эго, сопровождающих нарциссическую оральную фиксацию таких пациентов. Он поддерживает их переход от стадии сепарации-индивидуации к автономии. Он считает, что начало психотерапии с пограничными пациентами должно быть поддерживающим, а потом уже оно постепенно расширяется в сторону интенсивной реконструктивной психоаналитически ориентированной психотерапии. Мастерсон подчеркивает важность анализа

примитивного переноса и предлагает развернутое описание двух взаимно расщепленных видов объектных отношений (первый вид — награждающий, или либидозный; второй — лишаящий, или агрессивный). Так он соединяет теорию объектных отношений с моделью развития, основанной на работах Маргарет Малер.

Ринсли (Rinsley, 1977) и Фюрер (Furer, 1977) принадлежат к растущей группе психоаналитически ориентированных терапевтов, которые сочетают психоструктурную теорию объектных отношений с моделью развития Маргарет Малер (Mahler, 1971, 1972; Mahler and Furer, 1968; Mahler and Kaplan, 1977). Другие авторы (Giovacchini, 1975; Bergeret, 1970; Green, 1977; Searles, 1977; Volkan, 1976) также используют модели, основанные на теории объектных отношений. Сирлс большое внимание уделяет особенностям переноса и контрпереноса при терапии пограничных пациентов и психотиков. Современные обзоры некоторых подобных подходов можно найти у Хартоколиса (Hartocollis, 1977) и Мастерсона (Masterson, 1978).

Американские авторы свои подходы основывают по большей части на модели Эго-психологии, включающей в себя современные представления о стадиях развития и психоструктурные теории объектных отношений, британская же школа психоанализа (зародившаяся на основе некоторых теорий объектных отношений) продолжает оказывать влияние на технику работы с пограничными пациентами. Труды Литл (Little, 1957, 1960, 1966) в основном посвящены технике. Хотя она считает, что большинство описанных ею пациентов относятся к категории пограничных, но ее представления о том, что все данные пациенты плохо дифференцируют себя от объекта, а также техники ее работы, направленные на развитие у пациента чувства своей уникальности и отделенности, говорят о том, что она работает с патологией раннего развития, появившейся в фазе сепарации-индивидуации, в субфазе ранней дифференциации. Ее взгляды сходны со взглядами Винникотта, хотя она работает с пациентами, находящимися в состоянии более глубокой регрессии.

Винникотт (1960b) подчеркивал, что терапевт должен создать возможности для развития “подлинного Я” пациента и для этой цели ему не следует “сталкиваться” с пациентом в некоторые моменты терапевтической регрессии. Оптимальная функция терапевта при этих условиях, говорил он, — быть объектом, который “осуществляет холдинг”*, кем-то вроде матери для того, кому не хватило нормальной материнской заботы. В такие моменты, полагает Винникотт, происходит молчаливая регрессия вплоть до самой примитивной зависимости от аналитика, воспринимаемого как “держащая на руках мама”. Винникотт полагал, что интуитивное эмпатическое понимающее присутствие аналитика важнее, чем нарушающая мир и воспринимаемая как вмешательство вербальная интерпретация.

Эта концепция связана с теорией Биона (1967) о том, что мечты матери (которые Блон называл “грезами”) позволяют ей инкорпорировать спроецированные, рассеянные и фрагментированные примитивные переживания ребенка в момент фрустрации и интегрировать их с помощью интуитивного понимания трудностей ребенка в данный момент. Интуиция матери, как говорит Блон, становится “контейнером” (container), который организует спроецированное “содержание” (content). Подобным образом разбросанные, искаженные, патологические элементы переживаний регрессировавшего пациента проецируются на аналитика, так что пациент использует терапевта как “контейнер” для организации всех тех переживаний, которые сам по себе не может вынести.

Как Винникотт, так и Бийон подчеркивают, что терапевт, работающий с пограничными пациентами, должен интегрировать когнитивный и эмоциональный аспекты своего понимания терапевтической ситуации; Бийон фокусируется на когнитивном аспекте (быть “контейнером”), а Винникотт — на эмоциональном (“холдинг”). В литературе часто возникает путаница из-за того, что авторы, описывающие психотерапию пограничной личности, не отличают экспрессивную психотерапию от психоанализа. По моему впечатлению, многие авторы — например, Джоваччини (Giovacchini, 1978), Литл (Little, 1981), Сирлс (Searles, 1979) и Винникотт (Winnicott, 1958, 1965) — на самом деле достаточно видоизменяют свою технику, так что их работу нельзя назвать психоанализом. Чтобы яснее определить особенности психотерапевтического подхода к пограничным пациентам, следует четко отделять экспрессивную психотерапию от психоанализа.

Этот обзор будет неполным, если я не упомяну клинические подходы, которые отклоняются от экспрессивной психотерапии, рекомендованной большинством авторов. Многие пограничные пациенты — возможно, большинство — получают терапию, в которой поддерживающие и экспрессивные техники смешиваются, или терапию с редкой частотой сеансов (раз в неделю или реже), что означает переход от экспрессивной модальности к поддерживающей. Опыт клиницистов, работающих с пациентами в кризисе или во время короткой госпитализации, где есть четкая и сильная структура окружающей среды, показывает, что поддерживающий подход эффективен, по крайней мере при краткосрочных формах психотерапии. Существует еще одно, обычное в клинической практике явление, — многие пограничные пациенты получают амбулаторную терапию на основе длительных поддерживающих психотерапевтических отношений.

Литература, посвященная вопросу поддерживающей психотерапии пограничных состояний, крайне скудна. Поддерживающий подход “в чистом виде”, который ранее рекомендовали Найт (Knight, 1953b) и Зетцель (Zetzel, 1971) и до сих пор поддерживает Гринкер (Grinker, 1975), теперь, как я упоминал, сменился новой установкой: использовать поддерживающие техники лишь в начальных стадиях психоаналитической терапии (Masterson, 1978). Адлер и Бьюи (Adler and Buie, 1979), Моделл (Modell, 1976) и Волкан (Volkan, 1979) подчеркивают поддерживающий эффект функции холдинга, но предлагают применять экспрессивную по своей сути технику с самого начала терапии пограничного пациента.

На основании данных проекта Меннингера я предложил отказаться от традиционных представлений Найта (1953b) и Зетцеля о том, что чем слабее Эго пациента, тем больше он нуждается в поддерживающей терапии (Kernberg, 1975). Я также ставлю под вопрос старую традицию смешивать экспрессивную и поддерживающую техники, особенно при терапии пограничной личностной организации. Постоянные клинические наблюдения показывают, что использование поддерживающей техники устраняет нейтральность терапевта и по этой самой причине снижает возможность интерпретации переноса. Пограничный пациент вызывает мощный эмоциональный отклик, что заставляет терапевта отказаться от позиции технической нейтральности, и интерпретация этих центральных моментов переноса становится невозможной. В то же время терапевт, пытающийся сохранить основную аналитическую позицию и одновременно смешивающий экспрессивные и поддерживающие техники, существенно ограничивает себя в использовании поддержки, таким образом ослабляя как экспрессивный, так и поддерживающий аспекты своей психотерапии.

Используя идеи Гилла (Gill, 1954), можно определить технику психоанализа по трем характеристикам: аналитик (1) постоянно сохраняет позицию технической нейтральности; (2) постоянно использует интерпретацию как техническое средство; и (3) поддерживает

развитие полноценного невроза переноса и затем стремится к его разрешению в психоаналитическом смысле слова, опираясь исключительно на интерпретацию. Фактически весь спектр разновидностей психоаналитической психотерапии — от психоанализа до поддерживающей терапии — можно классифицировать на основании этих трех основных характеристик. Ниже описывается экспрессивная психотерапия для пациентов с пограничной личностной организацией.

Техника экспрессивной психотерапии

Экспрессивную психотерапию для пограничных состояний можно рассмотреть с точки зрения трех вышеупомянутых основных технических характеристик, предложенных Гиллом. Поскольку при работе с такими пациентами нам с первого момента терапии доступен примитивный перенос, выступающий главным образом в виде сопротивления, и поскольку фактически он и определяет тяжесть интрапсихических и межличностных нарушений, терапевт может и должен сразу сосредоточить на них внимание и начать интерпретировать их здесь-и-теперь (то есть в переносе — *прим. научного редактора*). Генетической реконструкцией можно будет заняться лишь на поздних этапах терапии, когда на смену примитивному переносу, основанному на частичных объектных отношениях, придет перенос более высокого уровня, соответствующий цельным объектным отношениям. В этот момент перенос отражает более реалистичные переживания детства, которые служат основой для реконструкции. Для интерпретации переноса необходима позиция технической нейтральности, поскольку терапевт не может интерпретировать примитивный перенос, если не установлены четкие, последовательные и стабильные границы реальности в терапевтической ситуации. Терапевт также должен следить за тем, чтобы не оказаться в плену у оживших патологических примитивных объектных отношений пациента. Поскольку как для интерпретации переноса, так и для позиции технической нейтральности необходимы прояснение и интерпретация, а суггестивные и манипулятивные техники в этом случае противопоказаны, — прояснение и интерпретация занимают главное место среди всех техник.

Анализ переноса в экспрессивной психотерапии, в отличие от ситуации чистого психоанализа, не систематичен. Анализ переноса фокусируется на серьезных проявлениях отыгрывания вовне (*acting out*) и на нарушениях во внешней реальности пациента, которые чреваты прекращением терапии или угрожают психосоциальному выживанию пациента. По этой причине, а также из-за того, что терапия как часть отыгрывания вовне примитивного переноса легко становится подменой жизни, интерпретацию переноса определяют три набора факторов: (1) главные конфликты в непосредственной реальности пациента; (2) основные конкретные цели терапии, при том, что мы постоянно отделяем жизненные цели от терапевтических (Ticho, 1972); и (3) темы, выступающие в переносе на первое место в данный момент.

Кроме того, техническая нейтральность ограничена, поскольку нужно устанавливать параметры техники (Eissler, 1953). Эти параметры в некоторых случаях включают в себя структурирование внешней жизни пациентов, которые не могут автономно функционировать на протяжении значительной части психотерапии. Так что техническая нейтральность есть теоретическая точка отсчета, от которой мы снова и снова отклоняемся и затем “поправляем” эти отклонения при помощи интерпретации. Интерпретации по поводу понимания (или непонимания) пациентом комментариев терапевта являются важным аспектом такого стремления уменьшить отклонения от позиции технической нейтральности.

Теперь, помня об этих предостережениях и соображениях, мы подробнее рассмотрим три основные технические характеристики и их воздействие на пограничную организацию личности.

Интерпретация

Интерпретация является фундаментальным техническим средством при психоаналитической психотерапии пограничных пациентов. Как я уже упоминал, чтобы по возможности сохранить позицию нейтральности, нельзя применять в работе суггестивные техники и манипуляцию. Исключения возможны в тех случаях, когда мы сталкиваемся с серьезным риском отыгрывания вовне; в такой ситуации необходимо структурировать внешнюю жизнь пациента и работать в команде, ставя пациенту рамки и вмешиваясь в его социальную сферу. Создание социальной структуры и организацию социального вмешательства следует рассматривать как параметры техники, их надлежит как можно скорее и как можно яснее интерпретировать, чтобы постепенно от них отойти.

Некоторые сомневаются в том, что пациенты с серьезными психологическими нарушениями и слабым Эго способны воспринимать интерпретации. Соглашаются ли они с интерпретациями потому, что уловили ее подлинный смысл, или благодаря ее магическому значению, окрашенному переносом? Эмпирические исследования показали, что на самом деле пациенты с серьезными психологическими нарушениями способны понимать и интегрировать интерпретации терапевта, особенно в тех случаях, когда терапевт исследует искажения восприятия этих интерпретаций и потом, в свою очередь, интерпретирует и эти искажения (Frosch, 1970).

Поскольку необходимо глубоко исследовать, как пациент интерпретирует интерпретации терапевта, прояснение используется чаще, чем интерпретация. Это техническое требование создает количественное отличие экспрессивной психотерапии от психоанализа.

Поддержание технической нейтральности

Это основное техническое средство, необходимая предпосылка для интерпретации. Техническая нейтральность несколько не исключает эмпатии. Временами регрессивная злость пациента в переносе пробуждает ответную контрагрессию терапевта. При таких обстоятельствах для соблюдения нейтральности от терапевта требуется: на эмоциональном уровне — относиться к пациенту с эмпатией или осуществлять холдинг (Винникотт), а на когнитивном — интегрировать или “быть контейнером” (Бийон) для фрагментарного переноса.

Техническая нейтральность есть соблюдение нужной дистанции от тех сил, которые порождают внутренние конфликты пациента, это не отсутствие тепла или эмпатии. Можно услышать разговоры о том, что пограничному пациенту нужно прежде всего эмпатическое понимание, а не жесткая теория и интеллектуальные интерпретации, основанные на этой теории. Любая психотерапия требует от терапевта как минимум способности к подлинной теплоте и эмпатии. Но эмпатия не ограничивается лишь тем, что терапевт интуитивно ощущает главное эмоциональное переживание пациента в данный момент; она должна включать в себя и способность чувствовать то, что пациент не может вынести внутри себя. Терапевтическая эмпатия, таким образом, выходит за

рамки обычного общения людей. Она заключается и в способности терапевта интегрировать — на когнитивном и эмоциональном уровнях — то, что в данный момент диссоциировано и расщеплено у пограничного пациента.

Тем не менее, когда мы встречаемся с серьезным риском отыгрыша вовне или с поведением, представляющим угрозу для жизни или продолжения терапии, может возникнуть необходимость в структурировании — и не только внешней жизни пациента, но и самой ситуации психотерапии. Таким образом, техническая нейтральность постоянно нарушается, постоянно под угрозой, она ограничена, и терапевт тратит много сил на то, чтобы снова и снова ее восстанавливать. Опять-таки, это ограничение позиции нейтралитета количественно отличает экспрессивную психотерапию от чистого психоанализа.

Отход терапевта от позиции технической нейтральности в форме директивного поведения может быть столь интенсивным и продолжительным, что нейтральность восстановить уже невозможно. Вместо параметров установились модификации. При оптимальных обстоятельствах постепенные интерпретации этих временных отклонений от позиции нейтральности позволяют вернуться к нейтральному положению, в котором возможны интерпретация и разрешение примитивного переноса.

Анализ переноса

Как уже упоминалось, интерпретация переноса в экспрессивной терапии ограничена, ее определяют внимание к непосредственной реальности пациента и к конечным целям терапии. Интерпретация примитивного переноса постепенно ведет к интеграции частичных объектных отношений в цельные объектные отношения и трансформации примитивного переноса в более зрелый или невротический перенос — вот почему при терапии пограничных пациентов мы встречаемся с более или менее внезапными изменениями переноса. Более зрелые невротические виды переноса, отражающие более реалистичное детское развитие, сначала появляются в терапии изредка, а потом — все чаще и чаще. Переключение на разные фазы переноса придает генетическим реконструкциям вневременной характер и мешает поместить перенос в рамки истории пациента. Поэтому перенос надо интерпретировать вне времени, условно относя его к каким-то периодам жизни. Это еще одна причина, почему интерпретация переноса у таких пациентов абсолютно не систематична, чем она и отличается от интерпретации переноса в стандартной психоаналитической ситуации.

Тем не менее, интерпретация защитных механизмов носит в данном случае систематический характер. В отличие от психотерапевтического исследования пациентов, которые функционируют лучше, когда можно избирательно интерпретировать одни защиты и оставить в покое другие, при серьезной психопатологии систематическая интерпретация защитных механизмов критически важна для улучшения функционирования Эго и для преобразования и разрешения примитивных форм переноса. Таким образом, интерпретация характера примитивных защитных действий, основанных на расщеплении, должна быть как можно более последовательной, поскольку именно они играют ведущую роль в переносе и во внутерапевтических взаимоотношениях данных пациентов.

Особенности работы с переносом

Поскольку интерпретация переноса играет важнейшую роль в экспрессивной психотерапии, я посвятил описанию соответствующей стратегии и тактики работы с переносом целую отдельную главу (гл. 7). Тут же я привожу лишь самые общие соображения.

1. Когда перенос у пограничных пациентов преимущественно негативный, с ним надо работать систематически лишь здесь-и-теперь, не занимаясь полной генетической реконструкцией. Недостаток интеграции Я-концепции и недостаток дифференциации и индивидуализации объектов у пограничных пациентов мешает им отличать объектные отношения прошлого от актуальных. Пациент путает перенос и реальность и не может отличить терапевта от объекта переноса. Поэтому к полной генетической реконструкции можно стремиться лишь на поздних стадиях терапии. Преждевременная генетическая интерпретация (например: “Вы так реагируете потому, что воспринимаете меня, как когда-то в прошлом воспринимали мать”) может привести к смешению прошлого и настоящего (“Вы правы; как ужасно, что у меня была такая мать, а теперь — точно такой же терапевт”).
2. Типичные защитные механизмы интерпретируются по мере того, как они появляются в переносе, поскольку их интерпретация усиливает Эго пациента и влечет за собой структурные интрапсихические изменения, которые способствуют разрешению пограничной организации личности. Прimitивные защиты Эго не усиливают Эго пациента, но ослабляют! Поэтому их систематическая интерпретация имеет сильный “поддерживающий” эффект.
3. Надо ставить ограничения, препятствующие отыгрыванию переноса вовне, структурируя внешнюю жизнь пациента в той мере, в какой это необходимо для защиты нейтральности терапевта. Хотя иногда необходимо вмешиваться во внешнюю жизнь пациента, техническая нейтральность терапевта существенно важна для терапии. Кроме того, важно, чтобы терапевтические взаимоотношения, по природе своей несущие удовлетворение нужд и защиту, не заменяли пациенту его обычную жизнь, то есть не надо давать пациенту возможность отыгрывать свой перенос вовне ни в кабинете терапевта, ни за его пределами. Терапевт должен внимательно относиться к вторичной выгоде от терапии и быть готовым к ее интерпретации, когда же требуются внешние ограничения, ему лучше воспользоваться посторонней системой социальной поддержки (социальный работник, медсестра, занимающийся консультированием непрофессионал и т.д.) и не вмешиваться непосредственно во внешнюю жизнь пациента, поскольку это заставляет терапевта отступить от позиции нейтральности.
4. Менее примитивные изменяемые аспекты позитивного переноса интерпретировать не надо. Уважение к таким видам переноса помогает постепенно зародиться терапевтическому альянсу. При работе с пограничным пациентом в фокусе интерпретации должна находиться примитивная чрезмерная идеализация, за которой стоит расщепление объектных отношений на “абсолютно плохие” и “абсолютно хорошие”. Эта сторона отношений должна быть проинтерпретирована систематично, поскольку таким образом прорабатываются примитивные защиты. Негативный перенос надо интерпретировать как можно полнее. Это важное средство для косвенного усиления терапевтического альянса, в то время как

непосредственно мы имеем дело с характерными для пограничных пациентов примитивными конфликтами вокруг агрессии и невозможности выносить амбивалентность.

5. Интерпретации надо формулировать таким образом, чтобы искажения восприятия пациентом действий терапевта и окружающей реальности, особенно всего, что касается процесса терапии, систематически прояснялись. Другими словами, магическое использование пациентом интерпретаций терапевта должно быть проинтерпретировано. Так, например, надо постоянно интерпретировать тенденцию пациента обращать внимание на “количество” вербальной коммуникации терапевта, вместо того чтобы вслушиваться в смысл сказанного. Интерпретации, кроме того, неизбежно основываются на общей реальности, которую признают пациент и терапевт: невозможно интерпретировать бессознательные мотивации, прежде чем пациент достигнет согласия с терапевтом о том, что есть *реальность* в их взаимоотношениях. Можно интерпретировать лишь Эго-дистонные искажения реальности!

Можно сказать, что стратегия интерпретации переноса у пограничного пациента состоит из трех последовательных шагов, представляющих собой, по сути, порядок проработки примитивных форм переноса, способствующей их трансформации в более зрелые или невротические формы. Примитивный перенос выражает частичные объектные отношения: то есть “отщепленные” части Я-концепции вступают в отношения с “отщепленными” частями объект-репрезентаций в контексте примитивных аффективных связей Я- и объект-репрезентаций. В зрелом или невротическом переносе участвуют интегрированные или цельные Я- и объект-репрезентации, и он лучше отражает реальные переживания детства. Первый шаг есть попытка на основе психотерапевтического, постепенно развивающегося понимания реконструировать природу примитивных или частичных объектных отношений, которые работают в переносе. Опираясь на противоречивые слова и поведение пациента, отражающие его запутанные и сбивчивые мысли и чувства, терапевт должен понять, что во взаимоотношениях пациента с терапевтом имеет для пациента самое большое эмоциональное значение. Другими словами, терапевт с помощью интерпретации преобразует бессмысленность или пустоту переноса — всего того, что в буквальном смысле обесчеловечивает терапевтические взаимоотношения, — в эмоционально значимые, хотя и сильно искаженные и фантастические, взаимоотношения переноса. На практике терапевт пользуется своими собственными фантазиями, интуицией и своим пониманием, чтобы построить основное человеческое взаимоотношение — странное, причудливое или нереалистичное на вид, — которое наиболее точно соответствует центральной организующей фантазии о данной терапевтической ситуации.

Второй шаг — терапевт оценивает кристаллизующееся основное объектное отношение переноса с точки зрения Я-репрезентации и объект-репрезентации и проясняет аффект соответствующего взаимодействия Я и объекта. Терапевт может представлять какой-то аспект диссоциированного Я пациента или его примитивной объект-репрезентации, и пациент с терапевтом могут по очереди воплощать различные Я- или объект-репрезентации. Этот аспект Я- и объект-репрезентации надо проинтерпретировать, а также прояснить соответствующее ему внутреннее объектное отношение в переносе. На практике реакции пациента, прояснение и ассоциации, связанные с попыткой терапевта описать, что, по мнению последнего, происходит между ними в настоящий момент, постепенно развивают и проясняют понимание пациентом того, “кто что кому делает” или “кто что чувствует по отношению к кому” в фантастическом объектном отношении

переноса, и “склеивает” Я-репрезентации и объект-репрезентации пациента по ходу циклов проекции и повторной интроекции.

Третий шаг заключается в интеграции некоторых частичных объектных отношений, проявившихся в переносе, с другими частичными объектными отношениями, отражающими связанные с ними и противоречивые объектные отношения, подвергшиеся защитной диссоциации; так реальное Я пациента и внутренняя концепция объекта интегрируются и соединяются. В этом процессе связываются между собой позитивный и негативный аспекты Я-концепции пациента и одновременно происходит интеграция с соответствующими позитивными и негативными аспектами объект-репрезентаций.

Интеграция Я- и объект-репрезентаций и, следовательно, всех вообще интернализированных объектных отношений есть главная стратегическая задача терапии пациентов с пограничной личностной организацией. Интеграция эмоций пациента и воображаемых или реальных взаимоотношений со значимыми другими представляет еще одну сторону этой работы. Эмоциональные особенности пациента отражают либидинальные или агрессивные проявления некоторых интернализированных объектных отношений, и интеграция расщепленных, фрагментированных эмоциональных состояний есть следствие интеграции расщепленных интернализированных объектных отношений. Когда происходит такое разрешение примитивного переноса, целостность эмоциональной сферы показывает, что производные влечений стали более интегрированными и дифференцированными. Интегрированные объект-репрезентации отражают более реалистичное восприятие родительских фигур в раннем детстве. На данном этапе можно помочь пограничному пациенту реалистичнее смотреть на прошлое в контексте глубокого изменения его отношений к терапевту и значимым другим в текущей жизни.

Прогноз

Работ, в которых описывается систематическое изучение прогноза при длительной психотерапии с пограничными пациентами, не так уж много. Исследования Проекта Меннингера показали, что пациенты с малой силой Эго, особенно те из них, у кого низкое качество межличностных взаимоотношений, реже отвечают на психотерапию положительно. На основе детального клинического изучения пациентов, участвовавших в проекте, я пришел к выводу, что на прогноз влияют следующие факторы: основной тип характера, некоторые виды нарушений Эго или Супер-Эго, отражающиеся в чертах характера, склонность к саморазрушению, ставшая образованием характера, особенности и интенсивность негативной терапевтической реакции, степень и качество патологии Супер-Эго и качество объектных отношений пациента (Kernberg, 1975).

Исследования М. Стона (Stone, неопубликованное), который оценивал распространенность различных типов личности среди пограничных пациентов, получавших терапию амбулаторно, и особое внимание уделял исходам терапии, подтверждают мои выводы относительно прогноза. У пограничных пациентов с основным истерическим, Obsessивным, депрессивным, фобическим, инфантильным и пассивным типами личности терапия приводит к позитивным изменениям сравнительно чаще. А большинство пограничных пациентов с основным параноидным, нарциссическим, шизоидным, эксплозивным, гипоманиакальным, неадекватным и антисоциальным типами личности чаще переживают в психотерапии неудачу. Мастерсон (Masterson, 1980) подчеркивал прогностическое значение степени стресса на ранних этапах жизни, уровня

раннего развития Эго, степени выполнения ранних задач развития и эффективность ранних социальных взаимоотношений (объектных отношений).

Хотя в литературе, посвященной интенсивной психотерапии пограничных состояний, мы можем встретить множество других прогностических критериев, большинство из них не являются достаточно надежными. В настоящий момент, я полагаю, есть два основных показателя, важных для прогноза: наличие антисоциальных черт (что, разумеется, ухудшает прогноз) и качество объектных отношений. Можно сюда добавить также развитие негативной терапевтической реакции, которая значительно ухудшает прогноз. Влияние личности и окружающей среды, техник, умения и личности терапевта, а также его контрпереноса — все это ждет дальнейшего систематического исследования. Взаимоотношения между процессом длительной психотерапии и ее исходом — важнейший фактор в нашей повседневной клинической практике — все еще недостаточно исследованы.

Клиническая иллюстрация

В приведенном ниже случае видно развитие переноса, отражающего примитивные интернализированные частичные объектные отношения, постепенно трансформирующегося в более зрелый невротический перенос. Случай показывает также развитие значительных интрапсихических структурных изменений за четыре года экспрессивной терапии, проходившей с частотой четыре раза в неделю.

Мисс L. Художница латиноамериканского происхождения, примерно тридцати лет, представляла случай пограничной личностной организации с преобладанием мазохистических и шизоидных черт. Кроме того, она страдала от тяжелой сексуальной заторможенности, так что даже при мастурбации ей не удавалось достичь оргазма. В ее сексуальных фантазиях присутствовали образы полового акта с повреждением гениталий — ее собственных и воображаемого мужчины. Она упорно избегала реальных взаимоотношений с мужчинами, которые ей нравились.

В течение четырех первых лет терапии в ее переносе последовательно происходили следующие изменения. Сначала ей хотелось, чтобы терапевт изнасиловал ее и убил во время полового акта, потому что только в ненависти и при угрозе смерти она могла видеть настоящую любовь и верность. За этими фантазиями стоял садистический отец, носящий примитивные эдиповы черты. Потом она представляла себя зависимым ребенком при отце с материнскими чертами и думала что, если бы ей было позволено сосать пенис терапевта, это было бы ответом на все ее потребности в тепле, любви, сексе и защите. Она хотела, чтобы терапевт держал ее, как мать держит ребенка, в то время как она бы сосала его пенис, из которого бы бесконечно сочились семя и молоко. Стало понятно, что она не могла вступить в глубокие взаимоотношения с мужчинами из-за своего ужаса перед смешением этих двух противоположных установок, а также из страха, что любовь и ненависть в ней объединятся и это приведет к невыносимой опасности: она боялась, что ее ненависть разрушит и ее, и партнера.

Еще какое-то время спустя, когда ее сексуальные фантазии о мужчинах стали более цельными, страх мисс L. перед оргазмом предстал как страх “обмочиться”. Она не могла заплакать в кабинете терапевта, поскольку плакать также означало “обмочиться”. Плач, оргазм и мочеиспускание во время сексуального возбуждения означали угрозу потерять контроль при пугающей зависимости от ненадежного объекта — от холодной и фрустрирующей матери. Она также боялась, что в оргазме ее личность исчезнет,

распадется на безликие куски. То есть преобладание механизмов расщепления, страх перед конфликтом, связанным с тяжелой оральной фрустрацией, и угроза регрессии в эдиповой ситуации тормозили у нее сексуальное возбуждение и оргазм. Еще через какое-то время сексуальные фантазии мисс L. о мужчинах, среди которых был и терапевт, стали богаче, в центре этих фантазий было желание “не сдерживать себя”, она мочилась во время оргазма. Эти фантазии выражали стремление к зависимости и более цельному сексуальному удовлетворению. Она свободнее стала встречаться с мужчинами, с одним из них участвовала в глубоком петтинге. Через три с половиной года после начала терапии у нее появилась значительная скованность во время психотерапии, сопровождаемая длительными периодами молчания. Она также начала понимать свои внутренние запреты, препятствующие дальнейшему улучшению состояния и углублению позитивного опыта общения с терапевтом и с мужчинами вообще. Это также можно было связать с интроекцией примитивного материнского Супер-Эго, носящего садистический характер. Появился примитивный тип негативной терапевтической реакции, выражающий ее подчинение садистическому Супер-Эго, в котором сочетались ненавидимая и ненавидящая прегенитальная мать и пугающий эдипов соперник. Выяснилось, что предыдущие фантазии о садистическом отце представляли замещение этого образа матери. Только после длительной проработки требований примитивного Супер-Эго мисс L. смогла впервые в жизни установить сексуальные взаимоотношения с адекватным объектом любви.

Как в развитии переноса пациентки проявляется значимое интрапсихическое структурное изменение? Переключение с желания, чтобы терапевт ее изнасиловал и убил, на желание стать зависимым ребенком отца с материнскими чертами отражало постоянную черту конфликтов мисс L.: страх смешать две противоречивые установки и боязнь мужчин. Данные виды переноса, таким образом, отражали один-единственный паттерн интернализованных объектных отношений, он изменился, когда пациентка начала сознавать и принимать тот факт, что ее ненависть и желание смерти вместе со страхом быть разрушенной направлены на тот же объект, от которого ей хочется быть зависимой. В переносе она могла бояться, ненавидеть и критиковать терапевта, нападать на него или относиться к нему с подозрительностью — и в то же время выражать жажду тепла и зависимости, на которые терапевт должен ответить. Постепенно мисс L. стала лучше переносить такие противоречия, что позволило ей перерасти этот тяжелый вид переноса. Так совершилась первая трансформация переноса, переход от примитивных к более цельным интернализованным формам объектных отношений.

Это изменение отразилось в поведении: подозрительность и страхи мисс L. значительно снизились, причем без приема лекарств (до этого она принимала огромное количество медикаментов из-за приступов страха, что ей не помогало). Ее разговоры во время психотерапевтического часа стали понятнее, последовательнее и глубже, она также начала делать первые шаги к более реалистичным и менее пугающим взаимоотношениям с людьми.

Второе значительное изменение произошло тогда, когда мисс L. стала подробнее описывать терапевту свои сексуальные фантазии и страхи; это было связано с более терпимым отношением к удовольствию, получаемому от фантазий о взаимоотношениях с терапевтом и с другими мужчинами, где выражались генитальные влечения и желание стать зависимой. В этот момент у нее появились сексуальные контакты с мужчинами. Лучше пошли дела также в ее творчестве и работе. Именно тогда выяснилось, что одной из главных помех в ее работе были неконтролируемые сексуальные фантазии, которые возникали вокруг той или иной темы. Так, все, что имело отношение к отличию мужчин

от женщин, немедленно вызывало в ней навязчивые сексуальные образы пениса и уринации. Теперь же эта проблема ушла.

Третье крупное изменение произошло в тот период, когда она молчала в кабинете психотерапевта и когда в ней появилась негативная терапевтическая реакция, связанная с активизацией примитивного интроецированного материнского Супер-Эго. Разрешение этого важного вида переноса, опять-таки отражающего примитивные объектные отношения, сделало мисс L. более независимой от своих родителей, позволило отделиться от материнских ценностей и сделало более самостоятельной в повседневной жизни.

Я хочу подчеркнуть, что очень мало сведений обо всех этих темах можно было получить в начале терапии. Пациентка обратилась за помощью по поводу тяжелого хронического состояния тревоги и депрессии, из-за неудачи в социальной жизни и неспособности работать, а также в связи с несколькими суицидальными попытками. Предшествующий опыт психотерапии был неудачным. Работая с прежними психотерапевтами (все они были мужчинами), пациентка сидела и упрямо молчала. Лишь ретроспективно можно было понять причину неудач терапии: она связана с активизацией тех же сексуальных фантазий, которые так пугали пациентку. Негативное поведение по отношению к предыдущим терапевтам выражало желание пациентки спровоцировать сексуальное нападение и получить наказание от мужчин, а также наказать себя за стремление преодолеть свои проблемы — то есть за бунт против примитивной материнской интроекции. Эти же нужды лежали в основе суицидальных попыток, которые также нарушали и осложняли ход предыдущей терапии.

Снова подчеркну один важный пункт: в данном случае потребовалось длительное время, за которое сменилось несколько видов переноса, для того чтобы диагностировать значимую последовательность интернализованных объектных отношений, которые вместе составляли устойчивый вид переноса. Еще больше времени понадобилось на достижение значимого изменения этих объектных отношений в переносе. Это изменение было необходимым условием для всех последующих перемен в жизни пациентки. Надо также отметить, что перемены, которые произошли в результате терапии, не связаны с поддержкой, внушением или манипуляциями терапевта. Они естественно, спонтанно и непредсказуемым образом следовали за изменениями значимых объектных отношений в переносе.

7. Работа с переносом в экспрессивной терапии

Может быть, одной из самых ярких особенностей терапии пациентов с пограничной личностной организацией является преждевременная активизация в переносе самых ранних, нагруженных конфликтами объектных отношений в контексте диссоциированных друг от друга состояний Эго. Почему “преждевременная”? Дело в том, что каждое Эго-состояние как бы представляет собой развитую регрессивную реакцию переноса, в которой активизируются специфичные интернализованные объектные отношения. Такой перенос резко отличается от постепенной, развивающейся по мере углубления регрессии, активизации интернализованных объектных отношений у типичного невротика.

Обычный невроз переноса — это активизация инфантильного Я пациента. Пациент снова проигрывает эмоциональные конфликты, пережитые во младенчестве или в раннем детстве, между своим инфантильным Я и родительскими объектами. В отличие от этого, у пограничного пациента Я- и объект-репрезентации активизируются в переносе таким образом, что реконструкция инфантильных конфликтов с родительскими объектами, как

они воспринимались в реальности, невозможна. У таких пациентов перенос представляет собой проявление множества внутренних объектных отношений диссоциированных или отщепленных частей Я с диссоциированными или отщепленными объект-репрезентациями, которые в значительной мере фантастичны и искажены.

Главная причина этой особенности пограничных пациентов заключается в том, что им не удалось интегрировать между собой два типа репрезентаций Я и объекта: репрезентации, построенные на основе либидо, и репрезентации, построенные на основе агрессии. Проблема в том, что интенсивность репрезентаций Я и объекта, основанных на агрессии, делает невозможной их интеграцию с Я- и объект-репрезентациями, которые определяются либидо. Соединение противоположных (любовь и ненависть) образов Я и значимых других, поскольку оно угрожает разрушить хорошие объектные отношения, пробуждает чувства невыносимой тревоги и вины. Поэтому происходит активное защитное разделение противоречивых Я-образов и образов значимых других. Другими словами, *примитивная диссоциация* или же *расщепление* становится основным механизмом защиты.

Когда мы занимаемся проработкой переноса у пограничных пациентов, главная наша стратегическая цель — разрешение этих примитивных диссоциаций и, следовательно, преобразование примитивных видов переноса в трансферентные реакции высшего уровня, характерные для невротиков. Разумеется, для этого требуется интенсивная продолжительная терапия, обычно не реже, чем два-три раза в неделю, в течение пяти-семи лет.

Конфликты, которые обычно возникают в связи с реактивацией этих ранних интернализированных объектных отношений, можно охарактеризовать как особое патологическое смещение прегенитальных и генитальных влечений под подавляющим влиянием прегенитальной агрессии. Избыточная прегенитальная, а особенно оральная, агрессия обычно проецируется и предопределяет параноидное искажение ранних образов родителей, особенно матери. Благодаря проекции преобладающих орально-садистических и также анально-садистических импульсов мать воспринимается как потенциально опасная. Ненависть к матери превращается в ненависть к обоим родителям, когда ребенок воспринимает их как единую группу. Из-за того, что образ отца “загрязняется” агрессией, первоначально спроецированной на мать, и образы отца и матери смешиваются, возникают комбинированные образы отца-матери и позднее появляется концепция о том, что все сексуальные взаимоотношения опасны и пропитаны агрессией. Параллельно в качестве попытки убежать от орального гнева и страхов появляется “бегство” в генитальные стремления; это бегство часто оборачивается крахом, поскольку с генитальным влечением смешивается интенсивная прегенитальная агрессия (Heinmann, 1955a).

Проявления переноса у пограничных пациентов на первый взгляд могут показаться чем-то совершенно хаотичным. Постепенно, тем не менее, можно увидеть повторяющиеся паттерны, отражающие примитивные Я-репрезентации и связанные с ними объект-репрезентации, задействованные в конфликтах, которые описаны выше. В терапии они проявляются в основном в виде негативного переноса. Защитные механизмы, свойственные пограничным пациентам (расщепление, проективная идентификация, отрицание, примитивная идеализация, обесценивание и всемогущество), становятся средствами трансферентного сопротивления. Поскольку эти защитные механизмы сами по себе ослабляют Эго, возникает сильная регрессия, быстро осложняющая преждевременное развитие переноса.

Как только пограничный пациент начинает терапию, он пытается защитить себя от пугающих примитивных видов переноса, особенно от негативных, и это приводит к декомпенсации, поскольку он использует те самые механизмы защиты, которые ослабляют его Эго. Возможно, наиболее разрушительно при этом действует механизм проективной идентификации, описанной Мелани Кляйн и другими авторами (Klein, 1946; Heinmann, 1955b; Money-Kyrle, 1956; Rosenfeld, 1963; Segal, 1964). Проективная идентификация является примитивной формой проекции, главное действие которой — экстернализация Я-образов и образов объектов, носящих агрессивный характер. К реальному объекту, на который это содержание спроецировано, появляется “эмпатия”, сочетающаяся с попыткой контролировать объект, поскольку он в результате такой проекции вызывает страх. Когда пациент осознает спроецированный импульс (эмпатия к агрессии “других”), это свидетельствует об отсутствии или недостатке работы вытеснения (характерного для проекции более высокого уровня). Когда же пациент рационализирует свою “контрагессию” как следствие агрессии окружающих, проективная идентификация осложняется вторичной рационализацией.

Проективная идентификация в переносе в типичном случае проявляется как сильное недоверие к терапевту и страх перед ним. Терапевт чувствует, что пациент на него нападает, а сам пациент ощущает эмпатию к спроецированной сильной агрессии и пытается садистическим образом контролировать терапевта и подчинить его своему влиянию. Пациент может отчасти осознавать свою собственную злость, но полагать, что это просто ответная реакция на агрессию терапевта и что он вправе гневаться и быть агрессивным. Для пациента контроль над терапевтом становится как бы вопросом жизни и смерти. В то же время агрессивное поведение пациента может пробуждать у терапевта ответные агрессивные чувства и поведение. Пациент как бы перекладывает агрессивную часть своего Я на терапевта, и в контрпереносе эта часть пациента появляется как бы изнутри терапевта (Money-Kyrle, 1956; Racker, 1957).

Надо подчеркнуть, что такая неэффективная и саморазрушительная проекция перемещает не “чистую” агрессию, но репрезентации Я и объекта, связанные с агрессией. Примитивные Я- и объект-репрезентации взаимосвязаны как основные формы примитивных объектных отношений (Kernberg, 1976). Для пограничных пациентов характерны быстрые колебания между двумя состояниями: в одном пациент проецирует Я-репрезентацию, а сам идентифицируется с соответствующей объект-репрезентацией, а в другом проецируется объект-репрезентация, пациент же идентифицируется с соответствующей Я-репрезентацией. Так, например, пациент сначала проецирует на терапевта образ примитивной, садистической матери, ощущая себя испуганным маленьким ребенком, на которого нападают, а чуть позже он ощущает себя суровой, запрещающей, морализирующей (и крайне садистической) примитивной матерью, видя в терапевте виноватого, защищающегося, испуганного, но бунтующего ребенка. Такого рода разыгрывание комплементарных ролей в переносе может вызвать соответствующий контрперенос у терапевта — это пример “комплементарной идентификации” (Racker, 1957).

В такой ситуации возникает опасность, что под влиянием интенсивной агрессии пациента реальный аспект ситуации переноса-контрпереноса может почти воспроизводить первоначально спроецированное взаимодействие между интернализированными образами Я и объекта. Так может возникнуть порочный круг, при котором пациент, находящийся во власти спроецированных производных агрессивного влечения, проецирует свою агрессию на терапевта и реинтроецирует совершенно искаженный образ терапевта, таким образом закрепляя патологические ранние объектные отношения. Хайнман (Heinmann, 1955b) изобразил этот порочный круг проективной идентификации и реинтроекции искаженного

образа терапевта, описывая параноидные защиты. Стрейчи (Strachey, 1934) полагал, что нормальная или патологическая интроекция аналитика является важнейшим фактором эффективности интерпретации, особенно, когда речь идет об изменении Супер-Эго.

Из-за быстрой смены проекций Я-образов и образов объекта, представляющих ранние патологические интернализированные объектные отношения, пациент перестает различать “внутреннее” и “внешнее” в своем взаимодействии с терапевтом. Пациент как бы установил, что он всегда “другой” по отношению к терапевту, но при этом он с терапевтом обменивается личностями. Это пугает пациента, поскольку таким образом выражается исчезновение границ Эго. Вследствие этого пациент теряет способность к тестированию реальности в переносе. Именно последнее сильнее всего мешает пациенту отличать фантазию от реальности, прошлое от настоящего и спроецированный объект переноса от реального терапевта. При таких условиях эффективность интерпретации сильно снижена. На практике это проявляется в том, что пациент говорит, например: “Да, это правда, что я вижу в вас моего отца. Это потому, что вы с ним на самом деле похожи”. В этом случае развивается “психоз переноса” (Kernberg, 1975, гл. 5).

Я предпочитаю говорить о *психозе переноса*, чтобы подчеркнуть, что потеря способности тестировать реальность и появление бреда в переносе могут практически не влиять на функционирование пациента вне терапии. Иногда такому пациенту необходима госпитализация, и часто нелегко бывает отделить психотическую реакцию в рамках переноса от реакции более общей. Тем не менее у многих пограничных пациентов одно можно отделить от другого и можно разрешить психоз переноса в рамках психотерапии (Little, 1951; Reider, 1957; Romm, 1957; Holzman and Ekstein, 1959; Wallerstein, 1967).

Отыгрывание переноса вовне становится главным сопротивлением будущему изменению; поэтому важно, чтобы терапевт установил параметры техники, дабы его контролировать. Существует опасность, что терапевт может показаться пациенту садистическим создателем запретов, и это запустит порочный круг проекции и реинтроекции садистических Я- и объект-репрезентаций пациента. Терапевт, чтобы предупредить эту опасность, может проинтерпретировать ситуацию переноса, затем ввести необходимые структурирующие параметры, а затем еще раз проинтерпретировать перенос, не отказываясь от параметров. Некоторые аспекты этой техники описаны Шарпом (Sharpe, 1931) среди примеров того, как обращаться с острой тревогой.

Природа примитивного переноса у пограничных пациентов порождает некоторые технические проблемы и специфические опасности. У терапевта может возникнуть соблазн интерпретировать эти виды переноса прямо, как если бы они отражали ранний, наиболее примитивный человеческий опыт; он может даже начать строить на основе своей интерпретации генетическую реконструкцию первых лет или даже месяцев жизни пациента, таким образом путая или смешивая примитивную фантазию и реальный опыт детства. Такое смешение характерно для некоторых работ последователей Кляйн. В их подходе, как я полагаю, есть две ошибки: они принимают примитивную причудливую внутреннюю форму психического опыта за особенности подлинного развития и относят сложный процесс медленного развития структурной организации интернализированных объектных отношений к первым месяцам жизни.

Поскольку отыгрывание переноса вовне кажется столь значимым воспроизведением прошлых конфликтов, фантазий, защит и интернализированных объектных отношений пациента, терапевт может поддаваться искушению рассматривать это как проработку данных конфликтов. Навязчивое повторение, выраженное в отыгрывании переноса вовне, никак нельзя считать проработкой, поскольку взаимоотношения переноса удовлетворяют

инстинкты пациента, особенно его агрессивные патологические нужды. Некоторые пациенты действительно получают большее удовлетворение патологических нужд в переносе, чем где бы то ни было во внешней жизни. На таком регрессивном уровне отыгрывание вовне пациента препятствует стремлению терапевта создать климат абстиненции.

Другую опасность несет в себе предпосылка о том, что, поскольку мы имеем дело с сильными эмоциями у пациента, который плохо способен наблюдать за своими переживаниями, нужно уделить главное внимание функциям Эго, игнорируя связь переноса с объектными отношениями. Тогда терапевт может фокусировать внимание на том, почему пациенту трудно ощущать или выражать свои чувства, на том, почему он молчит, на его склонности поступать импульсивно, на временной потере логической ясности и так далее, и игнорировать примитивное взаимодействие (или защиты против него), проявляющееся в переносе. Противоположной ошибочной крайностью была бы попытка “глубоко” интерпретировать объектные отношения, не обращая должного внимания на Эго-функции пациента. Еще большую опасность представляет ситуация, когда терапевт фокусируется исключительно на здесь-и-теперь, понимая перенос как корректирующее эмоциональное переживание и забывая о задаче постепенной интеграции Я-образов и образов объектов в более реалистичные объектные отношения и более зрелые формы переноса, что сделало бы генетическую реконструкцию более вероятной. В этих случаях терапевт невольно или непреднамеренно способствует стабилизации примитивного переноса (поскольку терапия заменяет жизнь), препятствуя развитию Эго пациента.

Надо уделять внимание как тому, что происходит здесь-и-теперь, так и лежащим глубже примитивным интернализированным объектным отношениям, активизирующимся в переносе, — только так можно интегрировать “поверхностное” и “глубинное” в цельное эмоциональное переживание, постепенно усложняющееся в процессе терапии. Надо также исследовать способность пациента к самонаблюдению и автономной работе над своими проблемами и поддерживать эти способности, так что необходимо уделять внимание Эго-функциям пациента, особенно самонаблюдению, — и параллельно прояснять и вербализовать примитивные объектные отношения, отражающиеся в его сознательных и бессознательных фантазиях.

Общее правило Фенихеля (Fenichel, 1941) относительно интерпретации — двигаться от поверхностного к глубокому — вполне приложимо к пограничным пациентам. Ценно, когда мы сначала делимся с пациентом своими наблюдениями, стимулируем его интегрировать то, что пока еще находится на один шаг вне его непосредственного наблюдения, интерпретируя то, что вне его осознания, лишь в тех случаях, когда очевидно, что он не способен сделать этого сам. Кроме того, когда мы интерпретируем аспекты переноса, лежащие вне сознания пациента, в интерпретацию должно входить и объяснение причины, по которой сам пациент этого не видит. Поскольку для примитивного переноса характерны резкие переходы на глубокий уровень переживаний, терапевт, работающий с пограничными пациентами, должен быть готов уйти от здесь-и-теперь и переключить свое внимание на фантастические объекты прошлого, оживающие в переносе (часто они обладают причудливыми примитивными свойствами), и терапевт должен осмелиться выразить их словами настолько полно, насколько далеко простирается его понимание. Кроме того, терапевт должен внимательно относиться к еще одной опасности: что пациент воспринимает слова терапевта как нечто магическое, как результат его магической проницательности, а не реалистического понимания всего того, что сам пациент сообщил.

Интегративный аспект интерпретации, следовательно, заключается в постоянной интерпретации поверхностного и глубинного. Тот же самый подход применим к сообщениям пациента. Когда он говорит о чем-то “глубоком”, сначала важно выяснить, в какой степени он выражает эмоциональное переживание, интеллектуальное построение, фантазию или бредовое убеждение. Когда мы работаем с пограничными пациентами, постоянно возникает вопрос: “Что сейчас нужно делать: прояснять реальность или перейти к глубинной интерпретации?” Ответ можно найти, оценив способность пациента тестировать реальность в настоящий момент, поняв, насколько он способен к самонаблюдению, насколько велико дезорганизующее действие примитивных механизмов защиты в переносе. В идеале прояснение реальности и глубинная интерпретация должны быть интегрированы между собой, но часто это оказывается невозможным.

Терапевт, приобретающий все более глубокий опыт работы с пограничными пациентами, все чаще и чаще, к своему удивлению, открывает, что за кажущимися проявлениями слабости или недостаточности Эго стоит работа специфических примитивных защитных механизмов, которые препятствуют осознанию диссоциированных взаимоотношений переноса, отражающих интрапсихические конфликты. Другими словами, такой подход позволяет нам находить сферы слабости Эго, оценивать эффект примитивных механизмов защиты и диссоциированных интернализированных объектных отношений, ослабляющих Эго, и помогать росту Эго средствами интерпретации. Работа терапевта над прояснением реальности часто оказывается ненужной поддержкой, питающей определенные виды переноса. Если это происходит, терапевт должен дать пациенту интерпретацию, объясняющую, почему вроде бы необходимое прояснение на самом деле было излишним.

Часто перед нами встает вопрос: надо ли углубляться в прояснение реальности или же надо интерпретировать причины, по которым пациент искажает реальность. Если двигаться от поверхности к глубине и сначала оценивать ограниченность понимания пациента, а потом интерпретировать защитные аспекты недостаточного осознания того, как он воспринимает реальность или как на нее реагирует, — тогда этот вопрос можно разрешить в аналитическом стиле. Всегда существует опасность, что пациент будет воспринимать интерпретацию, касающуюся защитного отрицания реальности, как замаскированную попытку терапевта на него повлиять. Поэтому, кроме интроспективной попытки понять, не содержит ли правды точка зрения пациента, надо интерпретировать и это искаженное восприятие интерпретации. Так, техническая нейтральность, интерпретация переноса, интроспективное исследование терапевтом своего контрпереноса и внимание к восприятию пациента во время сеанса — все эти технические средства тесно связаны между собой.

Терапевт, работающий с пограничными пациентами, сталкивается еще с одним вопросом: должен ли он интерпретировать или надо ждать, когда пациент будет готов сделать это самостоятельно? В общем можно сказать, что, когда рабочее понимание достигнуто, ожидание приносит мало пользы. Поскольку примитивные виды переноса быстро оживают в терапии и начинают компульсивно повторяться, это дает возможность интерпретировать их сколь возможно полно, как только терапевт достаточно ясно их поймет и когда одна из форм сопротивления переноса станет ведущей. У некоторых пограничных пациентов один и тот же паттерн переноса повторяется без конца на протяжении нескольких месяцев или лет; ранняя интерпретация не только экономит время, но и защищает пациентов от разрушительного отыгрывания вовне. В то же время такой подход, при котором терапевт сразу начинает интерпретировать сопротивление переноса, отнюдь не игнорирует способность пациента к самонаблюдению: я хочу снова подчеркнуть, что глубинная интерпретация должна включать в себя постоянную оценку способности пациента к самонаблюдению и никогда не должна подкреплять надежду (или

страх) пациента на магические взаимоотношения со всемогущим терапевтом. Очень часто, если терапевт лишь пассивно ждет того момента, когда пациент станет лучше наблюдать за собой, это ничего не дает пациенту и увеличивает риск хронического контрпереноса, в котором терапевт постепенно теряет позицию нейтральности.

Иногда терапевт должен дать понять пациенту, что не может или не хочет делать за пациента то, что тот не может или не хочет делать сам. Интенсивные и глубокие объектные отношения психотерапии, складывающиеся за недели, месяцы и даже годы, сильно отличаются от обычных взаимоотношений в реальной жизни, и это пациент должен рано или поздно принять. Эмпатия терапевта, проистекающая из эмоционального понимания им самого себя, из временной идентификации с пациентом и заботы о нем, напоминает эмпатию “достаточно хорошей матери” (Винникотт) по отношению к ребенку. Но есть и другой аспект работы терапевта с пациентом — рациональный, когнитивный, почти аскетический, и это сильно отличает терапевтические отношения от взаимоотношений матери и ребенка.

Благодаря тому, что пациенты с достаточной силой Эго используют либо интеллектуализацию, либо сильные эмоциональные реакции (что соответствует обсессивно-компульсивной и истерической патологиям), мы склонны не замечать тесную связь эмоций и мышления на ранних уровнях развития и при более патологических или примитивных состояниях, отражающих это раннее развитие. Кроме того, традиционное внимание к “катарсису” в психоаналитических формах психотерапии (и искажение этой концепции во всевозможных современных психотерапевтических практиках, когда наивно предполагают, что выброс эмоций сам по себе ведет к значительному психологическому изменению) мешает нам понимать, что когнитивное проявление и когнитивная интеграция есть основополагающие и мощные средства психотерапии.

Когнитивные формулировки терапевта усиливают и увеличивают интеграцию эмоций и интернализированных объектных отношений пациента. Способность терапевта к холдингу имеет и эмоциональную, и когнитивную стороны. Интерпретации при работе с пациентами, находящимися в глубокой регрессии, дают понимание примитивного защитного расщепления, что ведет к интеграции раздробленных эмоций и объектных отношений, а также усиливают когнитивные способности. Не всякое интеллектуальное знание есть “интеллектуализация”; настоящее знание усиливает эмоциональный рост и сопутствует ему.

Терапевт, который основывает свою работу с пограничными пациентами на интерпретации, неизбежно фрустрирует желания пациентов, поскольку отказывается принимать за них решения. Пациент может долгое время не понимать, что он получает постоянное внимание, интерес и заботу, а это заставляет терапевта преодолевать множество искушений: желание рассердиться в ответ на агрессию пациента, стать сонным, отрешенным, безразличным, нетерпеливым и так далее.

Я уже упоминал (1975), что необходимо углубить уровень интерпретации в тот самый момент, как пациент проявляет отыгрывание вовне. Хотя мы рискуем в своей интерпретации превысить уровень эмоционального понимания со стороны пациента — и тогда он может отвергнуть интерпретацию или принять ее лишь интеллектуально либо как что-то магическое, — внимание к тому, как пациент понимает интерпретацию, помогает исправить эти потенциальные опасности быстрой интерпретации переноса.

Другим важным аспектом интерпретации переноса у пограничных пациентов является слабость терапевтического альянса, если его сравнивать с альянсом у невротиков в

психоанализе. Терапевтический альянс есть связь аналитика с наблюдающей частью Эго пациента (Zetzel, 1956; Greenson, 1965), какой бы слабой она ни была, в терапевтической ситуации. Поскольку у Эго невротика наблюдающая часть достаточно выражена, терапевтический альянс (или, можно сказать, альянс наблюдающей части Эго пациента и аналитика, направленный на решение задачи) есть данность, обычно не требующая слишком большого внимания. Тем не менее, даже при самых идеальных обстоятельствах в обычной психоаналитической ситуации бывают моменты, когда интенсивный перенос ставит под угрозу способность Эго наблюдать. И тогда надо обратить внимание пациента на эту проблему. Наблюдающее Эго типичного пограничного пациента, в отличие от невротика, столь ограничено и слабо, что возникает вопрос, в какой степени надо уделять пристальное и постоянное внимание терапевтическому альянсу: не бывает ли так, что терапевт должен активно поддерживать терапевтический альянс с помощью ориентированных на реальность поддерживающих комментариев или же давая пациенту информацию о терапевтической реальности?

По моему мнению, основное внимание следует уделять природе искажений восприятия пациента, особенно когда они касаются интерпретаций терапевта. Это лучшее средство усилить наблюдающее Эго пациента, не отступая от аналитической модели. Мне кажется, что различные аспекты реальных взаимоотношений терапевта и пациента являются неспецифическими потенциально терапевтическими аспектами любого рода терапии. Тем не менее этот аспект терапевтических отношений при обычном психоанализе ограничен, и систематический анализ всех форм переноса по мере их развертывания в неврозе переноса ведет к систематической проработке попыток пациента использовать терапевтические взаимоотношения в качестве родительской функции в переносе. Другими словами, неспецифическая поддерживающая сторона реальных взаимоотношений по отношению к развертывающемуся переносу автоматически становится частью аналитической работы и остается фоном. У пограничных же пациентов неспецифические “реальные” человеческие взаимоотношения в терапевтическом альянсе могут быть важным коррективным эмоциональным опытом — не в том смысле, что терапевт занимает активную позицию и манипулирует, а в том, что такие позитивные рабочие взаимоотношения, подобных которым, быть может, не было в прошлом опыте пациента, обычно дают удовлетворение. Хронические травмы или фрустрации детства и, следовательно, актуальные отношения пограничного пациента со своими родителями являются важными генетическими и историческими основами его патологии, в той же мере в реальных взаимоотношениях терапевт может выполнять функцию такого родителя, которого у пациента не было раньше.

Кроме того, способность терапевта быть “контейнером” (Bion, 1967), то есть вмещать, организовывать и преобразовывать хаотичные переживания пациента (которые терапевт сначала пытается прояснить для себя, а затем возвращает пациенту как часть интерпретации) выполняет ту когнитивную задачу, которую невротики, проходящие психоанализ, должны выполнять сами. Другими словами, терапевт выполняет функции дополнительного когнитивного Эго пограничного пациента — в дополнение к той поддержке, которая неявно выражается в том, что терапевт способен выдержать агрессию пациента и не быть разрушенным ею, что он не наказывает, что он проявляет эмоциональную заботу. Другие подчеркивают важность холдинговой функции при работе с пограничными пациентами (Little, 1958; Winnicott, 1960b). Эти аспекты терапевтических взаимоотношений, без сомнения, играют существеннейшую роль при психоаналитической психотерапии пограничных пациентов и в той мере, в которой они проявляются в контексте технической нейтральности, они представляют собой оправданное использование психотерапевтических отношений. Такое использование отношений существенно отличается от ситуации, когда в ответ на интенсивные требования пациента

в переносе, чтобы терапевт удовлетворил его ранее фрустрированные нужды, терапевт становится заместителем родителя, покидая позицию нейтральности и усиливая поддерживающую сторону терапевтических взаимоотношений. Чрезвычайно важно, чтобы психоаналитик или психотерапевт, работающий с пограничными пациентами, внимательно анализировал все эти требования пациента. Силы Эго пациента растут на самом деле не потому, что здесь-и-теперь удовлетворяются его нужды, оставленные без ответа там-и-тогда, но потому, что он понимает прошлые фрустрации и ограничения в контексте патологических реакций, импульсов и защит, которые активизировались при травматических обстоятельствах детства и способствовали развитию и фиксации слабости Эго.

Вопрос о природе инсайта у пограничных пациентов заслуживает отдельного обсуждения. Иногда мы видим у пограничных пациентов как бы инсайт, проникающий в глубину психики и в динамику бессознательного. Но, к сожалению, это просто признак доступности первичных процессов вследствие общей регрессии Эго. Инсайт, возникающий без усилия, не сопровождающийся изменением интрапсихического равновесия и, главное, не сопровождающийся озабоченностью о патологическом аспекте какого-то конкретного поведения или переживания, — это вещь спорная. Подлинный инсайт есть сочетание интеллектуального и эмоционального понимания глубинных истоков переживаний, сопровождающееся озабоченностью и желанием изменить патологические аспекты этих переживаний.

Я уже подчеркивал важность поддержания отношения технической нейтральности для интерпретации примитивных форм переноса, появляющихся во взаимоотношениях пациента с терапевтом. Невозможно описать, какую большую цену приходится платить терапевту, который поддался искушению использовать поддерживающие техники; за временным улучшением следует рационализация отношений переноса, который поэтому не может быть полностью разрешен, и это ограничивает терапию в ее стремлении к основной цели, заключающейся в глубоком изменении личности.

Тем не менее, как указывал, говоря о стандартной психоаналитической ситуации, Лэвальд (Loewald, 1960), функция терапевта, который должен интерпретировать эмоциональную реальность пациента, предполагает, что его Эго функционирует на более интегрированном уровне, чем Эго пациента, находящегося в трансферентной регрессии. Поэтому идентификация пациента с интерпретативной функцией терапевта есть опыт роста. При этом, согласно наблюдению Лэвальда, пациент идентифицируется с объектным образом терапевта и также с Я-образом, а именно с образом пациента — такого, каким его воспринимает терапевт.

Говоря другими словами, идентификация пациента с интерпретирующим терапевтом отражает идентификацию с объектными отношениями хорошего типа, с отношениями, которые помогают. Этот процесс, который в типичном случае легко и незаметно происходит при терапии невротиков, явно усилен в психоаналитической психотерапии пограничных состояний, где диффузная идентичность препятствует воздействию интегративной функции терапевта. Хотя интегративная, когнитивно-эмоциональная сторона более важна в терапии пограничных пациентов, чем в классической психоаналитической ситуации, для создания основы роста, эта функция может иногда пробуждать интенсивные ненависть и зависть у пограничных пациентов. Ненависть — поскольку значимое понимание себя, в отличие от защитной диссоциации, всегда сопровождается болью; поэтому и помощь терапевта, парадоксальным образом, приносит боль. Зависть — поскольку примитивная агрессия часто выражается в завистливом желании разрушить терапевта, воспринимаемого как образ дающей матери. Поэтому

интерпретация бессознательного желания пациента отвергнуть или разрушить интегративную функцию терапевта может быть важным аспектом интерпретации в рамках технической нейтральности.

Работа примитивных механизмов защиты, в частности проективной идентификации, направлена не только на то, чтобы приписать какие-то психические качества терапевту, но и на то, чтобы вызвать в нем определенные эмоциональные состояния, которые дополняют аффективное состояние пациента, вызвать в нем желание действовать определенным образом, который соответствует нуждам переноса. Поэтому терапевту непросто сохранить нейтральность — она всегда находится под угрозой, — хотя по тем же самым причинам каждая такая угроза или временный отход от позиции нейтральности дает важную информацию о переносе.

Примитивная природа переноса пограничного пациента развивает у стремящегося чувствовать эмпатию терапевта способность осознавать собственные примитивные эмоциональные реакции. Их усиливает невербальное поведение пациента, особенно стремление пациента контролировать терапевта, навязать ему роль, соответствующую образу Я или образу объекта в данном активизировавшемся примитивном переносе. Возможно, мы все еще недостаточно хорошо понимаем, как поведение одного человека вызывает эмоциональные и поведенческие реакции у другого. Эмпатия терапевта, творческое использование свободно плавающего внимания — родственного мечтанию — и прямое влияние поведения, которое он видит, вызывают в нем временную регрессивную реакцию, позволяющую идентифицироваться с примитивным уровнем функционирования пациента.

Чтобы достичь оптимальной степени внутренней свободы для исследования эмоциональных реакций и фантазий, связанных с пациентом, терапевт, работающий с пограничными пациентами, должен особенно внимательно относиться к своим действиям: можно делать какие-либо интервенции только тогда, когда ты вернулся в нейтральную позицию. Особенно важна установка на постоянную “абстиненцию” — в том смысле, что терапевт никогда не соглашается удовлетворять трансферентные потребности пациента, но интерпретирует эти потребности полно и последовательно. Человечность, теплота и забота терапевта естественно проявляются в его внимании и в работе с проблемами пациента в переносе, а также в его способности понимать, не удовлетворяя, примитивные потребности в зависимости или сексуальные и агрессивные нужды пациента.

Парадоксальным образом, терапевту, работающему с пограничными пациентами в длительной психоаналитической психотерапии, очень помогает опыт работы с такими пациентами в терапии кратковременной, типа кризис-интервенции. Когда терапевт может уверенно работать в короткой поддерживающей психотерапии или способен помогать пациентам преодолевать кризис, не теряя при этом психоаналитической установки, он более свободен от навязчивой потребности “действовать”. Опыт разнообразных ситуаций, способность работать в альтернативных модальностях терапии, а также подробный и точный диагноз помогают терапевту сохранять спокойствие, интерпретируя отыгрывание вовне и сложные виды переноса.

Клинические иллюстрации

Мисс М. Студентка последних курсов, старше 20 лет, начала психоаналитическую психотерапию (трижды в неделю) в связи с тяжелой депрессией, сопровождавшейся потерей веса и суицидальными мыслями, алкоголизмом и общим неуспехом в учебе,

общественной жизни и взаимоотношениях с молодым человеком. Ей ставили диагноз: инфантильная личность с признаками пограничного состояния, тяжелая депрессивная реакция и симптоматический алкоголизм. Во время терапии мы сидели лицом к лицу, поскольку я пользуюсь кушеткой только для психоанализа (см. Kernberg, 1975). В начале терапии я выдвинул некоторые условия, на которых согласился работать с мисс М. амбулаторно. Если она не сможет выполнить эти условия, я готов работать с ней в госпитале, пока она не будет в состоянии их выполнять. Госпитализацию предложил другой психиатр, и я рассматривал ее как альтернативный вариант в том случае, если мисс М. не сможет отвечать за свое функционирование в реальности.

Кто-нибудь может сказать, что следствием таких жестких условий является “отсев” пациентов, далеко не все пограничные пациенты согласятся с таким подходом и будут в состоянии ему следовать. Но надо заметить, что перед мисс М. стояла альтернатива длительной (или кратковременной) госпитализации и что я стремился свести срок потенциальной госпитализации к минимуму, необходимому для развития способности отвечать за те сферы своей жизни, за которые отвечает любой амбулаторный пациент. Согласие же на амбулаторную терапию на нереалистичных условиях чревато множеством осложнений и неудачей в терапии. Другими словами, терапевт не может действительно помочь пациенту, если не созданы минимальные условия для того, чтобы он мог применять свои специальные знания и способности.

Мисс М. решила бросить пить и не поддаваться суицидальным импульсам, а если они возникнут — открыто обсуждать их со мной; а также набирать вес, нормально питаясь независимо от настроения и аппетита. Социальный психиатрический работник начал исследование социальной ситуации мисс М., включая ее взаимоотношения с родителями, живущими в другом городе, он был готов помочь пациентке идеями и советами относительно проблем в ее повседневной жизни. Мы условились, что социальный работник передает все сведения о жизни мисс М. мне, я же сообщаю ему в ответ лишь жизненно важную информацию и лишь с прямого согласия пациентки. Мой подход в данном случае психотерапии был психоаналитическим, и я старался сохранить позицию технической нейтральности.

Через несколько недель после начала терапии на встрече со мной мисс М. выглядела измученной и расстроенной. Шел сильный дождь, но она пришла без зонтика, непричесанная, промокшая до нитки, мокрая грязная одежда подчеркивала худобу ее тела. Пациентка сразу заговорила о сложном экзамене в институте, которого она боялась. Затем рассказала о серьезной стычке со своим молодым человеком — она ревновала его к другой женщине, прежней его подруге, а тут узнала, что они тайком встречаются. Она также волновалась, пришлют ли родители ей в этом месяце денег (что породило во мне фантазию, как будто она хочет дать мне знать: она заплатит за лечение, значит, даже если она мне надоела и неприятна, все равно в моих интересах продолжать встречи с ней).

Поток слов мисс М. как бы прерывало невербальное поведение. Внезапно она замолкала и смотрела на меня испытующе, с недоверием, немного отрешенно; были также моменты ненатуральной веселости и искусственного смеха, мне показалось, что она пытается контролировать наше общение. Она стала смущаться, когда говорила о том, где она встретила своего молодого человека с другой женщиной; я заподозрил, не выпивает ли она тайно, боясь сказать мне об этом. Я вспомнил о словах социального работника: он рассказал, как мисс М. случайно упомянула, что недавно у нее болел желудок и ее рвало, и социальный работник размышлял, не нужно ли ей еще раз показаться врачам.

Я колебался, ощущая беспокойство за пациентку и одновременно сильное желание выразить ей это беспокойство, заговорить о том, что она плохо выглядит, о ее здоровье, поставить перед ней вопрос, действительно ли она способна поддерживать амбулаторный сеттинг, о котором мы договорились. Я также испытывал соблазн конфронтировать ее теми аспектами поведения, которые заставляли меня сомневаться в том, что она говорит правду. Я чувствовал скрытый за ее поведением страх и понимал, что я для нее потенциально критическая и негибкая родительская фигура, человек, который будет ругать ее за ложь и плохое поведение. (Все это на фоне ощущения, что она отчаянно хочет, чтобы я взял на себя ответственность за ее жизнь.) Я начал понимать, что во мне растет нетерпение, сочетание заботы о пациентке и раздражения из-за провала плана терапии, из-за того, что нам с социальным работником придется менять программу, вызывать родителей мисс М., страховать ее от исключения из института (один из аспектов реальности, заставивших ее обратиться к психотерапевту).

Наконец я понял, что в данный момент мне предлагались взаимоотношения с маленькой испуганной девочкой, которой нужен сильный родитель (пол родительской фигуры роли не играет), чтобы он отвечал за нее и защищал ее от боли, страха и всякого страдания. В то же время я чувствовал, что она ненавидит эту родительскую фигуру, поскольку передавать власть над собой в чужие руки ее вынуждает только страдание, а не естественная забота, любовь или преданность. И она боялась наказания со стороны этой желанной и ненавидимой родительской фигуры, поскольку спроецировала на нее свои агрессивные требования. Поэтому, как мне показалось, ей хотелось убежать от этих страшных взаимоотношений — может быть, напиться до беспамятства или погрузиться в хаотическую ситуацию, из которой ее будут спасать, так что ей не нужно будет знать своего спасителя или эмоционально вступать во взаимоотношения с ним как с врагом.

Я сказал мисс М., что в ее общении со мной она выражает противоречивые желания: она хочет убедить меня, что контролирует свою жизнь, и в то же время драматично сообщает, что все разваливается, что она не управляет своей жизнью, что ей угрожают болезнь, изгнание из института и разрыв отношений с молодым человеком. При таких обстоятельствах, добавил я, что бы я ни сделал, все будет плохо для нее. Если я, с одной стороны, начну углубленно исследовать, насколько она на самом деле способна справляться с жизненной ситуацией, она воспримет это как нападение. Так, если я подниму вопрос о том, способна ли она воздерживаться от алкоголя, она почувствует, что это “допрос”, проявление моей строгости и подозрительности. Если, с другой стороны, я буду внимательно слушать, не задавая вопросов, она почувствует, что это равнодушие и черствость. Как бы я ни реагировал на нее, в любом случае она будет чувствовать страдание и разочарование.

Мисс М. ответила, что тревожится, поскольку опять выпивает, и боится, что я, когда об этом узнаю, помешу ее в госпиталь. Также ее тревожит, что родители запаздывают с присылкой денег и что она не сможет оплатить счет за терапию, и она сердилась из-за этого на родителей и раздражалась из-за задержки денег. Она сказала, что у нее нет никаких надежд относительно себя и что она не знает, как ей может помочь психотерапия. Я ответил, что, по моему мнению, ее беспокоит не столько неэффективность психотерапии, сколько вопрос о том, интересуется ли она меня на самом деле или же я работаю только ради денег. Я также сказал, что, может быть, ей кажется, что от меня можно чего-либо добиться только силой и, чтобы “вытянуть” что-либо из меня, она должна стать абсолютно беспомощным несчастным существом. Я добавил, что в такой ситуации любая помощь от меня будет подобна раздраженной и злобной реакции родителя, который хочет, чтобы его не беспокоили, но ему ничего другого не остается, как приглядывать за нежеланным ребенком.

Мисс М. расплакалась и заговорила о своем отчаянии из-за того, что ее покидает любимый человек и что вдобавок она не имеет права просить у меня помощи, потому что людей, подобных ей, очень много, и только благодаря счастливой случайности — поскольку у ее родителей есть деньги — она может ходить на терапию, которая без денег была бы недоступной. Зачем тратить на нее время, когда в мире так много страданий? Лучше все это бросить...

Я почувствовал в этот момент, что ситуация переменялась: ее слова и поведение соответствовали друг другу. Она начала рассказывать о том, что на самом деле произошло за предыдущие два дня, сознательно и с тревогой за ощущение потери, смешанной со странным чувством облегчения, поскольку она считала, что не заслуживает лучшей участи. Я чувствовал, что мисс М. начала беспокоиться о себе, что снизилось давление требования, чтобы я вмешался и помог ей, и что она начала чувствовать вину за нарушение нашего уговора и одновременно понимать, как это произошло благодаря ее чувству, что она не заслуживает моей помощи.

Я хочу подчеркнуть, что в этот момент перенос стал понятнее; это было проявление мазохистического характера — главным образом прегенитальная, чреватая конфликтами, зависимость от фрустрирующего образа родителя. Межсистемный конфликт Супер-Эго (бессознательная вина) и зависимости, конфликтным образом выражаемой Эго, отражали типичные объектные отношения невротика в переносе. Такой перенос резко отличался от предшествующих хаотичных и противоречивых проявлений скрытой подозрительности, спроецированной злости, агрессивной требовательности, лживости и отчужденности. Я также хочу заметить, что переход от хаотических проявлений переноса к основному объектному отношению, выраженному в переносе, сделал возможным исследование переноса и жизненной ситуации. Активизировались ресурсы Эго, и, следовательно, мне было незачем делать то, что могла сделать сама пациентка. Другими словами, моя нейтральность дала возможность укрепиться Эго пациентки, хотя бы временно, что увеличило ее способность понимать во время сеанса и ответственность за свою внешнюю жизнь.

Мисс N. В отличие от предыдущего случая, тут мы видим колебания неустойчивого переноса на поздних стадиях терапии, чередование различных уровней интернализованных объектных отношений — то движение к более зрелым невротическим или цельным объектным отношениям, то регрессию к примитивным, частичным объектным отношениям пограничной природы.

Мисс N., юрист тридцати с небольшим лет, представляла случай пограничной личностной организации с преобладанием обсессивных и шизоидных черт. Я работал с ней в психоаналитической психотерапии трижды в неделю на протяжении пяти с лишним лет.

На третьем году терапии, после интерпретации примитивных защитных действий в контексте смешения эдипового и доэдипового материала, в центре которого находился мазохистический поиск теплого, дающего, но также властного и садистического отца, появился новый вид переноса. Теперь в переносе мисс N. Переживала ее эдипову и доэдипову мать как мощную силу, препятствующую любому дальнейшему улучшению. Туманные и неясные слова, тяжелые периоды молчания во время терапии, сопровождаемые ощущением пустоты, бесконечные требования проявлений моей материнской любви и заинтересованности, обвинение меня в холодности и пренебрежении (то есть в том, что я как мать, нападающая на нее изнутри и снаружи)

чередовались с сексуализированным переносом, в котором она воспринимала меня сексуально привлекательным, но опасным и властным человеком, которого она боялась. Эдипов аспект становился все сильнее по мере интеграции переноса, отражавшего более реалистичные стороны ее детства, в то время как конфликт между сексуальным влечением к сильному отцу и страхом наказания со стороны эдиповой матери носил межсистемный характер. То есть интроекция матери сосуществовала с более развитым Супер-Эго, так что интрапсихический конфликт был межсистемным, в отличие от предшествующих хаотичных и осознанных конфликтов между диссоциированными фрагментарными частями отношений с обоими родителями. У нее также впервые появился сексуальный контакт с мужчиной, но она пыталась разорвать эту связь из-за бессознательного чувства вины. Интересно, что ее молодой человек казался ей пассивным и сексуально безопасным, и поначалу она считала это ценным качеством. Но затем она разочаровалась, поняв, что он не способен противостоять ее тенденции разрушить хорошие сексуальные взаимоотношения (интроекция матери).

Во время работы по интерпретации страхов мисс N., касающихся ее сексуального влечения ко мне как к отцу (потому что оно запрещалось внутренней матерью), достаточно внезапно в ее состоянии возникло ухудшение, так что за несколько недель она как бы регрессировала на тот уровень, на котором была в самом начале терапии. Вербальное поведение стало беспорядочным (в начале терапии ее навязчивые размышления были подобны формальной дезорганизации мышления), она перестала воспринимать мои слова, и в ней росло убеждение, что я понимаю ее мало, несовершенно и избирательно. Впервые за время своей терапии она выразила сильное желание перейти к другому терапевту, как она считала, более теплоту и понимающему. Попытки проинтерпретировать эти чувства как регрессивное бегство от эдиповой стороны переноса были безуспешными.

Однажды мисс N. дала мне понять, что я, по ее мнению, должен точно и ясно объяснять ее чувства, удостоверяя, что действительно заинтересован в том, что в данный момент происходит. Иначе же мне лучше ничего не говорить, а терпеливо слушать, как она на меня нападает. Иногда я буквально не мог вставить слова, поскольку мисс N. сразу прерывала меня и искажала каждое мое высказывание. В конце концов мне пришлось на протяжении нескольких встреч сидеть и слушать, как она меня бранит, в то время как я пытался лучше понять ситуацию.

Я ограничился тем, что сообщал ей о понимании ее потребности в том, чтобы я говорил правильные вещи, ободрял ее, давал понять, что я понимаю ее даже и без слов. Я также сказал, что понимаю, как она боится, видя в моих словах попытку овладеть ею, подчинить ее себе, навязать ей мои мысли. После таких моих слов мисс N. замолкала и как бы ждала продолжения, но я молчал. Затем она улыбалась, поскольку, как я думал про себя, понимала, что я не пытаюсь ее контролировать или говорить что-либо, кроме того, что я понимаю текущую ситуацию.

Надо сказать, что сначала, встретившись с таким видом переноса, я пытался интерпретировать поведение пациентки как попытку контролировать меня всемогуществом и как проявление ее идентификации с садистической матерью (Супер-Эго) во взаимоотношениях с самой мисс N. (которую в том переносе представлял я). Но на этом этапе любая попытка интерпретировать лишь ухудшала ситуацию и не приносила никакой пользы (в отличие от подобной интерпретации, которая была ценной несколько месяцев назад). К моему удивлению, за те несколько недель, что я не делал ничего, кроме как выражал словами наши непосредственные взаимоотношения, мисс N. почувствовала себя лучше, увереннее в себе и у нее вновь появились позитивные чувства ко мне с

сексуальной окраской. Тем не менее, когда я пытался установить связь между двумя разными типами отношений в терапии — теми, когда она ничего не принимает от меня и должна контролировать ход нашего взаимодействия, и теми, когда она относится ко мне позитивно, при этом боясь своих сексуальных чувств, — все эти попытки лишь заходили в тупик.

Еще несколько недель спустя я сказал в качестве интерпретации, что у нее со мною два альтернативных вида отношений: при первом я наделен чертами теплой, чуткой, понимающей и неконтролирующей матери, при втором я похож на отцовскую фигуру, опасную и сексуально соблазняющую. Мисс N. ответила, что когда я интерпретирую ее поведение, я кажусь строгим, мужественным и агрессивным; когда же я просто сижу и слушаю, я кажусь мягким, женственным, несколько подавленным и успокаивающим. Она добавила, что когда она начинает чувствовать мое понимание — понимание утешающего, женственного и грустного человека, — то потом она может слушать мои слова, хотя я опять “напрасно” становлюсь мужественным и контролирующим.

Я проинтерпретировал это двойное расщепление моего образа (на мужественный-женственный и на хороший-плохой) как попытку избежать конфликта между потребностью в хороших, теплых взаимоотношениях с матерью, понимающей и дающей любовь, но также налагающей запрет на сексуальные отношения с отцом, — и другой потребностью: быть восприимчивой и женственной по отношению к мужественному мужчине, заменяющему отца, который способен “проникнуть” в нее, вопреки ее как бы отвергающему поведению (но этот мужчина угрожает ее взаимоотношениям с матерью). Я также проинтерпретировал ее “плененность” в этой ситуации, сказав, что ситуация отражает ранние взаимоотношения с матерью, возможно, на втором или третьем году жизни, когда она ощущала, что мать способна ее слушать только в моменты депрессии и апатии, любой же активный интерес матери казался невыносимым проявлением контроля и попытки подчинить ее себе. Я сказал также, что в этом заключается одна из причин ее неспособности установить зависимые взаимоотношения с сексуально привлекательным мужчиной: в таком случае она лишается ощущения безопасности, исходящего от матери, которая с любовью ее понимает, поскольку мать не сможет перенести ее сексуальных чувств по отношению к отцу.

Через несколько месяцев я смог сказать мисс N., что отец кажется ей грубым, контролирующим и сексуально агрессивным человеком по той причине, что она смешивает в один образ маскулинность отца и властность матери. Но пациентка не могла интегрировать это понимание, и в терапии мы продолжали работать над эдиповыми конфликтами.

Это короткое описание показывает, как на поздних стадиях психоаналитической психотерапии с пограничной пациенткой (после нескольких лет проработки примитивных механизмов защиты и объектных отношений в переносе) на первое место постепенно выступают эдиповы конфликты и одновременно происходит переключение на межсистемный конфликт. Тем не менее тут был и регрессивный отход к самым ранним стадиям сепарации-индивидуации от матери, что требовало временного изменения моего подхода и моих интерпретаций. Во время регрессии в своей интерпретации я касался не столько типичных пограничных механизмов или частичных объектных отношений, сколько потребности пациентки отличить себя от меня и добиться от меня верного понимания и заботы. Так конфликт дифференциации временно выступил на первое место по сравнению с другими патологическими конфликтами привязанностей.

8. Экспрессивная психотерапия подростков

Терапевт, оценивающий при первом контакте состояние подростка и его семьи, ставит перед собой следующие основные задачи: поставить диагноз, дать рекомендации относительно терапии и прежде всего обговорить те условия, при которых терапия возможна. Вряд ли нужно напоминать о том, что терапевт при этом должен оставаться в позиции технической нейтральности. Он должен относиться к подростку с полным уважением как к независимому автономному человеку, без предубеждения по отношению к нему или его родителям.

Терапевт не должен осуждать подростка, но и идеализировать его не стоит. Не следует забывать о тенденции подростков воспринимать терапевта как представителя родителей; кроме того, важно избежать иллюзии, что всем подросткам интуитивно понятны истины, недоступные взрослым. Лишь тогда терапевт сможет исследовать внутреннюю целостность Я подростка, его значимые объектные отношения, а также целостность и реалистичность его взгляда на мир. Если терапевт сумеет принять подростка в контексте его собственных взглядов и ценностей, ему легче будет оценить целостность Я- и объект-репрезентаций и связность системы ценностей подростка. В то же время терапевт должен соблюдать определенную дистанцию, удерживаясь и от отчужденности, и от фамильярности. Подросток в такой же мере имеет право на свою личную жизнь, как и взрослый.

Если сам подросток хочет поговорить с терапевтом, то надо встретиться с ним, прежде чем с его родителями. Как будут задействованы родители — если будут вообще — это уже надо решать вместе с подростком. Если родители настаивают на консультации, то нужно либо сначала встретиться один на один с подростком, либо сразу — со всей семьей. Когда терапевт разговаривает с родителями до начала консультации или терапии, все параноидные тенденции, которые есть в подростке, усиливаются, и терапевту будет труднее занять позицию нейтральности. Уважение к личности подростка проявляется и в том, как терапевт обращается с полученными от него сведениями. Подросток может позволить терапевту обсудить что-то, о чем они говорили с глазу на глаз, на общей встрече с семьей, но он имеет право не делиться с родителями теми сведениями, которыми делиться не хочет.

Конечно, когда создается впечатление, что подросток скрывает важную информацию, терапевт может искать дополнительные сведения у команды, состоящей из социального работника, школьного консультанта, психолога, учителя и так далее. Тут сразу встает вопрос о попытках пациента или родителей контролировать процесс терапии; с таким осложнением мы часто встречаемся при терапии подростков. В типичном случае родители или пациент стараются навязать свои условия терапии или консультации. Я предпочитаю отказаться от консультации или терапии, чем заниматься своей работой в столь неблагоприятных условиях. Если терапевт сразу спокойно обозначает свое право либо заниматься с подростком, либо направить его к кому-то еще в случае, если терапевту не хватает свободы действий, это часто помогает избежать тяжелых эпизодов отыгрыша вовне или попыток установить над терапевтом всемогущий контроль. Иногда лучше всего сразу сказать семье, что, если терапию нельзя проводить при определенных условиях, это может оказаться бесполезной тратой сил.

Чем серьезнее расстройства у подростка, тем больше его терапия приближается к терапии взрослого человека. Причина такова: имея дело с нормально функционирующим подростком, мы сразу сосредоточиваем внимание на нормальных для этого возраста

задачах развития. С подростком же, у которого нарушения сильнее, необходимо работать над проблемами искаженного примитивного переноса, то есть стремиться к той же цели, что и в терапии взрослого пограничного пациента. Когда (как это бывает у пограничных пациентов) нормальные задачи, стоящие перед подростком, не выполнены, психоаналитическая психотерапия, созданная для взрослых пациентов, в большей мере способствует разрешению примитивных форм переноса, примитивных механизмов защиты и нарушений Эго и Супер-Эго, которые мешают выполнить задачи развития. Разрешение пограничной патологии аналитическими средствами позволяет спонтанно завершить нормальный процесс развития.

Из-за значительной разницы возраста, а также роли и статуса подростка и психотерапевта, пациент склонен воспринимать себя “подростком”, а терапевта — обобщенным “взрослым”. Так, например, убеждение пограничного подростка, почти не нуждающееся в подтверждении, что терапевт думает, действует и общается с ним точно так же, как родители, может быть не столько проявлением переноса, сколько попыткой пациента убежать от осознания замешательства, подозрительности, презрения к другим и тому подобного по отношению к значимым взрослым в своей жизни, для чего он просто сваливает всех в одну кучу.

Поэтому терапевт, систематически исследуя взаимодействие с пациентом, может, в частности, обратить внимание на отрицание пациентом личности терапевта и своей собственной личности, от которой подросток убегает в стереотипное поведение своей культурной группы. Соблюдение технической нейтральности терапевтом не равносильно тому, чтобы дать возможность пациенту воспринимать себя сквозь призму всевозможных клише и стереотипов, которые одновременно и защищают пациента от диффузной идентичности, и служат ее проявлением. Можно подвергнуть такое искажение восприятия прояснению, при этом не обязательно говорить: “Нет, я не таков, каким вы меня видите”. Высказывание типа: “У вас нет особого повода воспринимать меня таким, а не каким-либо другим; значит, вам почему-то важно видеть меня именно таким, и в этом есть какой-то смысл” — лучше поможет справиться с этим вопросом.

Часто пограничные пациенты подросткового возраста усиленно стремятся добиться от терапевта именно такого отношения, за которое они бранят взрослых, особенно своих родителей. Это проявление, в частности, механизма проективной идентификации. Внимание терапевта к таким феноменам позволяет ему интерпретировать бессознательные попытки превратить себя в родительскую фигуру. В то же время терапевт должен сопротивляться искушению вести себя прямо противоположным образом по отношению к тому, как ведут себя домашние подростка в его описаниях; опасно, когда терапевт пытается строить хорошие терапевтические взаимоотношения на соблазне.

Тенденция “соблазнять” подростков поддерживается столь распространенной в западной культуре идеализацией этого возраста, а также стремлением терапевта защитить себя от бессознательной зависти к подросткам, для чего он их романтизирует или подражает им. Иногда сопротивление терапевта попыткам подростка стереотипизировать себя как “конвенционального человека” ведет к желанию показать, что он не конвенционален. Конечно, терапевт должен противостоять культурным стереотипам, проигрываемым в переносе, и в этом смысле ему не следует быть конвенциональным; но эта неконвенциональность должна проявляться в его позиции последовательного, эмпатичного и теплого человека, который, впрочем, способен стать отрешенным и задать вопрос о том, что же происходит во время терапии. Он должен избегать ролей, которые пытается навязать ему пациент, и оставаться в состоянии технической нейтральности.

Таким образом, анализ культурных стереотипов как вторичной защиты от полного проявления диффузной идентичности в переносе есть важный аспект терапии, особенно на ранних стадиях психотерапии пограничного подростка.

Экспрессивная психотерапия и структура семьи

Достаточно очевидно — об этом говорят и клинический опыт, и данные исследований, — что подростки с пограничными расстройствами происходят из сильно патологических семей (Shapiro et al., 1975; Goldstein and Jones, 1977). Часто возникает вопрос, не является ли пограничный подросток “просто” отражением тяжелой семейной психопатологии или же он страдает от “интернализованного структурного” расстройства. По-моему, когда подробное обследование пациента-подростка выявляет у него признаки диффузной идентичности и доминирования примитивных механизмов защиты, мы можем полагать, что, каково бы ни было влияние семьи на данное расстройство, у пациента — самая настоящая структурализованная пограничная патология, которая требует интенсивной индивидуальной психотерапии.

Хотя семья, и особенно родители, может играть важнейшую роль в развитии пограничной психопатологии у ребенка, диагноз пограничной личностной организации предполагает, что его патологические интрапсихические структуры появились достаточно давно и существуют автономно.

Я полагаю, что, занимаясь экспрессивной психотерапией, терапевт должен общаться исключительно с подростком; если показана семейная терапия, то этим должен заниматься другой терапевт. Когда пациент с семьей участвуют в семейной терапии, их терапевт должен получить у семьи и у пациента разрешение делиться своими наблюдениями с индивидуальным психотерапевтом пациента. Так создается команда, подобная той, что я рекомендую в тяжелых случаях отыгрывания вовне, которое необходимо контролировать.

Сочетание семейной терапии с интенсивной психоаналитически-ориентированной психотерапией пограничного подростка чревато разного рода осложнениями. Во-первых, стоит четко обозначить цели семейной терапии, чтобы отделить ближайшие цели от отсроченных для всех участников. Иногда нет особых причин вовлекать семью; показания к семейной терапии должны устанавливаться не на основе приверженности терапевта к этому подходу, но на основе конкретных, четко обозначенных нужд данного пациента.

Семейная терапия нужна в случае влияния семьи на психопатологию пациента, или когда его патология поддерживается семейной структурой, или когда необходимо предотвратить попытки семьи вмешаться в ход терапии, избежать их влияния и разрешить такие проблемы. Насколько семейная терапия соотносится с индивидуальной, поддерживает ее или ей мешает, — все это еще предстоит исследовать.

У подростка, который одновременно участвует и в семейной, и в индивидуальной терапии, всегда существует опасность ослабления переноса, расщепления его или отыгрывания вовне. Эта опасность возрастает в том случае, когда работа семейного терапевта и терапевта индивидуального не согласована. Расщепления переноса легче избежать в том случае, когда все терапевты вместе с семьей и пациентом воспринимают себя как одну систему, так что индивидуальный терапевт может получать всю информацию.

Преобладание примитивных механизмов защиты, в частности проективной идентификации, всемогущества, обесценивания, расщепления и отрицания, может привести к появлению комплементарной психопатологии у других членов семьи, с которыми подросток живет, реализуя во всех своих действиях самореализующееся пророчество, а это может оказаться исключительно сильным сопротивлением терапии. Терапевту важно понять, в какой степени пациент отвечает на патологическое давление своих родителей и, наоборот, в какой степени он давит на них.

Ответ на этот вопрос можно найти при развитии переноса и особенно в бессознательных попытках пациента вызвать у терапевта поведение, характерное для его родителей. Систематический анализ их попыток в переносе может быть первым шагом к тому, чтобы помочь пациенту начать понимать, как он сам создает патологические условия у себя дома. Так, например, патологическое подчинение пациента садистическому, как он его воспринимает, поведению родителей обычно воспроизводится в психотерапии, причем терапевту достается роль подростка. Бессознательно пациент может относиться к терапевту с садистическим всемогуществом, проецируя на него свои мазохистические, презируемые и обесцененные Я-репрезентации, сам же идентифицируясь с торжествующим, садистическим и грандиозным родительским образом.

Понимание того, что примитивный перенос отражает активизацию частичных объектных отношений, сопровождающуюся обменом ролями, помогает терапевту интерпретировать взаимоотношения переноса и потом приложить свои интерпретации к отношениям подростка в семье. Систематический анализ взаимодействия между пациентом и терапевтом, когда особое внимание уделено активизации частичных объектных отношений, есть первый шаг к интерпретации патологического взаимодействия пациента с домашними. Важно помнить, что такая интерпретация не является генетической реконструкцией и что актуальные патологические отношения пациента с родителями также могут выражать частичные объектные отношения. Эти частичные объектные отношения могут быть с помощью защитного расщепления отделены от других противоречащих им частичных объектных отношений, которые надо исследовать сначала. Только тогда можно увидеть всю картину скрытых патогенных объектных отношений, для защиты от которой пациент использует как свои актуальные взаимоотношения с родителями, так и свой перенос.

Пограничная патология и задачи подросткового возраста

По определению, пограничные пациенты старшего подросткового возраста не выполнили задачи, которые в своем развитии решает каждый нормальный подросток. Задачи нормального развития подростка следующие: (1) консолидация ощущения Эго-идентичности; (2) утверждение нормальной сексуальной идентичности, преимущественно гетеросексуальной по своей природе, причем частичные полиморфные влечения подчиняются генитальным и начинается интеграция нежности и эротизма, сравнительно стабильные объектные отношения, проявляющиеся в способности влюбляться; (3) ослабление привязанности к родителям, в реальности связанное с дифференциацией сексуальных ролей и ролей, связанных с принадлежностью к данному поколению, в контексте расширения социального взаимодействия с другими взрослыми и со сверстниками (чему соответствует интрапсихическая индивидуализация и стабильность объектных отношений); и (4) замещение инфантильного регулирующего поведения Супер-Эго относительно абстрактной и неперсонифицированной, глубоко интернализованной, но в то же время гибкой системой бессознательной и сознательной

морали, в которой взрослая сексуальная толерантность интегрирована с жестким вытеснением непосредственных эдиповых влечений.

В отличие от нормальных подростков, у которых реально ослабляются связи с инфантильными объектами, что отражается в увеличении дистанции по отношению к родителям и в то же время в углублении объектных отношений с ними, у пограничных подростков, у которых слабо развита дифференциация интернализированных объект-репрезентаций, можно увидеть проявления чрезмерного вовлечения, грубых форм бунта, сверхзависимости и общей хаотичности в сравнительно неструктурированных межличностных взаимоотношениях в семье.

Так же и в психотерапии такой пациент не только приравнивает терапевта к образам своих родителей или под влиянием защит видит его фантастические отличия, но хаотично переключается с одного частичного родительского образа на другой, отщепленный от первого, иногда сочетающий в себе черты отца и матери. При этом пациент с помощью защит отказывается замечать реальные отличия терапевта от родителей. Для пограничного подростка различия между терапевтом и родителями означают усиление хаоса, поэтому он не способен воспринимать личность терапевта.

Такая ситуация может привести терапевта к ложному заключению, что подростку нужна новая “модель для идентификации” и что терапевт может стать такой моделью для прямого обучения. Но задачи подросткового возраста у пограничного пациента лучше разрешаются посредством интерпретации и проработки примитивного переноса. Иначе у пациента может просто появиться новая поверхностная адаптация к терапевту, активизирующая качество “как бы” (“as if” quality) терапевтического взаимодействия и развитие “ложного Я” в терминологии Винникотта (1960а).

Разрешение же примитивного переноса аналитическими средствами и завершение нормального процесса роста у пограничного подростка идут рука об руку. На поздних стадиях терапии, когда подросток постепенно понимает, что терапевт — отдельная личность, интеграция образов родителей и дифференциация от них происходят параллельно.

Этот процесс можно проиллюстрировать метаморфозами двух механизмов защиты: идеализации и обесценивания. Примитивная идеализация слабо дифференцированных взрослых или сверстников, являющихся образцами, представляет собой отщепленные частичные объектные отношения. Она постепенно превращается в идеализацию, отражающую реактивное образование против чувства вины, и позже — в нормальную проекцию отвлеченных идеализированных ценностей и стремлений, которая проявляется в нормальной влюбленности или в идеализации обожаемого учителя. А примитивное обесценивание родителей (оборотная сторона отщепленной примитивной идеализации) постепенно интегрируется в соответствующее возрасту сверхкритичное, но амбивалентное понимание их реальных черт, сопровождающееся разочарованием, которое содержит элементы вины и оплакивания и признание потери примитивных идеализированных образов родителей.

Когда достигнута последовательно аналитическая позиция, реальные взаимоотношения пациента с терапевтом становятся для подростка пробной почвой для завершения нормального процесса развития, соответствующего возрасту.

Другая сфера серьезной пограничной патологии — недостаток интеграции структур Супер-Эго — внешне может напоминать свойственные нормальным подросткам частичное освобождение от власти Супер-Эго и его вторичную проекцию (Jacobson,

1964). Проявления примитивных диссоциированных сексуальных и агрессивных влечений при пограничных состояниях могут маскироваться под прорыв инстинктов у нормального подростка. Сначала бывает сложно отличить производные влечений, возникающие в сознании при целостной концепции Я и постоянстве объекта, от производных влечений, отражающих частичные объектные отношения. Тем не менее при последовательно аналитическом подходе к материалу, когда терапевт исследует гомосексуальные и полиморфные перверсные импульсы в свете их функции в частичных или цельных объектных отношениях, активизирующихся в переносе, он способен отделить нормальный прорыв влечений подростка от структурированных частичных объектных отношений. Такой подход способствует интеграции объектных отношений, а не преждевременному подавлению некоторых влечений.

Невротичный или нормальный подросток быстро подавляет одни полиморфные перверсные влечения, другие же интегрирует в свое сознательное Эго. Пограничный же подросток на протяжении многих месяцев и даже лет терапии может сознательно переживать или выражать в переносе (или в отыгрывании переноса вовне) сексуальные и агрессивные влечения, которые диссоциированы и/или смешаны друг с другом в разных сочетаниях. У нормального подростка интеграция и вытеснения обычно следуют за интеграцией Эго, Супер-Эго и порогов вытеснения Эго. Другими словами, интеграция частичных объектных отношений в полные влечет за собой замену расщепления вытеснением.

Я считаю, что для выполнения задач подросткового возраста не требуется особая психотерапевтическая техника, отличная от той, которая создана для подхода ко всем пациентам с пограничной личностной организацией; вследствие разрешения примитивного переноса эти задачи будут выполнены и завершены на поздних стадиях терапии.

Важно, чтобы терапевт, начиная терапию, оценил, в какой мере пациент может контролировать тяжелые формы своего патологического поведения, что необходимо для дальнейшего развития психотерапевтического процесса. Если терапевт приходит к выводу, что психотерапевтические взаимоотношения не способны “контейнировать” те виды импульсивного поведения, которые угрожают жизни подростка или процессу терапии, он должен работать вместе с командой. Другому члену команды следует взять на себя ответственность за создание социальной структуры, необходимой для терапии. Надо подчеркнуть, что этот внешний контроль должен не только ограничивать некоторые виды поведения, но и стимулировать участие подростка в повседневной жизни и ставить перед ним новые задачи, чтобы ситуация терапии не стала для него единственным значимым социальным опытом.

Виды отыгрывания вовне и работа с ними

Концентрируя свое внимание на психотерапевтическом взаимодействии, я далек от упрощенной модели, в которой межличностное взаимодействие пациента в данный момент соотносят один к одному со взаимодействием с кем-то в прошлом. При пограничной личностной организации актуальное взаимодействие есть проявление патологических интрапсихических структур, которые отражают примитивные типы взаимодействия, имеющие фантастическую природу — в том смысле, что они нереальны и несут в себе ужасную эмоциональную угрозу, а также в том смысле, что они являются проявлением фрагментированных искаженных частичных объектных отношений. Так что патогенные взаимоотношения прошлого выражаются в них лишь косвенно. Концентрация

внимания на здесь-и-теперь при работе с пограничными состояниями у подростков, как и при работе с любыми пограничными пациентами, сосредоточивает внимание на интрапсихической жизни пациента, проявляющейся в терапевтическом взаимодействии.

В переносе у пограничных подростков, которые стремятся убежать от болезненных переживаний, вскоре появляется отыгрывание вовне, являющееся защитой от переживаний и от интроспекции. Техническая нейтральность терапевта важна именно потому, что позволяет достичь объективности, на фоне которой становятся заметнее искажения в действиях, отражающих примитивные трансферентные отношения.

Пограничная личностная организация всегда предполагает наличие тяжелой патологии характера и, следовательно, является выражением, большей частью невербальным, бессознательных интрапсихических конфликтов в форме хронических повторяющихся паттернов поведения. Следовательно, невербальные аспекты взаимодействия с терапевтом передают важнейшую информацию, в значительной степени заменяющую вербальное общение классической психоаналитической ситуации.

Через невербальное поведение, используя, в частности, речь как действие и как средство контроля над межличностной ситуацией, пациент стремится воспроизвести свои частичные объектные отношения в актуальной ситуации. Фактически примитивные виды переноса можно представить как диссоциированные единицы странного, причудливого, примитивного поведения, которые терапевт с помощью интерпретаций переводит в субъективные переживания пациента. Можно сказать, что в этом превращении интрапсихического конфликта в межличностные действия пациент использует средства общения и взаимоотношения, которые с генетической точки зрения предшествуют вербальному общению. Регрессия форм общения является, быть может, самым важным аспектом регрессии при переносе у пограничных пациентов.

Другими словами, когда пациент выражает свое интрапсихическое прошлое с помощью межличностных действий, а не с помощью воспоминаний (в мыслях или чувствах), мы видим преобладание отыгрывания вовне, что является характерной чертой переноса у пограничных пациентов.

Концепция отыгрывания вовне в настоящее время достаточно широка и включает в себя целый ряд феноменов (Fenichel, 1945a; Greenacre, 1950, 1963, 1968; Limentani, 1966; Panel, 1957; Rosenfeld, 1966; A. Freud, 1968; Grinberg, 1968; Kanzer, 1968; Moore, 1968; Rangell, 1968; Panel, 1970): сюда входят как конкретные действия или виды поведения во время психоаналитического или психотерапевтического сеанса, выражающие те стороны переноса, которые пациент субъективно не может вынести, так и сложные формы поведения по отношению к терапевту, выражающие через осознанные чувства патогенные конфликты прошлого, все еще вытесненные из сознания, так что сознанию пациента доступны лишь переживания настоящего. Кроме того, сюда относятся действия вне терапии, которые соответствуют отщепленному аспекту переноса, и нарушенные межличностные реакции пациента, через которые происходит “утечка” значимых для терапии интрапсихических конфликтов.

Дискуссии психоаналитиков о происхождении, механизмах и функциях отыгрывания вовне осложняются тем, что это понятие столь многое в себя вбирает, и, как мне кажется, попытки сузить определение термина или разделить его на новые подклассы (например, “отыгрывание внутрь” — acting in, — понимаемое как преходящее поведение, выражающее перенос во время терапевтического сеанса посредством действия) не слишком помогают (см. Rexford, 1978).

Я думаю, стоит рассматривать отыгрывание вовне в широком смысле как важный аспект переноса пограничных пациентов. Поскольку быстро меняющийся социальный и межличностный мир подростка на время лишает его социальные структуры стабильности и стимулирует его воспроизводить старые и новые экспериментальные формы поведения во всех сферах, можно сказать, что отыгрывание вовне в широком смысле слова особенно свойственно пограничным подросткам. И чрезвычайно важно распознать ситуацию, в которой сама жизнь становится отыгрыванием вовне, то есть выражением в действии трансферентного материала, который человек не может вынести как субъективное переживание.

В каких случаях тяжелое патологическое поведение, которое было у пациента до начала терапии и не меняется в психотерапевтических взаимоотношениях, можно назвать отыгрыванием вовне? Во-первых, когда и если такое начавшееся до терапии поведение заметно изменяется, надо его исследовать с точки зрения переноса. Важно, чтобы терапевт действительно попытался добраться до сути, а не превращал его исследование в косвенное поощрение или наказание за “хорошее” или “плохое” поведение. Причины “позитивного” изменения надо исследовать с той же технической нейтральностью, как и причины ухудшения поведения.

Во-вторых, если мы видим резкий контраст между психотерапевтическими отношениями, в которых “ничего не происходит”, и драматическими действиями пациента во внешней жизни — независимо от того, действовал или нет пациент таким образом до начала терапии, — обычно это явные проявления переноса. Это типичная ситуация пограничной патологии, когда пациент, неспособный вынести субъективное переживание своих интрапсихических конфликтов, вынужден выражать их в поступках, в частности посредством расщепления переноса. Доступность терапевтических взаимоотношений в идеале дает новый канал для выражения диссоциированных или вытесненных желаний. Если этого не происходит, когда, напротив, в психотерапевтических взаимоотношениях преобладает атмосфера пустоты, — надо это систематически интерпретировать. “Пустота” проявляется не только в том, что пациенту, по его ощущению, нечего сказать или не о чем говорить. Пустота иногда возникает при использовании слов в качестве “дымовой завесы”, когда пациент лишь заполняет время, проведенное с терапевтом, учась “разговаривать на психотерапевтическом языке”. Если терапевт постоянно исследует реальность взаимодействия с пациентом и его смысл, он создает “рамку”, в которой пустота или фиктивное содержание становятся проявлением специфических частичных объектных отношений, активизировавшихся в переносе, что заставляет интерпретировать его недостающую отщепленную часть, которую следует искать там, где происходят действия, то есть во внешней жизни пациента.

В-третьих, надо интерпретировать отыгрывание вовне в тех незаметных, но часто встречающихся ситуациях, когда во время сеанса совершается действие, которое искажает, фрагментирует или временно разрушает аспект реальности в отношениях пациента и терапевта. Эта третья категория — самая важная сфера для работы с примитивными формами переноса. Ниже приводятся примеры таких типов отыгрывания вовне в узком смысле слова. В этих клинических иллюстрациях показаны также общие принципы интерпретации переноса у пограничных пациентов.

Клинические примеры

Превращение трансферентных частичных объектных отношений в действие

Мисс О. Семнадцатилетняя девушка с пограничной патологией и преимущественно инфантильными и сценическими особенностями характера приняла таблетку успокоительного лекарства перед встречей с терапевтом. У нее не было зависимости от какого-либо средства, но иногда она принимала разные таблетки, чтобы “хорошо себя чувствовать”. Этот паттерн поведения был у нее и до начала лечения, но она сообщала мне, что приняла таблетку прежде, чем ко мне прийти. Вначале мы предполагали, что она не будет употреблять никаких средств, а я не буду выписывать ей лекарств в процессе терапии. Фактически у нее уже было несколько эпизодов сильной тревоги и депрессии, с которыми можно было справиться исключительно с помощью интерпретации, что показывало защитный характер желания принять лекарство.

Попытки привлечь внимание мисс О. к вопросу, почему она приняла таблетку сегодня, ни к чему не привели, она лишь сказала: “Знаете, я делаю это довольно часто”. Она отрицала, что у нее были какие-то особые чувства по отношению к этой встрече с терапевтом или что она подчинилась импульсу принять таблетку. В начале сеанса она выглядела спокойной и расслабленной. Затем, хотя я спокойно сидел, косвенно приглашая ее продолжать говорить, она стала напряженной и в конце концов выразила страх, что я буду ее ругать за выпитую таблетку.

Сначала я не понял, что важнее всего было сосредоточить внимание на приеме таблетки, и ждал, какие темы появятся далее. Но тут я уже почувствовал всю важность этого и подумал, что она выпила таблетку, выражая этим свой бунт или желая спровоцировать меня на критическое отношение к ней, а это снизило бы чувство вины за то, что у нас с ней хорошие взаимоотношения. (Мы уже выяснили раньше, что глубоко внутри у нее существовал запрет на хорошие взаимоотношения со мной как с отцовской фигурой.)

Я также размышлял о том, что сообщение мисс О. о приеме успокоительного отличается от ее скрытного поведения в прошлом, но что, по моему ощущению, такая “честность” никуда не ведет и, быть может, выражает ее убеждение в бессмысленности честных взаимоотношений. А мисс О. заговорила на совсем другие темы, которые я не мог их связать с приемом лекарства, но меня отвлекали мысли об этой таблетке, из-за чего я чувствовал себя виноватым, поскольку не мог в тот момент слушать ее с полным вниманием.

Через несколько минут мисс О. внезапно поглядела на меня испытующе и сказала, что она меня утомила. Я спросил, почему она так думает; она ответила, что я выгляжу озабоченным, как будто меня отвлекают посторонние мысли. Я согласился, что ее наблюдение верно, и выразил свое удивление по поводу того, что она переключила тему разговора и что она объясняла прием таблетки случайностью, как будто смысл этого события ничего для нее не значил, в то время как сейчас она озабочена моим невниманием к ее словам. Я добавил, что, как она верно заметила, я действительно думаю о постороннем, поскольку придаю ее поведению больше смысла, чем она сама. Мисс О. сказала, что, по ее мнению, я обращаю внимание на нее только тогда, когда у нее проблемы. В ответ я высказал предположение: может быть, она выпила таблетку и сообщила мне об этом, чтобы выразить то, о чем она сейчас сказала, — когда она плохо

себя ведет, я обращаю на нее внимание. Тут она удивилась и задумалась. Она вспомнила, как перед приемом таблетки беспокоилась о том, что ей нечего мне сказать. Я почувствовал, что наши взаимоотношения на уровне переноса отражают взаимоотношения ребенка и равнодушной матери, которая обращает внимание на ребенка лишь тогда, когда тот плохо себя ведет. Пациентка играла роль непослушного, но виноватого, подчиняющегося, но подозрительного ребенка. Дальнейшее развитие разговора за время этого часа подтвердило мое впечатление.

Данный случай показывает относительно простое превращение эмоционального переживания в действие, чему сопутствует отрицание эмоционального смысла события. В следующем примере мы увидим более сложную форму отыгрывания вовне.

Действие как “сращение” нескольких смыслов

Мисс Р. Восемнадцатилетняя “пограничная” девушка с выраженными нарциссическими чертами, которая многократно наносила себе ожоги сигаретами (и несколько раз ее лечили по поводу ожогов третьей степени на руках и ногах), мимоходом упомянула, что у нее может появиться желание обжечь себя в течение двух следующих недель, на которые терапевт ее покидает. Это замечание, сделанное в контексте разговоров, шедших уже несколько недель, о том, сможет ли она контролировать стремление причинить себе вред, если ее выпишут из госпиталя (где она в настоящий момент находилась), повлекло за собой новое обсуждение того, может ли она на данном этапе лечиться амбулаторно. Реальная забота терапевта резко контрастировала с явным безразличием самой мисс Р., полагавшей, что окружающие, которые о ней заботятся, обеспокоятся и что-нибудь сделают, чтобы предотвратить ожоги. Терапевт неоднократно обсуждал с ней ту атмосферу косвенного насилия и шантажа, которую она вокруг себя создавала, “невинно” вынуждая своих родителей, своего терапевта или социального работника ломать голову в попытке понять, что делать с мисс Р., в то время как она с улыбкой сообщала о своем желании жечь руки сигаретами. В начале одной из последних встреч перед отъездом терапевта мисс Р. сказала, что намерена провести время до его возвращения в религиозной общине, среди людей, которые оказывали ей поддержку в прошлом; она считала, что это будет способствовать ее духовной жизни.

Реакцией терапевта на это заявление была быстрая вспышка гнева, сменившаяся чувством беспомощности, за которым последовало желание предоставить ей свободу действий, не углубляясь в этот вопрос. Обсуждая этот конкретный сеанс с ее терапевтом, я осознал, что для полного понимания смысла этих слов пациентки надо помнить об одной ее особенности: ей было свойственно резко менять свои планы. Сейчас она одним махом разрушала все результаты долгих и серьезных переговоров между своими родителями, ею самой и социальным работником относительно планов ее жизни в отсутствие терапевта. Ее новое желание сделало все эти планы бессмысленными. В этой самой общине мисс Р. прожила несколько недель в период своего грубого бунта против родителей, когда она часто убегала из дома, наносила себе повреждения и искала идеальных родителей взамен своих кровных, и все это достаточно подробно было исследовано на предыдущих стадиях ее психотерапии. Терапевт оставил ей и социальному работнику координаты другого психиатра, к которому в случае чего можно было обратиться в его отсутствие.

Так что это заявление, сделанное мимоходом, символически перечеркивало важность ее психотерапии. Кроме того, в нем очень конкретно выразилось обесценивание терапевта как главного элемента изменившейся ситуации ее жизни. Следствием было изменение ее неопределенного, разрушительного и хаотичного поведения (к которому можно отнести и ее жизнь в той общине) во всех аспектах ее жизни.

Слова мисс Р. также выражали ее доведенное до совершенства легкомыслие, поданное столь естественно и как бы показывающее умение размышлять, которое скрывало импульсивную природу порыва. Более того, попытка убедить терапевта в серьезности ее намерений, внезапно возникших между двумя сеансами, отражает ту лживость, с какой она пользовалась словами, чтобы изображать трезвость своего мышления на предыдущих встречах с терапевтом.

Обращает на себя внимание та легкость, спокойствие и четкость, с какими мисс Р. рассказала о своем плане, совершенно чужеродном и разрушительном для всего, что происходило в терапии. И она сделала это за несколько секунд, а анализ этого высказывания занял буквально час моей консультации.

Другими словами, это действие представляет “микроскопическую”, но очень грубую и тяжелую форму отыгрывания вовне, в котором не только сочетается множество смыслов, но они так быстро и непосредственно “спрессованы”, что это на время лишило терапевта способности осуществлять холдинг или “контейнировать”, интегрировать цельное объектное отношение, которое она проиграла в действии.

Такие эпизоды часто встречаются при терапии пограничных подростков. В терапевте такое поведение пациента вызывает гнев, беспомощность и ощущение разрыва эмоциональных взаимоотношений — все то, чего сам пациент не хочет переживать. Так он превращает свою эмоциональную реальность в действие и грубую проективную идентификацию, которая влияет на терапевта.

В таких случаях терапевту лучше всего обговорить смысл данного поведения, делая это постепенно и как можно более полно, нужно описать и причины, по которым пациент выражает в действии то, чего не может субъективно вынести. Главный эффект интерпретации в этот момент заключается в том, что короткое замечание пациента вызывает длинную интерпретацию терапевта. Терапевт в своей реконструкции как бы развертывает то, что в действии было “спрессовано” и помещено в малый момент времени, — и пациент часто в ответ обвиняет терапевта в том, что тот делает из мухи слона. Терапевт должен полностью понимать свои эмоциональные реакции на действия пациента и быть способным хранить их в себе, не отыгрывая их вовне в ответ, а затем постепенно развивать или восстанавливать все эмоциональные аспекты взаимоотношения, которые в сжатом виде присутствовали в маленьком действии.

Изоляция значимой коммуникации в повторяющемся действии в переносе

Ситуация, описанная ниже, является полярно противоположной только что описанному внезапному действию со “спрессованным” смыслом. Она относится к пограничным пациентам, которые своим поведением на протяжении одной или нескольких встреч с терапевтом дают ключ к пониманию сложных паттернов переноса, которые кажутся хаотичными, хотя странным образом повторяются каждые несколько недель или даже месяцев.

Мисс Q. Девушка с расстройствами пограничного типа с преобладанием шизоидных и мазохистических черт однажды осознала, что ее мать впадала в депрессию всякий раз, когда мисс Q. переживала успех или была счастливой. Мать, как полагала пациентка, не могла перенести ее взросление и независимость. Она безжалостно забрасывала мисс Q. вопросами, критиковала ее, делала иронические замечания, пока не добивалась того, что дочь начинала чувствовать себя беспомощной неудачницей. Но когда мисс Q. ощущала

себя ни на что не способной и впадала в депрессию, мать становилась очень теплой и поддерживала дочь; так что пациентка чувствовала, что, когда все плохо, никто не мог быть для нее столь теплым и дающим человеком, как мать.

Вслед за этим пониманием, пришедшим к пациентке в контексте анализа различных частичных объектных отношений, отражающих отщепленные стороны этого основного паттерна переноса, наступил период быстрого улучшения — возросли доверие к себе и автономия, пациентка стала лучше учиться и расширяла свою социальную жизнь. Но через несколько месяцев мисс Q. вернулась к хроническому недовольству терапевтом: она постоянно жаловалась, что он контролирующий, негибкий, властный человек, который не способен выносить ее независимости. Терапевт интерпретировал эти переживания, говоря, что мисс Q. приписывает ему качества своей матери, но это ни к чему не вело. Напротив, пациентка наслаждалась тем, что насмешливо комментировала интерпретации терапевта, шаг за шагом показывая, что она умнее его. Так на протяжении долгого времени терапии как бы не происходило ничего значимого.

Ретроспективно нетрудно понять: мисс Q. отказывалась слушать терапевта и почти с радостью разрушала все, что тот предлагал, поскольку таким образом она проигрывала взаимоотношения со своей матерью, поменявшись с ней ролями, — мисс Q. стала садистической и властной матерью, которая не может перенести успеха терапевта. Тем не менее, на протяжении многих недель, когда мисс Q. проигрывала этот вид поведения, терапевт мог придерживаться убеждения, что смысл ее поведения именно таков, лишь опираясь на понимание переноса, которое было однажды достигнуто раньше. Таким образом, данный вид отыгрывания вовне заключался не только в создании “дымовой завесы”, которая разрушала понимание, ранее достигнутое пациенткой, но и в очень изолированном характере понимания, которое пациентка могла вынести. Одним словом, изоляция коротких моментов глубокого понимания может сама по себе быть разновидностью отыгрывания вовне, выражением того, что постоянный процесс узнавания себя является невыносимым по причине, например, бессознательной вины.

Главная функция терапевта.

Опасности отыгрывания вовне контрпереноса

Стремление терапевта на аффективном и когнитивном уровнях интегрировать все происходящее, используя в качестве отправной точки свои субъективные переживания, расширяет его понимание любого объективного материала, который оказывается в его распоряжении именно в процессе; это характерная последовательность внутри вновь и вновь доминирующей трансферентной парадигмы, что столь типично для пограничных пациентов. Тщательное внимание к циклам основных паттернов поведения, которые он не раз интерпретировал прежде, позволяют терапевту перевести свои субъективные переживания данного момента в интерпретации. В данной ситуации существует риск слишком сильной зависимости от своих эмоциональных реакций, которые могут быть проявлениями контрпереноса.

У терапевта, который ставит себя в центр понимания терапевтического взаимодействия, существуют искушения нарциссического рода. Многие пограничные пациенты, особенно пациенты с тяжелыми нарциссическими расстройствами, обвиняют терапевта в мании величия, в том, что он искусственно относит к себе ситуации, которые, насколько пациент понимает, вовсе не имеют эмоционального отношения к терапевту. Повторная оценка тех

сведений, которые относятся к жизни пациента вне терапии, размышление о проблемах, которые привели пациента к терапевту, о целях терапии и прежде всего стремление сначала исследовать реальность терапевтической ситуации в данный момент и лишь потом переходить к построению гипотез — все это помогает терапевту избежать искажений объективности.

Может быть, наиболее сложным аспектом терапевтического взаимодействия являются субъективные переживания терапевта, отражающие спроецированные аспекты переживания пациентом своего Я. Другими словами, терапевту труднее всего вынести то состояние, которое посредством проективной идентификации вызывает у него пациент, сам при этом отыгрывая переживания объект-репрезентации. Обычно терапевту легче репрезентировать объект-репрезентации пациента. Поскольку в типичном случае пациент воспринимает себя как жертву фрустрирующего, подавляющего, недоступного или садистического объекта, идентификация с таким Я-образом пациента ставит под угрозу способность терапевта контейнировать эту реакцию внутри себя и использовать ее для интерпретации. И, опять-таки, теоретическое понимание природы взаимной активации чередующихся частичных объектных отношений, примитивных Я- и объект-репрезентаций должно помочь терапевту организовать свои переживания в такие моменты. Способность терапевта переносить свои эмоции, не превращая их в действия, извлекать из них интерпретации, а не действовать под их непосредственным влиянием, есть тот главный фактор, который помогает пациенту превратить действия в субъективные переживания.

Мне кажется, мы недооцениваем как нормальность, так и степень тяжести психопатологии у многих подростков, попадающих в сферу нашего внимания. К психопатологии подростков надо подходить стратегически, глядя в отдаленное будущее пациента, не пытаясь решить проблемы молодого человека с помощью простой кратковременной поддержки.

9. Поддерживающая психотерапия

Сравнивая сферы применения классического психоанализа, экспрессивной психоаналитической психотерапии и поддерживающей психоаналитической психотерапии, я высказывал мысль (1980), что “представления о поддерживающей психотерапии пора пересмотреть и сформулировать заново в свете нашего нового знания о тяжелой психопатологии”. Ниже я и попытаюсь это сделать.

Некоторые типы поддерживающей психотерапии — в сравнительно “чистом” виде либо в комбинации с экспрессивными психотерапевтическими техниками — долгое время были основной модальностью лечения в повседневной практике психотерапевтов. И вызывает удивление, что в психоаналитической литературе за последние сорок лет встречается так мало подробных описаний принципов и техник поддерживающей психотерапии.

До 1950 г. психоаналитически ориентированная литература, посвященная технике поддерживающей психотерапии, большей частью занималась проблемой приложения психоаналитических принципов и техник к психотерапии вообще. В те годы главное внимание уделялось тому, как обогатить психоаналитически ориентированную психотерапию; причем экспрессивные и поддерживающие техники различались не особенно четко. Тем не менее в этих попытках приложить психоаналитическую теорию и технику к “повседневной психотерапии” родились многие техники, позже ставшие частью того, что мы сегодня называем поддерживающей психотерапией.

Наиболее полными ранними работами по этому вопросу можно назвать труды Шилдера (Schilder, 1938), Левина (Levine, 1942) и Александра с соавторами (Alexander et al., 1946). Шилдер описывает советы терапевта, убеждение, использование силы воли пациента, исследование прошлого, изменение окружения, анализ социальной адаптации, применение гипноза для катарсиса, для преодоления амнезии, для воспроизведения травматической сцены и для внушения. В целом он сторонник внушения. Все эти техники соответствуют тому, что позже стали называть поддерживающей психотерапией.

Он не проводит четкого разграничения между тем, что мы сегодня называем теорией терапии, и практическими техниками, но отличает техники, которыми может пользоваться “общепрактикующий доктор”, от техник, которые может применять лишь специалист. Последние включают в себя гипноз, психоанализ и модификации психоаналитического метода, такие как кратковременная психотерапия.

Название книги Левина “Психотерапия в медицинской практике” (1942) дает представление о том, к какой аудитории он обращался. Во многом он обсуждает те же вопросы, что и Шилдер, основное внимание уделяя тому, что мы сегодня называем поддерживающими техниками. И в самом деле, удивительно, сколь многие из техник, описанных этими двумя авторами, все еще широко распространены.

Хотя Александер с соавторами (1946) излагает принципы психоаналитической терапии, под рубрикой “принцип гибкости” он описывает манипуляцию взаимоотношениями переноса — важную поддерживающую технику. Рекомендованное ими создание “корректирующего эмоционального переживания” также до сих пор входит в разные поддерживающие техники.

В начале пятидесятых такие сторонники Эго-психологии, как Гилл (Gill, 1951, 1954), Найт (Knight, 1952, 1953a), Эйсслер (Eissler, 1953) и Бирбинг (Birbing, 1954) критиковали Александра (и Фромм-Райхманн, 1959) за то, что те размывают границы между психоанализом и психотерапией. Эти теоретики предлагали четче определить разницу между психоанализом и психотерапией, а внутри психотерапии — между поддерживающей и экспрессивной модальностями. Гилл (1951, 1954) отличал исследующую, основанную на инсайте, раскрывающую или, проще говоря, экспрессивную психоаналитическую психотерапию от супрессивной или поддерживающей психотерапии, и оба эти вида терапии отделял от психоанализа. Именно Гилл (1954) дал наиболее четкое теоретическое определение: целью поддерживающих техник является усиление защит пациента, дабы таким образом улучшить его функционирование, в то время как цель экспрессивных техник — ослабить защиты пациента, реорганизовать его Эго и с помощью структурного интрапсихического изменения достичь реорганизации личности. Как Гилл (1951), так и Бирбинг (1954), утверждали, что поддерживающие и экспрессивные виды техник обычно сочетаются в любой психотерапии. Бирбинг писал, что преобладание одного вида техник над другими в какой-мере определяет, является ли терапия поддерживающей или экспрессивной.

Проект Меннингера узаконил разделение модальностей психотерапии на поддерживающие и экспрессивные как рабочее определение (Wallerstein and Robbins, 1956). Терапия каждого пациента помещалась в континууме, где на одном конце были самые экспрессивные (психоанализ), а на другом — наименее экспрессивные и наиболее поддерживающие (поддерживающая психотерапия) виды терапии. Это делалось на основании изучения того, насколько терапевт пользовался основными техниками и принципами, предложенными Бирбингом (1954), а именно: внушением, отреагированием,

манипуляцией (поддерживающие техники), прояснением и интерпретацией (экспрессивные) (Luborsky et al., 1958).

Результаты исследования Проекта Меннингера были неожиданными: у пациентов со слабым Эго исходы поддерживающей терапии были сравнительно неблагоприятными (Kernberg et al., 1972). (Следуя традиционным представлениям, у таких пациентов нужно было усиливать защитные механизмы, разрешение сопротивления с помощью интерпретации считалось рискованным, и их лечили в основном с помощью поддерживающих техник.) И, наоборот, многие пациенты из той же категории, получавшие экспрессивную терапию, показали лучшие результаты. Как и предполагалось, эти же пациенты плохо поддавались стандартному психоанализу.

В шестидесятые годы появились новые клинические данные, позволившие конкретизировать и точнее определить поддерживающие компоненты психотерапии. Нови (Novy, 1959) начал развивать идею о том, что компонент поддержки присутствует в любом психотерапевтическом подходе. Хотя он не считал, что поддерживающая психотерапия сама по себе представляет полноценную психотерапевтическую систему, он описал конкретные технические процедуры, которым присущ аспект поддержки, — такие как прямая вербальная поддержка и косвенная поддержка, присутствующая в откровенных высказываниях и в других формах вербального поведения, а также в невербальном поведении психотерапевта.

Холлон (Hollon, 1962) описал поддерживающую терапию амбулаторных пациентов с депрессией, а Маклеод и Миделман (MacLeod and Middelmann, 1962) привели описание поддерживающей терапии для амбулаторных пациентов с хроническими расстройствами, у которых тяжелая степень слабости Эго. Некоторые авторы, придерживающиеся психоаналитической ориентации, расширили идеи Гилла и Бирбинга о том, что избирательное подкрепление некоторых стратегий защиты может поддерживать функционирование Эго и в то же время не препятствует исследованию и интерпретации. Тарахов (Tarachow, 1963), например, предложил применение поддерживающих средств в контексте психоаналитической психотерапии. Его главными принципами было дать пациенту в реальности инфантильный объект, обеспечить замещение и стабильность. Самым важным ему представлялась не вербальная поддержка, а то, что терапевт косвенным образом позволяет себе быть реальным с пациентом.

Гедо (Gedo, 1964), соглашаясь с Гинкером (Ginker et al., 1961), рекомендовал поддерживающую терапию пациентам, “которые в силу низкой интегративной способности Эго не способны вынести тревогу, вызываемую интерпретацией бессознательного материала; пациентам, объектные отношения которых состоят главным образом из переноса, причем они не воспринимают его иррациональный характер, тем пациентам, чьи Я-репрезентации являются представлениями о себе ребенка, лишённого автономии”.

Быть может, самый полный текст, описывающий весь спектр техник с позиций психоанализа — от экспрессивной до поддерживающей, через все фазы и превратности психотерапии, — это книга Дьювалда (Dewald, 1971). Полный критический обзор литературы по психоаналитической психотерапии можно найти в эссе в книге Воллерштейна (Wallerstein, 1969) и в его же более поздней статье (1969).

Миллер (Miller, 1969) и Лэнгс (Langs, 1973) обратили внимание на поддерживающий аспект интерпретации в психотерапии, они продолжали традицию пятидесятых и шестидесятых, когда психоаналитическая психотерапия представлялась комбинацией

поддерживающих и интерпретативных техник, а в эффекте психотерапевтических интервенций также часто находили и экспрессивные поддерживающие черты, и аспект поддержки. Два английских автора, которые внесли свой вклад в вопрос о поддерживающей терапии, придерживаются противоположного мнения: они считают поддерживающую терапию отдельной модальностью и приводят полное описание ее техник (Stafford-Clark, 1970; Bloch, 1979).

Шлезингер (Schlesinger, 1969) дает интересный анализ поддерживающей терапии в том виде, в каком ее применяют на практике, показывая, что часто ее использование ограничивает терапевта в его исследованиях и интервенциях, поскольку он боится быть слишком “экспрессивным” с пациентом, которому показана именно поддерживающая модальность психотерапии. Он подчеркивает аспект поддержки, присущий техникам исследования и интерпретации, и в заключении рекомендует не использовать термины *поддерживающая* и *экспрессивная* для обозначения разных типов психотерапии. Он предпочитает использовать их для обозначения разных целей, эффектов и техник внутри каждой конкретной психотерапии. Хотя я не могу согласиться с его пониманием термина *поддерживающая психотерапия* в широком смысле слова, включающем цели и эффекты, а не просто техники, я ценю его наблюдения, касающиеся негативного эффекта показаний к поддерживающей или экспрессивной психотерапии в практике психоаналитической психотерапии 1950—60-х годов.

Определения, которые я дал психоанализу и экспрессивной психотерапии (гл. 6), основаны на *техниках*, применяющихся в терапии. *Эффект* же применявшихся в экспрессивной психотерапии техник различен в зависимости от тяжести психопатологии пациентов. Как я отмечал в другой работе (1980), эти техники оказывают различное действие при лечении пограничных состояний, обычных неврозов и непограничной патологии характера.

Я бы определил поддерживающую психотерапию с точки зрения техники, сказав, что в ней не используется интерпретация, частично используется прояснение и отреагирование и большей частью используются суггестивные техники и то, что я называю вмешательством в окружение (что аналогично старому понятию *манипуляция*). Хотя терапевт при работе с проблемами характера в их связи с жизненными проблемами должен замечать перенос и следить за его развитием, а также должен принимать во внимание трансферентное сопротивление техникам терапии, сам перенос не подлежит интерпретации, и применение суггестии и вмешательства в окружающую среду лишает терапевта позиции технической нейтральности.

В заключение можно сказать, что психоанализ, экспрессивную психотерапию и поддерживающую психотерапию определяют три параметра: (1) основные технические средства (прояснение и интерпретация либо суггестия и вмешательство в окружение), (2) та степень, в которой происходит интерпретация переноса, и (3) та степень, в которой терапевт находится в позиции нейтральности.

Показания и противопоказания к применению поддерживающей психотерапии подробно рассматриваются в главе 10. Тут я лишь скажу, что поддерживающая психотерапия должна быть самым последним средством, то есть средством, к которому прибегают тогда, когда все остальные не действуют. И мне хочется подчеркнуть еще один пункт. По причинам, описанным в главе 10, легче перейти от экспрессивной терапии к поддерживающей, чем в обратном направлении.

Цели терапии и ответственность пациентов

Когда мы рекомендуем поддерживающую психотерапию (как, впрочем, и экспрессивную психотерапию или психоанализ), важно еще на консультации или в самом начале терапии достичь ясного понимания основных целей и специфических задач терапии, определить хотя бы одну цель, по поводу которой пациент и терапевт согласны, отделить цели терапии от жизненных целей (Ticho, 1972) и обозначить, что психотерапия есть совместная работа пациента и терапевта. Функция терапевта состоит в том, что он предлагает свои знания, которые могут помочь пациенту лучше понимать себя и свои конфликты и, соответственно, эффективнее работать со своими конфликтами и проблемами в реальности. И поскольку в поддерживающей терапии меньше возможностей для систематического анализа примитивных форм переноса, магических видов восприятия и ожиданий, чем в экспрессивной терапии, именно поэтому тут особенно важно создать рациональную основу для терапии и обозначить рамки реальности, чтобы позже диагностировать в их контексте искажения переноса и работать над ними. Надо четко оговорить, что пациент сам отвечает за свою жизнь; в случае же, когда может понадобиться внешняя поддержка, надо определить ее структуру и уточнить, как эта структура соотносится с психотерапией.

Применяя поддерживающую терапию, можно изменять частоту встреч в соответствии с потребностями — от двух-трех до одного раза в неделю или даже до одной встречи в две недели и реже. Но чем реже встречи, тем важнее оценивать происходящую между сеансами работу пациента с информацией, воспринятой во время общения с терапевтом, и еще более важно, чтобы терапевт активно устанавливал связи между содержанием отдельных сеансов. На самом деле это один из способов работы с механизмом расщепления без опоры на интерпретацию: активное отделение жизни пациента от психотерапии или защитное расщепление, отрывающее один сеанс от другого, можно исследовать с точки зрения реальности задач, которые стоят перед пациентом в терапии. Существенно важно, чтобы терапевт всесторонне исследовал жизнь пациента — его конфликты и взаимодействие с другими людьми вне рамок психотерапии, — и при этом терапевт должен бороться с неопределенностью слов пациента, с недостатком необходимых сведений и с искажениями, которые вносят примитивные механизмы защиты, такие как отрицание, фрагментация эмоциональных переживаний, обесценивание и т.п. Активное исследование жизни пациента, контрастно отличающееся от пассивного согласия терапевта с защитной закрытостью или с неопределенностью пациента, позволяет выявить примитивные механизмы защиты, выполняющие функцию сопротивления, что становится первым шагом к работе с этими защитными действиями.

Хотя изменение частоты встреч придает поддерживающей терапии большую гибкость по сравнению с экспрессивной модальностью, есть опасность, что такие условия будут неадекватны природе задач и целей терапии. Так, например, если пациента заставила обратиться к терапевту проблема, требующая быстрого разрешения, одна встреча в неделю неадекватна его потребности быстро принять важные решения в своей жизни. Встречаясь с пациентом реже раза в неделю, терапевт легко может прийти к мысли, что при таких обстоятельствах не стоит многого ожидать от пациента, а это, в свою очередь, способствует пассивности и паразитической установке пациента по отношению к терапии. Существует опасность, что более редкие сеансы будут восприниматься как “терапия второго сорта”. (Существует, конечно, другая опасность: попытка проводить экспрессивную терапию с частотой раз в неделю или менее, что приводит к неправильному использованию интерпретации, если не к злоупотреблению ею.)

Можно ставить перед собой в поддерживающей терапии различные задачи, от самых больших до весьма скромных, но даже последние могут иногда превышать способности пациента. Перед пациентом, от которого мы не ожидаем в обозримом будущем способности независимо функционировать, можно поставить скромную задачу: автономное функционирование пациента с его ограниченными способностями при постоянной психотерапевтической поддержке. В других случаях поддерживающая терапия ставит задачу помочь пациенту найти себе другую поддерживающую структуру во внешней среде, так что психотерапию можно закончить, когда ей на смену придет другая поддержка (Robert Michels, из личной беседы).

Обычно лучше ставить цели и задачи, направленные на улучшение уровня функционирования и автономии пациента, и переходить к более “опекающим” формам поддерживающей терапии только в том случае, когда способности пациента к сотрудничеству, его интрапсихические и социальные ресурсы недостаточны для выполнения этой большой задачи. Во всех случаях надо внимательно относиться к присутствующей вторичной выгоде терапии в форме социального паразитирования. Сегодня многие пациенты стали “специалистами” по получению места в дневном госпитале или в других подобных учреждениях, где можно получить пристанище и минимальное удовлетворение житейских нужд и где взамен от них не требуют ни ответственности, ни какой-либо активной работы (John Cody, из личной беседы). Некоторые формы психотерапии непреднамеренно способствуют получению таких вторичных выгод.

Ошибочные представления о поддерживающей психотерапии

Существует множество неверных представлений о поддерживающей психотерапии. Согласно первому из них, это “легкая” работа для терапевта. К сожалению, даже при обучении стажеров в рамках психоаналитически ориентированного подхода менее опытным терапевтам предлагают пациентов, с которыми следует заниматься поддерживающей терапией, а случаи, требующие экспрессивной работы, достаются более опытным. На самом же деле применять психоаналитические принципы в поддерживающей терапии труднее, чем в экспрессивной. Дело в том, что экспрессивная психотерапия включает в себя постоянное глубинное исследование переноса, что, естественно, помогает терапевту видеть трансферентные защиты пациента, а также позволяет понимать основные темы бессознательных интрапсихических конфликтов, стоящие за ними влечения и объектные отношения. А в поддерживающей терапии проявления защит, сопротивления, активизирующихся в переносе патологических черт характера, трансферентного сопротивления и отыгрывания вовне менее очевидны, так что работа с ними требует от терапевта большей опытности и лучшего владения техникой. В идеале поддерживающую терапию следует изучать после того, как терапевт довольно хорошо усвоил основы терапии экспрессивной. Надеюсь, мне удалось показать, что поддерживающая психотерапия — это не просто “терапия здравого смысла”. Психотерапия начинается именно тогда, когда здравый смысл не помогает.

Другой распространенной ошибкой является представление, что в процессе поддерживающей психотерапии не надо трогать защиты Эго, поскольку равновесие импульсов и защит очень хрупко, и потому интерпретация может повлечь за собой усиление регрессии. С этим представлением связана и традиционная точка зрения, что частота встреч сама по себе способствует регрессии, и поэтому чем слабее Эго пациента, тем реже он должен приходить к терапевту. Это представление не принимает во внимание того факта, что регрессия при терапии зависит от работы с переносом и от интерпретации

примитивных механизмов защиты. Как исследования Проекта Меннингера, так и моя собственная клиническая работа с пограничными состояниями показывают следующее: хотя примитивные механизмы защиты и ослабляют Эго, интерпретация этих примитивных механизмов усиливает Эго. Это является одной из главных причин того, почему я выступаю за применение экспрессивной психотерапии при работе с пограничными пациентами. Можно кратко резюмировать мою точку зрения следующими словами: хотя интерпретация переноса пограничных пациентов в рамках экспрессивной психотерапии не может быть систематической, интерпретация примитивных механизмов защиты, проявляющихся в терапевтическом взаимодействии, должна быть настолько систематической, насколько это возможно.

Но какое отношение имеет представление об усилении Эго с помощью интерпретации примитивных механизмов защиты к поддерживающей психотерапии, которая по определению не строится на интерпретации? По моему мнению, одной из главных техник, необходимых для поддерживающей психотерапии, является не основанная на интерпретации, но постоянная работа с примитивными механизмами защиты, проявляющимися в терапевтическом взаимодействии.

Другим неверным представлением о поддерживающей психотерапии является идея о том, что не стоит фокусировать внимание на самом переносе, поскольку он не подлежит интерпретации. Но, игнорируя проявления переноса, терапевт создает опасность постепенного разрушения терапевтических взаимоотношений. При этом терапевт, ошибочно считая такую позицию адаптивной, вместо того чтобы применить прояснение и конфронтацию, приспосабливается к переносу пациента, таким образом рискуя вызвать бурю — проявление отыгрывания примитивных механизмов защиты вовне. Между терапевтом и пациентом устанавливается молчаливое соглашение, согласно которому ключевые сферы конфликтов пациента в процессе психотерапии активно не проявляются, что поддерживает механизмы расщепления и отыгрывание вовне, действующие в жизни пациента за пределами терапии. В типичном случае у пациента с терапевтом устанавливаются при этом постоянные поверхностно-дружеские, хотя по сути холодные взаимоотношения, а все события происходят у пациента где-то за рамками этих отношений, во внешней жизни.

Есть еще одна неверная идея: терапевт считает, что если он будет игнорировать развитие негативного переноса и попытается относиться к пациенту с постоянным дружелюбием и терпением, “все ему позволяя”, то пациент сможет “идентифицироваться с терапевтом”. И тогда, в атмосфере доброкачественной идеализации терапевта, пациент сможет выполнить задачи своего психологического роста. Другими словами, согласно этой идее терапевт, игнорируя негативный перенос, позволяет пациенту преодолеть или изменить патологическую организацию характера и усилить свое Эго. Эту концепцию отражают представление о том, что молчание терапевта терапевтично само по себе, или неправильно и в чересчур широком смысле понятые мысли Винникотта (1960b) о холдинге. Такие представления игнорируют бессознательные искажения восприятия пациентом терапевта, на которого проецируются примитивные функции садистического Супер-Эго и агрессивные диссоциированные объектные отношения. Часто наблюдаемая парадоксальная негативная реакция на психотропные средства, которые прописываются в контексте поддерживающей психотерапии, отражает отыгрывание вовне незамеченного негативного переноса в отношении к лекарствам. Терапевт, который пытается использовать в поддерживающей терапии магические представления пациента и связанную с ними диссоциированную идеализацию, обычно за это расплачивается.

Согласно последнему и, быть может, самому распространенному из всех, неверному представлению, чем сильнее расстройства у пациента, тем в меньшей степени он способен активно участвовать в психотерапии. Следовательно, пациенты, получающие поддерживающую психотерапию, по определению почти не способны отвечать за себя или активно участвовать в процессе терапии: тогда поддерживающая психотерапия становится такой модальностью, которую “назначают” пациенту или которой его *подвергают*. Это представление порождает пассивность и является источником тупиковых ситуаций в терапии.

Основные техники

Основной техникой поддерживающей терапии является исследование примитивных механизмов защиты пациента здесь-и-теперь — для того чтобы помочь пациенту контролировать их действие неаналитическими средствами и создать условия для лучшей адаптации к реальности с помощью осознания разрушительного действия этих защит. При этом активный и сознательно сдерживаемый (в отличие от бессознательного или вытесненного) негативный перенос выявляется, редуцируется с помощью постоянного исследования реальности терапевтической ситуации и используется для прояснения связанных с ним межличностных проблем в жизни пациента.

Представим себе, например, пациента с параноидным нарушением личности, который использует проективную идентификацию, обладает повышенной чувствительностью к критике, считает, что на него нападают окружающие (в то время, как он сам бессознательно провоцирует эти нападения), и ощущает себя объектом садистического контроля, в то время, как он сам контролирует других с помощью своей подозрительности и контролирующего поведения. Работая с таким пациентом, можно понемногу тактично обращать его внимание на то, как во взаимодействии с другими людьми у него повторяется один и тот же паттерн, можно постоянно указывать на это, не пугая пациента. Анализу таких межличностных проблем естественным образом способствует тот факт, что терапевт видел подобное поведение пациента по отношению к себе. Но часто систематический анализ взаимоотношений пациента с другими людьми является первым шагом к тому, чтобы позже исследовать, как это же поведение проявляется в ситуации терапии. В других случаях бывает обратный порядок: систематический анализ переноса здесь-и-теперь предшествует исследованию этой же темы, проявляющейся в межличностном поведении вне терапии. Такой порядок особенно полезен в случаях, когда на первом месте стоят проявления негативного переноса. Если негативный перенос не разрешен, он ставит под угрозу продолжение терапии и создает большую проблему для установления рабочего альянса.

Или представим себе другого пациента, у которого расщепление проявляется в том, что он примитивным образом идеализирует одних людей и совершенно обесценивает других. Внимательное исследование взаимоотношений пациента может показать, как недавние идолы внезапно обесцениваются или как его суждения о других вдруг переключаются с яркой идеализации на полное обесценивание. Терапевт может показать пациенту, как эта предсказуемая последовательность событий ослабляет объективность его суждений о людях и вредит его взаимоотношениям и как критическое отношение к своим радикальным суждениям о других может помочь ему вернуться к реальности.

Другим примером может служить прояснение при работе с отрицанием, выражающемся в пренебрежении своими обязанностями на работе при магической вере в то, что акт отрицания лишает события их негативных последствий.

Есть огромная разница между ситуацией, когда терапевт дает пациенту советы о том, как жить, и ситуацией, когда терапевт помогает ему понять, насколько некоторые “автоматические” виды поведения пациенту невыгодны. Терапевт не должен давать совета, если пациент может справиться с ситуацией самостоятельно, но избегает этого из-за действия защит. Задача терапевта — показать пациенту его примитивные механизмы защиты и их действие на оценку реальности и на принятие решений. В отличие от попыток преодолеть патологические черты характера посредством советов, предписывающих более “нормальное” поведение, терапевт пытается показать пациенту сознательные и предсознательные аспекты его внутренних трудностей и учит его использовать то знание, которое потенциально у пациента уже есть, но от которого он активно убегает.

Поддерживающая терапия может быть очень “всепозволяющей”, поскольку с помощью активной конфронтации она усиливает внутреннюю свободу принятия решений пациента; с другой стороны, за кажущейся терпимостью “всепозволяющего” терапевта может стоять бессознательный контракт с саморазрушительными тенденциями пациента.

В поддерживающей психотерапии терапевт покидает позицию технической нейтральности, присущую психоанализу и являющуюся постоянной точкой отсчета для экспрессивной психотерапии, и активно поддерживает требования внешней реальности, а с другой стороны — сохраняет внимание к эмоциональным нуждам пациента; другими словами, терапевт помогает как адаптации, так и выражению импульсов. Временами возникают конфликты между адаптацией и выражением импульсов, и тогда терапевт должен признать этот конфликт и быть готовым исследовать его вместе с пациентом. Я хочу проиллюстрировать такую ситуацию примером, в котором терапевт явно находится на стороне Ид пациента.

Мистер R. Мужчина тридцати с лишним лет не смел заниматься мастурбацией, поскольку считал, что это запрещено его религией, хотя никогда не ходил в церковь и вопросами религии нисколько не интересовался. Вместо того чтобы прямо работать с его сексуальной скованностью, я постоянно указывал на противоречие между его послушанием одному частному религиозному запрету и его общим пренебрежением к религии. В ответ пациент подозревал меня и в том, что я стремлюсь подорвать его веру, и в том, что я хочу, чтобы чувство вины сделало его более религиозным и в других аспектах его жизни.

Наконец, он пытался убедить меня в том, что мастурбировать опасно, неосознанно идентифицируясь со своим садистическим Супер-Эго и параллельно проецируя на меня свои сексуальные импульсы. Постепенно я смог ему показать, насколько предосудительно он относится к сексуальности, независимо от религиозных убеждений. Я сказал ему, что хотя, как он понимает, я не член его религиозной группы, его бы расстроило, если бы мое поведение не соответствовало стандартам этой группы. Мистер R. был способен это осознать, а позже он обнаружил, с каким огромным осуждением относился к проявлениям сексуальности в других людях, встречавшихся в течение жизни. Это, в свою очередь, позволило мне поделиться с ним своими наблюдениями о том, что он относится к себе столь же критически, как и к сексуальности, и что религиозные вопросы были для него просто рационализацией, оправдывавшей глубоко укорененную и всеобъемлющую эмоциональную установку. Тогда сам мистер R. смог почувствовать, как его отрицательное отношение к сексуальности связано с переживаниями прошлого и с суровыми запрещающими родителями.

По поводу данного случая я хочу заметить следующее: когда побочным продуктом поддерживающего подхода является инсайт, это прекрасно, но не стоит поддаваться искушению сразу выйти за рамки поддерживающего подхода. Другими словами, поддерживающая терапия не мешает пациентам углубляться в понимание самих себя, но имеет дело исключительно с сознательным и предсознательным материалом. Поскольку мы обычно работаем с примитивными механизмами защиты, такими как отрицание, проективная идентификация и расщепление, а не с вытеснением или другими механизмами высшего порядка, примитивный материал фантазий появляется в сознании, а соответствующие защитные операции — в поведении, что способствует терапевтической работе с такими защитами и с таким содержанием в поддерживающей терапии.

Возвращаясь к случаю мистера R., хочу подчеркнуть, что я был на стороне удовлетворения импульса, на стороне Ид. Но вместо того чтобы прямо подойти к рационализациям, скрывавшим сексуальность, подавленную жестким Супер-Эго, я исследовал его конфликт здесь-и-теперь в переносе, когда в активизировавшемся объектном отношении пациент идентифицировался со своим садистическим Супер-Эго, спроецировав на меня свою Я-репрезентацию, связанную с импульсами. В следующем примере я, напротив, стою на стороне внешней реальности.

Мистер S. Мужчина под пятьдесят, он все время колебался между необычайно подчиненным поведением и бунтом по отношению к людям, облеченным авторитетом. Заняв на работе давно желаемую должность, он вскоре начал делать критические замечания в адрес своего начальника. Я понимал, что он потеряет работу, которой так долго и терпеливо добивался, и как только заметил проявления этого конфликта с властью в терапии, обратился к нему с вопросом. Я спросил: если начальник действительно столь обидчив и мстителен, как уверяет пациент, то не грозит ли пациенту увольнение при малейшем выражении с его стороны злости или обиды? Мистер S. немедленно обвинил меня в том, что я хочу научить его покорности и что я на стороне его жены (которая предостерегала пациента, что он может потерять работу) и на стороне начальников, которые всегда его обвиняют. Он также высказал мысль, что я хочу, чтобы он получал хорошую зарплату, поскольку тогда он будет оплачивать терапию, но за это ему придется терпеть унижения и приносить жертвы на работе.

Активизация переноса, связанного с таким поведением, развивалась бурно и сопровождалась массивным использованием проекций. Я начал с полного прояснения ситуации терапии; а именно, что я действительно предполагаю получать с него оговоренную плату, иначе я не смогу с ним заниматься. Я добавил, что, если он потеряет эту работу, он способен найти другую и продолжать терапию. Меня же не столько беспокоит, останется он на теперешней работе или нет, сколько то, удовлетворяют ли его последующие варианты. Я напомнил ему, как в прошлом он с горечью жаловался, что не раз терял работу, которая потом казалась ему очень привлекательной.

На протяжении нескольких сеансов этот ориентированный на реальность подход к интенсивному негативному переносу усилил у пациента способность к тестированию реальности в терапевтической ситуации и снизил интенсивность самого переноса, в результате чего мистер S. согласился контролировать свое поведение на работе, чтобы не лишиться места, и продолжать исследование своих чувств по отношению к начальнику вместе со мной. И лишь тогда я указал ему на то, как в момент усиления гнева и подозрительности в наших взаимоотношениях он почти точно воспроизвел ситуацию

своей работы, что отражает его склонность неверно судить о людях, стоящих в позиции власти. Я также сказал ему, что он приобрел одну новую и замечательную способность: он может со стороны понаблюдать за своим поведением и изменить его на основе нового понимания ситуации.

Этот пример является иллюстрацией исследования, прояснения и — при помощи повторных конфронтаций с реальностью — ослабления негативного переноса; он также показывает активизацию и прояснение проективной идентификации с помощью исследования в контексте здесь-и-теперь активизированных примитивных объектных отношений в переносе; это пример поддерживающего подхода к параноидной патологии характера.

Другой общий принцип поддерживающей терапии таков: надо воздерживаться от использования советов, “поддерживающих” высказываний и от “манипуляции” средой, когда эти действия эксплуатируют непроанализированный примитивный перенос. Прояснение, конфронтация, вмешательство в социальную среду и прямые высказывания, выражающие мнение терапевта о тех вещах, в которых пациенту объективно нужен совет, — все это должно действовать по рациональным каналам и косвенно передавать пациенту, что терапевт доверяет его рассудительности, его способности понимать и конструктивно использовать свое понимание.

Я не согласен с традиционным представлением о *манипуляции* как об одной из поддерживающих техник, хотя ею успешно пользуются многие психоаналитики, интересующиеся поддерживающей терапией. Я считаю, что это унижает как пациента, так и поддерживающую психотерапию. Конечно, мы не можем избежать суггестивного воздействия рациональных вмешательств или, на более глубоком уровне, сильной, но незаметной примеси переноса во всем, что мы говорим и делаем во время поддерживающей психотерапии. Тем не менее, когда терапевт снабжает пациента нужной информацией, в надлежащих рамках дает тщательно взвешенные советы и прямо выражает поддержку на основе рациональных соображений, можно добиться эффекта поддержки и вместе с тем укрепить границы реальности в ситуации терапии. Только в контексте этих границ реальности мы можем выявить примитивные защиты, искажения, вызванные переносом, и отыгрывание вовне, происходящее в реальной жизни пациента.

Это также означает, что когда мы хотим назначить какое-либо лекарство в контексте поддерживающей терапии, нам надо объяснить, почему мы это делаем и чего от него ожидать. Лекарства надо использовать в эффективных дозировках, а не как плацебо. Если какое-то лекарство действует как плацебо, нам надо это понять; не обязательно этот факт интерпретировать, но и эксплуатировать его мы тоже не должны. Подобным образом, когда мы используем в поддерживающей терапии прямые техники изменения поведения — такие как сексуальную терапию, гипноз или активную поддержку в преодолении фобий, — нам нужно оставаться в рамках рационального подхода. Причины, по которым мы добавляем такие техники, должны соответствовать целям всей терапии и вписываться в ее структуру. Когда такие техники добавляются как нечто назначенное по капризу терапевта, это уменьшает чувство ответственности пациента, которое терапевт так старательно возвращал; пациент в таком случае может относиться к этим техникам магически, или же такая ситуация затемнит перенос, поскольку пациент в новой технике будет проявлять отщепленные трансферентные реакции. Другими словами, важно, чтобы терапевт придерживался внутренней логики и был последовательным в своих концептуальных схемах, техниках и выражаемом словами понимании целей и сфер ответственности пациента и терапевта в ситуации терапии.

Еще один общий принцип таков: действия пациента в ходе терапии следует оценивать и с точки зрения отыгрывания переноса вовне, и с точки зрения адаптивного удовлетворения основных потребностей в социальной реальности пациента. Конечно, поскольку в поддерживающей терапии мы не занимаемся систематическим анализом переноса, полное исследование отыгрывания переноса вовне для нас менее доступно. Но зато само отыгрывание вовне в данном случае не столь нежелательно, как в экспрессивной терапии, и нам надо находить адаптивные элементы обучения, потенциально присутствующие в отыгрывании вовне, и поддерживать их.

Начальные стадии терапии

Очень важно в самом начале определить главные темы жизни и психопатологии пациента, которые мы стремимся исследовать и изменить в ходе терапии. Таково предварительное условие для того, чтобы мы могли определить как цели терапии, так и соответствующие этим целям роли пациента и терапевта. Цели должны быть реалистичными, тогда их можно объяснить пациенту и работать с ним вместе; не стоит думать, что, просто оказавшись рядом, пациент и терапевт магическим образом вместе разрешат проблемы пациента. Важно в самом начале поднять вопрос о том, противопоказано в данном случае прямое вмешательство в социальную среду или же необходимо, и каким образом его осуществлять, и не нужно ли в качестве предварительного условия терапии задать пациенту рамки поведения. Выраженная тенденция причинять вред другим или себе может сделать необходимыми такие реалистические предосторожности. Важно подчеркнуть, что пациент отвечает за честность в общении с терапевтом. Пациент должен знать, что терапия также предполагает его работу в промежутках между встречами с терапевтом. Терапевт должен наблюдать за тем, как от сеанса к сеансу терапия влияет на внешнюю жизнь пациента. Предполагается, что пациент будет рассказывать о событиях своей жизни и описывать точно и подробно свои конфликты и трудности.

Первоначальные инструкции знакомят пациента со всеми этими условиями; кроме того, терапевт предлагает ему быть открытым во время сеанса; когда пациента не беспокоят неотложные проблемы, нет новой информации или темы для “отчета”, пациент может свободно говорить обо всем, что приходит в голову в кабинете терапевта.

Показания и противопоказания для лекарственной терапии или других специальных техник надо полностью оценить на начальных стадиях терапии, а не назначать их необдуманно позднее — в качестве реакции на то, что пациенту не становится лучше. Другими словами, стратегическая интеграция различных техник лечения в общем плане терапии лучше, чем беспорядочное назначение новых модальностей в ответ на проявления переноса — или вследствие контрпереноса.

Внимательное и подробное исследование личности пациента и его взаимоотношений во внешней жизни должно дать необходимые сведения о его главных чертах характера и связанных с ними паттернах значимых объектных отношений. Эти данные позволяют предсказывать будущие события в жизни пациента, планировать диагностические и терапевтические вмешательства в этих областях и выполнять проработку, не используя интерпретацию. Внутри самой терапевтической ситуации терапевт должен диагностировать основные примитивные механизмы защиты и представлять себе, с помощью каких технических средств он будет с ними работать. Вредные факторы среды, антитерапевтические влияния окружения и заложенные в нем возможности получения вторичной выгоды — все это надо выявить для исследования во время сеанса и для планирования вмешательств в социальную среду.

Большая проблема в практике поддерживающей терапии появляется тогда, когда терапевт неоправданно подражает психоаналитической технике: садится и передает всю инициативу за структурирование содержания сеанса пациенту. Это обычно способствует появлению отыгрывания вовне в скрытых формах; пациент переключается на пассивно-зависимую установку по отношению к терапии и примитивные защиты в переносе становятся невидимыми. Надо предложить пациенту открыто говорить не только о своих конфликтах, мыслях и чувствах, но и о важных событиях в жизни.

Надо поддерживать спонтанное желание пациента в начале встречи рассказывать терапевту о своей жизни, и в то же время терапевт должен задавать себе такие вопросы: действительно ли важно и значимо то, что говорит пациент? Имеет ли это отношение к его первоначальным жалобам или к проблеме, над которой мы сейчас работаем? Какое отношение его слова имеют к целям терапии? Отражаются ли тут темы, которые мы недавно исследовали? Может быть, тут появились новые темы, которые надо исследовать? Так терапевт оценивает, насколько активно пациент сотрудничает с ним в терапии, есть ли постоянство в работе или же оно нарушено под действием расщепления, и — на более глубоком уровне — оценивает природу проявляющегося тут переноса.

Обращение с переносом

В самых общих словах можно сказать так: позитивный перенос умеренной интенсивности можно использовать для психотерапевтической работы, но с интенсивной примитивной идеализацией надо обращаться осторожно, поскольку ей сопутствует процесс обесценивания, — как правило, в других сферах жизни пациента. Латентный негативный перенос надо оценивать для создания стратегических планов, а манифестный негативный перенос подлежит активному исследованию и прояснению, после чего терапевт должен с ним работать — реалистично, в полноте исследуя связанные с ним сознательные и бессознательные фантазии, чувства и поведение, укрепляя осознание реальности. Как я уже упоминал, внимательное исследование повторяющихся паттернов поведения в жизни пациента позволяет позже исследовать такое же поведение в переносе. Исследование некоторых форм переноса и реалистический подход к ним во время сеансов открывает возможность работать с подобными проблемами в других областях жизни пациента.

Терапевту важно помнить, что, выдерживая проявления крайней амбивалентности пациента по отношению к себе (то есть терапевту), он осуществляет функцию холдинга в том смысле, который придавал этому выражению Винникотт (1960b). Это убеждает пациента в постоянстве терапевта; пациент открывает, что терапевта не может сломить его агрессия, что с ним можно сохранять хорошие отношения даже в моменты фрустрации или гнева, и это снижает страх пациента перед собственными импульсами и усиливает интегративные функции Эго. Терапевт, конечно, должен поддерживать спонтанные поиски пациента, когда тот пытается понять истоки своего поведения, в той степени, в которой это относится к сознательным или предсознательным воспоминаниям. Но работая с сознательным или предсознательным материалом, терапевт должен постоянно иметь в виду, что воспоминания пациента о прошлом всегда окрашены действием защит, поэтому то, что кажется источником патологии из прошлого, есть на самом деле оправдание и рационализация теперешних проблем характера. Псевдогенетическая реконструкция, посредством которой терапевт использует магию якобы аналитического подхода, связывая сознательное сегодняшнее с сознательным прошлым, может подкреплять мифы пациента о своем прошлом и служить оправданием его сегодняшних взглядов и поведения. Общая установка типа: “Мы не знаем, откуда это происходит, но вот что это значит сегодня и вот как это действует на вас; так что нам надо

с этим работать” — представляет более реалистичную и менее магическую основу для интроспективной работы пациента.

Частый и сложный вид отыгрывания переноса вовне проявляется в том, что пациент представляет себя беспомощной жертвой плохого отношения и фрустраций со стороны других людей. Когда пациент полагает, что все его симптомы есть натуральные последствия “реальности” в виде злой жены, важно признать его неудовлетворенные нужды, но важно также объяснить ему, насколько он сам ответственен за свои фрустрации. В экспрессивной психотерапии или в психоанализе в этом случае возможна проработка садомазохизма в переносе с помощью интерпретации, в поддерживающей же терапии это поведение можно исследовать непосредственно в контексте реальности. Терапевт тактично, но настойчиво показывает пациенту, как тот сам участвует в создании своих проблем. Это может временно усилить проявления негативного переноса, что позволит затем исследовать те же трудности в ситуации здесь-и-теперь в кабинете терапевта. В то же время полное и подробное исследование проблем пациента, — например, во взаимодействии с женой или с мужем — может, как ни странно, открыть новые источники удовлетворения, которые пациент в своем мазохизме игнорировал или приуменьшал. Часто кропотливая работа со “скрытой логикой” реакций окружающих на пациента может косвенным образом увеличить его понимание самого себя.

Полезно будет сравнить подходы к переносу в психоанализе, экспрессивной психотерапии и поддерживающей психотерапии.

В психоанализе систематически исследуются защиты пациента от осознания переноса, что постепенно превращает латентный перенос в манифестный. Реакции переноса превращаются в полноценный невроз переноса. Систематический анализ невроза переноса позволяет достичь его разрешения. Перенос же является защитой от встречи с бессознательным прошлым. Затем сведения о прошлом, содержащиеся в переносе, можно интегрировать с воспоминаниями пациента о прошлом, которые были раньше бессознательными, но стали доступны сознанию с помощью памяти и аналитической реконструкции.

В экспрессивной психотерапии внимание к переносу не столь систематично. Сочетание внимания к основному паттерну переноса с вниманием к основным конфликтам в теперешней жизни пациента, а также представления о долговременных целях терапии позволяют терапевту на каждом конкретном сеансе решить, насколько широко и глубоко он должен исследовать основной вид переноса. Этот подход, когда его применяют к пациенту с достаточной силой Эго, приводит к ограниченному анализу паттернов переноса. У пациентов со слабым Эго — таковы пациенты с пограничной личностной организацией — доступность диссоциированного, но осознанного примитивного трансферентного материала позволяет интерпретировать примитивный перенос, что ведет к его превращению в более зрелый, “невротический” перенос. Последний уже можно интерпретировать глубоко, хотя обычно мы не достигаем полной реконструкции бессознательного прошлого.

В поддерживающей психотерапии терапевт работает с проявлениями переноса, особенно манифестного негативного переноса. Попытка использовать прояснение и конфронтацию при работе с дезорганизирующим и регрессивным воздействием примитивных механизмов защиты (чтобы снизить их ослабляющее действие на Эго) может привести к активизации манифестного негативного переноса во взаимоотношениях с терапевтом, и тогда его надо исследовать и добиваться его разрешения, как это уже было показано на примерах выше.

При всех типах терапии работа с переносом начинается с сознательных и предсознательных его проявлений и продолжается до тех пор, пока все фантазии пациента здесь-и-теперь о терапевте не будут полностью исследованы и прояснены. Но в поддерживающей терапии это исследование не связывается посредством интерпретации с бессознательным отношением пациента к терапевту или с бессознательным прошлым. Напротив, тут пациенту указывают на реальность терапевтической ситуации и на параллельные искажения во внешней жизни. Начало работы с переносом во всех трех терапевтических модальностях одинаково, но окончание — разное. Когда в поддерживающей терапии пациент предлагает терапевту примитивный материал регрессивной фантазии, терапевт не игнорирует это сообщение, но привязывает его к реальности. В экспрессивной психотерапии движение обычно происходит в обратном направлении: от реальности — к исследованию скрытой за нею фантазии.

Механизмы изменения

Каковы те механизмы, благодаря которым происходит изменение в направлении, обозначенном терапевтическими целями? Прежде всего при прямом, лишенном манипуляции и магии подходе функции Эго пациента проверяются, активизируются и усиливаются, особенно в сфере тестирования реальности и осознания самого себя, а также усиливается способность переносить и интегрировать противоречивые чувства, переживания и виды поведения. Тщательное исследование, хотя и без аналитического разрешения, примитивных механизмов защиты снижает их влияние, прежде неконтролируемое, на адаптивные функции Эго, таким образом увеличивая его силу.

На более глубоком уровне контролируемая активизация примитивных объектных отношений переноса, отчасти отыгранных вовне в период появления относительно стабильного манифестного негативного переноса или в периоды резкого переключения с идеализирующего переноса на обесценивание, делает возможной консолидацию базового доверия либидинальных Я- и объект-репрезентаций и позволяет достичь частичной идентификации с терапевтом. Эта идентификация резко отличается от диссоциированной примитивной идентификации с терапевтом, основанной на нарциссической идеализации или на действии механизма расщепления, когда весь мир делится на “абсолютно хорошие” и “абсолютно плохие” объекты. Прямая стимуляция более адаптивного выражения как защитных действий, так и удовлетворения импульсов, постепенно приносит общее улучшение баланса импульсов и защит. Неспецифические эффекты любого вида терапии (см. Kernberg, 1980, гл. 10) также оказывают свое влияние; аффективная способность терапевта к холдингу и когнитивная к “контейнированию” — чрезвычайно важны для пациентов со слабым Эго.

10. Показания и противопоказания к различным типам психоаналитической психотерапии

После того как я описал отличительные черты различных типов психотерапии, основанной на психоанализе, уместно будет поговорить о показаниях и противопоказаниях к этим модальностям, а также к классическому психоанализу.

Критерии показаний не могут опираться исключительно на диагноз основной организации личности (невротической или пограничной) или на диагноз в сочетании с основным набором патологических черт характера. Практика, согласно которой выбор терапии

определяют внешние или случайные обстоятельства, — например, финансовое положение пациента, социальные и географические факторы, личные склонности и умения терапевта, внешнее давление на него со стороны кого-то, — заслуживает сожаления. Назначение оптимального вида терапии для каждого пациента должно стоять на первом месте. Иногда, тем не менее, внешние факторы заставляют нас перейти от оптимальной формы терапии к доступной. Очень часто, когда мы делимся с пациентом своими соображениями о самой оптимальной для него форме терапии и выражаем озабоченность тем, что реальные условия для проведения такого лечения отсутствуют, это мобилизует активное участие пациента. Способность пациента мобилизовать свои психические и психосоциальные ресурсы нередко превосходит наши ожидания.

Психоанализ

Хотя большинству пограничных пациентов показаны модифицированные виды психоаналитической психотерапии, некоторым можно предложить классический психоанализ, и в последнее время я отношусь к этому с большим оптимизмом. Кроме таких критериев, как потенциальная возможность раннего отыгрывания вовне в тяжелой форме и наличие наблюдающего Эго, есть еще два, быть может, наиболее важных критерия, по которым мы можем судить о том, подходит ли для данного пограничного пациента психоанализ. Во-первых, это некоторая степень интеграции Супер-Эго, так что антисоциальные тенденции выражены слабо; во-вторых, уровень развития объектных отношений, позволяющий существовать хотя бы некоторым невротическим (в отличие от более примитивных) формам переноса. Если антисоциальные черты выражены, обычно существует опасность, что сознательные искажения и ложь будут примешиваться к терапии, что делает чистый психоанализ крайне трудным, даже невозможным. Когда у пациента есть некоторая способность устанавливать дифференцированные и глубокие взаимоотношения с людьми, меньше риска, что примитивные формы переноса разрушат аналитическую ситуацию. Так что, когда с самого начала терапии мы видим выраженные дифференцированные эдиповы черты и проявления реалистичных, целостных форм переноса наряду с хаотичными, причудливыми и фрагментированными его формами, свойственными пограничным состояниям, применение классического психоанализа возможно. Это особенно верно в том случае, когда мы встречаем инфантильную личность с истерическими чертами, функционирующую на пограничном уровне.

Психоанализ есть наилучшая терапия для истерического, обсессивно-компульсивного и депрессивно-мазохистического расстройств личности. Психоанализ может быть показан также пациентам с инфантильным или истероидным расстройствами личности, которые по классификации Зетцеля относятся к истерикам второго и третьего типов — то есть тем пациентам, у которых смешаны инфантильные и истерические черты. (Истерики первого типа по Зетцелю соответствуют истерической личности в чистом виде, а четвертого типа — самым тяжелым формам инфантильной личности.) В таких случаях могут существовать индивидуальные показания к психоанализу, несмотря на наличие пограничной личностной организации. То же самое относится и к нарциссическому расстройству личности: в этой категории есть пациенты, которые, несмотря на пограничную организацию личности, не проявляют выраженных пограничных черт (таких как общая неспособность контролировать импульсы и переносить тревогу, а также отсутствие каналов сублимации) или других черт, показывающих неблагоприятный прогноз (пропитанное агрессией патологическое грандиозное Я, антисоциальные тенденции, выраженные нарушения объектных отношений или их бледность).

Таким образом, психоанализ есть наилучшая форма терапии для пациентов с невротической организацией личности, для нарциссической личности, *не* функционирующей на выраженном пограничном уровне, и для пациентов со смешением инфантильных и истерических черт.

Тем не менее психоанализ предъявляет некоторые требования. Поскольку такая форма терапии предполагает четыре-пять встреч в неделю, пациент должен иметь время и деньги (за исключением психоанализа в больших городах, где институты предлагают дешевый анализ, что входит в их образовательную функцию).

Психоанализ показан пациентам, перед которыми открыты перспективы в будущем — по их личностным, социальным и культурным данным. Столь дорогая и длительная форма терапии дает пациенту значительно больше. Мы предполагаем, что у пациента, которому показан психоанализ, как минимум нормальный интеллект, умеренная патология объектных отношений, нет серьезных антисоциальных тенденций, присутствует адекватная мотивация для терапии и есть способность к самонаблюдению или к инсайту. У него не должно быть неспецифических проявлений слабости Эго.

Экспрессивная психотерапия

Экспрессивная психотерапия является оптимальной формой терапии для большинства пациентов с пограничной личностной организацией, особенно для пациентов с инфантильным личностным расстройством, для нарциссической личности с выраженными пограничными чертами и для нарциссической личности, у которой патологическое грандиозное Я пропитано агрессией, для пациентов, представляющих смешение нарциссических и выраженных параноидных черт характера. Пациенты с шизоидными, параноидными и садомазохистическими расстройствами личности также являются подходящими кандидатами для экспрессивной терапии. Пациентам с выраженными хроническими тенденциями к саморазрушению (с тенденциями наносить себе повреждения, суицидальными склонностями, ставшими “стилем жизни”, и анорексией) также показана экспрессивная психотерапия, но при условии, что вокруг них можно создать социальные структуры, которые смогут предотвращать или контролировать отыгрывание вовне, угрожающее терапии или жизни пациента. Создание таких структур не должно мешать терапевту занимать позицию нейтральности.

У гипоманиакальной и “ложной” (“as if”) личности с *pseudologia fantastica* прогноз экспрессивной психотерапии хуже, особенно в случаях *pseudologia fantastica*, из-за их тенденции говорить ложь.

Экспрессивная психотерапия также предъявляет свои требования, не зависящие от диагностической категории. Во всех случаях важно как можно меньше структурировать сеанс психотерапии. Когда необходимы внешние структуры, лечением должна заниматься команда, чтобы терапевт мог сохранять позицию технической нейтральности. Другими словами, терапевт не должен вмешиваться в жизнь пациента непосредственно, все необходимые вмешательства такого рода должен исполнять другой член команды (социальный работник, консультант или медсестра). От пациента требуется способность быть честным в вербальном общении; выраженные антисоциальные черты даже у пациента, не страдающего антисоциальным расстройством личности, служат противопоказанием для экспрессивной психотерапии. Некоторые тяжелые формы негативной терапевтической реакции, когда пациент идентифицируется с крайне садистическим примитивным объектом, могут явиться противопоказанием для экспрессивной психотерапии, но об этом трудно судить до начала терапии (кроме тех

случаев, когда имеются наблюдения, зафиксированные при предыдущих попытках применить психотерапию). Пока остается надежда на то, что различные формы отыгрывания вовне, сопровождающие тяжелую негативную терапевтическую реакцию, можно сдерживать с помощью всей структуры лечения, терапевт может попытаться применить экспрессивную психотерапию.

Пациент, решившийся пройти экспрессивную психотерапию, должен не только хотеть, но и быть в состоянии соблюдать контракт относительно регулярности — должен приходить к терапевту по меньшей мере два-три раза в неделю. На мой взгляд, экспрессивная психотерапия, происходящая с частотой раз в неделю или меньше, обычно несостоятельна. При столь редких встречах невозможно осуществлять анализ переноса так, как этого требует данный вид терапии, и есть риск посвятить переносу слишком много времени, оставляя без внимания события жизни пациента между сеансами и искусственно отделяя исследование переноса от анализа жизненных ситуаций. Или же, стараясь наверстать упущенное, терапевт так сильно стремится узнать о жизни пациента между сеансами, что проявление конфликтов в переносе затушевано, и терапия заходит в тупик.

Пациенты, готовящиеся пройти экспрессивную психотерапию, должны согласиться на воздержание от наркотиков и алкоголя и от других форм саморазрушительного поведения. Если они чувствуют, что не в состоянии контролировать такое поведение, то должны открыто принять этот факт и согласиться на короткую госпитализацию. Пациентам, страдающим алкоголизмом, зависимостью от наркотиков или хроническими суицидальными тенденциями, экспрессивная психотерапия не показана в том случае, если эти симптомы невозможно контролировать. И, наконец, нужен как минимум нормальный интеллект — для участия в наполненном символами и достаточно отвлеченном вербальном общении, происходящем при экспрессивной психотерапии.

Поддерживающая психотерапия

Для широкого спектра симптоматических неврозов, патологий характера и пограничных состояний, то есть для всей непсихотической и неорганической психопатологии поддерживающая психотерапия обычно не является наилучшей формой лечения. Показания к поддерживающей психотерапии у таких пациентов чаще всего зависят от противопоказаний к экспрессивной психотерапии.

Поскольку пациенты с достаточно сильным Эго, то есть пациенты с неврозами и неограниченной патологией характера хорошо поддаются любой модальности терапии, основанной на психоанализе, но особенно — экспрессивной психотерапии и психоанализу (Kernberg et al., 1972), поддерживающая психотерапия показана им лишь в том случае, когда у пациентов недостаточно мотивации или психологического мышления либо же способности и желания для того, чтобы два-три раза в неделю участвовать в экспрессивной психотерапии.

Когда мы думаем о форме психотерапии, подходящей для пациента, сначала лучше рассмотреть показания и противопоказания к экспрессивной психотерапии; фактически же еще лучше сначала подумать о том, не показан ли тут психоанализ и насколько может поддаваться анализу пациент. Если ответ отрицателен, то следующий вопрос мы задаем себе относительно экспрессивной психотерапии. И только в том случае, когда экспрессивные модальности противопоказаны, надо думать о поддерживающей психотерапии с четко очерченной поддерживающей техникой. Я хочу тут подчеркнуть, что такие факторы, как явное отсутствие времени для терапии, отсутствие мотивации,

способности к интроспекции и психологического мышления, надо сначала оценить, прежде чем останавливать свой выбор на поддерживающей терапии. Во всех случаях хорошо провести первоначальную оценку состояния пациента, используя экспрессивный подход, и оставить себе время на размышления, прежде чем принимать решение о показаниях к поддерживающей психотерапии. Психоаналитический подход к диагностике позволяет оценить показания и противопоказания к любой форме терапии, основанной на психоанализе, и оставляет открытой возможность перейти к психоанализу или к экспрессивной терапии с тем же терапевтом, который ставит диагноз.

Сведения об участии пациента в психотерапии в прошлом могут оказаться чрезвычайно важными для оценки его способности участвовать в любой форме психотерапии. Есть и еще факторы, которые склоняют чашу весов в сторону поддерживающей, а не экспрессивной терапии. Когда пациент получает от своей болезни значительную вторичную выгоду, прогноз экспрессивной психотерапии не слишком благоприятен. К другим факторам, которые склоняют нас отказаться от применения экспрессивной модальности, относятся: достаточно серьезная дезорганизация внешней жизни, требующая вмешательства; ощущение, что в данном случае требуется срочное вмешательство в социальную среду из-за каких-то опасных ситуаций в жизни пациента; хроническое отсутствие объектных отношений (пациенты, находящиеся в тяжелой социальной изоляции); а также наличие выраженных неспецифических проявлений слабости Эго.

Эти же факторы, если они достаточно серьезны, могут служить противопоказанием также и к поддерживающей психотерапии. Тогда эффективным краткосрочным лечением является использование поддерживающей техники внутри сеанса в сочетании с прямым вмешательством в социальную среду пациента. Такой подход стоит отличать от кратковременной экспрессивной психотерапии, особой формы терапии, которая заново исследуется в настоящее время (Davanloo, 1980). Кажется, все еще остается открытым интересный вопрос: в какой степени смешение поддерживающих и экспрессивных техник менее вредно или более эффективно — при кратковременных формах психотерапии и кризис-интервенции или же при долгосрочной терапии?

Когда обстоятельства не позволяют создать реалистичные условия для терапии или указывают на крайне неблагоприятный прогноз, стоит задать себе вопрос, показана ли какая-либо форма психотерапии вообще. Терапевт должен помнить, что некоторым пациентам не может помочь никакое психотерапевтическое вмешательство. Из этого следует, что терапевт должен внимательно относиться к минимальным предварительным условиям терапии, к контракту с пациентом, оговаривающему, что тот берет на себя некоторые обязательства во время терапии, и к реалистичному соответствию между целями терапии и ее процессом. Это также снижает тенденции терапевта к чрезвычайному рвению и мессианству, что может быть крайне вредным для него.

Внутри широкого спектра пограничной личностной организации поддерживающая психотерапия показана неадекватной личности (как она определяется в DSM-II) и пациентам с тяжелой патологией характера и пограничной личностной организацией, у которых есть сильные и хронические антисоциальные тенденции, хотя они и не относятся к антисоциальному типу личности в строгом смысле слова (см. главу 5, где обсуждаются вопросы диагноза). Прогноз у антисоциальной личности исключительно неблагоприятен для любого типа психотерапии, основанной на психоанализе; возможно, таким пациентам вообще не подходят обычные типы психотерапии.

Поддерживающая психотерапия показана также всем пациентам с пограничной личностной организацией, которые не способны выполнить предварительные условия для

экспрессивной психотерапии или психоанализа, хотя с точки зрения их основной патологии характера им и показаны эти два типа.

Для поддерживающей психотерапии также существуют некоторые предварительные условия. Уровень интеллекта пациента должен соответствовать достаточно сложной вербальной психотерапии, то есть пациент должен иметь IQ по меньшей мере порядка 75—100 единиц. Тяжелые формы саморазрушительного поведения должны находиться под контролем и в кабинете терапевта, и во внешней жизни, что предполагает существование специальных структур. Когда поддерживающая техника не в состоянии сдерживать саморазрушительного поведения, это является противопоказанием для амбулаторной терапии, так что может потребоваться кратковременная или долгая госпитализация. Подобным образом, развитие негативной терапевтической реакции такого типа, который был упомянут раньше при обсуждении противопоказаний для экспрессивной терапии, необходимо контролировать прямыми мерами по ходу сеанса и с помощью внешних структур в жизни пациента.

Как ни странно, акцент на реальности, присущий технике поддерживающей психотерапии, снижает влияние тяжелой негативной терапевтической реакции, которая могла бы ухудшиться при экспрессивном подходе, недостаточно структурирующем внешнюю жизнь пациента. Поддерживающая психотерапия также предполагает, что жизненная ситуация пациента не чрезмерно хаотична или деструктивна, поскольку на первом месте должна оставаться задача изменения поведения пациента, а не изменения невозможной окружающей обстановки.

Общие противопоказания к применению терапевтических модальностей, основанных на психоанализе

Прежде всего, как было упомянуто, диагноз антисоциальной структуры личности практически является противопоказанием к применению психотерапии любой модальности, основанной на психоанализе. Кроме того, в случаях, когда вторичная выгода от болезни сильнее, чем страдания пациента, прогноз психотерапии крайне плох. Так, пациенты с хроническими невротическими симптомами, ипохондрическими тенденциями и серьезными межличностными трудностями, которых признали неспособными к работе и которым выплачивается постоянная пенсия, могут иметь реальные причины (в дополнение к бессознательным) держаться за свои симптомы.

Нежелание или невозможность регулярно посещать терапевта, серьезные нарушения вербального общения и очень низкий IQ представляют собой явные противопоказания. Встречаются пациенты с упорными паттернами отыгрывания вовне или саморазрушительного поведения, не подлежащими контролю, — либо из-за устойчивой потребности разрушать себя, либо из-за сочетания этих тенденций с враждебным отношением психосоциальной среды, когда самые близкие люди бессознательно или сознательно желают им смерти. У пациентов с хронической тенденцией лгать, даже если у них нет антисоциальной структуры личности в строгом смысле слова, прогноз крайне неблагоприятный.

Изменение модальности в ходе терапии

Иногда психоанализ или экспрессивная психотерапия назначены пациенту неправильно — такие ошибки неизбежны, — и необходимо изменить модальность терапии. Достаточно легко и безопасно происходит переключение с психоанализа на

психотерапию. Это бывает в тех случаях, когда аналитик понимает, что тяжелые формы устойчивого отыгрывания вовне у пациента невозможно контролировать с помощью одной лишь интерпретации, а они угрожают продолжению терапии или даже физическому или психологическому выживанию пациента. Иногда условия реальности (нередко частично или полностью созданные патологией пациента) ухудшаются и вмешиваются в аналитическую работу. Порою же основной примитивный перенос и примитивные защиты приводят к развитию полного психоза переноса, сопровождающегося нарушением тестирования реальности в кабинете терапевта и потерей наблюдающего Эго пациента. При таких обстоятельствах аналитик вместе с пациентом может пересмотреть план терапии, прояснить природу проблем, которые неожиданно поменяли всю терапевтическую ситуацию, и перейти от анализа к психотерапии. На практике это также означает переход пациента с кушетки к общению “лицом к лицу” с терапевтом: я не вижу никаких преимуществ — лишь недостатки — в том, чтобы продолжать использовать кушетку в такой ситуации (1975).

Обратный ход событий, когда, начав с экспрессивной психотерапии, терапевт считает нужным перейти к психоанализу, — ситуация более сложная. Обычно при этих обстоятельствах терапевт отчасти отклоняется от позиции нейтральности и устанавливает параметры или даже модификации техники, которые могут исказить взаимоотношения переноса в такой степени, что его анализ становится трудным или даже невозможным. Следовательно, чем в большей степени терапевт хранит позицию технической нейтральности при экспрессивной работе с пограничным пациентом, тем легче совершится это переключение на психоанализ, коль скоро это будет нужно. В такой ситуации аналитик должен спросить себя, в какой мере он пользовался поддерживающими техниками (в форме манипуляции или суггестивных высказываний) или же использовал перенос для поддержки, а не для его анализа. Если аналитик, отвечая на этот вопрос, понимает, что основные искажения переноса и отклонения от нейтральности можно разрешить в аналитическом контексте, то он может переходить к психоанализу данного пациента.

Иногда на переход от психотерапии к психоанализу должны уйти месяцы или даже годы терапии — пациент сначала должен достаточно измениться под действием психотерапии, чтобы психоанализ стал возможным. В таком случае лучше сначала со всех сторон оценить ситуацию вместе с пациентом, понять, какие цели должны быть завершены внутри самой психотерапии, прежде чем можно будет ее закончить, и затем уже думать о возможности окончания терапии и перехода к психоанализу — если еще останется такая потребность. В данной ситуации пациент в идеале должен сделать перерыв в терапии как минимум на полгода-год, чтобы можно было повторно оценить эффект психотерапии после периода независимого функционирования пациента и после разрешения процесса тоски, связанной с окончанием психотерапии. Пациент должен начать психоанализ у другого аналитика.

Показания к госпитализации

Некоторые особенности структуры личности пограничных пациентов, их симптомов, жизненных ситуаций и установок относительно своей патологии могут привести к тому, что любая форма психоаналитической психотерапии, проводимой в амбулаторных условиях, оказывается практически неприменимой. Когда требуется госпитализация, лечение может быть кратковременным (от нескольких дней до трех месяцев) или же продолжительным (от трех месяцев до года или даже больше). Кратковременная госпитализация обычно показана в тех случаях, когда структура личности, симптомы или

обстоятельства жизни пациента не дают возможности применить амбулаторную терапию. Показания к длительной госпитализации обычно связаны с установками пациента относительно своей патологии.

Целями кратковременной госпитализации являются полное диагностическое обследование, терапевтические вмешательства, направленные на контроль над симптомом, установление диагноза семейной ситуации пациента, исследование социальной системы поддержки и травматических или провоцирующих конфликты обстоятельств, а также оценка оптимального вида терапии после выписки, куда входит и оценка способности пациента получать терапию вне госпиталя.

Основной целью длительного лечения пограничного пациента в госпитале является изменение тех особенностей личности, которые препятствуют пациенту получать психотерапию амбулаторно. Главными такими чертами, подлежащими изменению в процессе длительной госпитализации, являются установки пациента относительно своей патологии и терапии: недостаток интроспекции или инсайта, низкая мотивация к терапии и вторичная выгода от патологии. Прогностически наиболее неблагоприятные для амбулаторной психотерапии свойства пациентов — а именно, выраженные антисоциальные тенденции и разрушение или отсутствие каких-либо хороших интернализованных объектных отношений — могут служить дополнительными показаниями к длительному лечению в госпитале.

Следовательно, цели длительной госпитализации имеют отношение к наиболее глубоким аспектам функционирования личности и требуют всеохватывающего исследования личности пациента в госпитале (см. главы 20—22).

Особенности личности, заставляющие поставить вопрос о кратковременной госпитализации, включают в себя неспецифические признаки слабости Эго, чреватые риском опасного для других или для пациента отыгрывания вовне, парализующее ощущение хаоса, сопровождающееся крахом всей социальной жизни, и виды поведения, хотя и не представляющие прямой опасности пациенту или окружающим, но потенциально вредные для будущего пациента, который “сжигает все мосты”. Среди таких особенностей личности (или, точнее, особенностей взаимодействия пациента с терапевтом) надо отметить и устойчивую предрасположенность к развитию негативных терапевтических реакций. Из симптомов, с которыми лучше работать в условиях кратковременной госпитализации, следует отметить все те, которые представляют непосредственную опасность для пациента или окружающих: острые суицидальные тенденции, неконтролируемые вспышки гнева, сопровождающиеся физическим насилием, наркомания и алкоголизм, не контролируемые пациентом, и другие виды антисоциального поведения, которые хотя и не содержат намеренного стремления к саморазрушению, вредят пациенту своими последствиями. Показанием к кратковременной госпитализации является и острая регрессия, появившаяся в переносе в ситуации амбулаторной психотерапии; сюда входит целый спектр состояний, начиная от переноса с психотическими свойствами (психоз переноса) и кончая общей острой психотической реакцией. Острые психотические эпизоды у пограничных пациентов могут быть проявлениями регрессии переноса, крайне тяжелой негативной терапевтической реакции, воздействия наркотиков, алкоголизма или особо сильными срывами. Конечно, особенности личности и симптомы, являющиеся показанием для кратковременной госпитализации, нельзя четко разделить, они друг друга усиливают.

Некоторые жизненные ситуации пограничных пациентов являются показаниями для кратковременной госпитализации: временный выход из строя системы социальной

поддержки пациента; порочный круг, созданный разрушительным влиянием пациента на свою семью; патологическая, вредная для адаптации или неадекватная реакция семьи на болезнь пациента. Кризис, произошедший при переезде в колледж или при возвращении домой после долгой отлучки может запустить подобный порочный круг, и в таком случае кратковременная госпитализация может защитить пациента и вернуть стабильность как ему, так и его социальной системе поддержки.

Все вышеперечисленные особенности личности, симптоматология и обстоятельства обычно являются показаниями для кратковременной госпитализации, особенно в тех случаях, когда психотический эпизод, социальный кризис или симптоматическое ухудшение появились впервые. Повторное развитие такого рода событий позволяет либо применить терапевтическое вмешательство, позволяющее без госпитализации стабилизировать функционирование пациента, либо же говорит о необходимости длительной госпитализации. Отсутствие адекватной структуры лечения, которая нужна пациенту, чтобы он мог получать амбулаторную терапию, также оправдывает кратковременную госпитализацию даже в тех случаях, когда можно было бы при лучших условиях обойтись без госпиталя. Если срыв впервые происходит у пациента, получающего интенсивную длительную психотерапию, надо пересмотреть адекватность применяемого терапевтического подхода, а также подумать о том, не является ли этот срыв признаком негативной терапевтической реакции или острой регрессии в переносе. Оценку диагноза и прогноза легче произвести в условиях кратковременной госпитализации.

Дополнительными показаниями для кратковременной госпитализации являются диагностические проблемы, возникающие, например, в ситуации, когда у пациента появляются новые симптомы неясного происхождения. К дополнительным показаниям относятся и случаи, когда пациент прерывает адекватную амбулаторную психотерапию из-за внешних обстоятельств, препятствующих его регулярным визитам к терапевту. Усиление тревоги и депрессии в ситуации амбулаторной терапии в тяжелых случаях может также быть причиной кратковременной госпитализации.

Показания к длительной госпитализации на практике связаны с установками пациента по отношению к своей болезни. Сюда входят способность к интроспекции, мотивация получить помощь и вторичные выгоды от болезни. Под способностью к интроспекции я понимаю не только способность к тестированию реальности в узком смысле слова, но сочетание когнитивного и эмоционального понимания своей болезни и тревогу по этому поводу, когда пациент хочет, чтобы ему помогли. Если у пациента происходит тяжелый личностный кризис, усиливаются опасные симптомы, угрожающие его благополучию или благополучию окружающих, или же происходит срыв в его социальном функционировании, — а он при этом не способен к интроспекции и не заботится о своем состоянии, — это может быть серьезным основанием для кратковременной госпитализации.

Если же мы видим отсутствие интроспекции по отношению к хроническому неадекватному социальному функционированию в течение длительного времени, что приводит к отказу от психотерапевтической помощи даже при сохраненной способности к тестированию реальности, — это показание к длительной госпитализации.

Мотивация получать терапию обычно параллельна интроспекции, но встречаются пациенты с примитивной мотивацией, которые не желают отвечать за себя, но хотят, чтобы о них заботились, что также препятствует созданию психотерапевтических взаимоотношений в амбулаторных условиях. Отказ пациента от ответственности за себя

увеличивает риск его поведения, направленного на разрушение себя или других. Так, встречаются пациенты, для которых “самоубийство является стилем жизни” (см. главу 16); они могут хорошо понимать природу своих симптомов, они ищут помощи, но отказываются нести ответственность за себя и не предупредят своего терапевта о возникновении неконтролируемого суицидального импульса, несмотря на то, что болезнь их лишена вторичной выгоды. В этом случае первичная выгода саморазрушительного поведения, с помощью которого достигается бессознательное торжество над ненавистным родительским образом или совершается акт мести, препятствует амбулаторному лечению. Тут требуется кратковременная госпитализация (для предотвращения попытки самоубийства) или длительная госпитализация, в процессе которой можно попытаться изменить установку пациента по отношению к своей болезни, создав таким образом условия для амбулаторной терапии.

Обычно у пациентов с пограничной личностной организацией вторичную выгоду болезни трудно отделить от первичной. Очевидные выгоды паразитарного существования в своей семье, финансовой эксплуатации других, контроля всемогущества, символически выражающегося в угрозе саморазрушения, которая заставляет всех окружающих ходить перед пациентом на цыпочках, — все это показания к длительной госпитализации, целью которой является изменение установок пациента и помощь семье, которая должна освободиться от патологического контроля.

Показания к длительной госпитализации могут существовать и в случае явно адекватной интенсивной психотерапии в амбулаторных условиях, когда у пациента развивается тяжелая форма негативной терапевтической реакции, когда не удается противостоять деструктивному эффекту отыгрывания вовне или упорным видам саморазрушения, а также в тех случаях, когда ежедневные житейские обязанности отошли у пациента на второй план по сравнению с психотерапией (“психотерапия вместо жизни”). Во всех этих случаях при длительной госпитализации мы прежде всего ставим себе цель достичь значимого изменения личности, необходимого для нормального завершения психотерапии в амбулаторных условиях.

Существуют дополнительные показания к длительной госпитализации — такие, как устойчивые тяжелые формы импульсивного поведения и отыгрывания вовне, хроническое антисоциальное поведение, не поддающееся амбулаторной терапии, алкоголизм и зависимость от наркотиков, которые остаются вне контроля, несмотря на структурирование окружения пациента и даже на поддерживающую психотерапию.

Бывают и такие случаи, при которых кратковременную или длительную госпитализацию с успехом могут заменить короткое или длительное лечение в условиях дневного госпиталя, пребывание в различных домах социальных служб помощи или же дополнительная социальная система поддержки в виде психиатрического социального работника, специалиста или непрофессионала, занимающегося консультированием, или медсестры.

Нарциссическая личность: клиническая теория и терапия

11. Современные психоаналитические подходы к нарциссизму

Все три основных типа подходов к изучению нормального и патологического нарциссизма в современном психоаналитическом мышлении вытекают из статьи Фрейда (1914), посвященной этому предмету.

Кляйнианский подход

Первый подход к нарциссизму, относительно мало известный в нашей стране, основан на теории объектных отношений Мелани Кляйн. Он представлен в работах Герберта Розенфельда (Rosenfeld). Среди исторических корней этого подхода — описание нарциссических типов сопротивления в переносе, сделанное Абрахамом (Abraham, 1919), статья Джоан Ривьер (Riviere, 1936) о негативной терапевтической реакции и изучение зависти и благодарности в работе Мелани Кляйн (Klein, 1957).

В четырех крайне насыщенных содержанием статьях, опубликованных с 1964 по 1978 год, Розенфельд подробно описывает структурные характеристики и особенности переноса в психоанализе нарциссической личности. Он был первым, кто связал кляйнианский подход к терапии с описательным и характерологическим анализом специфической группы пациентов и создал первую современную теорию патологического нарциссизма.

По мнению Розенфельда, нарциссическая личность посредством всемогущества интроецирует “абсолютно хороший” примитивный частичный объект и/или проецирует свое Я “внутри” такого объекта, таким образом отрицая всякое отличие или отделенность Я от объекта. Это позволяет пациентам с нарциссизмом отрицать свою потребность в зависимости от внешнего объекта. Зависимость означала бы потребность в любящем и потенциально фрустрирующем объекте, на который направлена также интенсивная ненависть, причем последняя принимает форму сильной зависти (Rosenfeld, 1964). Зависть, как полагает Розенфельд, следуя Кляйн, есть первичное интрапсихическое выражение инстинкта смерти и самое раннее проявление агрессии в сфере объектных отношений. Нарциссические объектные отношения позволяют избежать агрессивных чувств, возникающих в ответ на фрустрацию и осознание зависти. Внешний объект, который в реальности нужен пациенту, часто используется для проекции всех нежелательных частей пациента “вовнутрь” этого объекта; таким образом, при терапии аналитик используется как “туалет”. Взаимоотношения с “аналитиком-туалетом” приносят большое удовлетворение нарциссичному пациенту, поскольку все неприятное помещается в аналитика, а все хорошее, что содержится в этих отношениях, пациент приписывает себе.

У этих пациентов, продолжает Розенфельд, существует в высокой степени идеализированный Я-образ, и они всемогущественно отрицают все, что не вписывается в

эту картину. Они могут быстро присвоить ценности и идеи других людей и утверждать, что это их ценности, или же могут бессознательно обесценивать и разрушать то, что получают от других (поскольку иначе это бы вызвало невыносимое чувство зависти), и потому они хронически неудовлетворены тем, что получают от других.

Розенфельд (1971) исследует другие проблемы такой структуры личности, связанные с тем, что идеализация своего Я включает идеализацию всемогущих разрушительных частей Я. Зараженность патологического “безумного” Я примитивной агрессией придает таким пациентам качество грубого саморазрушения. При этом пациент бессознательно ненавидит все хорошее и ценное — не только хорошее во внешних объектах, но и потенциально хорошее своего собственного нормального зависимого Я. В самых тяжелых случаях такой пациент чувствует безопасность и испытывает торжество только тогда, когда разрушил всех окружающих и, в частности, вызвал фрустрацию у тех, кто его любит. Чувство власти у таких пациентов, видимо, проистекает из их глухоты ко всем обычным человеческим “слабостям”. Иначе говоря, при ярко выраженном нарциссическом расстройстве личности “безумное” Я пациента пропитано злокачественной смесью либидо и агрессии, с явным преобладанием последней. И очень сложно выволить зависимые здоровые части Я из темницы нарциссической структуры личности.

Розенфельд (1975) считает, что его теория имеет отношение к наиболее тяжелым формам негативной терапевтической реакции. Он также предполагает, что бессознательная грандиозность этих пациентов может выражаться в фантазии, в которой они обладают и мужскими, и женскими чертами внутренних и внешних объектов, посему они так же полностью свободны от сексуальных потребностей, как свободны от потребности в зависимости. Кризис нарциссических структур может вызывать почти бредовые переживания параноидного характера, которые преодолеваются с помощью интерпретации, в результате чего пациент движется к состоянию подлинной зависимости: к депрессивной позиции и переживанию эдиповых конфликтов. Патологическое грандиозное Я таких пациентов порождает примитивные формы сопротивления терапии, более тяжелые и хуже поддающиеся воздействию, чем сравнительно мягкие типы негативной терапевтической реакции, в которых сопротивление представлено бессознательным чувством вины, исходящим от садистического Супер-Эго.

В отличие от прочих сторонников кляйнианского подхода, Розенфельд проявляет интерес к феноменологии расстройств характера и их дифференциальной диагностике. Поэтому его клинические наблюдения — если не его метапсихологию — легче интегрировать с основным течением психоаналитической мысли. Я полагаю, что Розенфельд дал нам важные описания клинических характеристик и форм переноса нарциссических пациентов, но не разделяю его мнения, что зависть есть выражение врожденного инстинкта смерти, и не согласен с его тенденцией интерпретировать нарциссические конфликты исключительно как отражение развития на первом году жизни. Я также не согласен с его гипотезой о том, что нарциссическая личность отрицает отделенность Я от объекта. Такой пациент отрицает *различия* между Я и объектом, но не отделенность; только при психотической структуре личности мы находим настоящую потерю дифференциации Я от объекта.

Это достаточно распространенное заблуждение. Оно присутствует в концепции “переноса поглощения” Кохута (Kohut, 1971) и у многих других авторов, для которых “симбиотические” взаимоотношения становятся слишком широким понятием. В результате этой ошибки пациенты, отрицающие отличие аналитика от самих себя, объединяются с пациентами, которые действительно не могут отделить свои телесные

переживания и мысли от переживаний и мыслей терапевта. Последнее характерно для пациентов с шизофренией, проходящих интенсивную терапию, а не для пациентов с психопатологией непсихотического характера. Нечеткость использования термина *психотический* у кляйнианцев есть одна из основных проблем такого подхода.

Кроме того, я ставлю под сомнение положение Розенфельда о том, что большинство пациентов с нарциссическим расстройством личности (как и пограничных пациентов) являются подходящими кандидатами для психоанализа. Я нахожу противоречия между данной терапевтической рекомендацией и описаниями по крайней мере некоторых случаев, которые он приводит. В своих поздних статьях Розенфельд (1979a) самостоятельно приходит к выводу, что ярких пограничных пациентов с нарциссическим расстройством личности, особенно пациентов с грубыми агрессивными чертами, не следует подвергать психоанализу. Кроме того, он предлагает существенное изменение техники при работе с некоторыми нарциссическими пациентами в периоды глубокой регрессии (1978).

Самое главное, я не могу согласиться с предположением Розенфельда, характерным для всех кляйнианцев, о том, что главные этапы развития человека относятся к первому году жизни. Так, например, он утверждает: “В нарциссических объектных отношениях всемогущество играет важнейшую роль. Объект, обычно частичный, например грудь, инкорпорируется посредством всемогущества; это предполагает, что младенец относится к нему как к своей собственности — мать или грудь используются как контейнеры, куда всемогущественно проецируются части Я, которые неприятны, поскольку могут причинить боль или вызвать тревогу”. Это характерно для кляйнианцев, которые относят всякое развитие к первому году жизни и рассматривают любой примитивный материал как отражающий предполагаемый самый ранний уровень развития. Такой подход вызывает у меня большие сомнения.

Я, тем не менее, солидарен с Розенфельдом в его представлении о необходимости интерпретировать как позитивный, так и негативный перенос нарциссических пациентов. Особенно важно, с моей точки зрения, то, что он выделил отдельную группу нарциссических пациентов, у которых грандиозное Я смешивает в себе агрессивные и либидинальные влечения. Я также ценю его клинические описания нарциссического переноса. Хотя мой подход к этим видам переноса не таков, как у Розенфельда, мои интерпретации во многом основаны на его рабочих описаниях.

В моем техническом подходе, в отличие от подхода Розенфельда, терапевт обращает главное внимание на то, что материал говорит о переносе. При этом я не делаю попытки немедленно найти генетические корни; фактически, чем примитивнее материал, тем с большей осторожностью следует относиться к генетической реконструкции, поскольку при таком уровне регрессии происходит интрапсихическая реструктуризация и смешение фантазий, происходящих из разных источников.

В отличие от техник кляйнианцев, я обращаю большее внимание на участие пациента в аналитическом исследовании. Я неохотно “обучаю” пациентов моим теориям и постепенно, намного осторожнее, чем последователи Кляйн, предлагаю пациенту расширить границы осознания бессознательного материала. Пациенты быстро учатся языку и теориям аналитика; и тут возникают проблемы, поскольку пациенты начинают поставлять аналитику материал, который “подтверждает” теорию любого рода. Эти проблемы особенно сильно проявляются в рамках авторитарных типов интерпретации, свойственных школе Мелани Кляйн. И, разумеется, как указывал сам Розенфельд,

нарциссические пациенты рады побольше узнать о теориях аналитика, чтобы потом использовать их для защиты.

Кохут и психология Я

В двух книгах и серии статей Хайнц Кохут (Kohut, 1971, 1977) предлагает совершенно иные метапсихологию, клинические объяснения и терапевтические подходы для нарциссического расстройства личности. По сути, Кохут утверждает, что существует группа пациентов, психопатология которых находится между психозами и пограничными состояниями, с одной стороны, и неврозами и легкими расстройствами характера — с другой. Группу нарциссических расстройств личности (по его мнению, таким пациентам показан психоанализ) можно, как он считает, отличить от всех остальных только по проявлениям переноса, а не по чисто клиническим описательным критериям.

В психоаналитической ситуации диагноз нарциссической личности можно установить, обнаружив два типа переноса: идеализирующий и зеркальный. Идеализирующий перенос отражает терапевтическую активизацию идеализированного образа родителя, он проистекает из архаичного рудиментарного “Я-объекта”. Пациент чувствует себя пустым и бессильным, когда отделен от идеализированного объекта переноса. Кохут предполагает, что интенсивная зависимость от этих идеализированных Я-объектов обусловлена желанием пациента заместить ими недостающий сегмент своей психической структуры. Нарциссическое равновесие пациента поддерживается интересом и одобрением со стороны тех, кто в настоящем является повторением Я-объектов, болезненно недостающих в прошлом.

Во-вторых, такому пациенту свойственна реактивизация грандиозного Я в психоаналитической ситуации. Это приводит к появлению зеркального переноса в анализе. Можно выделить три формы зеркального переноса в соответствии с тремя уровнями регрессии. Наиболее архаичен перенос “поглощения”, при котором грандиозное Я пациента окутывает аналитика. Менее архаичным является перенос типа “альтер-Эго”, или “двойника”. В еще меньшей степени архаичен “зеркальный” перенос в узком смысле этого слова. Наиболее архаичный перенос отражает оживление ранней стадии развития, на которой Я и объект идентичны. Перенос типа “альтер Эго”, или “двойника”, отражает ощущение пациента, что аналитик подобен ему или похож на него. При “зеркальном” переносе в узком смысле слова пациент воспринимает аналитика как отдельного человека, но значимого лишь в той мере, в какой тот нужен для собственных целей ожившего грандиозного Я пациента.

Кохут предполагает, что эти два типа переноса — идеализирующий и зеркальный — представляют собой активизацию в психоаналитической ситуации заблокированной стадии развития, стадии архаичного грандиозного Я. Хрупкость такого архаичного Я требует эмпатии и нормальной функции “отзеркаливания” со стороны матери, являющейся “Я-объектом”. Ее любовь и преданность помогают сначала консолидации грандиозного Я и затем его постепенному развитию, переходу к уверенности в себе и более зрелым формам самоуважения через все менее и менее архаичные типы “отзеркаливания”.

В то же время оптимальные отношения с “отражающим” Я-объектом способствуют развитию нормальной идеализации Я-объекта, приходящей на смену первоначальному совершенству грандиозного Я, которое теперь частично сохраняется в отношении с таким идеализированным Я-объектом. Такая идеализация в конечном итоге завершается —

согласно терминологии Кохута — “преобразующей интернализацией” идеализированного Я-объекта в интрапсихическую структуру, порождающую Эго-идеал и способность Супер-Эго к идеализации, что сохраняет новый тип интернализированной регуляции самоуважения.

Нарциссическая психопатология, по мнению Кохута, проистекает, в сущности, из травмирующего недостатка эмпатии матери и нарушения нормального развития процессов идеализации. Эти травматические события приводят к блоку развития, к фиксации на стадии архаичного инфантильного грандиозного Я и к бесконечному поиску идеализированного Я-объекта, необходимого для завершения развития психических структур. Все это и проявляется в разных типах нарциссического переноса, о которых мы говорили выше.

В процессе терапии психоаналитик должен позволить развиваться нарциссической идеализации себя пациентом, не прерывая ее преждевременной интерпретацией или соотносением с реальностью. Это дает возможность развиваться полноценному зеркальному переносу. Пациент заново переживает травматический опыт раннего детства своей более зрелой психикой, и в процессе “преобразующей интернализации” в нем создаются новые психические структуры — с помощью аналитика, служащего Я-объектом. Психоаналитик должен главным образом выражать эмпатию, уделять основное внимание нарциссическим нуждам и фрустрациям пациента, а не производным влечений или конфликтам, возникающим в периоды нарциссических фрустраций в ситуации анализа.

Неизбежные моменты, когда психоаналитику не хватает эмпатии, создают в процессе терапии травматические обстоятельства, при которых архаичное грандиозное Я временно фрагментируется; активизируется нарциссический гнев, возникает чувство диффузной тревоги, деперсонализация, ипохондрические тенденции или даже развивается более патологическая регрессия к бредовому восстановлению грандиозного Я в холодном параноидальном величии.

При каждом таком эпизоде нарциссической фрустрации психоаналитик вместе с пациентом выясняет, где и когда аналитик не проявил надлежащей эмпатии и как это связано с подобными событиями во взаимоотношениях пациента со значимыми объектами в раннем детстве. Кохут настойчиво подчеркивает, что для этого не требуется устанавливать параметры техники и что такая модификация стандартной психоаналитической техники отличается от анализа ненарциссических пациентов лишь тем, что тут делается основной упор на эмпатию — в отличие от “объективной нейтральности” — и основное внимание уделяется изменениям Я, а не влечениям и (пока еще не существующим) межструктурным конфликтам.

Кохут считает, что есть принципиальная разница между доэдиповой или нарциссической патологией и эдиповой психопатологией, связанной с обычными невротами и расстройствами характера ненарциссической природы. Психопатологию той стадии развития, которая начинается с образования архаического грандиозного Я и кончается преобразующей интернализацией Эго-идеала, надо исследовать с точки зрения превращений “биполярного Я” (в терминологии Кохута). Кохут предполагал, что один полюс — концентрация величия Я — собирает в себе основные амбиции раннего детства, а другой полюс — место сосредоточения главных идеализированных структур цели Я — появляется несколько позже. Эти два полюса возникают, соответственно, от материнского “отзеркаливающего” принятия, которое поддерживает “ядерное” величие, и от ее холдинга и заботы, что позволяет окутать переживания идеализированным

всемогуществом Я-объекта. Основные амбиции и основные идеалы связаны между собой промежуточной областью основных талантов и умений.

Эта структура биполярного Я, по мнению Кохута, отражает как происхождение, так и локализацию ранней психопатологии, в отличие от психопатологии влечений и конфликтов, свойственной трехчастной структуре психики эдипова периода. Он придумал термин *трагический человек* для обозначения нарциссической психопатологии и *виноватый человек* — для обозначения эдиповой психопатологии, развивающейся под влиянием влечений, бессознательных внутренних конфликтов и трехчастной структуры психики. По его мнению, агрессия, жадность и ненасытность при нарциссических расстройствах личности есть следствие дезинтеграции Я, а не мотивационных факторов этой дезинтеграции.

Кохут заменил свой прежний (1971) термин *нарциссический перенос* (основанный на теории либидо) термином *Я-объектный перенос*, показывая этим, что отказался от своей концепции нарциссического и объектного либидо как качественно отличающихся друг от друга (а не определяемых объектом, на который либидо направлено). Это вполне соответствует его взгляду на раннее интрапсихическое развитие как на нечто не зависящее от судеб развития влечений, то есть либидо и агрессии. Фактически, Кохут отказывается признавать влечения и конфликты как основные силы мотивации на ранних стадиях развития. Он считает, что нормальная преобразующая интернализация идеализированного Я-объекта в интрапсихическую структуру способствует образованию трехчастной интрапсихической структуры, предложенной Фрейдом, и открывает возможность для развития бессознательных интрапсихических эдиповых конфликтов, основанных на влечениях.

Как я уже указывал (1975), Кохут верно отобразил значение идеализации в переносе. Фактически, он сделал огромный вклад в прояснение нарциссического переноса, описав присущие тому черты грандиозности и идеализации. Но он упускает различие между патологическими типами идеализации, которые активизируются в нарциссическом переносе, и более нормальными типами идеализации, выражающими ранние защитные механизмы идеализации и их последующие модификации под влиянием интеграции объектных отношений. Таким образом, он смешивает (1) идеализацию, являющуюся частью защиты от агрессии, когда происходит защитное расщепление между идеализацией и обесцениванием, (2) идеализацию в качестве реактивного образования против вины и (3) идеализацию как проекцию патологического грандиозного Я. Принимая идеализацию в переносе, вместо того чтобы подвергнуть ее анализу, он упускает разницу между различными уровнями развития этого защитного механизма. Кохут также смешивает патологическое взаимодействие при пограничных состояниях и патологическом нарциссизме, сопровождающееся быстрым переключением с Я- на объект-репрезентации и обратно, и подлинные феномены поглощения, которые встречаются только при психозах.

Случаи, которые приводит Кохут, совсем не похожи на подлинные феномены поглощения, встречающиеся при симбиотическом переносе у шизофреников. Это отражает еще одну, более широкую, проблему: когда терапевт смешивает слова пациента о своих переживаниях с настоящей природой и глубиной его регрессии. Когда пациент говорит, что чувствует замешательство или “рассыпается на части”, это не обязательно означает, что у него “фрагментация Я”. Кроме того, Кохут не отличает патологическое грандиозное Я от нормального Я в процессе его развития в младенчестве и детстве. Следовательно, его попытки сохранить грандиозное Я и позволить ему сделаться более

адаптивным приводят к тому, что патология интернализованных объектных отношений не разрешается, и это существенно ограничивает эффект проводимой им терапии.

Основная проблема теории Кохута заключается в том, что он не проводит границы между нормальной и патологической грандиозностью. Его утверждение, что линия развития Я не зависит от объектных отношений, соответствует его терапии, в которой делаются попытки сохранить, защитить и усилить грандиозное Я. Создается впечатление, что он просто стремится постепенно смягчить грандиозное Я, чтобы оно не так сильно мешало окружающим. Лишь систематический анализ позитивного и негативного переноса патологического грандиозного Я, ведущий к постепенному раскрытию его защитных функций и к его замещению нормальным Я, позволяет разрешить патологию в сфере нарциссизма и объектных отношений у таких пациентов.

Кохут пренебрегает интерпретацией негативного переноса и даже искусственно способствует развитию в переносе идеализации. Я считаю, что такой подход к нарциссическим пациентам можно назвать поддерживающим и обучающим, поскольку он помогает им рационализировать агрессивные реакции как естественное следствие недостатков других людей в их прошлом. Эта проблема постоянно возникает в клиническом материале, который приводит Гольдберг в своей книге *“Психология Я: клинические иллюстрации”* (Goldberg, 1978).

Так, при работе с *мистером I.* (на этот пример ссылается и Гольдберг в *“Клинических иллюстрациях”*, и Кохут в своих двух книгах) аналитик почти всегда интерпретирует гнев и злость пациента как следствие либо ошибки аналитика, либо недостатков других людей. Аналитик не исследует ни бессознательный аспект фантазий пациента и его реакций на аналитика, ни его сексуальные конфликты (куда входят как его гомосексуальные импульсы по отношению к аналитику, так и садистическое сексуальное поведение с женщинами), кроме тех случаев, когда все они были связаны с фрустрацией грандиозности пациента или с идеализацией аналитика. Отказ Кохута от теории влечений как модели, соответствует его игнорированию агрессии в переносе — кроме тех случаев, когда он видит в ней естественную реакцию на недостатки других людей (в частности, аналитика).

Кроме того, Кохут не уделяет внимания анализу бессознательной стороны переноса, то есть анализу защитной природы сознательного восприятия аналитика пациентом. Отказываясь от анализа бессознательных переживаний и искажений аналитической ситуации, связывающих сознательное настоящее с бессознательным прошлым, аналитик дает пациенту возможность создавать свое прошлое посредством сознательной реорганизации, в отличие от той радикальной реорганизации бессознательного прошлого, которая происходит при проработке невроза переноса. Кохут, конечно, косвенно предполагает, что у таких пациентов не бывает полноценного невроза переноса. Может быть, у его пациентов действительно не было невроза переноса, но это просто следствие работы аналитика, который защищал и поддерживал патологическое грандиозное Я.

Суженная концепция эмпатии, понимаемой лишь как эмоциональное осознание аналитиком основного субъективного состояния пациента, приводит к тому, что Кохут не признает функции психоаналитической эмпатии в более широком смысле — такой эмпатии, которая позволяет аналитику понимать как переживания пациента, так и то, что тот диссоциирует, вытесняет или проецирует. Аналитику очень легко считать свое вмешательство “эмпатическим”, когда оно соответствует и его теории, и сознательным ожиданиям и нуждам пациента. Но, столкнувшись впервые с некоторыми истинами о самом себе, которых он избегает с помощью защит, пациент может испытать боль и

страдание, даже если эти истины предложены аналитиком тактично и с пониманием. Если на практике эмпатия означает защиту пациента от правды о нем, причиняющей боль, и, в частности, усиление нарциссического трансферентного сопротивления, тогда такая концепция крайне узка. Кроме того, в книгах Кохута или в *“Клинических иллюстрациях”* нет примеров эмпатии по отношению к дикой, страстной и радостной агрессии пациента. Тот факт, что жестокость и садизм могут приносить наслаждение, затемняется ссылками на фрустрирующие обстоятельства, которые мотивируют эти состояния. Из-за этого само понятие переноса в примерах Кохута делается плоским, и текущие сознательные переживания пациента непосредственно связываются в основном с сознательным прошлым.

На мой взгляд, Кохут не случайно смешивает свою концепцию *Я-объекта* — примитивной и в большой мере искаженной репрезентации значимых других — с более-менее искаженными или реалистичными объект-репрезентациями преэдиповой и эдиповой стадий развития. Я- и объект-репрезентации, нагруженные либидо или агрессией, отсутствуют в теоретической системе Кохута. Поэтому в состоянии фрустрации или неудачи (включая, разумеется, и нарциссические фрустрации или неудачи) существует только одна угроза — угроза травматизации или фрагментации Я. Совсем не упоминаются “плохие” фрустрирующие объект-репрезентации — например, образ “плохой” матери. Интрапсихический мир в представлении Кохута содержит лишь идеализированные образы Я и других (Я-объектов). Эти теоретические ограничения не позволяют объяснить воспроизведение в переносе внутренних взаимоотношений с “плохими” объектами, а это одно из важнейших проявлений не только патологического нарциссизма, но и всякой тяжелой психопатологии вообще. Эта теоретическая проблема соответствует тому, что Кохут, на клиническом уровне, не интерпретирует негативный перенос. Признание того, что агрессия в переносе вызвана “ошибкой” аналитика, диаметрально противоположно интерпретации этой агрессии как искажения переноса, в котором проявляется бессознательная агрессия по отношению к ранним интернализированным объектам.

Кохут указывал на то, что его теоретические формулировки соответствуют его клиническому подходу, подобным трогательным аргументом доказывая ценность своей теории. Я согласен с тем, что Кохут последователен в своих мыслях, но, по-моему, эти мысли ошибочны. Психоаналитический подход к патологическому грандиозному Я, приводящий к его разрешению, позволяет развиваться переносу, в котором представлены не только фрагментированные осколки и кусочки влечений, но и достаточно дифференцированные, хотя и примитивные, частичные объектные отношения. Их можно исследовать и разрешить с помощью интерпретации, в результате чего они преобразуются в более зрелые или целостные объектные отношения и типы переноса, что позволяет разрешить примитивный интрапсихический конфликт и приводит к созданию нормального Я. Игнорируя проявления переноса в регрессивных состояниях, принимая их просто за “фрагментацию Я”, Кохут лишает себя возможности понять самые глубокие, наиболее примитивные слои психического аппарата. Он признает, что его подход приносит улучшение в нарциссической сфере личности, но не в сфере объектных отношений. Систематическая же психоаналитическая интерпретация патологического грандиозного Я и неинтегрированных примитивных Эго-Ид состояний, проявляющихся в процессе терапии, позволяет разрешить как нарциссическую патологию, так и связанную с ней патологию интернализированных объектных отношений.

Как уже было упомянуто, Кохут полагает, что у пациентов, достигших преобразующей интернализации идеализированного Я-объекта в Эго-идеал с последующей интеграцией Супер-Эго, существуют условия для образования трехчастной структуры психики и для

развития эдипова бессознательного внутреннего конфликта, определяемого влечениями. Можно задуматься о том, не откажутся ли последователи Кохута от такого компромисса ради создания более цельной психологии Я, которая полностью вытеснит метапсихологию Фрейда. Теоретическая двойственность проявляется в утверждении Кохута о том, что, поскольку метаморфозы формирования и взросления Я не основаны на влечениях или на интрапсихическом конфликте, производные сексуального или агрессивного влечений, проявляющиеся в период травматической фрагментации архаического грандиозного Я, есть продукты дезинтеграции Я. Таким образом, согласно Кохуту, Я не основано на влечениях, но рождает влечения посредством фрагментации.

Теория Кохута не может ответить на многие вопросы. Если мы отказываемся от теории инстинктов, что тогда мотивирует Я, что подталкивает Я? Если агрессия и либидо есть продукты дезинтеграции, то как объяснить их наличие? Почему Я-объекты не преобразуются в процессе развития? И какую роль играют объектные отношения (если они вообще что-то значат) на доэдиповой стадии развития?

Как бы мы ни отвечали на эти вопросы, я предполагаю, что последователям теории Я Кохута придется задуматься над проблемами мотивации, раннего развития и роли объектных отношений.

Эго-психология объектных отношений

В критике вышеприведенных подходов воплощены многие из моих собственных теоретических мыслей о нормальном и патологическом нарциссизме (см. также Kernberg, 1975, 1976, 1980). Обобщая, добавлю, что мой подход отличается от традиционной психоаналитической точки зрения, основанной на работе Фрейда (1914), который первым исследовал нарциссизм. По его мнению, сначала существует нарциссическое либидо, а потом появляется либидо, направленное на объект. Мои взгляды также расходятся с мнением Кохута (1971), который считал, что нарциссическое и объектное либидо начинаются вместе, а потом развиваются независимо друг от друга, и что агрессия в нарциссической личности вторична по отношению к нарциссическому расстройству. Я считаю, что развитие нормального и патологического нарциссизма всегда включает в себя взаимоотношения Я-репрезентаций с объект-репрезентациями и с внешними объектами, а также конфликты инстинктов, в которых участвуют как либидо, так и агрессия. Если мои формулировки отражают реальность, из них вытекает, что нельзя исследовать нарциссизм, не исследуя одновременно метаморфозы либидо и агрессии и не исследуя интернализированные объектные отношения.

Предложенная мной концепция Я (self) очень близка к первичной фрейдовской концепции *Ich*, Я (the I), Эго (см. главу 14). Она связана с динамическим бессознательным и зависит от него как от скрытого течения, влияющего на психическое функционирование. Главная причина, почему я предлагаю понимать под Я сумму всех интегрированных Я-репрезентаций различных стадий развития, а не просто какую-то “собирательную” Я-репрезентацию, заключается в том, что эта организация или структура играет центральную роль в развитии. Я глубоко убежден: использование данного термина оправдано по той причине, что важно отличать нормальное Я от патологического (грандиозного) Я нарциссической личности, а также от основанного на конфликте, диссоциированного или расщепленного Я, присущего пограничной личностной организации. В моем представлении Я есть чисто психическая организация, и теперь я кратко обрисую ее происхождение и развитие, нормальное и патологическое.

Якобсон (Jacobson, 1971) и Малер (Mahler and Furer, 1968; Mahler et al., 1975) расширили наше понимание генетической и связанной с развитием непрерывности (континуальности) широкого спектра неорганической психопатологии. Как Якобсон, так и Малер использовали структурную концепцию. Описанные Якобсон регрессивный патологический отказ от Я- и объект-репрезентаций и даже их фрагментация, свойственные маниакально-депрессивному психозу и шизофрении, соответствуют описанному Малер отсутствию границ между Я- и объект-репрезентациями при симбиотическом психозе детства. В своих исследованиях нормальной и патологической стадии сепарации-индивидуации, особенно субфазы “раппрошмент” (rapprochement), соответствующей пограничной психопатологии, объясняя свойственную пограничным состояниям неспособность достичь постоянства объекта, Малер использует концепции Якобсон. Малер привела клинические данные, которые позволили установить соответствующий возраст для стадий развития интернализированных объектных отношений, что подтверждало теорию, предложенную Якобсон. Мои собственные исследования патологии интернализированных объектных отношений при пограничных состояниях осуществлялись в контексте этой теории.

Таким образом, теперь возможно, оставаясь в рамках метапсихологии Фрейда, проанализировать — с точки зрения генетического аспекта и аспекта развития — взаимосвязь между различными типами и степенью психопатологии и неудачами в достижении нормальных стадий интеграции интернализированных объектных отношений и Я.

(1) Психозы связаны с недостатком дифференциации Я- и объект-репрезентаций, вследствие чего стираются не только границы между Я- и объект-репрезентациями, но и границы Эго.

(2) Пограничные состояния характеризуются дифференциацией Я- и объект-репрезентаций и, следовательно, сохранением способности тестировать реальность, но при этом пограничные пациенты не способны синтезировать Я как интегрированную концепцию и интегрировать концепции значимых других. Преобладание механизмов расщепления и связанных с ними диссоциированных или отщепленных множественных Я- и объект-репрезентаций характеризует структуру Эго при таких состояниях и объясняют защитную фиксацию на уровне недостаточно интегрированного Я и неудачу в интеграции Супер-Эго (Kernberg, 1975).

(3) Мои исследования психопатологии и терапии нарциссической личности показали на клинической практике достоверность следующих идей:

(а) Хотя нормальный нарциссизм есть проявление либидо, направленного на Я (как было определено ранее), нормальное Я образует структуру, в которой интегрированы либидо и агрессия. Интеграция “хороших” и “плохих” Я-репрезентаций в реалистичной концепции Я, которая вбирает в себя, а не расщепляет различные частичные Я-репрезентации, необходима для либидинальных инвестиций нормального Я. Это требование объясняет следующий парадокс: интеграция любви и ненависти есть предпосылка для способности нормально любить.

(б) Специфические нарциссические сопротивления у пациентов с нарциссической патологией характера отражают патологический нарциссизм, отличающийся как от обычного взрослого нарциссизма, так и от фиксации на нормальном инфантильном нарциссизме или от регрессии к нему. В отличие от двух последних состояний, патологический нарциссизм появляется тогда, когда либидо направлено не на

нормальную интегрированную структуру Я, а на патологическую. Это патологическое грандиозное Я содержит в себе реальное Я, идеальное Я и идеальные объект-репрезентации. Обесцененные или определяемые агрессией Я- и объект-репрезентации отщеплены или диссоциированы, вытеснены или спроецированы. Психоаналитическое разрешение грандиозного Я в контексте систематического анализа нарциссического сопротивления характера постоянно выводит на поверхность (то есть активизирует в переносе) примитивные объектные отношения, конфликты, структуры Эго и защитные операции, которые свойственны фазам развития, предшествующим постоянству объекта. Такие виды переноса, тем не менее, всегда смешаны с конфликтами эдиповой природы, так что они удивительно похожи на перенос у пациентов с пограничной личностной организацией.

(в) Разрешение в психоаналитической терапии этих примитивных типов переноса и связанных с ними бессознательных конфликтов и защитных операций постепенно позволяет интегрировать противоречивые Я- и объект-репрезентации, на которые направлены либидо и агрессия, и при этом происходит интеграция нормального Я. Параллельно преобразуются объектные отношения — из частичных в целостные, достигается постоянство объекта, разрешаются как патологическая любовь к своему Я, так и патологическое отношение к другим.

(г) Патологический нарциссизм можно понять лишь в свете метаморфоз производных либидо и агрессии; патологический нарциссизм есть проявление не только либидо, направленного на свое Я, а не на объекты или на объект-репрезентации, но и либидо, направленного на патологическую структуру Я. Подобным образом нельзя понять структурные характеристики нарциссической личности просто с точки зрения фиксации на раннем нормальном уровне развития или с точки зрения неудачного развития некоторых интрапсихических структур; эти структурные характеристики есть следствие патологического развития Эго и Супер-Эго, связанного с патологическим развитием Я, как мы уже говорили.

(4) Отсутствие противоречий в концепции Я, свойственное тем психопатологическим состояниям, которые всего ближе к здоровью, есть клиническое проявление интегрированного Я и способности устанавливать глубокие объектные отношения, которая говорит о том, что эти пациенты достигли стадии постоянства объекта. У невротических пациентов есть интегрированное нормальное Я, сосредоточенное вокруг сознательных и предсознательных аспектов Эго, хотя включающее в себя и бессознательные аспекты. Нормальное Я — верховный организатор главных функций Эго, таких как тестирование реальности, синтез и интеграция. Тот факт, что невротический пациент, у которого серьезно нарушены взаимоотношения с другими, в то же время сохраняет способность поддерживать наблюдательную функцию Эго, предоставлять свое “разумное сотрудничающее Эго” в качестве средства для психоаналитической терапии, показывает, что у таких пациентов — интегрированное Я.

(5) Это, наконец, приводит нас к концепции нормального Я, которое, в отличие от патологического грандиозного Я, формируется естественным путем по мере образования и интеграции трехчастной интрапсихической структуры. И с клинической, и с теоретической точек зрения мы можем таким образом определить Я как интегрированную структуру, у которой есть аффективные и когнитивные компоненты; структуру, помещенную в Эго, но развившуюся из предшественников Эго — из интрапсихических структур, которые существовали до интеграции трехчастной структуры. Такой взгляд несколько отличается от безличной концепции происхождения и свойств трехчастной структуры Рапарпорта (Rapaport, 1960). Барьеры вытеснения, которые действуют и

поддерживают динамическое равновесие трехчастной структуры, также служат для бессознательного влияния и контроля над Я. Это не абстрактные психические энергии, подобные гидравлическому давлению, но вытесненные интернализированные объектные отношения, либидинальные и агрессивные, которые стремятся реактивизироваться, внедряясь в интрапсихическое и межличностное пространство Я.

Клинические аспекты

Для практических нужд можно выделить следующие формы нарциссизма: нормальный взрослый, нормальный инфантильный и патологический нарциссизм. Нормальный инфантильный нарциссизм важен для нас лишь по той причине, что фиксация на нем или регрессия к инфантильному нарциссизму — важная черта любой патологии характера. Для таких состояний характерны нормальная, хотя и в огромной степени инфантильная структура Я и нормальный интернализированный мир объектных отношений. Нормальный взрослый нарциссизм существует тогда, когда самоуважение регулируется с помощью нормальной структуры Я, связанной с нормальными интегрированными или же цельными интернализированными объект-репрезентациями. А также тогда, когда самоуважение регулируется с помощью интегрированного, в значительной степени индивидуализированного и абстрагированного Супер-Эго и с помощью удовлетворения инстинктивных нужд в контексте стабильных объектных отношений и стабильной системы ценностей.

Для патологического же нарциссизма, в отличие от предыдущих состояний, характерна ненормальная структура Я, которая может относиться к одному из двух типов. Один такой тип был приведен Фрейдом (1914) в качестве иллюстрации к понятию “нарциссический объектный выбор”. В этом случае Я пациента патологическим образом идентифицируется с объектом, а репрезентация инфантильного Я пациента проецируется на этот объект. Таким образом создаются либидинальные взаимоотношения, в которых Я и объект обменивались своими функциями. Это часто встречается в случаях мужского и женского гомосексуализма. И снова можно сказать, что, хотя у таких пациентов нарциссические конфликты более серьезны, чем конфликты пациентов с патологией характера, возникшие на основе нормального инфантильного нарциссизма, тем не менее они соответствуют нормальному интегрированному Я и нормальному интернализированному миру объектных отношений.

Второй, более тяжелый тип патологического нарциссизма — нарциссическая личность в собственном смысле слова. Этот особый тип патологии характера предполагает наличие у пациента патологического грандиозного Я. Пациенты с нарциссическим расстройством личности по-разному функционируют в социальном мире; бывает, что на поверхностном уровне их расстройства почти незаметны. Лишь в процессе диагностического исследования таких пациентов можно увидеть их особенности: чрезвычайная частота разговоров о себе при взаимодействии с другими людьми, чрезмерная потребность в любви и восхищении окружающих, а также еще одна любопытная черта — противоречие между раздутой Я-концепцией и периодически возникающим чувством неполноценности. Им в огромной степени необходимо одобрение других, их эмоциональная жизнь бледна. Хотя обычно сознательные переживания этих пациентов относительно своего Я в достаточной мере интегрированы, — что отличает их от типичных пациентов с пограничной личностной организацией, — они не способны создавать интегрированные концепции других людей. Способность испытывать эмпатию у них крайне ограничена, а

преобладающие защитные механизмы таких пациентов — те же примитивные защиты, которые характерны для пограничной организации личности.

Люди с нарциссическим расстройством личности относятся к окружающим с необыкновенной завистью: они идеализируют тех, от кого ждут приношений своему нарциссизму; тех же, от которых ничего не ждут (нередко своих прошлых кумиров), презируют и относятся к ним с унижением. Часто в своих взаимоотношениях с другими людьми они играют роль эксплуататоров или паразитов. За поверхностной обаятельностью и заинтересованностью можно разглядеть холодность и жестокость. В типичных случаях они испытывают беспокойство и скуку, когда лишены новых источников, питающих их восхищение самими собой. Поскольку им очень нужно восхищение других людей, они нередко кажутся зависимыми. Но на самом деле они не способны быть в положении зависимости от кого бы то ни было, поскольку в глубине никому не доверяют и обесценивают всех людей, а также бессознательно “портят” то, что получили от других, и это связано с бессознательными конфликтами зависти.

При психоаналитической терапии в процессе систематического исследования патологического грандиозного Я и его разрешения с помощью интерпретации становятся явными интенсивные конфликты, в которых смешаны эдиповы и доэдиповы темы, главной из которых являются доэдипова агрессия, связанная со специфичными для таких пациентов конфликтами зависти. Другими словами, за защитной структурой грандиозного Я скрываются конфликты, типичные для пограничной личностной организации. Недостаточность объектных отношений, лежащая на поверхности, является защитой от скрытых крайне патологических интернализованных объектных отношений.

Такое описание структуры нарциссической личности имеет отношение к терапии, поскольку объясняет как развитие негативной терапевтической реакции, связанной с бессознательной завистью, так и возможность разрешения, параллельно с разрешением патологического грандиозного Я, патологии интернализованных объектных отношений. Из такой концепции психической структуры можно также сделать важные теоретические выводы. Вопреки распространенной традиционной точке зрения психоанализа, предполагающей, что тяжелый нарциссизм есть проявление фиксации на ранней нарциссической стадии развития и неспособность любить объект, можно думать, что в этих случаях развитие ненормальной любви к Я сосуществует с развитием ненормальной любви к другим. Нарциссизм и объектные отношения нельзя отделить друг от друга.

Когда нарциссическая личность достигает высокого уровня функционирования, мы видим пациента, лишённого невротических симптомов и с хорошей поверхностной адаптацией. Он почти совсем не замечает у себя признаков какого-либо эмоционального расстройства, за исключением хронического ощущения пустоты или скуки, необычайной потребности в восхищении окружающих и потребности в личном успехе, а также выраженной неспособности интуитивно понимать другого, чувствовать эмпатию или эмоционально вкладывать себя во взаимоотношения. Функционирующие на таком высоком уровне пациенты, у которых нарциссическое расстройство личности сочетается с высоким интеллектом, кажутся творческими людьми, но внимательное наблюдение за их деятельностью на протяжении длительного периода показывает их поверхностность и непостоянство. Немногие из таких пациентов обращаются к терапевту, пока не начнут страдать от сопутствующих невротических симптомов. С годами их нарциссическая патология обычно осложняется этими вторичными симптомами, отчего в среднем и пожилом возрасте их функционирование ухудшается, и — парадоксальным образом — одновременно улучшается прогноз психоаналитической терапии в среднем возрасте (Kernberg, 1980; см. также главу 4). В этот период жизни у них появляются хронические

депрессивные реакции, совершенно неадекватное использование отрицания, обесценивания, иногда гипоманиакальные черты личности, являющиеся попыткой защититься от депрессии; нарастает ощущение пустоты и бессмысленности прожитой жизни.

Средние по степени серьезности случаи нарциссической патологии соответствуют только что приведенному мною описанию; обычно таким пациентам показан стандартный психоанализ.

На более тяжелом краю спектра нарциссической патологии находятся пациенты, у которых, несмотря на защитные функции патологического грандиозного Я, обеспечивающего некое постоянство в социальном взаимодействии с другими, заметны явные проявления пограничной патологии: недостаток контроля над импульсом, плохая переносимость тревоги, серьезные нарушения способности сублимировать и склонность к вспышкам гнева или хроническая злость, или же тяжелые параноидные искажения. Многим из таких пациентов больше подходит экспрессивная терапия, чем обычный психоанализ. Их терапия соответствует терапии пациентов с пограничной организацией личности (см. главы 6 и 7), модифицированной в свете психоаналитической техники, описанной ниже. Когда экспрессивная терапия противопоказана, можно рекомендовать таким пациентам поддерживающий подход.

Важнейший прогностический фактор, который надо иметь в виду при исследовании нарциссической структуры личности, — эта степень, в какой агрессия интегрирована в патологическое грандиозное Я или же, напротив, в какой она содержится в скрытом виде в диссоциированных и/или вытесненных примитивных объектных отношениях, против которых структура патологического грандиозного Я является основной защитой. Можно так описать последовательность интеграции агрессии в процессе развития: (1) примитивная диссоциация или расщепление агрессивных объектных отношений от либидинальных объектных отношений; затем (2) смешение этих примитивных агрессивных объектных отношений с производными сексуального влечения в контексте полиморфно перверсного сексуального влечения; и затем (3) преобладающее направление агрессии по каналам патологической нарциссической структуры характера, когда агрессия непосредственно пропитывает патологическое грандиозное Я. Все три такие фиксации развития или три типа регрессии можно найти у нарциссических личностей, и каждая из них по-своему проявляется в клинике.

Когда непосредственно проявляются диссоциированные частичные объектные отношения агрессивной природы, мы имеем дело с нарциссической личностью, функционирующей на пограничном уровне, которой свойственны общая импульсивность, параноидные тенденции и нарциссическая ярость. Смешение примитивных агрессивных объектных отношений с частичным сексуальным влечением проявляется в пропитанных садизмом полиморфно-перверсных фантазиях и действиях. Когда же примитивная агрессия непосредственно пропитывает патологическое грандиозное Я, возникают особенно тяжелые формы патологии, которые называют злокачественным нарциссизмом (см. главу 19).

В последнем случае грандиозность и патологическая идеализация Я у нарциссического пациента могут поддерживаться ощущением триумфа над страхом и болью, для чего он стремится вызвать страх и боль у других. Сюда же относятся и пациенты, у которых самоуважение питается садистическим удовольствием или агрессией, связанной с производными сексуального влечения. Нарциссические личности, получающие наслаждение от жестокости; пациенты, которые обретаю ощущение превосходства и

победы над жизнью и смертью и получают сознательное удовольствие, причиняя себе серьезные повреждения; нарциссические пациенты, сочетающие в себе параноидные и эксплозивные черты личности, у которых импульсивное поведение, приступы ярости и обвинения других являются основными каналами удовлетворения инстинктов — все такие случаи могут быть проявлением смещения агрессии и патологического грандиозного Я. Для них ситуация терапии может стать стабильной отдушиной, местом для выхода агрессии, и это сильно мешает достижению структурного интрапсихического изменения.

У других же нарциссических личностей грандиозное Я в значительной степени свободно от прямо выраженной агрессии. Механизмы вытеснения защищают пациента от скрытых примитивных объектных отношений, в которых сочетаются сексуальные и агрессивные производные влечений. В таких случаях “нарциссическая ярость” или параноидные реакции появляются на поздних стадиях терапевтического процесса и не являются столь злокачественными.

Встречаются и другие пациенты, в какой-то мере способные интегрировать агрессию с помощью сублимации, что соответствует невротической структуре личности, в которой агрессия интегрирована со структурами Супер-Эго. У таких пациентов клинически более благоприятный тип агрессии, направленной на себя, они способны переживать депрессию. Некоторые же нарциссические пациенты, функционирующие на самом высоком уровне, могут с помощью сублимации интегрировать агрессию в сравнительно адаптивные функции Эго, достигая честолюбивых целей с помощью адекватной интеграции производных агрессивного влечения.

Сравнительно редко встречающимся и особенно сложным типом нарциссической личности является “ложная” (“as if”) нарциссическая личность — категория, отличающаяся от обычного типа “ложной” личности (подобной хамелеону, постоянно переключающейся с одного на другое, с ее ложной гиперэмоциональностью и псевдоадаптацией). Я называю такую личность “ложной”, имея в виду ее вторичные защиты от патологического грандиозного Я. Такие пациенты приводят на память пантомиму Марселя Марсо, в которой он одну за другой снимает с себя маски и наконец с ужасом обнаруживает, что последнюю невозможно содрать с лица. Эти пациенты переходят от действия к действию, не зная, кто есть действующее лицо, кто стоит за суммой различных ролей. Обычно такой тип характера защищает пациента от тяжелых параноидных страхов, реже — от бессознательной вины.

С точки зрения интеграции агрессии и защит от нее наименее благоприятен прогноз у пациентов, у которых само патологическое грандиозное Я пропитано агрессией, и у тех, у кого вторичные “ложные” черты характера являются защитой от скрытых мощных параноидных тенденций.

Еще одним фактором, чрезвычайно важным для прогноза терапии нарциссической личности, является та степень, в которой нарциссическая патология характера включает в себя антисоциальные тенденции. Чем сильнее они выражены, тем хуже прогноз. Обычно антисоциальные тенденции выражены в той же мере, в какой выражен недостаток интеграции нормальных функций Супер-Эго и в какой пациент не способен к депрессивным реакциям. Есть также обратная зависимость между антисоциальными тенденциями и качеством объектных отношений. Особенно плох прогноз в тех случаях, когда антисоциальные тенденции сочетаются с садистическим характером патологического грандиозного Я или с прямыми проявлениями выраженного садистического сексуального поведения.

12. Технические стратегии терапии нарциссической личности

Наиболее важным аспектом психоаналитической терапии нарциссической личности является систематический анализ патологического грандиозного Я, постоянно проявляющегося в переносе.

Яркой особенностью нарциссической патологии характера является то, что патологическое грандиозное Я в переносе используется для одной очевидной цели: чтобы избежать проявлений диссоциированных, вытесненных или спроецированных аспектов Я-и объект-репрезентаций, примитивных объектных отношений. Когда в психоаналитической ситуации активизируется грандиозное Я, пациент устанавливает непреодолимую дистанцию, становится эмоционально недоступным. В человеческих взаимоотношениях между пациентом и аналитиком внешне незаметно, но устойчиво отсутствует нормальная “реальная” сторона, отсутствуют отношения, при которых пациент относился бы к аналитику как к живому человеку. Активизация патологической идеализации своего Я у пациента, чередующаяся с проекцией этого идеализированного Я на аналитика, оставляет впечатление, что в комнате присутствует лишь один идеальный великий человек, которому скрыто воздается восхищение. Частый ролевой обмен между пациентом и аналитиком подчеркивает этот устойчивый по своей сути паттерн переноса.

Я уже подробно описывал (1975) проявления такого вида переноса, его службу примитивным механизмам защиты и их функциям, а также анализ различных его аспектов. Сейчас я хочу лишь подчеркнуть, что аналитик среди всего прочего должен анализировать типичный механизм всемогущего контроля, с помощью которого пациент пытается навязать аналитику определенную роль согласно своим нуждам. Аналитик должен производить впечатление блестящего и умного, чтобы пациент чувствовал, что посещает величайшего терапевта всех времен и народов. В то же время аналитик не должен быть чересчур умным, иначе он пробудит в пациенте зависть и возмущение. Аналитик должен быть таким же хорошим, как пациент — но не лучше (чтобы не возбуждать зависти) — и не хуже (чтобы не вызвать в пациенте обесценивающее презрение и ощущение полной потери).

Когда аналитик отказывается удовлетворять ожидания пациента и выражать восхищение, которое поддерживает грандиозное Я, а вместо этого предпринимает систематические попытки помочь пациенту понять природу переноса, это обычно вызывает у пациента злость, гнев или внезапную реакцию обесценивания аналитика и его слов. Обычно подобные реакции следуют за тем моментом, когда пациент чувствует, что аналитик его понял или чем-то ему помог; понимание и помощь заставляют пациента с болью осознавать, что аналитик автономен и независим от него. Терпимое отношение аналитика к таким приступам гнева и презрения, интерпретация, объясняющая причину таких реакций, постепенно позволяет пациенту интегрировать позитивные и негативные аспекты переноса: интегрировать идеализацию и доверие с яростью, презрением и параноидной недоверчивостью.

За явной и простой активизацией нарциссической ярости лежит активизация специфических примитивных бессознательных интернализованных объектных отношений прошлого — обычно расщепленных — и объект-репрезентаций, отражающих смешение эдиповых и доэдиповых конфликтов. В этом контексте периоды пустоты, сопровождающиеся ощущением, что “ничего не происходит” в терапии, можно понимать как активное бессознательное разрушение пациентом того, что он получил от аналитика,

как проявление неспособности пациента переживать зависимость от аналитика, являющегося дающей материнской фигурой.

Настойчивое стремление пациента добыть от аналитика знание и понимание, чтобы включить их в себя как нечто полученное силою, а не как дар, принимаемый с благодарностью, есть бессознательное разрушение того, что пациент получает, сложная эмоциональная реакция, впервые описанная Розенфельдом (1964), на разрешение которой обычно уходит много времени. В типичных случаях длинные периоды интеллектуального самоанализа, во время которых пациент обращается с аналитиком так, как будто того не существует (что может порождать негативный контрперенос в форме скуки), сменяются или перемежаются другими периодами, когда пациент страстно ждет интерпретаций и принимает их, пытаясь опередить аналитика в своих догадках, быстро инкорпорирует то, что услышал, как будто бы уже давно это знал сам, и в очередной раз, как только усваивает это новое знание, начинает чувствовать пустоту и неудовлетворенность, как если бы не получил ничего.

В то же самое время (в типичном случае) пациент с помощью проекции приходит к убеждению, что аналитик не чувствует к нему подлинного интереса, что он замкнут на себе и лишь эксплуатирует окружающих, как и сам пациент; что у него нет подлинного знания или убеждений, лишь ограниченный набор приемов и магических процедур, которые пациенту надо изучить и включить в себя. Чем сильнее испорчено Супер-Эго пациента и чем сильнее его потребность проецировать обесцененные Я- и объект-репрезентации, тем в большей мере он подозревает терапевта в такой же испорченности и тем сильнее обесценивает его. Эту ситуацию может изменить постепенная активизация или прорыв более примитивных форм переноса, когда пациент начинает выражать параноидную подозрительность и прямую агрессию в переносе. Явный разрыв взаимоотношений, которые прежде казались “идеальными”, есть, в глубоком смысле, проявление в переносе более подлинных, хотя и амбивалентных и переполненных конфликтами, взаимоотношений, которые отражают активизацию примитивных объектных отношений.

Ниже мы рассмотрим некоторые виды хронических защит характера, которые, постепенно нарастая, могут разрушить психоаналитическую ситуацию.

Вторичные защиты характера

“Ложный” характер

Тут я имею в виду не “ложную” (“as if”) личность, как ее обычно описывают, а подгруппу нарциссических пациентов (упоминавшуюся в главе 11), которые как бы постоянно играют роли. Такие пациенты могут изображать “идеального пациента”, разумно вспоминая значимые события прошлого и делая драматические открытия. Они учатся “искусству свободной ассоциации”, умело переходя от чувств к мыслям, от настоящего к прошлому, от фантазии к реальности. О неподлинности таких пациентов говорит лишь тот факт, что не происходит углубления эмоционального взаимоотношения с аналитиком. Параноидные страхи, возникающие в тот момент, когда не получается сыграть свою роль в ответ на интерпретацию аналитика, направленную на само это состояние, открывают настоящую тему их конфликта. Активизация подлинных тревоги и боли может стать первым шагом к исследованию функции такого поведения.

Параноидные микropsихотические эпизоды

Этот термин относится к состояниям некоторых нарциссических личностей после проработки нарциссических защит, а также к некоторым другим типам патологии характера, когда мощные механизмы защиты проанализированы и пациент пытается защититься от невыносимого чувства вины, сменяющегося ощущением, что аналитик яростно на него нападает. (Подробнее это описано в главе 19.) В таких ситуациях пациенту может, например, какое-то время казаться, что аналитик обманывает его, предает, искусственно провоцирует или пытается причинить ему боль, или же получает садистическое удовольствие от манипуляции пациентом. Аналитик в такие периоды может также казаться непорядочным или порочным, особенно, разумеется, пациенту, который борется с ощущением своей испорченности или непорядочности. У пациента может также появиться впечатление, что садистический аналитик пытается вызвать в нем чувство вины или стремится заставить пациента подчиниться своей ригидной конвенциональной точке зрения.

Проблема заключается в том, что такие параноидные эпизоды могут разрешаться посредством их “запечатывания”, а не в процессе подлинной проработки. В этих случаях глубокое убеждение пациента в “плохости” аналитика вытеснено или отщеплено и находится вне переноса. Такой компромисс может на время дать пациенту чувство безопасности и самоуважения, но в дальнейшем приводит к повторению аналогичных параноидных эпизодов. Убеждение пациента в том, что аналитик — “плохой”, постепенно возрастает и в конце концов приводит к тяжелому отыгрыванию вовне, к внезапному прекращению терапии или к ее искусственному завершению, когда пациент убежден, что доверять аналитику невозможно и что, прекращая терапию, он спасается от опасного врага. Лишь тяжелый опыт неудач в некоторых случаях психоаналитической терапии, когда, казалось бы, мы уже были близки к разрешению тяжелой патологии характера, научил меня распознавать такие ситуации. Я научился прорабатывать их у других пациентов, связывая такие эпизоды между собой с помощью интерпретации, анализируя патогенный процесс “запечатывания” в моменты временного улучшения, внимательно относясь непрерывности, скрытой за кажущимся непостоянством в переносе. Обобщая, можно сказать, что сопротивления характера, которые вносят в процесс психоанализа отсутствие непрерывности, являются важными причинами тупиковых ситуаций и должны настораживать аналитика, заставляя его задуматься о том, показан ли данному пациенту психоанализ.

Проблема вторичной — и первичной — выгоды

В отличие от вторичной выгоды некоторых невротических симптомов, всем патологическим чертам характера присуща “вторичная выгода”, которую сложно отличить от первичной бессознательной мотивации, связанной с патологическими особенностями характера. Как ни странно, адаптивные качества, присущие многим типам тяжелой патологии характера, улучшают функционирование пациента и снижают его мотивацию для изменения. Классическим примером являются выгоды подростков и молодых людей, связанные с некоторыми нарциссическими чертами характера, который ухудшают прогноз терапии в этом возрасте, в то время, как прогноз в среднем возрасте у тех же пациентов лучше, поскольку выгоды, получаемые от нарциссической патологии, уменьшаются. Социальная эффективность некоторых пациентов с контрфобическим характером — еще один пример того же.

Характерологический садизм

Тут я имею в виду некоторых нарциссических пациентов, у которых патологическое грандиозное Я пропитано примитивной агрессией и которым присущ Эго-синтонный садизм (это состояние подробнее описано в главе 19).

Этим пациентам сама ситуация терапии приносит такое удовлетворение, что мотивация изменяться у них исчезает, а это ведет к терапевтическому тупику. Та степень, в какой аналитик может сохранять эмпатию к пациенту без мазохистического подчинения, и та степень, в которой аналитик может задавать четкие границы реальности, не отыгрывая вовне садистические аспекты своего контрпереноса, — важнейшие факторы для успешной работы с такими сопротивлениями характера. В этих случаях, очевидно, надо ставить вопрос о том, насколько пациенту показан психоанализ; в одних состояниях аналитик может помочь таким пациентам, в других — психоанализ противопоказан и оптимальным лечением является экспрессивная психотерапия.

Защита характера, скрывающая вытеснение: “скучная” личность

К данной категории относятся пациенты с по меньшей мере нормальным или чаще с высоким уровнем интеллекта, у которых механизмы вытеснения не только высоко эффективны и ригидны, но и поддерживаются патологией характера. Сложная система рационализаций и контролируемого “изживания вовне” реактивных образований у таких пациентов вторичным образом защищает вытеснение или же вытеснение скрывается за бурными эмоциональными кризисами. Нелегко привязать этот паттерн к определенному типу патологии характера. Его можно наблюдать у истерической, обсессивной и нарциссической личности, иногда у пациентов, которые, несмотря на недостаток понимания эмоциональной реальности, в течение многих лет охотно ходят к психоаналитику. Эти пациенты без признаков нарциссической структуры личности, проявляя упорство, адаптируются к ситуации терапии псевдореалистичным образом, что соответствует их “надежной” адаптации к жизни вне сферы симптоматического расстройства. Для них психоанализ представляет собой как бы только возможность “поучиться”, усиливающую их адаптацию без сколько-нибудь подлинного контакта с динамическим бессознательным.

Я встречал несколько таких пациентов и был супервизором при работе с ними моих коллег. В литературе ранних лет встречаются описания пациентов, у которых бессознательное не проявлялось типичным образом, но позднее среди этой группы определились более конкретные категории: типы негативной терапевтической реакции, нарциссическая патология характера и другие защиты характера. Но я полагаю, что среди данной категории пациентов остаются случаи, которые заслуживают более глубокого исследования. Некоторые такие пациенты на сегодняшний день не укладываются в наши диагностические рамки, мы выявляем их лишь только на основании тупиковых ситуаций в анализе.

Поздние стадии терапии

После нескольких лет систематического исследования защитных функций патологического грандиозного Я в переносе может наступить новая стадия психоаналитической терапии нарциссической личности, при которой грандиозное Я распадается на свои составляющие. Пациент поведением выражает интернализированные

объектные отношения в повторяющейся смене (а иногда — в обмене ими с аналитиком) репрезентаций реального и идеального Я, идеального объекта и реального объекта. Другими словами, пациент может по очереди идентифицироваться с идеализированными, грандиозными, наказывающими, фрустрирующими, манипулирующими, нечестными, садистическими или торжествующими аспектами идеализированных или реальных аспектов ранних Я- или объект-репрезентаций. При этом он проецирует на аналитика комплементарные роли наказуемого, преследуемого, презируемого, фрустрируемого, атакуемого или эксплуатируемого Я- и объекта-репрезентаций. Или же пациент может проецировать компоненты репрезентаций грандиозного Я на аналитика, сам идентифицируясь с комплементарными ролями инфантильного Я и объекта-репрезентаций.

Эта стадия редко достигается раньше, чем на третьем году психоанализа. Если она не достигается к пятому году, следует поставить под вопрос саму возможность разрешения патологического грандиозного Я пациента. Чаще же всего проработка этой стадии продолжается с третьего года до завершающей стадии психоанализа. На окончательных этапах разрешения грандиозного Я ситуация напоминает обычный психоанализ, поскольку пациент уже может реально зависеть от аналитика, может исследовать как свои эдиповы, так и доэдиповы конфликты, отличая одни от других. Одновременно происходит нормализация как его патологических объектных отношений, так и нарциссических механизмов регуляции.

Поскольку патологическое грандиозное Я защищает пациента от сильных внутренних конфликтов, типичных для пограничной патологии, бессознательные конфликты, возникающие на этой стадии в переносе, удивительным образом похожи на те, что мы встречаем при пограничной личностной организации вообще.

За эти годы обычно устанавливается рабочий альянс, который предохраняет от развития психотической регрессии в переносе, дает аналитику возможность, не покидая позиции технической нейтральности, контролировать серьезные случаи отыгрыша вовне и способствует развитию у пациента наблюдающего Эго и надежных объектных отношений с аналитиком. Все это позволяет проводить психоанализ, не устанавливая параметров техники, что часто бывает необходимым при терапии нарциссических пациентов, функционирующих на пограничном уровне.

На поздних стадиях терапии нарциссической личности часто можно наблюдать чередование периодов идеализации и периодов открыто негативного переноса, в процессе чего описанная выше патологическая нарциссическая идеализация постепенно сменяется идеализацией более высокого уровня. Важно исследовать изменение природы вновь появляющейся идеализации в эти периоды. На более высоком уровне, в отличие от нарциссической идеализации, пациент уже воспринимает аналитика не как проекцию своего идеализированного Я (нарциссическая идеализация), но как идеальную родительскую фигуру (возможно, как комбинацию родителей), которая способна переносить агрессию пациента и при этом не нападать на него в ответ и не разрушаться под ее воздействием. Такая более зрелая идеализация содержит в себе элементы вины, признак того, что пациент признает свою агрессию; она также содержит благодарность аналитику за его доверие и веру в пациента, проявляющиеся в стойком, хотя и тактичном, признании истинности всего того, что происходило в терапевтических взаимоотношениях.

Периоды, когда перенос преимущественно негативен, сопровождающиеся нарциссическим гневом, активизацией взаимоотношений с пугающей, садистической, нечестной и манипулирующей материнской фигурой или с фигурой, в которой смешаны

черты матери и отца, могут постепенно привести к тому, что пациент поочередно идентифицируется с садистическим родительским образом и с комплементарным образом преследуемой жертвы родительской агрессии. Таким образом он идентифицирует себя и аналитика с ранее диссоциированными или расщепленными Я- и объект-репрезентациями. Анализ такой череды оживающих в переносе Я- и объект-репрезентаций, представляющих конкретную “единицу объектных отношений”, может постепенно привести к интеграции этих диссоциированных или расщепленных идеализированных частичных объектных отношений, так что Я-репрезентации постепенно собираются в целостное Я, а объект-репрезентации — в цельную концепцию родительских объектов.

На поздних стадиях терапии, после того как систематическая интерпретация позитивного и негативного переноса создала условия для преобразования частичных объектных отношений в полные (другими словами, после достижения постоянства объекта с интеграцией хороших и плохих Я-репрезентаций и хороших и плохих объект-репрезентаций), разрешение патологического грандиозного Я и вообще нарциссических сопротивлений приводит к появлению нормального инфантильного нарциссизма в контексте анализа смешанных эдиповых и доэдиповых взаимоотношений.

На поздних стадиях терапии нарциссической личности нормальная способность быть в зависимости от аналитика постепенно замещает предшествовавшее состояние неспособности зависеть от него. Теперь пациент может пользоваться интерпретациями для исследования себя, а не в качестве отправной точки для жадного присвоения тайного знания, которым обладает аналитик. Теперь пациент способен говорить о себе аналитику, раньше же он говорил, обращаясь сам к себе, или же платил словами аналитику за свое удовлетворение. Пациент в этот момент открывает новые источники удовлетворения и безопасности, связанные с тем, что он может узнавать себя, творчески решать свои проблемы, и прежде всего с ощущением внутренней безопасности из-за того, что он обладает интернализированными хорошими объект-репрезентациями, полученными от аналитика.

Ощущение внутреннего богатства, основанное на благодарности за то, что он получил, и вера в свое благополучие в типичном случае уменьшают реакции зависти пациента и его потребность обесценивать других, порождаемую завистью. Параллельно пациент открывает в себе более сильную способность учиться — в эмоциональном и интеллектуальном смысле. Одним словом, он постепенно освобождается от ощущения внутренней пустоты, от патологических страстных амбиций и от хронического чувства скуки и беспокойства.

В сфере сексуальных конфликтов, помимо активизации и потенциального разрешения эдиповых конфликтов, смешанных с доэдиповыми темами, пациент приобретает умение переносить и разрешать зависть к другому полу, имеющую глубочайшие доэдиповы корни. Это один из основных аспектов сексуальных трудностей нарциссической личности и главный источник бессознательного отвержения такими людьми своей сексуальной идентичности, ограниченной “всего-навсего лишь одним полом”. Грюнбергер (Grunberger, 1979) описал бессознательные нарциссические фантазии, в которых пациент видит себя двуполым существом, что защищает его от зависти к другому полу. С клинической точки зрения можно отметить, что, когда такая бессознательная фантазия меняется и тема зависти проработана, у нарциссического пациента появляется способность влюбляться и сохранять отношения любви. Он может устанавливать, в частности, конкретные сексуальные и эмоциональные связи, в которых хранит верность, не чувствуя, что ему постоянно чего-то не хватает (Kernberg, 1976). На том этапе, когда разрешается

бессознательная чрезмерная зависть к другому полу, у пациента появляется новая эмоциональная способность — способность чувствовать ревность. Так, ощущая боль, он впервые приобщается к “треугольным” конфликтам эдиповой стадии.

Я уже подчеркивал чрезвычайную важность систематического анализа нарциссических сопротивлений переноса, то есть трансферентных сопротивлений патологического грандиозного Я. Это не предполагает, что в терапии пациентов с нарциссической патологией все распланировано искусственным образом. Во многих случаях на начальных стадиях терапии на первом месте стоят невротические конфликты, проистекающие из различных внутренних источников или связанные с проблемами в реальности. Аналитик должен сначала заниматься тем, что выступает на первый план в аналитической ситуации, и в этом смысле он следует за пациентом. Рано или поздно в анализе наступает момент, когда основной эмоциональной темой становится нарциссический перенос, и тогда следует заняться его проработкой и разрешением.

Эта задача сложна по той причине, что нарциссическая патология, как и всякая патология характера, проявляется преимущественно в невербальном поведении пациента. Невербальное поведение пациента отражает не только оживление в переносе конкретных объектных отношений прошлого, но и более общее, скрытое и, несмотря на это, мощное бессознательное стремление пациента устранить все конкретные “реальные”, прошлые и настоящие, объектные отношения, устранить всё за исключением патологического грандиозного Я.

В аналитической ситуации такое разрушение или распадение всех конкретных взаимоотношений переноса из прошлого пациента незаметно и устойчиво меняет его отношение к психоанализу вообще, а не только его поведение или установки по отношению к аналитику. Сначала аналитик может испытать странное ощущение отсутствия реальных взаимоотношений двоих людей в переносе, как если бы он один сидел в своем кабинете или как если бы там был одинокий пациент; субъективно аналитик может переживать смутное парализующее ощущение временной потери своей идентичности.

Было бы, тем не менее, опасно сделать вывод, что внимание аналитика к своим эмоциональным реакциям — это единственная точка опоры для диагностики и интерпретации нарциссических сопротивлений. Всегда существует опасность, что реакции контрпереноса повлияют на восприятие аналитика и что, работая с какой-либо патологией характера, в том числе с нарциссической, аналитик ригидно или преждевременно приступит к анализу характера или каких-нибудь других замороженных аспектов переноса. Аналитик должен обращать свое внимание одновременно на вербальное содержание сеанса (анализ свободных ассоциаций), на невербальное поведение, на то, как личность пациента влияет на аналитическую среду, и на стоящие за всем этим косвенно выраженные взаимоотношения с аналитиком, которые в данный момент активизируются. Наблюдение за поведением пациента, когнитивный анализ всех данных и эмпатия к субъективным переживаниям пациента и ко всему тому, что он диссоциирует или проецирует, — все это вместе является основой интерпретации.

Я хочу подчеркнуть, что надо пользоваться широким спектром психоаналитических данных, не придавая исключительного значения какому-либо отдельному аспекту этих источников информации. Аналитик должен сочетать многообразие восприятий, включая центральное субъективное переживание пациента, его диссоциированные переживания, прямой смысл его вербальных и невербальных коммуникаций, с желанием исследовать разнообразные гипотезы, относящиеся к одному и тому же материалу за какой-то период

времени, с желанием оценить их достоверность, их адекватность по общей реакции пациента на них. Чтобы прилагать разнообразные гипотезы к пациенту, психоаналитик должен их интегрировать и ясно понимать, иначе он будет хаотично пользоваться различными и косвенно противоречащими друг другу теориями. Представления современной Эго-психологии о развитии человека в свете теории объектных отношений дают нам необходимые теоретические рамки, в которых мы можем понять весь широкий спектр психопатологии, доступный на сегодняшний день психоаналитическому исследованию.

Моделл (Modell, 1976) и Волкан (Volkan, 1976) использовали при работе с нарциссическими личностями теоретическую модель объектных отношений, основанную на Эго-психологии, очень близкую к теориям, на которые опирается моя техника. Они полагают, что на начальной стадии анализа таких пациентов следует с уважением относиться к нарциссической идеализации и к неспособности этих пациентов усваивать интерпретации и осуществлять функцию холдинга, что соответствует фазе “кокона” в психоанализе. Тем не менее, предполагают оба автора, аналитик должен постепенно начать интерпретацию нарциссического грандиозного Я, тем самым активизируя у пациента примитивные уровни интернализованных объектных отношений в переносе. С этого этапа их подход в основном соответствует тому, что описано здесь.

Поддерживающая терапия нарциссической личности

В главе 11 я разделил все виды нарциссической личности по степени серьезности расстройства на выраженно пограничные и функционирующие на непограничном уровне, а в главе 10 я рекомендовал в качестве оптимальной терапии экспрессивную психотерапию для первых и психоанализ для вторых. Но иногда, когда есть противопоказания к экспрессивной психотерапии, появляется необходимость применять поддерживающую терапию.

Помимо изложенных выше общих соображений, к применению поддерживающей терапии нас склоняют следующие факторы неблагоприятного прогноза: выраженные антисоциальные тенденции, хроническое отсутствие контактов с другими людьми (когда, например, вся сексуальная жизнь сводится к фантазиям, сопровождающим мастурбацию), укорененные в характере и поддерживаемые рационализацией хронические реакции ярости и также преходящие параноидные психотические эпизоды. Иногда патологическое грандиозное Я настолько пропитано агрессией, что у пациента присутствуют сознательные идеи жестокости и разрушения, — это выражается в садистических перверсиях или в сознательном наслаждении при виде страданий другого человека, при насилии, при нанесении себе тяжелых повреждений. Во всех таких случаях желательно провести подробное обследование с пробным применением экспрессивного подхода; остановить свой выбор на поддерживающей модальности можно лишь методом исключения. И, как и во всех случаях поддерживающей психотерапии, надо вместе с пациентом установить цели терапии, предполагая, что тот будет активно сотрудничать с нами. Кроме того, надо установить, как пациент будет работать между сеансами.

В типичных случаях в процессе поддерживающей психотерапии у таких пациентов происходит активизация защитных механизмов, характерных для нарциссической психопатологии; надо обращать на это внимание и работать с ними без помощи интерпретации. Кажущееся развитие интенсивной зависимости от терапевта может оказаться псевдозависимостью, которая быстро исчезает, сменяясь полным обесцениванием терапевта. Поэтому важно установить реалистичные терапевтические

взаимоотношения, обращая внимание на ответственность пациента в процессе терапии, тактично предупреждая его об опасности нереалистичных идеализаций и ожиданий, направленных на терапевта, не поддерживая его кажущуюся зависимость от терапевта. Тщательная оценка реакций разочарования пациента относительно терапии очень важна, поскольку такая реакция есть косвенное обесценивание терапевта и ее происхождение может быть связано с предшествующими событиями терапевтического процесса.

Так, например, когда пациент получил значимое новое понимание от терапевта, можно ожидать парадоксальной реакции разочарования (отыгрывание вовне бессознательной зависти); стоит показать пациенту эту последовательность поведенческих реакций. Надо тактично обратить внимание пациента на примитивную патологическую идеализацию, свойственную нарциссическим личностям, и указать на то, что она ухудшает его самостоятельное функционирование. Пациент может приписывать терапевту качества божества, но ему надо помочь понять, как идентификация с такой фигурой создает тяжелые проблемы или мешает отвечать за себя в обычной жизни, когда, как ему кажется, богоподобный и легкодоступный терапевт может решить все проблемы с помощью магии. Естественно, если терапевт показывает связь между примитивной идеализацией и быстрым разрушением этой идеализации посредством разочарования и последующего обесценивания, это также помогает пациенту держаться на некотором расстоянии от своей тенденции идеализировать терапевта, бессознательно причиняя себе тем самым вред.

Когда мы имеем дело с пациентом, которому свойственны интенсивные вспышки гнева в связи с фрустрацией нарциссических нужд, особенно в тех случаях, когда такие реакции переходят в микропсихотические параноидные эпизоды, требуется активная и тщательнейшая оценка всех элементов в реальности, которые запускают гнев и параноидное искажение восприятия пациентом терапевта. Надо внимательно и тактично прояснить искажения реальности терапевтического взаимодействия, появляющиеся у пациента и основанные на механизме проекции, чтобы их снизить. Сложность ситуации состоит в том, что пациент может воспринимать любую попытку прояснить актуальную реальность как осуждение или садистическое обвинение со стороны терапевта. Терапевт должен снова и снова возвращаться к прояснению того факта, что он не обвиняет пациента, что, напротив, он старается помочь пациенту увидеть связь между восприятием и эмоциональной реакцией, независимо от того, реалистично это восприятие или нет.

Бывают ситуации, когда нельзя сразу прояснить реальность взаимодействия. В такие моменты можно просто признать, что пациент и терапевт могут воспринимать реальность совершенно по-разному, и не обязательно утверждать, что то или иное восприятие верно. Терапевт может сказать примерно следующее: “Мне кажется, я понимаю, как вы воспринимаете мое поведение. Не буду спорить. Но я понимаю его иначе, хотя представляю себе и ваше восприятие. Сможете ли вы продолжать нашу общую работу, хотя мы оба понимаем, насколько различны наши точки зрения?”. Этого часто бывает достаточно для того, чтобы продолжить работу с временным психотическим переносом, таким как параноидный микропсихотический эпизод.

Терпимое отношение терапевта к нарциссическому гневу пациента и параноидным искажениям в переносе, а также то, что терапевт признает смелость пациента, продолжающего поддерживать взаимоотношения в столь напряженной ситуации, — все это закладывает основы для будущего исследования реакций гнева и патологических проявлений характера в других межличностных взаимодействиях пациента.

В то же время анализ взаимодействия пациента с другими людьми, анализ их боли или их грандиозности или презрения по отношению к пациенту, как он их описывает, открывает

дорогу для последующего исследования подобных повторяющихся реакций самого пациента. Анализ спроецированной на других людей грандиозности пациента и проекций его поведения, выражающего обесценивание, заслуживает длительного изучения, поскольку потенциально ведет к пониманию подобных реакций в переносе.

Важно проанализировать источники сознательного и предсознательного недоверия в сексуальных взаимоотношениях пациента (оно связано с бессознательной завистью к другому полу и с глубокой доэдиповой патологией отношений с матерью, влияющей на нарциссическое расстройство взаимоотношений любви). Внимательное исследование сознательных и предсознательных источников недоверия и склонности пациента покидать своего сексуального партнера важно как предупредительная мера. По тем же причинам надо терпимо относиться к сексуальному промискуитету нарциссических пациентов, принимая их поведение. Им надо помочь осознать (и переносить этот факт) свою неспособность к стабильным сексуальным взаимоотношениям с вытекающими отсюда одиночеством и изолированностью.

Эта область требует особого такта и терпения. Грандиозный мужчина, находящийся в поиске совершенной и недоступной женщины, постоянно при этом разрушающий ценные взаимоотношения с женщинами, которых он на какое-то время может достичь, — это, можно сказать, экзистенциальная трагедия. Терапевт, делясь своим пониманием нужд пациента и пониманием внешней реальности, дает пациенту возможность искать новое решение проблемы, хотя не оказывает прямой помощи. При оптимальных условиях такой подход приводит к тому, что пациент снижает свои сознательные требования в сфере взаимоотношений с другим полом, бережнее обращается с партнерами, лучше переносит свои фрустрации, понимая, что альтернативой является хроническое одиночество. К сожалению, поддерживающая психотерапия в меньшей степени, чем экспрессивные модальности, способна что-либо изменить в психосексуальной сфере.

Когда пациент отыгрывает вовне свою потребность во всемогущем контроле в кабинете терапевта, это ограничивает способность терапевта действовать независимо. Косвенно, но с огромной силой пациент вынуждает терапевта быть настолько хорошим, насколько этого ожидает от него пациент, — не лучше самого пациента, а таким, каким его хочет видеть пациент, иначе самоуважение пациента окажется под угрозой. На практике это означает, что терапевт должен научиться понимать, как пациент использует свои реакции разочарования, чтобы контролировать его. Терапевт должен распознать такую реакцию, дать возможность как можно полнее ее прояснить и помочь пациенту переносить свои разочарования, относящиеся как к терапевту, так и к другим людям. Тогда реалистическое исследование разочарований помогает пациенту осознать свои чрезмерные требования, предъявляемые к другим людям, и вызываемые этими требованиями социальные конфликты. Лишенная осуждения оценка таких явлений может сильно помочь пациентам, не осознающим, насколько активно они сами разрушают свою профессиональную карьеру и социальную жизнь.

Распространенная проблема у некоторых нарциссических пациентов, функционирующих на выраженно пограничном уровне, — разрыв между огромными амбициями и слабыми способностями эти амбиции реализовать. Многие пациенты предпочитают получать пособие, но не подвергаться унижению в виде работы, на которую они смотрят свысока. Активное исследование этого противоречия и объяснение негативного влияния социальной непродуктивности на самоуважение может помочь пациенту согласиться на компромисс между высоким уровнем притязаний и своими способностями.

Психотерапевтической работе в контексте поддерживающей терапии может способствовать тенденция таких пациентов с энтузиазмом “вбирать в себя” то, что они получают от терапевта, и делать это своей “собственностью” — тенденция, связанная с бессознательным “обкрадыванием” терапевта в попытке компенсировать относящуюся к нему зависть и утвердить свое патологическое грандиозное Я (Rosenfeld, 1964). Пациент приписывает себе идеи и установки терапевта, считая их своими собственными, и использует их в повседневной жизни, уверяя себя, что ему не нужна посторонняя помощь. Когда такая идентификация с терапевтом, хотя и основанная на патологической идеализации, несет адаптивную функцию, надо ее допускать и приветствовать увеличение автономии пациента с помощью такого механизма. Он обладает потенциально позитивным эффектом в поддерживающей психотерапии нарциссической личности, поскольку противостоит потенциально негативному влиянию бессознательной зависти.

13. Анализ характера

Продвигаясь в том же направлении, что и мои предшественники, стремившиеся обогатить подход Эго-психологии к психоаналитической технике теорией объектных отношений (см. Kernberg, 1980, гл. 9), ниже я предпринимаю попытку соединить мои представления о структурных особенностях пациентов с тяжелой патологией характера с теорией техники Фенихеля (Fenichel, 1941). Предложенные Фенихелем метапсихологические критерии интерпретации включают в себя критически осмысленные технические рекомендации Вилгельма Райха (Reich, 1933), касающиеся анализа сопротивлений характера.

Согласно моему пониманию, бессознательные интрапсихические конфликты являются не просто конфликтами импульса и защиты, но конфликтами между двумя противоположными единицами или наборами интернализованных объектных отношений. Каждая такая единица состоит из Я-репрезентации и объект-репрезентации, несущих в себе определенную производную влечения (с клинической точки зрения, аффективную установку). Как импульс, так и защита выражаются через аффективно окрашенное интернализованное объектное отношение.

Патологические черты характера постоянно выполняют основную защитную функцию в психологическом равновесии пациентов с тяжелой патологией характера. Все защиты характера состоят из защитных сочетаний Я- и объект-репрезентаций, противодействующих другим пугающим вытесненным сочетаниям Я- и объект-репрезентаций. Так, например, мужчина, чрезмерно склонный к подчинению, может действовать под влиянием Я-репрезентации, которая охотно подчиняется властной и защищающей родительской (объектной) репрезентации. Но такой набор репрезентаций защищает его от вытесненной злобной Я-репрезентации, бунтующей против садистических и кастрирующих родительских репрезентаций. Такие конфликтующие интернализованные объектные отношения могут при подходящих обстоятельствах оживать в переносе, и тогда защиты характера становятся сопротивлением переноса. Интерпретация сопротивления переноса в понятиях гипотетических объектных отношений может привести к активизации этих Я- и объект-репрезентаций в переносе, таким образом превращая “отвердевшие” защиты характера в активный интрапсихический и трансферентный конфликты.

Чем тяжелее патология характера, тем в большей мере патологические черты приобретают специфические функции в переносе, они становятся одновременно и сопротивлением характера, и сопротивлением переноса (Fenichel, 1945b). Компромисс

импульса и защиты, представленный такими патологическими чертами характера, также приводит к более или менее скрытому удовлетворению импульса в переносе. То, что в тяжелых случаях патологические черты характера преждевременно и постоянно вклиниваются в ситуацию переноса, означает, что пациент преждевременно вступил в стадию серьезных искажений в своих взаимоотношениях с аналитиком. Эта ситуация напоминает обычный невроз переноса, но и отличается от него. Типичный невроз переноса у пациентов с менее тяжелыми нарушениями должен какое-то время развиваться и обычно сопровождается уменьшением проявлений невроза вне аналитической ситуации. Перенос же у пациентов с тяжелой патологией характера заключается в том, что пациент как бы проигрывает тот же паттерн поведения, который присущ ему во всех прочих сферах жизни. Кроме того, тяжесть патологии проявляется в той степени, в какой патологические черты характера выражаются через невербальное поведение, а не посредством свободной ассоциации.

Эта ситуация усложняется тем, что, чем тяжелее патология характера, тем в большей мере в невербальном поведении пациента, наблюдаемом в течение недель или месяцев, проявляется парадоксальное развитие. Время от времени на любом психоаналитическом сеансе можно наблюдать хаотичные скачки, что в значительной степени затрудняет выбор центрального материала для интерпретации. И все же в течение недель, месяцев и даже лет в этом хаосе присутствует странное постоянство. Бессознательный и в высокой степени специфичный набор искажений проявляется в отношении пациента к аналитику, он связан с активизированными в качестве защиты интернализованными объектными отношениями. Надо достичь их разрешения в контексте анализа переноса, чтобы добиться значительного структурного интрапсихического изменения. Часто два взаимно противоречивых набора примитивных объектных отношений активизируются поочередно, являясь защитами друг от друга; иногда их взаимная диссоциация является основным сопротивлением, нуждающимся в проработке. Или же какое-то одно специфическое объектное отношение оказывает длительное, незаметное, но сильное влияние на взаимоотношения пациента с аналитиком, проявляясь более в искажении психоаналитической ситуации в течение долгого времени, чем в конкретном развитии.

Клиническая иллюстрация

Мистер Т. Неженатый мужчина тридцати с лишним лет, работающий в сфере социальной реабилитации, обратился за консультацией по поводу трудностей во взаимоотношениях с женщинами и с клиентами на работе, в связи с крайне ограниченной способностью переживать эмпатию. Он жаловался также на общее чувство неудовлетворенности в форме скуки и раздражения и сомневался в смысле жизни. У него было нарциссическое расстройство личности без выражено пограничных или антисоциальных черт.

Поначалу его отношение к психоанализу и свободным ассоциациям было крайне амбивалентным. С одной стороны, он считал меня самым хорошим психоаналитиком среди сравнительно небольшого профессионального социума, где я работал; с другой стороны, он полагал, что психоанализ — достаточно старомодная техника прошлого. Он относился к моей, в его восприятии, ригидной психоаналитической позиции как к чему-то помпезному и скучному. Его собственные теоретический подход и образование были почти диаметрально противоположны психодинамической точке зрения. На ранних стадиях психоанализа мистера Т. беспокоило, интересно ли мне то, что он говорит; он подозревал меня в полном равнодушии и ему казалось, что любое движение, которое я делал, пока он лежал на кушетке, не имело никакого отношения к нему (так, он предполагал, что я навожу порядок в своей чековой книжке). Он сильно сердился, когда

замечал, что я забыл какое-то имя или событие, упоминавшиеся им на предыдущих сеансах.

Свободные ассоциации мистера Т. вращались вокруг его последней партнерши. Сначала она казалась ему очень привлекательной и желанной, но затем он обнаружил в ней недостатки. Ему стало казаться, что она получает от него гораздо больше, чем он от нее, и ему захотелось разорвать эти взаимоотношения. В этом контексте его общее подозрительное отношение к женщинам и страх, что женщины его эксплуатируют, стали основными темами свободных ассоциаций. Этот страх можно было связать с отношениями мистера Т. с матерью, занимавшей видное социальное положение в провинциальном обществе и командовавшей его отцом. Пациент воспринимал ее как властную женщину, которая любит вмешиваться в чужие дела, нечестную и манипулирующую. Мистер Т. описывал отца как человека, погруженного в работу, замкнутого в себе и недоступного в течение всего его детства.

За два первых года психоанализа взаимосвязь его отношений к его девушке, к матери и ко мне становилась все более очевидной. Я изображаю ложный интерес к пациенту, а на самом деле использую его ради денег или делаю вид, что слушаю его, а сам обдумываю свои дела. Девушка притворяется, что любит его, а на самом деле лишь эксплуатирует — в социальном и финансовом смысле. Постепенно выяснилось, что сам мистер Т. обращался с ней как властный эксплуататор: он считал, что она должна угадывать его настроения и удовлетворять его потребности в то время, как сам он не обращал внимания на ее состояния. Но когда я пытался тактично показать ему его собственный вклад в их сложности, мистер Т. со злостью обвинял меня в том, что я хочу вызвать в нем чувство вины и что я веду себя по отношению к нему, как его мать. Я казался ему коварным человеком, любящим вмешиваться в чужие дела, командовать и вызывать у других чувство вины, как его мать.

Стало очевидным, что в переносе я играл роль его матери: либо я равнодушно молчал, лишь делая вид, что он мне интересен, либо мне хотелось навязать ему мои взгляды с помощью чувства вины, и я получал садистическую радость от такого контроля. Попытки показать ему, что он приписывает мне свое собственное неприемлемое поведение по отношению к женщинам, были бесплодными. Он разорвал отношения со своей девушкой и через несколько месяцев появилась новая женщина, взаимоотношения с которой быстро превратились в точную копию предыдущих.

В течение следующего года одни и те же темы, казалось, бесконечно повторялись в его свободных ассоциациях и в его отношении ко мне. Постепенно я пришел к заключению, что воспроизведение взаимоотношений с матерью в переносе и в поведении с женщинами служит целям защиты так же, как и инстинктам. Он как бы получал тайное удовлетворение (хотя бы отчасти) своей неосознанной потребности в садистическом контроле со стороны женщин, с которыми встречался. Кроме того, он проецировал на женщин образ своей матери, и это поддерживало рационализацию его нападений на них.

На третьем году психоанализа я понял, что отношения мистера Т. ко мне в переносе в основном остаются неизменными с самого начала терапии. Подобным образом его воспоминания о переживаниях детства и отношениях с матерью (на основе которых можно было объяснить его поведение с женщинами и его отношение ко мне) никак не изменили убеждений, относительно своего настоящего или прошлого, которых он сознательно держался. Я также заметил, что в его постоянном подозрительном отношении ко мне и в его злости легко зарождаются фантазии о прекращении терапии. Хотя на самом деле он не прекращал приходить ко мне, у меня не было той уверенности относительно

его намерения продолжать психоанализ, какая есть по отношению к другим пациентам; хотя они могут иногда пропустить назначенный сеанс, отыгрывая вовне негативные реакции переноса, я все-таки сохраняю уверенность, что они вернутся. С этим же человеком я ощущал, что наши взаимоотношения хрупки и явно не углубляются.

Я мог также в течение нескольких месяцев наблюдать, как мистер Т. достаточно охотно слушал мои интерпретации, но затем либо сразу соглашался с ними, как бы предполагая, что он это знал раньше, или сразу не соглашался, или же пытался со мной спорить. Интерпретации, которые не принимал сразу, он просто оставлял без внимания. Иногда же он, казалось бы, очень интересовался интерпретациями и пытался пользоваться ими, консультируя своих клиентов, но я никогда не видел, чтобы во время наших сеансов он попытался воспользоваться ими для углубления понимания самого себя. Иначе говоря, его реакции по отношению ко мне отражали хроническую неспособность зависеть от меня для углубления психологического исследования. Вместо этого он вытаскивал из меня интерпретации и хотел пользоваться ими для своих целей. Описания Абрахама (Abraham, 1919), Розенфельда (Rosenfeld, 1964) и мои собственные (1975), относящиеся к нарциссическому переносу, явно подходят к данному случаю.

Когда я попытался проинтерпретировать эту динамику и с ним вместе исследовать функции его установки, оказалось, что мистер Т. защищал себя от интенсивного чувства зависти ко мне, и это заставляло его использовать все, по его мнению, новое и хорошее, что от меня исходило, для своих целей. Эта зависть и защита от нее отражали как доэдиповы, так и эдиповы конфликты. Постепенно ему стало ясно, что, хотя он таким образом может защитить себя от зависти ко мне, он отказывался использовать мои комментарии для самопознания. Это открытие вернуло нас к его изначально презрительному и скептическому отношению к психоанализу, противоположному его собственным убеждениям, которые он применял в своей работе с клиентами.

Через какое-то время мистер Т. начал понимать, что он разрывается между различными точками зрения на меня: я — инструмент, который может помочь ему разрешить его затруднения с женщинами, следовательно, тот, кому, он из-за этого завидует невыносимой завистью; и одновременно я — человек, которому совсем не в чем завидовать, подкрепляющий его убеждение, что от психоанализа ждать нечего. Анализ его установки по отношению к моим интерпретациям и, косвенным образом, анализ его резко противоречивых и постоянно колеблющихся установок по отношению ко мне усиливали в нем беспокойство и чувство одиночества во время сеансов. Он ощущал, что, даже если я прав, я делаю это, чтобы добиться торжества над ним и показать себя; поэтому он чувствовал себя обессиленным, потерянным и отвергнутым мною.

В этом контексте на четвертом году психоанализа произошел следующий довольно длительный эпизод. Мистер Т. начал с особым вниманием относиться ко всем моим — с его точки зрения — недостаткам, как на сеансах, так и вне их. За моей спиной он создал целую сеть, по которой получал информацию обо мне, состоявшую из различных групп небольшого города, в котором мы жили. В конце концов он установил контакты с группой недовольных членов местного психиатрического социума, которые плохо относились к моей организации и к той роли, которую я в ней играл. Мистер Т. сошелся с одним человеком, относившимся ко мне особенно враждебно, и тот снабжал его информацией, которая, по мнению пациента, могла бы мне повредить. Взамен мой пациент рассказывал тому человеку о моих ошибках как аналитика. Когда преувеличенные слухи обо всем вернулись к пациенту через третье лицо, он обеспокоился и во всем мне “исповедовался”. Сам тот факт, что несколько недель он мог скрывать эти вещи, говорит о непрочности

наших терапевтических взаимоотношений, об ограниченности свободных ассоциаций пациента и об искажении психоаналитического сеттинга.

Исповедь мистера Т. сначала вызвала у меня бурную эмоциональную реакцию: я чувствовал боль и злость, я ощущал свою беспомощность перед контролем со стороны пациента. Лишь через несколько часов я смог осознать, что в данный момент активизировались взаимоотношения мистера Т. с его матерью, но роли переменялись: теперь он идентифицировался с агрессором, а я в контрпереносе идентифицировался с пациентом как с жертвой манипуляции матери. Я также понял, как сильно пациент боится, что я могу отомстить ему или покинуть его и что этот страх смешан в нем с чувством вины. После того как он рассказал о своих фантазиях, что я мщу и бросаю его, — он спонтанно добавил, что сам бы так поступил в подобной ситуации, — я сказал, что его поведение, как он его описывает, напоминает отношение к нему его матери. На этот раз он мог принять мою интерпретацию. Я также сказал, что, поскольку он понимает, что его любопытство к моей личности содержит элементы агрессии, нет необходимости отрицать это чувство. Мистер Т. признался, что его возбуждали сплетни, которыми он обменивался с враждебной группой. Он понимал, что предает наш с ним уговор о честности в общении и рискует прервать взаимоотношения со мной, но также ощущал чувство свободы и силы, которое вызывало восторг и даже опьяняло. Фактически, добавил он, теперь ему уже не страшно, что я выставлю его, поскольку он уже пережил нечто “хорошее”.

Дальнейшее исследование помогло ему понять, что чувство удовлетворения, силы и восторга происходили из ощущения, что он может контролировать меня и мною манипулировать, а я же сильно ограничен своей аналитической установкой; он никогда раньше не видел наши взаимоотношения с такой точки зрения. Это, в свою очередь, заставило нас углубиться в исследование его текущих взаимоотношений со мной, в которых он осмелился идентифицироваться со своей матерью, ощущая глубокое чувство могущества и удовлетворения при выражении своей агрессии, которую он боялся признать в себе, в то время как я оказался в его роли — в роли беспомощного человека, находящегося во власти пациента, подобно тому, как тот сам находился во власти своей матери. Эта агрессия включала в себя оральную зависть и анально-садистические импульсы, смешанные с импульсами кастрации (последние преобладали на поздних этапах анализа).

Впервые мистер Т. смог пережить опыт идентификации с образом своей матери, который он все эти годы проецировал. В то же время он соприкоснулся с агрессивным компонентом своей ревнивой зависти ко мне. В течение последующих нескольких месяцев стало возможным показать ему, что его образ себя как беспомощного, пустого, преследуемого и одинокого человека, окруженного эксплуатирующими женщинами, был защитой от другого Я-образа, в котором он идентифицировался со своей властной матерью и получал садистическую радость от взаимоотношений с женщинами и со мной как со своими бессильными рабами (или как с рабами своей матери). В результате произошла интеграция ранее диссоциированной и вытесненной садистичной Я-репрезентации, основанной на идентификации с матерью, и пустым, бессильным Я, которое было защитой от первого. Вследствие и в контексте интеграции этих противоречивых аффектов и Я-репрезентаций мистер Т. стал способен глубже исследовать взаимоотношения со мной и начал лучше понимать свое отношение к женщинам и к матери. Кроме того, в переносе стал появляться новый образ меня: я стал для него терпимым и теплым отцом, относительно которого пациент испытывал чувства зависимости и сексуальные желания, что явилось первым видоизменением основного переноса и его переживаний, касающихся прошлого.

Я хотел бы подчеркнуть некоторые технические стороны этого анализа. Во-первых, ранняя активизация сопротивления переноса (злость мистера Т. и подозрительное отношение к моей заинтересованности) повторяла его взаимоотношения с женщинами. Поэтому я мог сразу соединить анализ характера с основными темами свободных ассоциаций (отношения с женщинами). Во-вторых, частичная природа его Я-репрезентаций, связанная с этим, неспособность углубить эмоциональные взаимоотношения и со мной, и с женщинами и соответствующая всему этому ригидная версия прошлого оказались устойчивой глобальной защитой, препятствующей прогрессу терапии. Внимание к установке пациента относительно моих интерпретаций дало мне возможность интерпретировать самый глобальный аспект его нарциссической структуры личности — его идентификацию с садистической материнской репрезентацией — как ядро его патологического грандиозного Я. Ее проработка в переносе была необходима для дальнейшего развития психоаналитического процесса.

Надо подчеркнуть, что возбуждение и садистическое поведение по отношению ко мне, связанные с диссоциированными Я-репрезентациями, во взаимоотношениях мистера Т. с различными женщинами были сознательным переживанием, проявлявшимся только в капризах и длительных эмоциональных бурях, которые были “оправданы”, поскольку на женщин он интенсивно проецировал образ матери. Таким образом, эта Я-репрезентация была осознанной, но диссоциированной от переживания себя как одинокого и приниженного человека. Мистер Т. использовал рационализацию и защищался от таких чувств посредством примитивных механизмов защиты, в частности посредством проективной идентификации. Проявление этих паттернов грандиозности и садизма в переносе и его интеграция — посредством интерпретации — с противоположными Я-репрезентациями атакуемого и эксплуатируемого ребенка явились успешным завершением систематического анализа соответствующего сопротивления характера, который проявился прежде всего по отношению к моим интерпретациям. Задним числом пациент мог понять, что, отвергая мои интерпретации и принимая их, он играл и роль своей матери, и роль самого себя как фрустрированного ребенка.

Такой ход событий иллюстрирует также одно любопытное отличие нарциссического грандиозного Я от диссоциированных или вытесненных нормальных Я-репрезентаций, против которых грандиозное Я служит защитой. В основной своей Я-концепции пациент представлял себя несправедливо обиженным ребенком, который должен эти обиды компенсировать. Такая концепция стояла за “праведной” и хорошо рационализированной эксплуатацией женщин и за презрительным невниманием ко всему, что могло оживить его зависть. Садистический же, злобный, но вызывающий восторг аспект Я, который вылез наружу в переносе, был также частью нормальной, напитанной агрессией Я-репрезентации, которая, как это ни странно, была более аутентичной и глубокой в отношениях к объектам, чем защитная поверхностная Я-репрезентация. На глубоком уровне пациент проецировал на образ садистической матери свое чувство гнева, исходящее из разнообразных источников.

С другой точки зрения, тупик, который занял значительную часть третьего года терапии, можно задним числом интерпретировать как следствие механизма всемогущего контроля. Пациент успешно отражал мои интерпретации, относящиеся к диссоциированным агрессивным аспектам его Я, со злостью обвиняя меня в том, что я пытаюсь вызвать в нем чувство вины всякий раз, когда я в своих интерпретациях касался агрессивной стороны его поведения, неприемлемой для него. Как если бы я должен был либо функционировать как властная мать, либо оставаться бессильным. Моя реакция обиды и гнева на его отыгрывание вовне негативных аспектов переноса, говорила не только о моем контрпереносе, но и об активизации во мне его образа себя как беззащитного и

испытывающего боль ребенка, на которого нападает властная мать. Моя эмоциональная реакция, таким образом, помогла мне углубить анализ его восприятия самого себя в отношениях с матерью. Одновременно я мог показать пациенту, что он отыгрывает роль матери в своем отношении ко мне. Такое объяснение использует представления Рэкера (Racker, 1957) о конкордантной и комплементарной идентификации в переносе, в которых делается акцент на объектных отношениях при анализе контрпереноса.

Стратегии анализа характера

Степень тяжести патологии характера не является достаточно очевидным критерием, чтобы на основании его можно было решить, нужно ли начинать интерпретацию защит характера сразу или позже. Предложение Фенихеля (1941) исследовать защиты характера в соответствии с главными темами данной точки аналитической ситуации — разумный подход, позволяющий на практике решить вопрос, когда нужно анализировать сопротивление характера. Фенихель считал, что сначала надо работать с привычными и постоянными защитами характера, чтобы “освободить личность от ригидности”; прочими же сопротивлениями характера заниматься по мере того, как они становятся сопротивлениями переноса. Но для этого надо сначала понять, имеем ли мы дело с защитой характера и, если это так, является ли она основной — с экономической точки зрения — на данный момент.

Фенихель предлагает работать “с наиболее важными текущими конфликтами инстинктов. Это — наиболее важные конфликты на данный момент” (1941). Я полагаю, что на важность конфликтов указывает интенсивность аффекта в представленном материале. Поскольку влечения (независимо от того, действуют ли они в конфликте на стороне защиты или на стороны импульса) проявляются как заряженные эмоциями интернализированные объектные отношения, доминирующее в отношении аффекта объектное отношение представляет в аналитической ситуации и доминирующий в экономическом смысле конфликт инстинкта. Но то, что доминирует в аффективном плане, не то же самое, что преобладает на сознательном уровне или на уровне поверхностных проявлений. Как говорит Фенихель, “мы должны действовать там, где находится аффект в данный момент; надо добавить, что сам пациент об этом не знает, поэтому сначала нам надо *поискать* место сосредоточения аффекта” (1941).

Я думаю, что надо исследовать (1) содержание свободных ассоциаций, (2) основной характер взаимодействия пациента и аналитика в их взаимоотношениях, включая сюда и невербальные реакции пациента во время сеанса, и (3) общее отношение пациента к психоаналитической ситуации в течение нескольких месяцев или даже лет. На основании этих данных можно понять, вторгаются ли патологические черты характера в перенос, в результате чего происходит смешение сопротивления переноса и сопротивления характера, а также оценить, стали ли эти формы сопротивления характера основными в аффективном плане. На основании всего этого можно понять, на чем в первую очередь стоит сконцентрировать наши психоаналитические интерпретации.

Когда нас удовлетворяют свободные ассоциации пациента, когда сопротивление, возникающее в контексте исследования ограниченности свободных ассоциаций, можно проинтерпретировать, — независимо от того, связано оно напрямую с переносом или нет, — когда пациент все лучше осознает свою внутреннюю психическую жизнь и эмоциональную сторону взаимоотношений с аналитиком, тогда можно отложить

интерпретацию невербального поведения на сеансе до тех пор, пока оно не войдет естественным образом в темы свободных ассоциаций и в перенос.

Встречаются клинические ситуации, когда во время сеансов мы видим яркие проявления невербального поведения, при этом аффект и объектные отношения, выражающиеся в невербальном поведении, совпадают с вербальным материалом или его дополняют. Когда есть созвучие невербального и вербального материала, понимание смысла в переносе как первого, так и второго, способствует углубленному пониманию обоих. Другими словами, когда и вербальный, и невербальный материал указывают на природу основной аффективной темы в содержании сеанса, следует воспользоваться экономическим принципом интерпретации, то есть работать в той точке, где находится наиболее важный на данный момент конфликт инстинкта (Fenichel, 1941). Обычно тот же материал можно понять и с другой точки зрения — с точки зрения динамического принципа, то есть как конфликт импульса и защиты. Тогда можно принять решение, какой аспект защиты надо исследовать, прежде чем перейти к импульсу конфликта. Кроме того, соответствие поведения, содержания и доминирующего аффекта на сеансе обычно означает, что задействованная тут “единица” объектных отношений является основной также и в переносе. Прояснение динамической структуры импульса и защиты имеет также топографический аспект, что позволяет двигаться в интерпретации от поверхности к глубине, от сознательного к бессознательному. Обычно соответствие вербального и невербального общения встречается у пациентов с трехчастной интрапсихической структурой, при этом конфликты чаще бывают межсистемными. Поэтому можно также выяснить, какой системе — Эго, Супер-Эго или Ид — соответствует основная организация защиты и какая система связана с импульсом. Таким образом, к интерпретации можно применить и структурные критерии.

Однако встречаются другие клинические ситуации, в которых проявления конфликтов в вербальном содержании не совпадают с материалом взаимодействия или противоречат ему. Сильные аффекты в вербальном содержании при остром или хроническом эмоциональном взаимодействии, в котором проявляется “замороженный” характер пациента, странным образом не соответствуют одно другому, поэтому встает вопрос, какой же материал на самом деле является основным. При таких обстоятельствах критерии, описанные ниже, помогают принять решение о том, чем следует в первую очередь заняться и какой выбрать подход.

Прежде всего стоит подумать о том, удовлетворяют ли нас свободные ассоциации пациента или же он сознательно подавляет что-то значимое. Тогда мы обращаем главное внимание на мотивы сознательного подавления материала и на соответствующий им вид переноса. Понимание трансферентного смысла мотивов, по которым пациент ограничивает полноту свободных ассоциаций, дает ответ на вопрос, что доминирует в аффективном плане на сеансе и что первично в этом смысле: вербальное содержание или невербальное поведение пациента.

Если процесс свободных ассоциаций у пациента протекает удовлетворительно, то вопрос о преобладающем типе переноса исследовать легче и аналитик может понять, что является ведущим: вербальный материал или установки пациента. Я считаю, что, когда в психоаналитической ситуации проявляются одновременно две параллельные “единицы” объектных отношений (одна в поведении, другая — в вербальном содержании), интерпретировать надо в первую очередь ту из них, которая преобладает как в переносе, так и в аффекте. Если же одна из них доминирует в аффекте, а другая — в переносе, надо отдать приоритет первой (применение “экономического” принципа). Я хочу подчеркнуть, что все — связанные с импульсом или защитой, с вербальными или невербальными

проявлениями, с Я- или объект-репрезентациями — аспекты материала обладают аффективными компонентами, так что “доминирует в аффективном плане” не значит просто, что в материале проявляется конкретная эмоция, или что он доминирует в сознании, или же что он связан либо с защитой, либо с импульсом. Важно, что это основной аффект во всей ситуации в данный момент, а не то, что он доступен сознанию. Истерический скандал, например, может быть защитой от другого доминирующего на данный момент аффекта в ситуации переноса.

Подход, который я предлагаю, отличается от подхода Вильгельма Райха (Reich, 1933), полагавшего, что всегда надо в первую очередь интерпретировать сопротивления переноса, укорененные в характере. Мой подход отличается и от утверждения Гилла (Gill, 1980, 1982) о том, что в интерпретации приоритет всегда принадлежит переносу; временами эмоции сильнее проявляются вне переноса или в отношении пациента к своему прошлому. Тот факт, что у любого аналитического материала есть трансферентный компонент, не означает, что материал переноса автоматически является доминирующим. Иногда тема, которая много часов подряд доминировала в переносе — например, хроническое разочарование пациента, который “ничего не получает от аналитика”, — внезапно перемещается на третье лицо. Таким образом, доминирующий аффект и перенос все еще согласуются между собой, хотя перенос — временно — перемещен (что может способствовать его интерпретации).

Кроме того, бывают моменты, когда происходит быстрое переключение с одного типа переноса на другой, осложняющее задачу исследования противоречий между вербальным и невербальным общением; в таких ситуациях аналитик может ждать, что произойдет кристаллизация вокруг одной из многих эмоционально значимых тем, и это позволяет ему понять, что в сфере аффектов (и, следовательно, с “экономической” точки зрения) является ведущим. С моей точки зрения, установка типа “подождем и увидим” в такой ситуации предпочтительнее, чем чисто топографический подход, согласно которому аналитик должен направить свое внимание на то, что лежит ближе всего к сознанию. В материале не бывает одной единственной “поверхности”. Существуют различные поверхности, и чтобы выбрать место, откуда можно проникнуть с поверхности в глубину (топографический критерий), надо знать, что на данный момент доминирует во всей ситуации в целом. Очевидно, что, когда в аналитической ситуации пациенту можно помочь осознать появляющиеся одновременно и в значительной степени не связанные между собой эмоции, исследование его ассоциаций, относящихся к данному наблюдению, само по себе освещает задействованные тут темы.

В периоды, когда сопротивление особенно активно, наиболее важный материал может быть относительно далек от сознания (особенно при структуре личности, использующей механизмы вытеснения). Хотя я и согласен с утверждением, что, найдя самый важный материал, надо исследовать его защитный аспект (и соответствующие сознательные или предсознательные конфигурации, с ним связанные), доступность материала сознанию сама по себе не является признаком того, что данная тема — основная.

У меня вызывает сомнение общая тенденция психоаналитиков двигаться от поверхности к глубине, от сознательного материала к бессознательному, не обращая внимания на то, что является основным с экономической точки зрения. Тем не менее преждевременное стремление дать генетическую интерпретацию бессознательных фантазий, проявляющихся в фиксации объектных отношений на уровне характера в переносе, также заслуживает скептического отношения. Работа с поверхностными проявлениями сопротивления столь же сомнительна, как и желание открыть “глубинный уровень” какого-то конфликта, где “глубинный” означает “ранний” с генетической точки зрения. Я

полагаю, что глубина интерпретации должна означать то, что аналитик обращает внимание на бессознательные конфликты, преобладающие на данном сеансе, на бессознательные аспекты переноса здесь-и-теперь. (Но рано или поздно необходимо установить взаимоотношения между “здесь-и-теперь” и “там-и-тогда”!)

Когда существуют противоречия между вербальным и невербальным общением, когда, казалось бы, свободные ассоциации проходят удовлетворительно, но нет подлинного углубления в материале, и когда, кроме всего прочего, есть признаки тупиковой ситуации в развитии переноса, — тогда нужно, как я считаю, отдать явное предпочтение анализу объектных отношений, которые задействованы в установках пациента, а не вербальному материалу. То же самое “правило” можно приложить к пациенту, который либо постоянно отыгрывает вовне или же от которого мы ожидаем такого поведения. Предпочтение невербальным коммуникациям можно отдать и в тех случаях, когда эмоции размыты, когда механизмы расщепления, приводящие к фрагментации аффектов, усиливаются и становятся основными сопротивлениями переноса, что бывает, например, у пациентов с выраженным шизоидным расстройством личности.

Я бы также предпочел интерпретировать поведение, а не противоречащее ему вербальное общение, тех пациентов, которые по своей природе склонны “проживать вовне”, пациентов, свободные ассоциации которых остаются поверхностными, или же тех, у которых нет разумной установки на сотрудничество. Во всех этих случаях мнение Райха о том, что надо проинтерпретировать эти установки, прежде чем переходить к вербальному содержанию, как и принципы последовательного перехода в интерпретации от “поверхности” к “глубине” и от “защиты” к “содержанию”, — остаются в силе. Подобным образом в тяжелых случаях пограничной патологии характера, когда мощное отыгрывание вовне окрашивает начальную стадию терапии, также требуется ранняя интерпретация трансферентного смысла патологических черт характера.

Другими словами, когда свободные ассоциации “вязнут” при бурной активизации патологических форм поведения — в ситуации анализа или же во внешней жизни пациента, — показано аналитическое исследование этого поведения и прояснение его отношения к переносу. Или, выражаясь иначе, можно сказать, что с экономической точки зрения противоречия между вербальным и невербальным поведением требуют интерпретирующего подхода к цельной картине, созданной этими противоречиями. Поэтому на практике анализ сопротивления характера в переносе надо начинать рано.

В других случаях серьезные искажения в отношении к психоаналитическому сеттингу становятся заметны нескоро. В клинической иллюстрации, приведенной выше, после периода прогресса на третьем году анализа терапевтический тупик выявил патологию отношения пациента к интерпретациям и к аналитику (продукт тайного компромисса между завистливой идеализацией и обесцениванием). В других случаях, подобных тем, которые приводит Райх, пациент выдает свободные ассоциации, содержащие много информации о прошлом и настоящем. При этом пациент гибко переходит от эмоций к интеллектуальному пониманию, от фантазии к реальности, от переноса к своей внешней жизни и так далее. Таким образом, внешне мы видим как бы описанный Ференци (Ferenczi, 1919) и Гловером (Glover, 1955) процесс “оптимальных свободных ассоциаций”, но при этом не происходит реального углубления взаимоотношений переноса или не появляется какое бы то ни было невербальное поведение во время сеанса, которые бы способствовало исследованию переноса.

В этих случаях опять же, как правило, бывает искажено само тотальное отношение к аналитику, и надо распознать данное искажение, особенно тогда, когда оно влияет на

отношение пациента к интерпретациям аналитика. Тут интерпретация патологических черт характера совпадает с интерпретацией отношения пациента к интерпретирующему аналитику. В состоянии тупика именно этим темам надо отдавать предпочтение. Иначе такие пациенты могут достичь поверхностного “понимания” психоаналитических теорий, используя их как защитное сопротивление от полноценного понимания своих бессознательных внутренних конфликтов, что ограничивает терапевтический эффект.

При таких обстоятельствах важно прояснить бессознательные аспекты взаимодействия пациента и аналитика здесь-и-теперь, это является важнейшим шагом к полному пониманию объектного отношения, которое выражается в поведении пациента, при этом не стоит спешить с генетической реконструкцией. Не надо думать, что интервенция, касающаяся здесь-и-теперь, есть нечто отрезанное, диссоциированное от аспектов “там-и-тогда”. Но исследование связи с прошлым стоит отложить до того момента, пока не будут полностью изучены бессознательные аспекты переноса. Пациенту часто легче принять интерпретацию переноса в том случае, когда есть предположительная связь между его отношением к аналитику и детством; поэтому не надо откладывать генетическую реконструкцию на заключительный этап анализа. Но я хочу подчеркнуть, что сначала нужно прояснить неведомое в настоящем; этот шаг часто пропускают при работе с пациентами, страдающими тяжелой патологией характера.

Когда аналитик показывает пациенту бессознательную фантазию на основе конкретного объектного отношения, отыгрываемую в хроническом невербальном поведении во время сеанса, это психоаналитическая конструкция. За ней должна следовать генетическая реконструкция, но лишь после того, как ассоциации пациента постепенно преобразуют эту конструкцию в соответствующее объектное отношение прошлого, что сопровождается появлением новой информации относительно прошлого и естественной реорганизацией новой и старой информации относительно этой области. Для того чтобы воссоздать настоящую генетическую последовательность на основании вновь найденного материала, аналитик должен активно организовывать и реорганизовывать эти генетические структурные единицы бессознательных конфликтов пациента (Blum, 1980).

В ситуации тупика исследование аналитиком своих собственных эмоциональных реакций, относящихся к пациенту, может быть необычайно важным для диагностики как искажений хронического контрпереноса (более тотального, хотя и менее резкого, чем острый контрперенос), так и незаметных, но мощных форм отыгрывания переноса вовне, которые иначе можно не различить. В этом смысле анализ своих эмоциональных реакций аналитиком есть “запасной” подход, который можно использовать в тех случаях, когда основной подход — непосредственное исследование переноса — недостаточно эффективен (Heimann, 1960; Kernberg, 1975).

В анализе скрытых и часто совершенно неосознанных пациентом форм “обмена ролями” с аналитиком важнейшее место занимает изучение сиюминутных эмоциональных реакций, возникающих у аналитика по отношению к пациенту. С помощью такого анализа можно также отличить реакции контрпереноса в узком смысле слова (активизацию бессознательных конфликтов аналитика в ответ на перенос пациента) от общей эмоциональной реакции аналитика на пациента. Мы знаем, что два этих типа реакций дополняют друг друга. Такое разграничение позволяет аналитику с большей легкостью исследовать моментальные изменения в его эмоциональных реакциях и фантазиях, касающихся установок пациента в данный момент, и его привычных установок; таким образом обогащается понимание вербального содержания общения пациента. Нужно ли особо подчеркивать, что, когда аналитик использует свои собственные эмоциональные реакции на пациента, это никоим образом не значит, что он ими делится с пациентом?

Метапсихологические соображения

Вернемся к рассмотрению экономических, динамических и структурных критериев Фенихеля, касающихся интерпретации сопротивления характера, прибавив интерпретацию интернализованных объектных отношений, которые выражаются через сопротивление характера. Рассматривая экономические критерии, я подчеркивал, что сначала необходимо интерпретировать материал, который доминирует в аффективной сфере. Одновременно я выражал сомнения относительно того, что близость к сознанию является столь значимым критерием, что на его основании можно было бы определить доминирование материала в сфере аффектов. Этими мыслями я руководствовался, рассматривая в своих работах сложности выбора основной — с экономической точки зрения — темы в ситуации, когда вербальное и невербальное поведение пациента противоречат друг другу.

Относительно динамических критериев интерпретации я писал (1980, гл. 10), что в случаях глубокой регрессии переноса или же у подлежащих анализу пациентов с пограничной личностной организацией преобладание механизмов расщепления над механизмами вытеснения позволяет динамически противоположным компонентам интрапсихического конфликта появляться в сознании поочередно. Это значит, что доступность для сознания сама по себе не дает нам возможности понять, с какой стороной конфликта мы имеем дело: с защитой или с импульсом. Защита и импульс быстро сменяют друг друга как разные роли активизированных объектных отношений, что типично для частичных объектных отношений; импульсы конфликта входят в сознание, они скорее диссоциированы или отщеплены, чем вытеснены. Таким образом, сознательное и бессознательное не соответствуют поверхностному и глубокому, защите и содержанию. Но, хотя топографический подход к интерпретации (организация материала от поверхностного к глубокому) и не применим при исследовании пограничных структур личности, в каждый данный момент важно определить, какое защитное Эго-состояние с каким “импульсивным” состоянием борется. Одним словом, как экономические, так и динамические критерии, сформулированные Фенихелем, вполне надежны. Это подводит нас к вопросу о структурном аспекте интерпретации сопротивлений характера при разных степенях тяжести психопатологии.

Взгляд на интерпретацию сопротивлений характера со структурной точки зрения имеет отношение к организации доминирующих интернализованных объектных отношений, активизирующихся в переносе в контексте конкретной черты характера или специфического паттерна. Когда мы диагностируем “единицы” интернализованных объектных отношений, мы диагностируем подструктуры трехчастной структуры. Фактически, мы применяем структурную перспективу там, где трехчастная структура еще (или уже) не действует. Установка пациента, как ранее упоминалось, отражает проявление Я-репрезентации, аффективными отношениями связанной с объект-репрезентацией, или же проявление объект-репрезентации (с которой пациент в данный момент идентифицируется), связанной аффективными отношениями с Я-репрезентацией (спроецированной на аналитика). В первую очередь надо принимать во внимание то, в какой степени Я- и объект-репрезентации укоренены в Эго или Супер-Эго пациента, отражают ли они достаточно цельные концепции, ценности и эмоциональные склонности Эго и Супер-Эго или же наоборот — диссоциированы или отщеплены от других репрезентаций Я и объектов. Частичные объектные отношения более непоследовательны, причудливы и фантастичны, чем цельные объектные отношения. Последние в большей мере отражают обычный опыт детства, который, хотя и подвергается вытеснению, интегрирован в Эго и Супер-Эго ребенка.

Когда мы пытаемся понять структурный аспект патологических черт характера в переносе, возникает один важный вопрос. Какой конфликт выражают активизирующиеся объектные отношения: внутрисистемный или межсистемный? И если это межсистемный конфликт, каким структурам соответствуют репрезентации Я и объекта? Или какое объектное отношение соответствует защите, а какое — импульсу конфликта и к каким структурам то и другое относится? При внутрисистемном конфликте отщепленные интернализированные объектные отношения на первый взгляд кажутся отделенными друг от друга, но они недифференцированные по своей природе. Кроме того, они интенсивные, но неопределенные и всегда в значительной степени фантастичные и нереалистичные. Их надо перевести в доступные пониманию аффективные переживания здесь-и-теперь; фантазия, воплощенная в них, где они поочередно принимают на себя роль то защиты, то импульса, должна быть прояснена в терминах того, какое отщепленное объектное отношение в данный момент выполняет защитную функцию против другого (импульса). Внимательное отношение к обмену Я- и объект-репрезентациями с аналитиком — к чередованию комплементарных ролей в переносе — должно быть интегрировано с интерпретацией этих проявлений конфликта. Для этой задачи аналитик должен достаточно быстро с помощью воображения находить логику в интеракциях, которые на первый взгляд кажутся хаотичными. Если аналитик систематически обращает внимание на чувства пациента, возникающие под влиянием Я-репрезентации или какой-то конкретной активизирующейся объект-репрезентации, это позволяет пациенту с тяжелой патологией характера, которому показан психоанализ, достичь большей интеграции и научиться чувствовать эмпатию к себе и к объектам, что способствует превращению частичных объектных отношений в целостные. В приведенной выше клинической иллюстрации мистер Т. постепенно осознал, как он идентифицируется с садистическим образом матери и со своим Я-образом обиженного и фрустрированного ребенка. Это привело к осознанию и в конечном итоге к принятию и интеграции противоречивых тенденций в самом себе — к интеграции любви и ненависти, а также образов Я, ранее спроецированных на женщин, в которых он воспринимал себя и эксплуататором, и презираемым человеком.

Когда в терапии возникает регрессивный перенос, наблюдающее Эго пациента временно устраняется. Для аналитика важно иметь четкое представление о том, как бы “нормальная” личность отреагировала при данных обстоятельствах на его интерпретацию. Эта гипотетическая “нормальная” личность обычно представлена в сотрудничестве наблюдающего Эго пациента с аналитиком. Но, возможно, такого сотрудничества совсем нет — временно оно может исчезнуть у любого пациента, а у пациента с тяжелой патологией характера оно стойко отсутствует. Поэтому при работе с тяжелыми случаями особенно важно, чтобы аналитик представлял “нормальную” часть, дополняющую регрессивное поведение пациента в данный момент. Это означает, что аналитик должен “расщепить” самого себя. Одна его часть, “переживающая”, сопровождает пациента в его регрессии и превращает его поведение в конструкцию бессознательной фантазии, которая таким образом проигрывается. Другая его часть, “отстраненная”, сохраняет объективность в те моменты, когда быть объективным чрезвычайно трудно. Для того чтобы сохранить в своем сознании границы между фантазией и реальностью, аналитик должен переносить как примитивные фантазии и эмоции, так и несоответствие между пониманием происходящего и тем уровнем, на котором возможен подход к пациенту. Аналитик должен сочетать четкие убеждения с гибкостью.

Систематический анализ характера может привести к парадоксальной ситуации. Некоторым пациентам становится легче говорить о прошлом, чем о бессознательных аспектах своего отношения к аналитику в данный момент. Сам аналитик может начать сомневаться, не слишком ли он пренебрегает исследованием прошлого, делая акцент на

настоящем. Другие пациенты могут “проскочить” в реальное прошлое и устанавливают связи между осознанным настоящим и тем, в чем они видят глубочайшие уровни конфликтов прошлого. Например, они “легко” связывают конфликты настоящего с “тревогой кастрации”, но при этом конкретные и мучительные аспекты детства отсутствуют в их материале.

Тщательная проработка сопротивлений характера, постоянное внимание к тому, как меняется у пациента не только отношение к аналитической ситуации (оно свидетельствует о подлинном изменении паттернов переноса), но и его отношение к своему прошлому (показатель проработки паттернов переноса), — все это критерии подлинности психоаналитической работы, отличающейся от механического перевода проблем настоящего на язык ригидных мифов пациента о своем прошлом.

14. Я, Эго, аффекты и влечения

Эго и Я

Вопросы терминологии

Обзор психоаналитической литературы, касающейся теорий Эго и концепций Я, показывает, что в этой сфере существует нечеткость терминологии. Так, термины *Эго* (*ego*) и *Я* (*self*) иногда могут заменять друг друга, иногда же четко отграничиваются один от другого, а порой обладают двойным смыслом. Возможно, это связано с тем, как пользовался этими словами Фрейд, с тем, как Стрейчи перевел их на английский, а также с последующей историей применения этих терминов.

В своих работах Фрейд использовал немецкое *Ich*, “Я”, для обозначения Эго — и как психической структуры, и как психической действующей силы, а также для обозначения более личного, субъективного Я, связанного с переживаниями. Другими словами, Фрейд никогда не отделял представление о том, что мы понимаем как действующую силу, то есть представление о системном Эго, от представления о переживающем Я. Использование слова *Ich* лишало термин ясности и четкости, но оставляло его значение открытым.

Как я полагаю, именно эта двусмысленность слова *Ich* заставила Стрейчи пойти на компромисс, в результате оно было переведено как “Эго”, безличное слово, соответствующее структурной теории Фрейда (1923), но малопригодное для обозначения личного, субъективного Я.

Можно привести бесчисленные примеры из работ, написанных до 1923 года, в которых *Ich* обозначает субъективные переживания и самооценку, — что Рапапорт мог бы скептически назвать “антропоморфизацией” концепции Эго. Эта особенность (и я в этом вижу скорее ее сильную сторону, чем недостаток) концепции *Ich* у Фрейда сохраняется во всех его работах. Наиболее ярким примером, полагаю, является его высказывание в книге “Неудовлетворенность культурой” (1930a), которое в “*Standart Edition*”, верном немецкому оригиналу, переводится так: “В обычных условиях нет ничего, в чем мы были бы столь же уверены, как в ощущении своего Я, нашего собственного Эго”. В немецкой

версии сказано: (1930b): “Normalerweise ist uns nichts gesicherter als das Gefühl unseres Selbst, unseres eigenen Ichs”. Тут открыто ставится знак равенства между Я и Эго!

Я полагаю, что использование Стрейчи слова “Эго” для перевода *Ich* повлияло на наше понимание мыслей Фрейда. Я согласен с Лапланшем и Понталисом (Laplanche et Pontalis, 1973), которые считают, что Фрейд всегда сохранял двойной смысл, внутреннее напряжение своей концепции *Ich*, чтобы выразить этим как системное качество Эго, так и тот факт, что, являясь частью системы, Эго представляет собой средоточие сознания и, значит, осознания самого себя, своего личного Я.

Другой род сложностей при употреблении *Я* возникает тогда, когда это слово используют, чтобы описать взаимодействие одного человека с другим или с “объектом”. Вот как делал это Гартман (Hartmann) в 1950 году:

“На самом деле, когда мы употребляем термин “нарциссизм”, мы как бы соединяем две противоположности. Одна из них имеет отношение к Я (к собственной личности человека), которое противостоит объекту, другая — к Эго (как психической системе), которое противостоит другим подструктурам личности. Тем не менее, объектному катексису противоположен не Эго-катексис, но катексис к своей собственной личности, то есть Я-катексис. Говоря о Я-катексисе, мы не уточняем, относится ли он к Ид, Эго или Супер-Эго*. Такая формулировка предполагает, что “нарциссизм” на самом деле присущ всем трем психическим системам; но в любом случае он противоположен объектному катексису. Так что для большей ясности следовало бы определить нарциссизм как либидинальный катексис не к Эго, но к Я. (Было бы также ценно рассматривать термин Я-репрезентация как противоположность объект-репрезентации.)”

Гартман обозначил различия некоторых понятий, что, как мы увидим, способствовало развитию идей Якобсон (Jacobson, 1964), оказавших огромное влияние на Эго-психологию: отличие Я как личности от интрапсихических репрезентаций личности или Я-репрезентаций — и это третий термин, нуждающийся в уточнении.

Якобсон (1964), размышляя над проблемами терминологической путаницы, писала: “Они связаны с двусмысленностью в использовании термина Эго, то есть с тем, что нет четкого разграничения между Эго, представляющим структурную психическую систему; Я, определение которому дано мною выше; и Я-репрезентациями. Гартман (1950)... предлагает обозначать последним термином (по аналогии с объект-репрезентацией) бессознательные, предсознательные и сознательные эндопсихические репрезентации телесного и психического Я в системе Эго. Я многие годы пользовалась этой концепцией, поскольку она незаменима при исследовании психотических расстройств”. Якобсон, в согласии с Гартманом, определяет Я как то, что “относится ко всей личности человека в целом, включая в себя тело и части тела, а также психическую организацию и ее части... “Я” есть добавочный термин, описывающий личность как субъект, в отличие от окружающего мира объектов” (1964).

Мне кажется, что Гартман, пытаясь спасти термин *Эго* от вложенной в него Фрейдом двусмысленности, обеднил его. Как и Стрейчи, он хотел сделать концепцию Эго последовательной. И определив “Я” как то, что противоположно объекту, Гартман, таким образом, устранил “Я” из метапсихологии. Определение *Я* в “Словаре психоаналитических терминов и понятий” (Moore and Fine, 1968) подтверждает эту

мысль. Вот как там определяют Я: “Вся личность человека в реальности, включая его тело и психическую организацию; “собственная личность”, противоположная “другим личностям” и объектам, находящимся вне Я. “Я” есть понятие здравого смысла; его клинические и метапсихологические аспекты называют словами “Я-образ”, “Я-репрезентация” и т.д. См. также Эго, идентичность, нарциссизм”. Называя Я понятием “здравого смысла”, его успешно устраняют из психоаналитического мышления.

Как я полагаю, произведенное Гартманом фатальное отделение концепции Эго от Я, а также отделение Я от Я-репрезентации создало проблему в историческом развитии психоаналитической теории; это искусственное разделение структурного, субъективного и описательного аспектов функций Эго. Такое разграничение создало лишние сложности для понимания взаимосвязей между “безличными” функциями Эго, субъективными переживаниями и структурой характера. Так, например, попытки Якобсон (1964) создать метапсихологию переживаний Я осложнялись тем, что она на каждом шагу ощущала необходимость обозначать различия между функциями Эго и функциями Я, между аффективными Я- и объект-репрезентациями — и диффузной активацией аффектов.

В связи с этим я намереваюсь отказаться в данном обсуждении от использования концепции Я как понятия, противоположного объекту. Такая концепция Я ведет к “психосоциальному” или межличностному взгляду, в котором психоанализ смешивается с социологией, последнее можно найти, например, в некоторых работах Эриксона.

Замена топографической модели психики структурной моделью привела Фрейда к поиску корней Эго в Ид, из которого Эго образовалось, и заставило разрабатывать идею о том, что Эго зависит от аппаратов восприятия и сознания. Эго стало аппаратом регуляции и адаптации к реальности, параллельно выполняющим защитные функции и ищущим компромиссные решения для конфликтов Ид, Супер-Эго и внешней реальности. Глядя на Эго со структурной точки зрения, Фрейд стал меньше внимания уделять таким функциям Эго, как самоосознание, самоощущение и регуляция самооценки. Возможно, он на время стал представлять себе эти функции большей частью в понятиях межсистемных конфликтов.

Тем не менее в концепции происхождения Эго Фрейд сохранил неясность, и не случайно и теории объектных отношений, и современная Эго-психология первоначально возникли из его идей о структуре Эго. Часто цитируемое высказывание из “Я и Оно” (1923) все еще актуально:

“Если мы нуждаемся в сексуальном объекте и нам приходится отказаться от него, наступает нередко изменение *Я (Эго)*, которое, как и в случае меланхолии, следует описать как внедрение объекта в *Я (Эго)*; ближайшие подробности этого замещения нам еще неизвестны. Может быть, с помощью такой интроекции (вкладывания), которая является как бы регрессией к механизму оральной фазы, *Я (Эго)* облегчает и делает возможным отказ от объекта. Может быть, это отождествление есть вообще условие, при котором *Оно (Ид)* отказывается от своих объектов. Во всяком случае, процесс этот, особенно в ранних стадиях развития, наблюдается очень часто; он дает нам возможность предположить, что характер *Я (Эго)* является осадком отвергнутых привязанностей к объекту, что он содержит историю этих выборов объекта”*.

Эти мысли находятся в соответствии со статьей Фрейда “О нарциссизме” (1914) и его представлениями о том, что Супер-Эго также происходит из интернализации родительских объектов.

Якобсон ради сохранения концепции “Я” разработала концепцию Я-репрезентаций. Ей эта концепция кажется необходимой для понимания психозов, я же нахожу, что она

необходима для понимания невротической, пограничной и нарциссической патологии, а также процессов нормального развития.

Когда Я, связанное с личностью, понимается как психосоциальное единство, единство поведения и взаимодействия, я предлагаю заменить слово “Я” словом “характер”. Характер есть проявление различных конфигураций нормальных и ненормальных структур Эго, выражающееся в повторяющихся паттернах поведения. Конечно, защиты характера включают в себя символическое выражение Я- и объект-репрезентаций, и потому они связаны также и с Я-репрезентациями, но, по моему мнению, термины *защита характера*, *образование характера* и *структура характера* более точны и более ценны с клинической точки зрения, чем термин Я, когда мы относим их к личности.

Я бы предложил оставить слово Я для обозначения общей совокупности Я-репрезентаций, тесно связанных с общей совокупностью объект-репрезентаций. Другими словами, я предлагаю понимать под Я интрапсихическую структуру, которая происходит из Эго и неотъемлемо связана с Эго. Такая концепция Я близка к представлениям Фрейда, косвенно подчеркивавшего, что Я и Эго взаимосвязаны и их невозможно разделить. Либидинальные инвестиции Я, определенные таким образом, связаны с либидинально-инвестированными репрезентациями значимых других, а либидинальное отношение к своей личности соответствует либидинальному отношению к другим (внешним объектам). Все эти отношения взаимосвязаны и усиливают друг друга.

Вопросы развития

На мой взгляд, структурная теория, отраженная, в частности, в работах Якобсон (1964) и Малер (Mahler, 1979), содержит разностороннюю и интеллектуально разработанную концепцию Я в развитии, продолжающую идеи Фрейда о двойственности *Ich*.

Две точки зрения Фрейда (1923) на происхождение Эго разрабатывались последователями и постепенно вошли в современные психоаналитические представления о раннем развитии. Первая — это идея о том, что Эго отделяется от Ид, или же от недифференцированной Эго-Ид матрицы, кристаллизуясь вокруг системы восприятия-осознания. Вторая — его предположение, что Эго образуется в результате интернализации репрезентаций инвестированных инстинктами объектов. Что восприятие и сознание ребенка должны активизироваться особенно сильно при взаимодействии с матерью и что развивающиеся, инвестированные инстинктами связи с ней оставляют следы на детском поле сознания Эго, — с такими достаточно широкими утверждениями согласятся представители самых полярных школ психоанализа. Различия между разными психоаналитическими подходами начинаются с нескольких вопросов, непосредственно связанных с представлениями о происхождении Я (новое определение Я дано мною выше).

Во-первых, можем ли мы представить себе, что ребенок способен с самого начала своей жизни отличать себя от матери? Мелани Кляйн (1964) и ее последователь Сегал (Segal, 1979), так же как и Фэйрбейрн (Fairbairn, 1954) из Британской Средней Группы, явно отвечают на этот вопрос положительно, в то время как Якобсон, Малер, я и Винникотт (1958, 1965) в этом сомневаются, предполагая существование начальной стадии развития ребенка, на которой тот не дифференцирует себя от матери.

Если предположить, что изначально ребенок какое-то время не дифференцирует себя от матери, то присущи ли такому состоянию “чисто нарциссические” первичные,

окрашенные всемогуществом Я-репрезентации или же недифференцированные Я-объект-репрезентации? Этот на первый взгляд чисто теоретический вопрос является критически важным, с моей точки зрения, для создания современных представлений о метапсихологии нарциссизма.

Якобсон (1964) предлагала сузить смысл термина *первичный нарциссизм* и относить его лишь к недифференцированной стадии развития; по ее представлениям, это стадия недифференцированного катексиса влечений “первичного психофизиологического Я”, которому свойственны лишь колебания то усиливающегося, то спадающего напряжения. В то же время для нее психофизиологическое Я было чисто описательным предметом, не связанным с метапсихологическими представлениями.

По мнению Якобсон, происхождение Эго тесно связано с изначально смешанными Я-образами и образами объектов — что я называю первоначально недифференцированной Я-объект-репрезентацией. Она полагала, что это связано с “вторичным нарциссизмом” (согласно терминологии Фрейда). Мне думается, ее ответ на этот вопрос совпадает с ответом современной Эго-психологии: инстинкт, в частности либидо, изначально направляется на (инвестируется в) недифференцированную Я-объект-репрезентацию. Лишь позднее постепенное отделение Я от объекта приводит к тому, что дифференцируется и направление (инвестиция) либидо (и агрессии). Когда устанавливается дифференциация Я-репрезентаций и репрезентаций объекта, тогда дифференцируются и либидинальные инвестиции Я- и объект-репрезентаций.

Когда происходит дифференциация Я и объекта, отношение к (инвестиция в) внешнему объекту воспринимается как продолжение отношения к его более ранней недифференцированной версии. Теперь и объект-репрезентации, и внешние объекты инвестируются и одновременно усиливают друг друга. Такие представления, отличающиеся от прежних представлений психоанализа, согласно которым младенец достаточно долго живет в психологической изоляции от человеческого окружения, поддерживаются наблюдениями за поведением младенцев и тем фактом, что у них на удивление рано появляются дифференцированные реакции на те стимулы среды, в которых проявляется взаимодействие с ними матери.

Теории Якобсон решают, как я полагаю, вопрос о происхождении инвестиций инстинкта, направленного на Я и на объекты, — вопрос о том, предшествует ли нарциссизм объектным отношениям или же то и другое появляется одновременно. Кроме того, в ее представлениях структурная организация внутри Эго связана с интернализацией репрезентаций Я и объекта, которые становятся первичными организующими подструктурами. С этой точки зрения можно описать метаморфозы Я- и объект-репрезентаций: множественные, противоречивые, изначально неинтегрированные репрезентации постепенно соединяются в цельную Я-концепцию и в концепции объектов.

Якобсон создала теоретическую платформу, с которой понятнее становятся взгляды Малер (1979) на аутистический и симбиотический психозы детства и на нормальную и ненормальную стадию сепарации-индивидуации. Малер приводит как непосредственные наблюдения, так и психоаналитические данные, на основе которых можно проследить стадии развития, постулированные Якобсон.

Тем не менее Якобсон отнесла стадию “первичного нарциссизма” к ранней гипотетической фазе диффузной разрядки, направленной на “психофизиологическое Я”, и это оставляет в тени вопрос о происхождении и развитии влечений, направленных на Я-репрезентацию и объект-репрезентации. Представления Якобсон о влечениях,

направленных на Я и объект, основаны на предпосылке, что либидо и агрессия имеют различную природу.

Есть еще один вопрос, касающийся развития Эго и Я: происходит ли Я единственно из блаженного состояния смешения с матерью и соответствующих этому состоянию недифференцированных Я-объект-репрезентаций или же оно происходит из интеграции таких состояний с другими, в которых Я- и объект-репрезентации смешиваются под влиянием мучительных, пугающих, фрустрирующих или даже катастрофических переживаний? Этот вопрос чрезвычайно важен, потому что разные ответы на него задают совершенно разные схемы развития.

Возможно, все психоаналитики, занимавшиеся этим вопросом, согласятся с тем утверждением, что удовлетворяющие блаженные состояния образуют сердцевину самоощущения Эго или ощущения своего Я. Некоторые теоретики доходят до утверждения, что вся интегрированная Я-концепция целиком строится на основе этих ранних переживаний единства, создающих завершенное, интегрированное, нормальное Я.

Согласно такой точке зрения, нормальное Я есть отражение блаженного смешения Я-объект-репрезентации. Следовательно, фрустрации и порождаемая ими агрессия представляют собой не часть первоначального Я, но часть переживаний “не-Я”, внешнюю угрозу для Я, не связанную с Я как нечто внутренне ему присущее. Хотя Кохут не описывает свои концепции раннего развития, его теория (Kohut, 1971, 1972, 1977) представляет именно такую точку зрения. В метасихологии такой взгляд позволяет исключить агрессию из теории развития Эго и Я.

Альтернативная концепция утверждает, что Я развивается также и в моменты фрустрации, при боли или травматических переживаниях. Такие переживания предопределяют создание смешанных Я-объект-репрезентаций под знаком фрустрации и боли. Эти психические репрезентации инвестированы агрессией. Позднее они станут пугающими, агрессивными и обесценивающими переживаниями Я и пугающими, агрессивными и садистическими объект-репрезентациями. Такой ход развития приводит к появлению различных противоречивых репрезентаций Я и объекта, которые предъявляют большие требования к ребенку на стадии сепарации-индивидуации. Эти психические репрезентации объясняют появляющуюся в процессе развития патологическую фиксацию на подфазе “раппрошмент” (Mahler, 1971), когда дифференцированные, но еще не интегрированные Я-репрезентации и противоречивые репрезентации значимых объектов проявляются в синдроме диффузной идентичности. Нормальная же интеграция противоречивых Я- и объект-репрезентаций характеризует переход от стадии сепарации-индивидуации к “постоянству объекта”.

Такая концепция развития Я с его либидо и агрессией объединяет Якобсон, Малер и меня, а также Фэйрбейрна и Кляйн; модель развития Винникотта в этом отношении представляется неясной. Поскольку в кляйнианском подходе проблема дифференциации Я и объекта остается практически неисследованной (за исключением частичного углубления в этот вопрос в статье Бика [Bick, 1968]), трудно установить соответствие между идеями Якобсон, Малер и моими собственными — и концепциями развития Кляйн и ее последователей. Гипотеза Фэйрбейрна (1954) о существовании от рождения “первоначального” Эго создает новые проблемы, касающиеся хронологии развития.

Концепция происхождения Я-репрезентаций и ощущения своего Я под влиянием инвестированных как либидо, так и агрессией, состояний смешения, приводит нас к концепции Я, развивающегося вследствие интеграции этих противоречивых Я-

репрезентаций и интеграции соответствующих им производных либидо и агрессии. Моя модель рассматривает Я как инвестированное либидинальными и агрессивными производными влечений, интегрированных в контексте интеграции отдельных Я-репрезентаций. Такая модель разрешает вопрос о том, как соотносятся образование психической структуры, развитие Я и развитие инстинкта. Она также объясняет концепцию нейтрализации влечений (Hartmann, 1955).

Таким образом, Я есть структура Эго, происходящая из Я-репрезентаций, закладывающихся на недифференцированной симбиотической фазе в контексте взаимоотношений младенца и матери под влиянием переживаний как удовлетворения, так и фрустрации. Одновременно с этим система восприятия и осознания включается в функции Эго, такие как развитие контроля над восприятием, произвольные движения, создание аффективных воспоминаний и система предсознательного. Я как психическая структура происходит из Я-репрезентаций, инвестированных как либидо, так и агрессией. Кратко говоря, Я есть функция и структура Эго, которая постепенно возникает из интеграции отдельных Я-репрезентаций и становится надструктурой, вбирающей в себя другие функции Эго — такие как память и когнитивные структуры. Таким образом, оно приобретает двойственные характерные черты концепции *Ich* Фрейда.

Мотивационные силы: влечения, аффекты и объектные отношения

Я думаю, не случайно противоречия концепции Я в психоанализе тесно связаны с противоречиями в теории инстинктов, особенно в вопросах о природе агрессии и ее роли в раннем развитии. Как открытие Фрейдом детской сексуальности некогда принесло психоанализу репутацию дисциплины с нездоровым и чрезмерным интересом к сексуальности, так и дуалистическая теория инстинкта Фрейда порождает сильную культурную реакцию, направленную против концепции агрессии как одного из основных инстинктов. Считается, что у “ортодоксального” психоаналитика суровый, жесткий и агрессивный взгляд на жизнь и трудности пациента. Модель развития Кохута (1971, 1977) с ее акцентом на едином Я (силы, мотивирующие Я, не определены, можно лишь косвенно догадаться, что это внутреннее влечение к росту) представляет собой одну из многих психологических и культурных психоаналитических теорий, которые прямо или косвенно отвергают теорию инстинкта, особенно все, что касается агрессии, и биологические основы человеческого развития.

Возможно, неудачи попыток пересмотреть теорию инстинкта (особенно вопрос о взаимоотношении аффектов и влечений) в свете новых данных нейробиологии и наблюдения за детьми повлиял на то, что в представлениях о силах мотивации в раннем развитии существует такая неопределенность. И вопрос этот отнюдь не чисто теоретический, он имеет прямое отношение к вопросу о происхождении и развитии Я и, следовательно, к нарциссизму. Это вытекает из того, что я писал в предыдущих разделах о развитии в раннем детстве Я- и объект-репрезентаций в контексте отношений с матерью. А сейчас попытаемся включить новые данные, полученные при исследовании аффектов с точки зрения нейробиологии и при наблюдении за развитием младенцев, в обновленную картину дуалистической теории инстинкта.

Аффективное поведение сильно влияет на объектные отношения с самого рождения (Izard, 1978; Izard and Buechler, 1979). Главная биологическая функция врожденных аффективных паттернов, выражающихся в поведении, общении и на уровне

психофизиологии, — передать сообщение о нуждах ребенка окружающей среде (тому, кто исполняет роль матери) и, таким образом, установить общение между младенцем и матерью, с чего и начинается интрапсихическая жизнь (Emde et al., 1978). Недавние исследования удивили нас, показав, что в общении младенца с матерью существует высокий уровень дифференциации и что проявляется это очень рано (Hoffman, 1978). Согласно современным нейropsychологическим представлениям, аффективная память локализуется в лимбической коре, которая, как показали эксперименты с прямой стимуляцией головного мозга, может активизировать как когнитивный, так и аффективный аспекты переживания прошлого, в частности субъективную эмоциональную окраску переживания (Arnold, 1970). Аффекты, действующие как самая ранняя система мотивации, тесно связаны, таким образом, с фиксацией в памяти интернализированного мира объектных отношений (Kernberg, 1976).

Предположим, что отражающие взаимоотношения младенца с матерью и окрашенные удовольствием структуры аффективной памяти, в которых репрезентации Я и объекта все еще недифференцированы, создаются отдельно от неприятных аффективных структур памяти, в которых репрезентации Я и объекта также недифференцированы. Тогда возникают следующие вопросы: является ли биологически детерминированная активизация аффектов проявлением активизации либидинального и агрессивного (или же недифференцированного) влечений или же сами аффекты, а не влечения, суть основные силы мотивации? Или же аффективные структуры скорее связывают поведение с интрапсихической регистрацией взаимодействия младенца с матерью, так что первичная система мотивации состоит скорее из интернализированных объектных отношений, чем из аффектов или влечений?

Я полагаю, что именно аффекты являются первичной системой мотивации, в том смысле, что они находятся в центре бесконечного количества приятных или фрустрирующих событий, переживаемых младенцем в окружающей его среде. Аффекты связывают серии недифференцированных Я-объект-репрезентаций, так что постепенно создается сложный мир интернализированных объектных отношений, окрашенных удовольствием или неприятных.

Но даже если аффекты создают два параллельных ряда, связывая одни интернализированные объектные отношения с опытом удовлетворения, другие — с переживаниями фрустрации, сами “хорошие” или “плохие” интернализированные объектные отношения меняются. Преобладающий аффект любви или ненависти двух рядов интернализированных объектных отношений обогащается, видоизменяется и становится все сложнее.

В конечном итоге внутреннее отношение младенца к матери, называемое словом “любовь”, есть нечто большее, чем просто совокупность некоторого количества аффективных состояний любви. То же самое верно и в отношении ненависти. Так любовь и ненависть становятся стабильными структурами психики, сохраняющими генетическую преемственность через различные стадии развития; проходя эту последовательность, они становятся либидо и агрессией. Либидо и агрессия, в свою очередь, становятся иерархически расположенными системами мотивации, проявляющимися во множестве различных аффективных состояний при разных обстоятельствах. То есть аффекты являются “кирпичиками”, составляющими влечение; в конечном итоге аффекты берут на себя функцию сигнала, активизирующего влечение.

В то же время достаточно “сырые”, недифференцированные ранние аффективные реакции преобразуются в дифференцированные аффекты с разнообразными субъективными компонентами, когнитивным измерением и поведенческими особенностями. Есть

различные феноменологические классификации аффектов (Plutchik, 1980). Изменчивая природа аффективных реакций на один и тот же внешний объект и на его внутреннюю репрезентацию сама по себе не позволяет установить непрерывность в развитии бессознательных интрапсихических конфликтов посредством “первичных” аффектов.

Либи́до и агрессия, тем не менее, в клинике проявляются в разнообразных аффективных установках и состояниях. Таким образом, мы можем связать множество аффективных состояний и соответствующих им объектных отношений с агрессией и либидо, или — на более ранних стадиях развития — с этими двумя влечениями, находящимися в смешанном состоянии. Кроме того, отношение к одному объекту меняется под влиянием биологической активизации новых аффективных состояний, появляющихся в процессе развития и качественно изменяющих влечение. Так, например, доэдипово либидинальное стремление к матери меняется под воздействием сексуально окрашенных аффективных состояний, появляющихся на эдиповой стадии. Эти аффекты организуются в генитальное влечение, действующее в преемственности по отношению к более ранним формам проявления либидо. Но субъективное качество и мотивационные приложения — другие. Подобным образом, агрессия, направленная на тот же объект, на который направлено либидо, также проявляющаяся в разнообразных агрессивных аффективных состояниях, превосходит каждое отдельное конкретное состояние и — особенно после соединения и интеграции агрессии и либидо — строит более сложные объектные отношения и новые формы более сложных, находящихся на высшем уровне, интегрированных аффективных состояний (таких, как печаль, нежность, вина или желание).

Должны ли мы сохранять термин *влечение* (drive) для обозначения этих иерархически расположенных мотивационных систем агрессии и либидо? Путаницу в этот вопрос, к сожалению, вносит результат перевода на английский слов *Trieb* и *Instinkt*, используемых Фрейдом. Фрейд предпочитал слово *Trieb*, которое лучше перевести как влечение, поскольку он представлял себе влечения как относительно последовательные системы мотивации психики, находящиеся на границе между телесным и психическим, в отличие от инстинктов, под которыми он понимал лишенные последовательности жесткие врожденные установки поведения.

К сожалению, “Стандартное издание” переводит *Trieb* чаще всего, если не всегда, как “инстинкт” (instinct). В свете современных концепций инстинкта в биологии (Tinbergen, 1951; Lorenz, 1963; Wilson, 1975), термин *инстинкт* приложим к врожденным паттернам восприятия, поведения, общения, психофизиологических реакций и субъективных переживаний (то есть аффектов), но к ним не подходит термин *влечение*, относящийся к мотивационным системам либидо и агрессии. Так представления Фрейда о психологических влечениях, отличающихся от биологических инстинктов, замечательно согласуются с современным биологическим мышлением (Kernberg, 1976).

Объяснив, как я понимаю взаимоотношения между влечениями и аффектами, я должен добавить, что влечения проявляются не просто через аффекты, но через активацию конкретного объектного отношения, включающего в себя аффект, в котором влечение представлено как конкретное желание. Бессознательная фантазия — а самые важные из фантазий имеют эдипов характер — включает в себя конкретное желание, направленное на объект. Желание есть производная влечения, оно более точно, чем аффективное состояние, и это добавочная причина, почему не аффекты, а влечения должны стоять на вершине иерархической системы мотивации.

По той же самой причине, коль скоро влечения в клинике представлены как конкретные желания, направленные на объекты, и поскольку влечения возникают в аффективно

окрашенных переживаниях, относящихся к объектам раннего детства, — то не лучше ли представлять себе первоначальную систему мотивации как интернализированные объектные отношения? Не является ли поиск объекта первоначальной системой мотивации? Так считал Фэйрбейрн, и поскольку Кохут (1977) отказывается рассматривать влечения как систему мотивации на доэдиповом уровне развития, то, похоже, он тоже склоняется к такому мнению. У меня есть серьезные причины с этим не соглашаться.

Во-первых, организация внутренней реальности вокруг любви и ненависти более важна для нашего понимания преемственности интрапсихического развития, для понимания бессознательного конфликта и самих объектных отношений, чем тот факт, что эти противоречивые состояния первоначально направлены на один объект — на мать — или что на эдиповой стадии основные нужды и желания ребенка направлены на мужской и женский объекты. Взаимоотношения между либидо и агрессией, а также между догенитальными и генитальными желаниями позволяют нам объяснить противоречия в отношении к одному и тому же объекту.

Во-вторых, по самой своей природе агрессия проявляется в борьбе против интеграции объектных отношений, поскольку ее цель — устранить фрустрирующий, опасный или соревнующийся объект. Вот почему в разных теориях объектных отношений, в которых роль первичной мотивирующей системы отводится самим объектным отношениям, можно найти одну типичную особенность: недооценка важности агрессии и, следовательно, бессознательного интрапсихического конфликта.

В-третьих, фундаментальное изменение качества либидо на эдиповой стадии развития, о чем мы говорили выше, другими словами, основополагающее значение генитальной инфантильной сексуальности, есть также тема, находящаяся в пренебрежении в тех теориях, которые ставят отношение к объекту иерархически на более высокое место, чем влечения.

Возвращаясь к вопросу о силах мотивации, которые предопределяют возникновение Эго и Я, хочу заметить, что предложенная мной новая версия дуалистической теории инстинктов позволяет ответить на нерешенные Якобсон вопросы о созревании и развитии либидо и агрессии. Она также дает психоаналитическую модель раннего развития, которая отводит должное место роли аффектов в активизации ранних взаимоотношений младенца с матерью. Следовательно, она объясняет связь аффектов с интернализацией и развитием Я- и объект-репрезентаций. Я думаю, моя точка зрения сопоставима со взглядами Спитца (Spitz, 1965, 1972) на процессы организации Эго младенца и также с исследованиями Малер. Наконец, она является мостом между теорией Фрейда о происхождении Эго из системы восприятия и осознания, с одной стороны, и с его же теорией о происхождении Эго из объектных отношений — с другой. Моя теория соответствует представлениям о ранней дифференциации младенцев.

Глубокая регрессия: диагноз и терапия

15. Тупиковые ситуации в терапии

Многие пограничные пациенты не меняются сколько-нибудь заметным образом, несмотря на годы терапии и вопреки всем усилиям опытных терапевтов различных ориентаций. Поскольку такие пациенты меня особенно интересовали, я часто играл роль консультанта при разнообразных тупиковых ситуациях в терапии. Ниже я хочу изложить общие соображения относительно такой ситуации, когда пациент не меняется, а также предложить некоторые пути выхода из тупиков.

Главная причина тупиковой ситуации — негативная терапевтическая реакция. Рассмотрим ее с точки зрения отсутствия значимого изменения; под негативной терапевтической реакцией же будем понимать ухудшение состояния пациента, особенно в переносе, когда он сознательно или бессознательно воспринимает терапевта как хороший объект, который пытается оказать помощь. Негативная терапевтическая реакция происходит из трех источников: (1) из бессознательного чувства вины (например, при мазохистической структуре характера); (2) из потребности разрушать то, что дает терапевт, в связи с бессознательной завистью, направленной на него (что типично для нарциссической личности); и (3) из потребности разрушить терапевта как хороший объект, поскольку пациент бессознательно идентифицируется с примитивным садистическим объектом, требующим покорности и страдания как минимальных условий любых значимых объектных отношений (как у некоторых пограничных пациентов и у многих шизофреников, смешивающих любовь и садизм [Kernberg, 1975]).

Мои выводы созвучны представлениям других авторов (Olinick, 1964; Rosenfeld, 1971, 1975; Valenstein, 1973; Asch, 1976), которые, опираясь на различные клинические и теоретические предпосылки, приходят к мысли, что главные роли при развитии негативной терапевтической реакции принадлежат доэдиповым конфликтам, интенсивной агрессии и структурам, связанным с ранними репрезентациями Я и объекта (а не с более поздними конфликтами между Супер-Эго и Эго). Эта динамика имеет прямое отношение к вопросу, почему многие пограничные пациенты, которым действительно показана психотерапия — и от которых можно было бы ожидать глубокого изменения, — не меняются. Устойчивость патологического поведения и неэффективность интенсивной терапии являются признаками скрытой негативной терапевтической реакции, которая может парализовать всю ситуацию терапии на месяцы или даже годы.

Ситуация тупика может появиться в терапии как с самого начала, так и через несколько лет, когда уже произошли некоторые заметные изменения. Причем тупики на поздних стадиях бывают столь интенсивными, что заставляют терапевта усомниться в достигнутом, хотя за нескольких лет терапии уже произошли значимые изменения и до сих пор он с оптимизмом смотрел на ситуацию. Ухудшение ситуации в переносе и в жизни пациента может быть настолько серьезным, что как бы перечеркивает все предыдущие изменения.

И в тех случаях, когда с самого начала не происходит изменения, и в тех, когда стагнация появляется через месяцы или годы после начала терапии, мы чаще всего видим, в первую

очередь, неподдающуюся изменению грандиозность в нарциссических структурах. Такие пациенты могут дегуманизировать ситуацию терапии. Даже нарциссические пациенты, функционирующие на неограниченном уровне, могут полностью отрицать эмоциональную реальность переноса. Другие пациенты с нарциссической личностью могут задним числом отрицать, что они получили помощь от аналитика, считая, что им стало лучше благодаря их собственным усилиям — часто “вопреки” аналитику, — и они заканчивают анализ, полностью обесценивая аналитика, унося с собой “самопроизвольное” улучшение и как бы тем самым похищая работу и творчество аналитика.

Для тупиков характерны тяжелые случаи мазохистического отыгрывания вовне, связанные с торжествующей идентификацией с неумолимым садистическим Супер-Эго, так же как и более примитивные формы идентификации с “безумным” объектом, который дает свою любовь лишь в контексте страдания и ненависти. Любые хорошие взаимоотношения равнозначны убийству — и смерти от рук — желанного родительского образа, который, таким образом, теряется. Торжествовать над всеми, кто не страдает от столь ужасной человеческой судьбы, — это единственная форма защиты от ощущения полного психического краха.

Потребность нейтрализовать или свести на нет усилия терапевта может создавать порочный круг. Терапевт все настойчивее пытается помочь пациенту, несмотря на отсутствие реакции со стороны последнего или даже на ухудшение его состояния. И у пациента зависть к “преданному”, отдающему себя терапевту и обида на него усиливают чувство вины за неоправданно плохое отношение (причем терапевт, в отличие от других людей в жизни пациента, не отвечает ненавистью на ненависть), а тогда усиливается и потребность убежать от вины. Пациенты, находящиеся в глубокой регрессии, испытывают облегчение, когда терапевт теряет терпение и переходит к “контратаке”. И, хотя пациент и может рационализировать это чувство облегчения с помощью мысли, что терапевт “тоже человек”, на более глубоком уровне усиливаются защиты против чувства вины; пациент садистически отыгрывает вовне свою победу над терапевтом, а это поддерживает те самые патологические порочные круги, в которых пациент участвовал вместе со значимыми другими в прошлом.

Иногда в ситуации хронического терапевтического тупика можно наблюдать, что пациент стал лучше функционировать вне сеансов. Или же мы видим, что пациент страстно желает, чтобы эта невозможная терапевтическая ситуация длилась бесконечно. В каком-то смысле терапия как бы заменила жизнь, и пациент выражает своим поведением сильное желание и магическое требование, чтобы терапия продолжалась бесконечно (следовательно, не сопровождалась изменением) и чтобы реальность — в результате бессознательного сговора между терапевтом и пациентом — оставалась в стороне. Терапевт интуитивно чувствует, что любая его попытка нарушить равновесие будет воспринята пациентом как чудовищная жестокость, как если бы терапевт отдавал его на съедение львам.

В разгаре такой тупиковой ситуации пациент может достаточно прямо потребовать у терапевта, чтобы тот, возмещая все пережитые пациентом в прошлом страдания, полностью посвятил ему свою жизнь. Но, независимо от того, насколько терапевт пытается приспособиться к требованиям пациента, рано или поздно на первый план выходят следующие темы.

Во-первых, пациент может разрушать время, точнее, терять перспективу времени; то есть он так относится к встрече с терапевтом, как будто время от сеанса к сеансу застывает и как будто пациент и терапевт будут жить, продолжая терапию, вечно.

Во-вторых, к такому восприятию времени может прибавиться еще одно свойство: пациент игнорирует или отвергает проявления заботы терапевта и попытки помочь. Подозрительность и разрушительное пренебрежение к терапевту как бы стремятся разрушить любовь с помощью жестокости, причем жестокость проецируется на терапевта. Настойчивые обвинения, в которых слышится, что терапевт недостаточно любит пациента, — самая распространенная, хотя и не самая сложная форма выражения этой тенденции. Поразительно то, что когда терапевт действительно внутренне истощен, так что временно оставляет активные попытки работать с пациентом, обвинения пациента нередко уменьшаются, и это поддерживает кошмарный бессознательный договор, приводящий к параличу и к опустошенности в психотерапевтической ситуации.

В-третьих, пациент может пытаться убедить терапевта в том, что данная ситуация не подлежит обычному психологическому пониманию и эмпатии. Когда пациенту это удастся, терапевт может начать думать, что он должен сменить конкретное понимание динамики переноса на более общие формулировки, такие как блокада Эго, потеря способности к эмоциональному пониманию, когнитивный дефицит и тому подобное. Конечно, встречаются пациенты с ограниченными функциями Эго, например, неспособные к символической коммуникации вследствие незначительной дисфункции мозга. Но, как это ни удивительно, тщательное начальное обследование или повторный осмотр таких неменяющихся пациентов показывает, что, в отличие от случаев незначительной дисфункции головного мозга, у них не встречается таких недостатков, напротив, в начале терапии многие из этих пациентов показали способность к психологическому пониманию. Иногда даже самые опытные терапевты могут просить о посторонней помощи, оказавшись в ситуации, когда обычное человеческое понимание как бы не работает, и в результате из наблюдения других узнают, что пациент гораздо лучше понимает происходящее, чем о том догадывается терапевт. (Когда приходится консультировать терапевта, такой феномен встречается удивительно часто.)

Одним словом, что-то в пациенте очень активно стремится разрушить время, любовь, заботу и когнитивное понимание. Я думаю, что тут терапевт сталкивается с активизацией глубочайшего уровня агрессии. Иногда такие ситуации терапевтического тупика разрешить не удастся; иногда же это можно сделать, оставаясь в рамках аналитического подхода. И в таком случае некоторые терапевтические тактики и установки становятся крайне важными.

Нетерпение “здесь и сейчас”

Когда терапевт понимает, что время сеанса проходит бесплодно, ему следует оставить тактику терпеливого выжидания — он уже терпел достаточно долго — и стать нетерпеливым; отказаться пассивно принимать уничтожение своей психотерапевтической работы, повторяющееся снова и снова. Он должен активно противостоять такому отыгрыванию сильной агрессии вовне. Но эта “активность” не означает, что он должен оставить позицию технической нейтральности.

Иногда терапевт истощен и не может ни думать, ни что-нибудь говорить. Когда терапия в тупике, терапевту иногда кажется, что не только ничего не достигнуто, но и что он сам не способен дать пациенту ничего нового. Он как бы полностью парализован в своих идеях, чувствах или действиях, которые могли бы изменить ситуацию. Когда терапевт попадает в такое субъективное состояние, это значит, что в данный момент разрушен или

подвергается отрицанию сам смысл взаимодействия. Такая ситуация лишь пробуждает в терапевте тревогу.

Терапевт чувствует, что надо начать все заново, но не знает, как; он чувствует свою ответственность за невыполненные задачи и вину за то, что позволяет пациенту сохранять положение вещей, которое терапевту не представляется полезным. Такие чувства также оживляют в терапевте все возможные виды контрпереноса. Терапевт может использовать эти плохие моменты терапии для исследования самого себя и извлечь отсюда пользу.

Когда терапевт убежден, что его вмешательство рождено не потребностями, корнящимися в контрпереносе, но реальными нуждами пациента, он должен активно начать конфронтацию, представив пациенту тот факт, что ничего не происходит и что им обоим необходимо как можно скорее выяснить причины этого. В самом деле, это основная задача обоих участников терапии. Если пациент реагирует злостью и подозрительностью на попытку терапевта исследовать и разрешить ситуацию терапевтического тупика, надо исследовать искажение в его восприятии действий терапевта.

Один пациент в анализе мгновенно засыпал, когда аналитик обращал его внимание на перенос; он никогда не засыпал при других обстоятельствах. Затем постепенно это поведение распространилось на все ситуации, косвенно связанные с обсуждением переноса: на комментарии аналитика о засыпании пациента, замечания о засыпании при комментариях о засыпании и так далее. Задним числом это производит впечатление сильнейшего, почти удивительного вытеснения, но в тот момент данное поведение отражало бессознательное стремление пациента напасть на аналитика, который представлялся садистической отцовской фигурой. Аналитик стал все больше и больше обращать внимание пациента на его спокойствие и беззаботность в ситуации, приведшей к возникновению длительного — на несколько месяцев — тупика. В процессе интерпретации фокус постепенно расширялся, так что в конце концов вся жизнь пациента как бы сосредоточилась вокруг его тенденции засыпать в кабинете аналитика. Систематический анализ данного поведения открыл, что оно служило отыгрыванием вовне негативного переноса, связанного сначала с бунтом против эдипова отца и позднее — с конфликтами с доэдиповой матерью.

Вряд ли нужно подчеркивать, что терапевт должен действовать лишь тогда, когда он свободен от негативных враждебных чувств к пациенту. Такая агрессия, направленная на пациента, есть “нормальная” реакция, но она обычно смешивается с реакциями агрессивного контрпереноса терапевта. Терапевт должен сдерживать эти реакции, используя их для понимания. Пациент может чувствительно относиться к агрессии и конфронтациям терапевта, и тогда интерпретация страхов пациента, что терапевт прервет лечение в наказание за бессознательное стремление пациента сопротивляться терапии, может стать важным шагом для прояснения природы этой ситуации переноса.

Я считаю, что для терапевта лучше рискнуть и побыть “слоном в посудной лавке”, чем оставаться неподвижным и спокойным, как бы соглашаясь на то, что пациент продолжает уничтожать время. Активный подход, по крайней мере, показывает пациенту заботу терапевта, его решительное нежелание терпеть невыносимую ситуацию и его веру в возможность изменения. Особенно трудно терапевту принять тот факт, что ничего не происходит, при работе с пациентами, уже много лет потратившими на терапию. Накапливающаяся вина, реалистичная или нет, за то, что так долго приходилось терпеть ситуацию тупика, также является препятствием изменению, на сей раз — со стороны терапевта.

Время и задачи терапии

Терапевт должен напоминать пациенту, что лечение не движется вперед, он должен снова и снова возвращаться к основным целям, поставленным при начале терапии, и показывать, как пациент, предполагающий, что терапия должна и может продолжаться вечно, об этих целях забывает. Терапевт должен подчеркивать разницу между целями терапии и целями жизни пациента, как об этом писал Тихо (Ticho, 1972).

Так, например, у женщины сорока пяти лет, которая развелась с мужем, завершив этим серию садомазохистических взаимоотношений с мужчинами (все кончались ее фрустрацией и разочарованием из-за того, что те ее бросали), появилась длительная реакция гнева на терапевта, поскольку он не отвечал на ее любовь. Тщательная и достаточно полная интерпретация смысла такого поведения, проводившаяся в течение долгого времени, не привела к его разрешению. Наконец терапевт понял, что пациентка тайно мечтала выйти за него замуж, причем именно из-за этого она и пришла к нему на терапию. Тогда терапевт конфронтровал ее этим фактом. Конфронтация, указывающая на нереалистичное смешение целей жизни и целей терапии, привела к тому, что пациентка в гнев бросила терапию и отказалась ее продолжать или же обратиться к кому-то еще. Цели терапии надо было исследовать с самого начала ее лечения.

Разрушение внешней реальности

Внимание, направленное на главные цели терапии, должно дополняться пристальным вниманием к непосредственной реальности пациента. Обычно при выраженном продолжительном тупике пациент пренебрегает также обстоятельствами своей непосредственной реальности и испытывает почти осознанное чувство торжества, уничтожая свои собственные достижения. Это торжество над терапевтом, чье бессилие каждый день становится все очевидней благодаря невозможным ситуациям и несчастьям в жизни пациента. Очень важно, чтобы терапевт интерпретировал бессознательный (а иногда сознательный) гнев, направленный на него, выражающийся в том, что пациент играет в русскую рулетку в своей повседневной жизни.

Пациент должен принять на себя ответственность за текущую жизненную ситуацию и за свои планы на отдаленное будущее. Мы предполагаем, что любой пациент, проходящий психоаналитическую психотерапию амбулаторно, способен отвечать за свою жизнь. Эта степень ответственности является мерой, по которой мы оцениваем и интерпретируем отыгрывание переноса вовне. При крайних формах тупиковой ситуации отыгрывание вовне может выражаться в том, что пациент сжигает все мосты в настоящей своей жизни и на будущее, втайне ожидая, что терапевт возьмет ответственность на себя; это надо постоянно интерпретировать.

Все это говорит о том, что надо с самого начала тщательно оценить показания и противопоказания к психоанализу или интенсивной психоаналитической терапии у пограничных (как и у всех прочих) пациентов. Это иллюстрирует три ранее описанные (гл. 6) темы, определяющие приоритет интерпретации на каждом сеансе при работе с пограничным пациентом: преобладающий тип переноса на данный момент, актуальная жизненная ситуация пациента и основные цели терапии.

Интерпретация диссоциированных любви и заботы

При условиях, описанных выше, может помочь также интерпретация расщепления, существующего между агрессивными, требовательными и направленными на саморазрушение установками пациента в переносе и, с другой стороны, теми периодами терапии, когда он спокоен, дружелюбен, расслаблен и выражает заботу о терапевте. Нужно соединить “эти островки”, где Эго сохраняет способность наблюдать и где, возможно, остается способность заботиться о себе, с той сферой личности, где преобладает необузданная и неисследованная агрессия. Хотя такая тактика с теоретической точки зрения очевидна, на практике, как легко понять, даже несколько тихих, спокойных, “хороших” моментов являются огромным облегчением для терапевта — без этих передышек терапия с таким пациентом может показаться кошмаром.

Поэтому у терапевта появляется искушение вступить в бессознательную сделку с защитными механизмами пациента, чтобы сохранить свои собственные добрые чувства по отношению к нему на фоне неудержимой агрессии. Терапевт должен с помощью сознательного усилия помнить, что пациент показал способность работать над своими проблемами (иначе он не был бы в данном виде терапии), терапевт также должен вспоминать о хороших сторонах пациента. Вера в скрытые возможности пациента, доверие к его способности учиться позволяют терапевту активно применять конфронтацию, не заключая сделку о создании защитного островка добрых отношений и не уступая давлению вины, связанной с тем, что пациент воспринимает конфронтацию как нападение.

Другими словами, вера в возможности, заключенные в пациенте, есть источник силы, с помощью которой терапевт может применять конфронтацию, не примешивая к ней желания наказать пациента. Как ни странно, терапевт, который верит в возможности пациента, не закрывая при этом глаза на то, что временное “дружеское расположение” пациента носит защитный характер, перед лицом всепоглощающей агрессии может свободнее и эффективнее обращаться с негативным переносом, чем терапевт, который воспринимает “прекрасные качества” пациента отдельно от неприятных или пугающих сторон его поведения.

Из такой установки естественно вытекает, что не следует ожидать сиюминутного изменения в момент сеанса, но надо сохранять позицию заботы и вызова от встречи к встрече, понимая, что на изменение уйдет много времени. Пациент может “выздоровливать” ради терапевта, таким образом требуя от последнего согласиться со своей попыткой заменить жизнь терапией. Терапевт должен интерпретировать и такое поведение. В перспективе длительной терапии сочетание сублимированного нетерпения на каждом сеансе и вопрошающей и заботливой установки, когда терапевт не ожидает сиюминутного изменения, но в то же время верит в возможность перемены в достаточно отдаленном будущем, — все это оказывается мощной поддержкой терапии.

Альтернативой такой оптимистической установке является тихое, почти мазохистическое подчинение всемогущему контролю во время сеанса, попытка видеть пациента “приятным человеком”, постепенное нарастание жалости к пациенту (частое проявление контрагессии терапевта) — и, наконец, терапевт внезапно прерывает терапию в состоянии, которое можно назвать “тихой истерикой”. Реалистичное решение о прекращении терапии должно быть принято совместно пациентом и терапевтом в процессе длительных обсуждений, когда они постепенно приходят к общему убеждению, что в данной ситуации больше уже ничего не смогут достичь.

Вторичная выгода от терапии

В состоянии длительного тупика терапевту стоит реалистично оценить, есть ли у пациента перспективы найти что-то более привлекательное, чем его текущая жизнь и терапия. Иногда глядя на пациента, находящегося в состоянии хронического тупика или негативной терапевтической реакции, терапевт невольно думает, что тому не суждено в жизни ничего лучшего, чем то, что есть теперь, что пациент действительно не сумеет получать больше удовлетворения от жизни, если будет функционировать самостоятельно.

Эти проблемы особенно важны при работе с людьми среднего возраста или с пожилыми, когда не возникает иллюзий, что, как бы плохо ни шли дела, “молодость возьмет свое”. Важно, разумеется, в самом начале терапии оценить, действительно ли жизнь пациента — если будут выполнены задачи терапии — станет лучше, чем сейчас. Если терапевт приходит, например, к убеждению, что жизнь пациента прошла и что произведенные им разрушения — разрушение возможностей любви, семейной жизни, работы, творчества; вообще всяческих источников удовлетворения — настолько сильны, что надеяться особенно не на что, тогда, возможно, нет причин подвергать пациента интенсивной психоаналитической терапии.

Конечно, иногда главной целью терапии может быть изменение внутренней установки пациента по отношению к жизни, но тогда надо четко обозначить и обговорить эту цель. Приведу пример: пациент обратился к терапевту из-за того, что жена ушла к другому. Его первоначальной целью было стать психологически здоровым, чтобы вернуть ее обратно. Только после последовавшего обсуждения целей терапии и целей жизни он смог понять, что психологическое лечение не только не гарантирует возвращения жены, но даже не дает уверенности в том, что он сможет создать удовлетворяющие взаимоотношения с другой женщиной. Больше, чего он мог ожидать, было изменение внутренних установок, мешавших строить хорошие взаимоотношения.

В обсуждение целей терапии и жизни должен входить и вопрос о том, что с возрастом найти сексуального и, в частности, брачного партнера становится все труднее и труднее. Этот предварительный разговор позволит терапевту, когда наступит продолжительный тупик, внутренне удостовериться, что у пациента есть возможности улучшить свою жизнь.

Толерантность терапевта к агрессии

Надо понимать, что пограничные пациенты сражаются с кошмарным прошлым и не способны спроецировать на будущее какой-либо образ, воплощающий мечты о жизни, лучшей, чем у них есть сейчас. Следовательно, чрезвычайно важна убежденность терапевта в том, что жизнь *может* стать лучше и что потери, тяжелые болезни и неудачи можно перенести и проработать, если не преодолеть. Вера терапевта в то, что можно “все начать сначала”, является сильным инструментом при интерпретации и проработке переноса.

Реалистичные цели терапии включают в себя не только принятие неразрешенных недостатков, но и готовность принять агрессию как неизбежную часть повседневной жизни. Важно, чтобы терапевт знал и мог переносить агрессию в самом себе и в окружающих. Терпимое отношение к своей агрессии и к агрессии тех, кого он любит, помогают терапевту интерпретировать агрессию пациента. Способность принимать

существование агрессии и реалистично относиться к ограниченности терапевтических взаимоотношений противостоит таким антитерапевтическим установкам, как навязчивая холодность, нарциссическая замкнутость, “мессианское единство” с пациентом и прежде всего наивное, детское отрицание амбивалентности, заключенной во всех взаимоотношениях людей.

Способность терапевта принимать правду о себе самом и о своей жизни позволяет ему выразить своим поведением веру в то, что пациент также сможет принять правду о себе и о своей жизни. Бескомпромиссная честность при столкновении с наиболее тревожными и мучительными реальностями жизни может быть частью конкретного вмешательства в терапии, зашедшей в тупик на длительное время. Убежденность терапевта в том, что пациент может перенести и принять правду о себе самом, передает и веру в его возможности. Так, например, когда терапевт понимает свои фантазии о потребностях пожилого человека, нуждающегося, как и все, в сексуальной жизни, в компании и в социальной эффективности, такому терапевту легче работать с пациентом, использующим свой пожилой возраст как защиту, как средство вызвать чувство вины в терапевте или как рационализацию, оправдывающую стремление к саморазрушению.

Функция холдинга

Во время длительного тупика терапевт выполняет функцию холдинга. Мне приходилось наблюдать такие периоды в психоанализе или в психоаналитической психотерапии с пограничными пациентами, когда у них развивалась, как называл ее Винникотт (1960a), молчаливая регрессия, настолько глубокая, что пациент возвращался к примитивным формам зависимости от аналитика, воспринимаемого как “держущая на руках мать”. В такие моменты интуитивное, проникнутое эмпатией и пониманием присутствие аналитика, возможно, действует лучше, чем вербальная интерпретация, воспринимаемая как насильственное вмешательство. Такие периоды молчаливого общения и близости, когда “истинное Я” пациента возникает из-под его “ложного Я” (его искусственных псевдоадаптивных стремлений) резко отличаются от ситуации хронического тупика, когда ощущение пациента, что терапевт его не понимает или не любит и бесцеремонно вмешивается в его жизнь, проистекает из защитного отрицания пациентом своих собственных деструктивных потребностей и стремлений.

Действительно, когда пациент в течение долгого времени отыгрывает вовне в переносе свои разрушительные потребности, молчание терапевта, который просто сидит и слушает, часто снижает тревогу и гнев пациента. Но часто такое успокоение связано с удовлетворением агрессии в фантазии пациента, например, фантазии о том, что атаки зависти разрушили творческий процесс терапевта, в частности его способность независимо мыслить. Таким образом, терпимое отношение терапевта к пациенту, такому, каков он есть, на глубоком уровне воспринимается пациентом как знак того, что терапевт подчиняется его разрушительным требованиям. Такая ситуация в корне отличается от молчаливой заботы и эмпатии терапевта, сопровождающихся ответным пониманием со стороны пациента. В периоды хронических тупиковых ситуаций терапевт осуществляет холдинг иначе: эта функция проявляется в том, что терапевт не теряет веры в возможность изменения, что он беспокоится о напрасной трате времени и не согласен терпеть эту затянувшуюся невозможную ситуацию.

Я думаю, что аналитическая установка, проявляющаяся в позиции технической нейтральности — или в постоянном стремлении к ней, — создает оптимальный фон для

подхода к пограничному пациенту, основанного на интерпретации. Холдинг, способность “быть матерью пациента” (mothering) или “эмоционально корректирующая” функция в этом контексте (Winnicott, 1960a; Modell, 1976) играет важную терапевтическую роль. Это происходит не просто в силу того, что терапевт таким образом заново создает нормальные взаимоотношения матери и младенца; причины терапевтической ценности этой функции значительно сложнее.

Малер (1971) предположила, что пограничная патология особенно тесно связана с субфазой “раппрошмент” в период сепарации-индивидуации. Это перекликается с моими представлениями о том, что проблемой пограничных пациентов является не недостаточное различение Я и не-Я, но недостаточная интеграция “хороших” и “плохих” Я- и объект-репрезентаций. Основная проблема пограничного пациента такова: он не может достичь удовлетворяющих взаимоотношений любви с объектом, которому можно доверять и на который можно положиться, — при наличии направленной на него агрессии пациента, вопреки пониманию его недостатков, вопреки всем фрустрациям, коренящимся в отношениях с этим объектом, в контексте необходимости переносить боль вины, заботу и благодарность, направленные на объект любви. Чтобы пациент принял близость и понимание терапевта, чтобы он мог положиться на терапевта, ему необходимо принять свою собственную агрессию, зная, что она не разрушит ни терапевта, ни любви к терапевту. Чтобы терапевт мог “держаться” пациента, ему нужно принять реальность агрессии пациента и не быть побежденным ею, нужно верить в способность пациента любить, несмотря на трудности в выражении своей любви, и верить, что лучшее будущее для пациента реально возможно, несмотря на все его недостатки.

Так, например, у одного пациента тяжелые ипохондрические тенденции уменьшились в тот момент, когда он открыл в себе способность выражать любовь и заботу своей жене и детям. Чувствуя, что он способен давать, пациент смог принять возможность болезни и смерти в будущем. Прежде он бессознательно воспринимал смерть как окончательный приговор, как будто бы его должна поглотить собственная “злая природа” в пустом и лишенном любви мире. Другая пациентка, женщина с нарциссическим расстройством личности, которая жила тем, что пыталась поддержать свою молодость и спрятать проявления старости, смогла “отпустить себя”, то есть перестала омолаживать свою внешность и приняла процесс старения, когда ее ужасная зависть к молодым уменьшилась и несмотря на зависть, она смогла проявлять подлинный интерес к окружающим ее в повседневной жизни и на работе людям молодого возраста.

Когда пациент позволяет “держаться себя”, когда он может положиться на другого человека, это значит, что он “отпускает себя”, сознавая, что любое взаимоотношение несовершенно и рискованно. Чтобы это принять, очень важно не слишком сильно бояться своей агрессии. Когда пациент этого достигает в терапии, мы видим, что он не боится близости с терапевтом, несмотря на то, что эта близость ограничена временными рамками сеанса, кроме того, пациент способен принять тот факт, что у терапевта есть своя жизнь за пределами психотерапии.

Я уже подчеркивал, что терапевту недостаточно быть эмоционально открытым, теплым, интересующимся человеком, способным переносить агрессию, не отвечая на нее контратакой; он всегда должен также сохранять интеллектуальную ясность, проявляющуюся в понимании того, почему он делает тот или иной ход или его не делает. Он также должен реалистично сознавать ограниченную эффективность своих вмешательств.

Терапия пограничного пациента — обычно медленный, неопределенный процесс, где повторяются исследование смысла, конфронтации, проверка гипотез в интерпретации, проработка саморазрушительных черт характера, это не похоже на внезапные озарения или катарсис. Первые, чаще всего слабые, признаки изменения ригидных паттернов характера (таких как злокачественная грандиозность, тяжелый нарциссизм, хронически торжествующий мазохизм, полное отрицание эмоциональной реальности или проявления антисоциальной эксплуатации, порождающие порочный круг) могут быть такими короткими и преходящими, что любая надежда, которую порождают эти ранние признаки изменения, обычно вскоре угасает.

Изменение основных сочетаний интернализованных объектных отношений — процесс долгий и медленный. Вот почему нетерпение при длительной тупиковой ситуации должно сочетаться с огромным терпением относительно того, что в течение долгого времени изменения не происходит (причем сам этот факт надо осознавать). Проявления роста способности любить, заботиться и быть благодарным обычно сложны, порывисты и на первый взгляд незаметны. Ненависть же, напротив, ясна, прозрачна и лежит в четко очерченных границах. Когда пациент, переживающий ненависть к терапевту, становится более четким, ясным, оживленным или даже восторженным, забота о пациенте в такие моменты приводит терапевта к замешательству и даже сбивает с мысли. И тем не менее, эти замешательство и путаница являются свежим материалом для лучшего понимания терапевтом пациента. Ранние стадии “очеловечивания” пациента могут принять хаотичные формы, они полны депрессии и страданий. На долгом пути к пониманию трудности неизбежны.

Ожидание того, что наши растущие знания смогут сократить сроки терапии пациентов с тяжелой патологией характера и пограничными расстройствами, могут оказаться очередной иллюзией относительно процесса, техники и результатов психотерапии. Но возможность после достаточно короткого периода терапии диагностировать основные паттерны переноса, отражающие главные конфликты пограничного пациента в сфере объектных отношений, представляется мне реальным следствием наших растущих знаний об этих пациентах. Такая ранняя диагностика позволит после начального периода психотерапии конкретно ответить на вопрос, какого рода изменений можно ожидать у этого пациента и каковы будут их последствия. В контексте изучения процесса и результатов интенсивной психотерапии, возможно, достоин исследования и этот вопрос.

16. Пациенты с суицидальным риском: диагностика и подход

Диагноз

Оценить суицидальный потенциал при первоначальном диагностическом исследовании гораздо труднее, если терапевт знаком с пациентом. О степени суицидального риска у пациентов, которые проходят первое диагностическое обследование, позволяют судить следующие факторы: клиническая степень тяжести депрессии, маниакально-депрессивные психозы на фоне пограничной организации личности, а также хроническая тенденция наносить себе повреждения или хроническая склонность к суицидальному поведению как “образ жизни”.

Клиническая степень тяжести депрессии

Чтобы оценить этот фактор, надо исследовать как интенсивность суицидальных мыслей и планов, так степень влияния депрессии на поведение, настроение и мышление. О степени тяжести депрессии можно судить по тому, насколько заторможены поведение и мышление (причем страдает и концентрация внимания) и насколько печаль сменилась пустым замороженным состоянием, сопровождающимся субъективным ощущением деперсонализации. Кроме того, биологические симптомы депрессии (проявляющиеся в изменении аппетита, веса, сна, пищеварения, ежедневного ритма депрессивных чувств, менструального цикла, сексуального желания, мышечного тонуса) дают дополнительную, очень важную информацию о степени тяжести депрессии. Чем тяжелее депрессия, сопровождающая суицидальные мысли и намерения, тем опаснее ситуация. У пациентов с тяжелыми эпизодами депрессии, но без признаков пограничной личностной организации, суицидальный риск особенно выражен на стадии выхода из парализующей депрессии. У пограничных же пациентов, по причине их постоянной импульсивности, риск сохраняется в течение всего периода депрессии. Особую опасность представляет ситуация, когда выражены все три ряда признаков (суицидальные мышление и намерения, депрессивная заторможенность психических функций и биологические признаки депрессии) одновременно.

Степень же выраженности “сценического” поведения — драматическое проигрывание чувств у инфантильной личности — является менее ценным критерием для диагностики тяжести депрессии и суицидального риска. Бывают пациенты с высоким суицидальным риском, которые своим драматическим поведением маскируют от терапевта тяжесть своей депрессии или же с помощью временного обаяния и общей эмоциональной лабильности создают ложное впечатление, что их депрессия не столь серьезна.

При оценке суицидального потенциала у пограничных пациентов меня поражает, насколько бесполезны их сознательные рационализации своей депрессии, с которыми они приходят на первые интервью. Они говорят, например, что их депрессия есть выражение “потребности в зависимости”, осознанного чувства “безнадежности”, потери способности “доверять”, что самоубийство есть “крик о помощи”, и многое тому подобное. В клинической практике не стоит вопрос, чувствует ли пациент “беспомощность” вообще, но к чему конкретно относится эта беспомощность: к получению любви от амбивалентного объекта? К способности контролировать объект или совершить акт мести? Таким образом, вопрос не в том, может ли пациент “доверять” терапевту, — нет причин ожидать, что пациент начнет доверять почти незнакомому человеку, — но в том, хочет ли он честно говорить о себе независимо от чувств, которые вызывает терапевт. Общая черта всех этих тем сводится к потребности оценить вторичные выгоды суицидального поведения, что подводит нас к оценке самоубийства как “образа жизни”.

Неправильное использование психоаналитических концепций для построения динамических гипотез при оценке суицидального потенциала может быть одной из главных причин ошибок в диагностике и лечении пограничного пациента с высоким суицидальным риском. Психодинамические факторы, конечно, важны, но их надо исследовать в объектных отношениях с терапевтом здесь-и-теперь, а не на основе осознанных фантазий пациента.

Основные аффективные расстройства у пограничной личности

Пациенты с самым настоящим маниакально-депрессивным расстройством могут иметь пограничную личностную организацию как стабильный характерологический фон, на котором возникают циклические эпизоды аффективного заболевания. Диагностика и клинический подход в таких случаях сложнее, чем в чаще встречающихся случаях маниакально-депрессивных пациентов с невротической или нормальной личностной организацией. По моим наблюдениям, пациенты с пограничной личностной организацией хуже поддаются воздействию психофармакологической терапии маниакально-депрессивных заболеваний, чем пациенты с невротической или нормальной организацией; кроме того, у пограничных пациентов менее четко отделяется период психотического эпизода от латентного периода. Существует большая опасность, что клиницист, столкнувшись с таким пациентом, недооценит серьезность суицидальных намерений, особенно в тех случаях, когда история пациента заставляет предположить, что такие тенденции у него хронические и в достаточной мере интегрированы с основными структурами его личности, что на самом деле не так. Острый суицидальный риск можно недооценить в том случае, когда пациент долгие годы страдал тяжелыми личностными расстройствами с повторяющейся депрессией, не проявляя суицидальных намерений. Когда преобладает скорее маниакальная, чем депрессивная симптоматика, опасность проглядеть суицидальный потенциал еще выше, поскольку переключение на депрессивную фазу может произойти внезапно.

Хроническое саморазрушение и суицид как “образ жизни”

В DSM-III в разделе, посвященном диагнозу пограничного расстройства личности, подчеркивается, что суицидальные тенденции и склонность наносить себе повреждения являются одной из основных характеристик данной группы пациентов. С клинической точки зрения, такая склонность к саморазрушению встречаются у пациентов с инфантильным расстройством личности, у пациентов с нарциссической личностью, функционирующих на пограничном уровне, у пациентов с “ложной” личностью и у других пациентов с пограничной личностной организацией, которым свойственна *pseudologia fantastica*. Наконец, некоторые нетипичные пациенты с хроническими психозами могут походить на этот тип пограничных пациентов. Всех таких пациентов по практическим соображениям стоит исследовать с двух точек зрения: с описательной и с психодинамической (то есть оценить функции защитных операций и примитивные объектные отношения, доминирующие в переносе). Такое двойное исследование позволяет разделить этих пациентов на следующие подгруппы.

(1) Часто встречающийся тип пациента, у которого хроническая тенденция наносить себе повреждения сочетается с инфантильным типом личности и с пограничной личностной организацией; данный тип довольно точно соответствует описанию диагноза пограничного расстройства личности в DSM-III. Нанесение себе повреждений или суицидальное поведение появляются в момент приступа чистой ярости или ярости, смешанной с временным обострением депрессии. Углубленное исследование часто показывает, что с помощью такого поведения пациент пытается установить или восстановить контроль над средой, пробуждая в окружающих чувство вины, — когда, например, разываются отношения с сексуальным партнером или когда родители противостоят желаниям пациента. Суицидальное поведение и другие формы саморазрушения могут также выражать бессознательную вину за успех или из-за углубления психотерапевтических взаимоотношений — последний случай представляет сравнительно доброкачественный вид негативной терапевтической реакции. Пациенты, у

которых в прошлом отмечалась негативная терапевтическая реакция и у которых инфантильные черты сочетаются с депрессивно-мазохистическими, представляют особый риск в плане суицидальных попыток.

(2) Гораздо более серьезный тип хронического нанесения себе повреждений, нередко связанного с суицидальными тенденциями, является проявлением *злокачественного нарциссизма*, как я его называю (см. главу 19). Этот феномен встречается у пациентов с пограничной личностной организацией с преобладанием нарциссической структуры личности, функционирующей на пограничном уровне, — то есть у таких пациентов наблюдается нарушение контроля над импульсами и недостаток способности переносить тревогу и способности к сублимации. Образ жизни таких пациентов столь же хаотичен, как и у пациентов с инфантильным расстройством личности, и их часто путают с последними. Но инфантильным личностям (как и вообще пограничным пациентам без патологического нарциссизма) свойственны сильная зависимость и тенденция “прилипнуть” к людям. Пациенты же со злокачественным нарциссизмом в основном холодны и отчуждены в своих взаимоотношениях с другими; приступы ярости или острой депрессии случаются у них тогда, когда что-то угрожает их патологической грандиозности и они переживают травмирующее ощущение унижения или краха.

Термин *злокачественный нарциссизм* относится к пациентам, у которых агрессия пропитывает патологическое грандиозное Я, характерное для нарциссической личности. В отличие от обычного типа нарциссической личности, самоуважение и уверенность в своей грандиозности у этих пациентов растет тогда, когда они выражают агрессию, направленную на себя или на других. Удовольствие от жестокости, садистические сексуальные перверсии, а также наслаждение от причинения себе вреда — вот части общей картины. Спокойствие, с каким эти пациенты могут причинить себе вред и даже убить себя, контрастирующее со страхами, отчаянием и “мольбами” окружающих — родственников или персонала, — стремящихся защитить их жизнь и установить с ними человеческий контакт, есть проявление крайне извращенных средств, с помощью которых эти пациенты удовлетворяют свое самоуважение. Пациент в своей грандиозности переживает победу над страхом боли и смерти и, на бессознательном уровне, чувствует, что контролирует и саму смерть. Некоторые пациенты с анорексией относятся к этому типу.

Оба вышеописанных типа могут, кроме того, страдать хронической наркоманией и алкоголизмом, иногда — и тем, и другим. При таких обстоятельствах суицидальный риск сильнее и прогноз хуже, особенно у пациента со злокачественным нарциссизмом. Когда у пациента представлены также и антисоциальные черты (в типичном случае, нечестность в отношении употребления наркотиков и алкоголя), риск самоубийства еще выше. Пациенты, у которых сочетаются общая импульсивность, нечестность, хронические тенденции причинять себе вред, зависимость от алкоголя и наркотиков и глубокая эмоциональная отрешенность или эмоциональная закрытость, готовы действовать на основе суицидальных тенденций в любой момент; риск невозможно точно оценить в любых конкретных обстоятельствах. Можно только принять как факт постоянную угрозу самоубийства при терапии таких пациентов.

По моим наблюдениям, у госпитализированных психиатрических пациентов существуют две наиболее частые причины самоубийств: недостаточный контроль за жизнью пациента с опасным сочетанием симптомов во время лечения и преждевременная выписка пациента, выходящего из психотической депрессии.

(3) Третий тип хронической склонности к саморазрушению и суицидального поведения мы наблюдаем при некоторых хронических атипичных психотических состояниях, которые напоминают пограничные расстройства. Сюда относятся, например, некоторые пациенты с хронической шизофренией (настоящая “псевдоневротическая шизофрения”), некоторые пациенты с хроническим шизоаффективным заболеванием или пациенты с хроническим параноидным психозом, у которых структура личности намного лучше интегрирована, чем у большинства пациентов с параноидной шизофренией. Многих таких пациентов на основании лишь описательных критериев невозможно отнести к психотикам. Лишь структурная диагностика (см. главы 1 и 2) позволяет выявить у них потерю тестирования реальности. Это пациенты с подлинной психотической организацией личности, у которых перемежающаяся депрессия может приобретать черты психоза со сверхценными или даже бредовыми депрессивными мыслями. Вне депрессивного эпизода такие пациенты держатся во взаимодействии с терапевтом замкнуто и отчужденно. Часто в прошлом у них можно найти эпизоды причудливых суицидальных попыток, сопровождавшихся необычайной жестокостью или еще какими-то идиосинкразическими особенностями (связанными с их аутичными фантазиями о телесной или психологической трансформации). Сюда же можно отнести и пациентов, которые совершают суицидальные попытки под влиянием бреда преследования или галлюцинаций. Я встречал нескольких пациентов, которые носили в себе бредовые идеи, что они осуждены на смерть или что им приказано убить себя. Такие бредовые идеи могут развиваться годами в контексте депрессии, шизоидной отчужденности или параноидных свойств личности.

Клинический подход

Во-первых, терапевт должен оценить степень тяжести депрессии, которая на фоне пограничной личностной организации может быть фактором острого суицидального риска. Я считаю, что пациент с пограничной личностной организацией, на фоне которой развивается маниакально-депрессивный психоз, и с суицидальными тенденциями нуждается в срочной госпитализации, в психофармакологической терапии депрессии. Если же прошлая история пациента говорит о его резистентности к психофармакологическому лечению или об исключительно сильной тяге к самоубийству, надо применять электрошок. Пациент с историей причудливых суицидальных попыток в прошлом, с психотической личностной организацией или с признаками психотического синдрома в настоящий момент (будь то шизофрения, шизоаффективный или параноидный психоз) и суицидальными тенденциями должен быть, по меньшей мере, госпитализирован для диагностики и интенсивной терапии психотического синдрома. Разумеется, если такой пациент нечестен в своем общении с терапевтом, следует отнести его к группе высокого суицидального риска. Во всех случаях терапия психотического синдрома стоит на первом месте по отношению к терапии расстройства личности. На практике это означает, что пациент должен получать психофармакологическую терапию, должен быть по крайней мере на короткое время госпитализирован; может встать вопрос о необходимости терапии электрошоком. Кроме того, необходимо произвести тщательное изучение истории болезни, чтобы оценить суицидальный риск в долгосрочной перспективе по окончании острого психоза.

У пограничного пациента с острой угрозой самоубийства сочетание хронической импульсивности с маниакальным или депрессивным эпизодом служит показанием к госпитализации даже в том случае, когда история пациента хорошо изучена и не свидетельствует об опасности и когда пациент установил психотерапевтические взаимоотношения с психиатром, проводящим обследование. Быть может, самым опасным

периодом при терапии такого пациента является период выздоровления после острой психотической депрессии. Суицидальные попытки чаще всего приходятся на этот период, а суицидальные намерения труднее выявить, поскольку они занавешены вновь появившимися признаками тяжелой патологии характера. Преждевременная выписка в связи с быстрым симптоматическим улучшением депрессии у пациента, который к тому же искренне отрицает свои суицидальные намерения, является основным фактором, способствующим совершению самоубийства после выхода из госпиталя. Возможно, такие случаи встречаются в наше время чаще, что связано с сочетанием финансовых, бюрократических и идеологических факторов, вынуждающих сокращать сроки пребывания пациента в психиатрическом госпитале.

Возможно, стоит обойтись без госпитализации, если у пациента с пограничной личностной организацией нет признаков маниакально-депрессивного психоза или других психотических синдромов, а суицидальные намерения и депрессивное настроение не сопровождаются биологическими симптомами депрессии или заторможенностью поведения, мышления и эмоций — другими словами, когда депрессия с клинической точки зрения не является тяжелой. Решающим фактором тут является наличие антисоциальных черт характера, в частности любое проявление нечестности в словах пациента о самом себе. Вряд ли можно положиться на слова пациента, если в его истории присутствует нечестность по отношению к предыдущим психиатрам или психотерапевтам, особенно обман относительно суицидальных попыток, алкоголизма и наркомании. В таком случае показана госпитализация для тщательной оценки суицидального риска и особенностей поведения пациента.

Встречаются пациенты, которых не беспокоит их ситуация, которые равнодушно, презрительно или с поверхностной вежливостью относятся к терапевту, проводящему диагностическое интервью, и у которых в то же время заметны признаки суицидального поведения. Есть вероятность, что такой пациент нечестен и, следовательно, риск самоубийства в данном случае высок. Тактичная конфронтация, в которой терапевт показывает пациенту противоречие между его суицидальным поведением и беззаботным отношением к себе, помогает выяснить, в какой степени тут замешаны механизмы расщепления или отрицания или же мы имеем дело с сознательными манипуляцией и нечестностью. Гнев пациента в ответ на такую конфронтацию дает нам точки опоры для оценки суицидального потенциала; уклончивый и холодный пациент не позволяет глубоко заглянуть в его психическую реальность. В любом случае терапевт должен оценить не только вербальное общение пациента, но и все его поведение в целом. Такое рассуждение может показаться поверхностным тому, кому не часто приходилось встречаться с опасной склонностью терапевтов при оценке состояния пациента недооценивать разнообразие видов человеческой агрессии, направленной на других или на себя.

Не столь высок риск у пациентов с инфантильными или мазохистическими чертами, не страдающих от алкоголизма и наркомании, скорее зависимых и “прилипчивых”, чем отрешенных и замкнутых; откровенно говорящих о своих проблемах и озабоченных состоянием своей психики. Этих пациентов можно лечить амбулаторно, если они смогут убедить ставящего диагноз терапевта, что не будут действовать на основании суицидального импульса и немедленно обратятся к нему за помощью, почувствовав, что не могут больше себя контролировать; в этом случае им можно будет предложить госпитализацию. Но с пациентами, у которых суицидальное намерение или поведение появилось уже в процессе нормальной интенсивной психотерапии и у которых есть признаки негативной терапевтической реакции, такой договор неразумен. Лучше, чтобы такой пациент начал новые психотерапевтические отношения с другим терапевтом в

госпитале. Конечно, если из истории пациента видно, что у него происходят позитивные изменения в ответ на психотерапию, это увеличивает возможность начать психотерапию в амбулаторных условиях.

В любом случае верно одно: если терапевт, проводящий диагностику, приходит к убеждению — и на основании истории пациента, и на основании взаимодействия с ним в данный момент, — что пациент общается с ним честно, то оценка суицидального потенциала при регулярных встречах с ним будет гораздо точнее.

Когда есть показания для госпитализации, а пациент от нее отказывается, терапевт несет ответственность за то, чтобы были мобилизованы все социальные и юридические ресурсы, которые позволяют начать терапию при оптимальных условиях. Ни при каких обстоятельствах терапевт не должен соглашаться на терапию при условиях, увеличивающих риск самоубийства. Бессознательное желание “быть Богом” сочетается с опасной наивностью, которая мешает увидеть серьезность разрушительных тенденций пациента и его семьи. Частым фактором, способствующим самоубийству пограничного пациента, получающего амбулаторную терапию, является, к сожалению, согласие психотерапевта начать терапию при неоптимальных условиях — например, когда терапевт позволяет пациенту отвергнуть некоторые аспекты терапии (лекарства, дневное наблюдение, участие семьи и так далее), когда он терпимо относится к тому, что пациент пропускает назначенные сеансы или нечестен в своих высказываниях.

Постоянные и прямые разговоры о суицидальном риске являются ключевым аспектом терапии всех пограничных пациентов с хроническими суицидальными тенденциями в госпитале. Я уже упоминал об одной классической ошибке: о преждевременной выписке из госпиталя пациента с маниакально-депрессивным психозом, когда клиническое улучшение депрессии увеличивает суицидальный риск. Другая, к сожалению, распространенная ошибка заключается в том, что персонал госпиталя стремится вовлечь пограничного пациента в приятные дела, приносящие удовлетворение, игнорируя или отрицая при этом тяжесть их злокачественного, манипулятивного и нечестного поведения. Существует огромная опасность, что, когда тревожные сигналы воспринимаются как изолированные приступы, а основное внимание уделяется “позитивным” аспектам пациента, это поддерживает механизм расщепления.

Последовательная конфронтация, направленная на противоречия в поведении пациента, на его беззаботное отношение к себе, на то, как он разрушает взаимоотношения с другими, у которых мог бы найти помощь, на то, что он не сотрудничает с терапевтом, — сразу создает напряжение, волнение и способствует прямому выражению агрессии в межличностном пространстве госпиталя. По той же причине способность пациента отвечать за себя и способность честно сотрудничать с психотерапевтом легче оценить при открытом и прямом, — хотя оно и несет в себе нападение и злость, — общении. При такой открытости легче создать реалистичный план терапии после выхода из госпиталя. Атмосфера же поверхностного дружелюбия, за которым стоит отрицание проблем пациента, часто приводит к возобновлению саморазрушительного поведения, к нанесению себе повреждений или к суицидальному поведению после выписки пациента из госпиталя.

Во многих случаях тяжесть хронической тенденции к саморазрушению не удастся уменьшить даже за длительное время госпитализации. Иногда надо принять риск самоубийства как цену за возможность амбулаторного лечения в надежде, что пребывание в своем доме потребует от пациента более продуктивного образа жизни и что психотерапевтические взаимоотношения в контексте реального мира предпочтительнее

искусственной защищающей среды госпиталя. Как можно при таких обстоятельствах снизить суицидальный риск?

Прежде всего надо определить вторичные выгоды суицидального поведения и контролировать их. Постоянная угроза самоубийства и поведения, выражающего отыгрывание вонне садистических тенденций пациента по отношению к членам семьи, помогают пациенту командовать близкими, что представляет собой сочетание первичных и вторичных выгод от болезни; все это надо интерпретировать и контролировать. Работа с семьей такого пациента может оказаться наиважнейшей частью терапии. Необходимо, чтобы пациент понимал, что он не может влиять на терапевта угрозой самоубийства.

Терапевт должен дать понять пациенту, что если тот убьет себя, терапевту станет грустно, но он не отвечает за этот поступок и после смерти пациента его жизнь существенно не изменится. Так терапевт закладывает основы для новых объектных отношений, не похожих на отношения пациента со своей семьей.

Во-вторых, терапевт должен сообщить семье, что пациент всегда может совершить самоубийство, что тот как бы болен психологическим раком, который в любой момент может привести к смерти. Терапевт должен сказать тем, кто беспокоится за пациента, что готов постараться помочь пациенту преодолеть свою болезнь с помощью психотерапии, но что он не может гарантировать успеха или пообещать, что пациент не совершит самоубийства за длительный период терапии. Реалистичное описание терапии есть самый эффективный способ защитить психотерапевтические взаимоотношения от разрушительного влияния других членов семьи и от попыток пациента контролировать терапию, вводя терапевта в состояние “косвенного контрпереноса” (Racker, 1968), характеризующегося чувством вины и параноидными страхами перед третьей стороной.

В-третьих, работая с пациентами, которым свойственны саморазрушительные и суицидальные тенденции, терапевт должен постоянно исследовать эти тенденции при любом анализе взаимодействия пациента с терапевтом. Трудно как следует описать эту технику, не приводя детального разбора клинического материала. С практической точки зрения можно сказать, что работа с суицидальным потенциалом является существенным аспектом психотерапевтической техники, элементом, постоянно присутствующим в интерпретациях терапевта.

В-четвертых, важно, чтобы терапевт, вне госпиталя работающий с пограничным пациентом, у которого есть постоянные суицидальные тенденции, не соглашался на условия терапии, требующие от терапевта сверхъестественного напряжения или героических усилий. По большому счету, когда от терапевта требуются усилия, выходящие за рамки обычной психотерапевтической работы, это в конечном итоге усиливает склонность пациента к саморазрушению. Иногда у персонала госпиталя и даже у психотерапевта может появиться бессознательное (или даже сознательное) желание, чтобы невозможно трудный пациент “исчез”, что воспроизводит в контрпереносе и стремление к смерти самого пациента, и желание семьи, чтобы его не стало. Надо сказать, что наивное отношение к суицидальным тенденциям пациента нередко сопровождается наивными представлениями об установках семьи, которая может желать смерти невозможному своему члену. Персонал госпиталя часто сталкивается с проблемой, когда семья настаивает на выписке пациента, находящегося в состоянии острого суицидального риска. При этом родственники нередко уверяют, что пациент будет получать терапию в другом месте, а затем просто предоставляют пациенту возможность покончить с собой. Самый лучший способ борьбы с желаниями того, чтобы пациент умер, — принять такие

желания с полной серьезностью и рассмотреть вопрос о том, как они “заражают” окружающую пациента среду.

Я подчеркиваю (гл. 19), что при работе с пациентами, страдающими злокачественным нарциссизмом и обладающими высоким суицидальным потенциалом, терапевт должен быть готов к неудаче, и это существенно важный момент. Бессознательная или сознательная фантазия пациента о том, что терапевт отчаянно хочет, чтобы тот продолжал жить, фантазия, помогающая пациенту обрести власть над терапевтом, как и власть над жизнью и смертью, должна быть подвергнута исследованию и разрешиться в процессе терапии.

Любая попытка самоубийства — удавшаяся или нет — активизирует интенсивную агрессию не только в пациенте, но и в его непосредственном межличностном окружении. Психотерапевт, который отвечает на такие события лишь сожалением и озабоченностью, отрицает свою контрагрессию и подыгрывает динамике пациента. Терапевт должен сочувствовать тяге пациента к самоубийству, в котором есть стремление к умиротворению, восторг от направленной на себя агрессии, желание насладиться местью, желание избежать вины и радость от осознания мощи суицидального импульса. Лишь такая эмпатия позволяет пациенту открыто говорить об этих переживаниях.

Любой род психотерапевтических взаимоотношений, продолжающихся многие месяцы и основанных на нереалистичных условиях — без честного общения и без четко очерченных и обговоренных сфер ответственности обоих участников, — увеличивает суицидальный риск. Бывают случаи, когда психотерапевт, осознавший, что ситуация терапии стала невозможной, должен осмелиться прекратить терапевтические отношения, даже если пациент угрожает самоубийством или пытается сохранить садомазохистические взаимоотношения. Такое окончание терапии не должно осуществляться на основании импульсивного отыгрывания ввне контрпереноса. Оно должно строиться на продуманном плане, в который может входить госпитализация на тот период, когда терапевт покидает пациента, интенсивная работа с семьей или продолжительная консультация терапевта с опытным коллегой. Лучший способ помочь некоторым пациентам — это признать, что ты не в состоянии им помочь, что твой коллега поможет им лучше или что им совсем невозможно помочь на данном уровне наших познаний и терапевтических ресурсов.

17. Контрперенос, трансферентная регрессия и неспособность быть зависимым

Три измерения контрпереноса

Взаимоотношения между контрпереносом и личностью психоаналитика можно рассматривать по меньшей мере в трех измерениях. Первое я бы назвал пространственным или “полем”; оно имеет отношение к тому, что, собственно, и понимается под словом *контрперенос*. Это поле я изобразил бы как несколько концентрических кругов: внутренние представляют концепцию переноса в узком смысле, внешние — в широком понимании. Второе, временное измерение позволяет отделить острую реакцию контрпереноса от “постоянной”, растянутой на длительное время. Третье измерение представляет тяжесть нарушений у пациента.

“Поле” контрпереноса

Согласно представлениям Эго-психологии, *контрперенос* в узком смысле слова есть бессознательная реакция аналитика на пациента (Little, 1951; Reich, 1951). Можно понимать контрперенос еще уже: как бессознательную реакцию на перенос пациента (Kernberg, 1975). Эта концепция соответствует первоначальному смыслу термина *контрперенос* в психоаналитической литературе и дает верные представления о “слепых пятнах” в понимании материала, связанных с неразрешенными невротическими конфликтами аналитика.

Второй, более широкий круг, опоясывающий первый, вбирает в себя все сознательные и бессознательные реакции аналитика на пациента. Сюда входит и нормальная эмоциональная реакция на перенос пациента и на его реальную жизнь, и эмоции по отношению к ситуации терапии, связанные с реальной жизнью самого аналитика, на которую может влиять пациент. Такое широкое понимание контрпереноса оправдано случаями, когда на ситуацию терапии влияют сопровождающийся глубокой регрессией перенос пограничного пациента, отыгрывание вовне, свойственное вообще всем пациентам с тяжелой патологией характера, а также бессознательное (и сознательное) стремление некоторых пограничных нарциссических и параноидных пациентов к разрушению, которое может представлять угрозу не только для терапии, но и для жизни пациента — или даже аналитика.

Еще более широкий круг включает в себя, кроме всего вышеупомянутого, привычные специфичные реакции данного аналитика на разные типы пациентов, эти реакции создают предпосылки для переноса и основываются на особенностях личности аналитика. Некоторые черты личности активизируются в определенных ситуациях, выполняя как защитные, так и адаптивные функции в ответ на атаку пациента, находящегося в состоянии переноса.

Многие противоречия в вопросах о том, как обращаться с контрпереносом, происходят из-за различных определений, которые дают этому термину. Ясное определение, которое включает в себя все пространственное поле феноменов переноса и в то же время четко определяет компоненты данного поля, может разрешить эту проблему.

Временное измерение

С точки зрения времени можно выделить три типа реакций контрпереноса. Первый — острые или кратковременные реакции, которые, в зависимости от определения термина контрперенос, могут зависеть только от переноса пациента или от целостной картины взаимодействия пациента с аналитиком.

Второй тип — длительные искажения контрпереноса: незаметные, постепенно развивающиеся, захватывающие внутреннее пространство искажения установок аналитика по отношению к пациенту, продолжающиеся в течение длительного времени. Как заметил Тауэр (Tower, 1956), часто их осознают лишь задним числом. Обычно они появляются в ответ на определенный паттерн переноса, особенно на ранних стадиях терапии, когда этот паттерн усиливается сопротивлением. Разрешение данного вида переноса с помощью интерпретации может устранить искажение контрпереноса, которое исчезает, как только перенос меняет форму. Аналитик должен настороженно относиться к таким реакциям долговременного контрпереноса, сравнивая свою “особую” реакцию на данного пациента с реакциями на других пациентов.

Наконец, еще более растянутый во времени тип реакций контрпереноса представляет “постоянный контрперенос”, описанный Райх (Reich, 1951), который, по ее мнению (и я с ней согласен), представляет собой проявление патологии характера аналитика. Вряд ли мне нужно говорить о той роли, которую играют в анализе особенности личности аналитика. Позиция технической нейтральности не мешает пациенту видеть и осознавать его внешность, поведение, установки, эмоции. Фактически можно сказать, что пациент вешает ткань переноса на подходящие выступления личности аналитика.

Хотя эти реальные аспекты аналитика ведут к рационализации переноса, они не мешают искать исток переноса в прошлом пациента и не обязательно отражают патологию характера аналитика. Пациенты быстро становятся специалистами по особенностям характера аналитика, и первые реакции переноса возникают в этом контексте. Но делать вывод, что все реакции переноса в своей основе, хотя бы частично, представляют собой сознательные или бессознательные реакции на реальный аспект аналитика, неправильно; такой вывод свидетельствовал бы о неверном понимании природы переноса. Перенос есть именно неадекватный аспект реакции пациента на аналитика. Анализ переноса может начаться с того, что аналитик, оставляя открытой ту возможность, что наблюдения пациента верны, исследует, почему важны именно эти наблюдения и именно в данный момент.

Когда аналитик осознает реальные черты своей личности и принимает их без нарциссических защитных механизмов и без отрицания, такая эмоциональная установка позволяет ему сказать пациенту примерно следующее: “Если вы реагируете на что-то во мне, то чем же объяснить интенсивность вашей реакции?” Но патология характера у аналитика может привести к тому, что перенос пациента начнет разрушать техническую нейтральность. Когда аналитик не может отличить реальность от фантазий о том, как его воспринимает пациент, — работает контрперенос.

Контрперенос и тяжесть патологии пациента

В одной из ранних работ (1975) я описал континуум реакций контрпереноса, начиная от эмоций, которые вызывает у психоаналитика типичный пациент с дифференцированным неврозом переноса, и кончая реакцией на психотика, у которого перенос имеет психотический характер. Реакция контрпереноса на пограничные состояния и на патологический нарциссизм занимает в этом континууме промежуточное положение. Чем глубже регрессия у пациента, тем в большей степени это вынуждает аналитика активизировать свои регрессивные черты, чтобы сохранить контакт с пациентом. Таким образом вовлекается целиком вся личность аналитика. Чем глубже регрессия пациента, тем в большей мере присущие ему патогенные конфликты пропитаны примитивной агрессией, проявляющейся в переносе в виде прямых или косвенных нападения на аналитика. Такие нападения вызывают эмоциональный ответ аналитика, где проявляется, как об этом говорил Винникотт (1949), не только реакция на перенос, но и реакция на взаимоотношения пациента и аналитика в целом. К таким обстоятельствам больше приложима концепция контрпереноса в широком смысле слова. Чем глубже регрессия пациента, тем более всеобъемлющей будет реакция аналитика.

В этих случаях в основные реакции аналитика входят не только потенциальные реакции контрпереноса в узком смысле слова, но и то, что Рейкер (Racker, 1957) называл “комплементарными идентификациями” с объект-репрезентациями пациента, спроецированными на аналитика. Таким образом аналитик обогащает свое понимание бессознательно активизировавшихся интернализованных объектных отношений. В

отличие от Рейкера, я бы хотел подчеркнуть, что при комплементарном контрпереносе аналитик может идентифицироваться не только с “внутренними объектами” пациента, но и с его Я-репрезентациями, которые пациент проецирует на аналитика, сам при этом идентифицируясь с интернализированными объектными отношениями.

Активизация примитивных интернализированных объектных отношений в психоаналитической ситуации, когда пациент и аналитик играют взаимно полярные роли, постоянно ими меняясь (поочередно идентифицируясь с Я- и объект-репрезентациями), выполняет важнейшие диагностические и терапевтические функции. Чтобы использовать данный феномен для терапии, аналитик должен установить жесткие аналитические рамки, позволяющие контролировать отыгрывание вовне и дающие внутреннюю свободу фантазировать (“мечтать”), чтобы распознать спроецированные пациентом объектные отношения. Аналитик должен также постоянно отделять этот спроецированный материал от своих реакций контрпереноса (в узком смысле слова) и превратить свою интроспекцию в интерпретацию переноса, которая остается “вневременной” до тех пор, пока материал, полученный от пациента, не позволит установить генетическую связь с детством пациента. Другими словами, способность аналитика переносить искажения своих внутренних переживаний под влиянием регрессии переноса у пациента может стать эмпатией к тому, что сам пациент не выносит в себе. Из эмпатии рождается понимание, критически важное для интерпретации переноса.

Гринберг (Grinberg, 1979) предлагал отличать комплементарный контрперенос, когда в ответ на перенос пациента в аналитике активизируются внутренние объектные отношения его прошлого, от “проективной контридентификации”, когда такая активизация происходит целиком из переноса пациента. Это предложение обогащает анализ реакций контрпереноса. На практике взаимоотношения между внутренним миром пациента и активизировавшимся при развитии контрпереноса внутренним миром аналитика всегда носят комплементарный характер.

Чем тяжелее патология пациента, тем в большей мере он выражает эмоциональную реальность посредством невербального поведения, в том числе через незаметные или грубые попытки контролировать аналитика. Иногда такое поведение несет в себе угрозу границам психоаналитической ситуации (этот феномен мы подробнее рассмотрим в следующем разделе). Такая ситуация не должна порождать распространенную ошибку, когда концепцию контрпереноса расширяют в такой степени, что включают в нее все проблемы аналитика, сталкивающегося с трудными пациентами. Ошибки, происходящие от недостатка опыта или знаний, есть просто ошибки, но не контрперенос.

Контрперенос и трансферентная регрессия

Рассматривая измерения, по которым можно классифицировать контрперенос, в их связи с личностью аналитика, мы можем создать всестороннюю концепцию контрпереноса. Устанавливая связи между бессознательными реакциями аналитика на перенос и всеми его эмоциональными реакциями на пациента, мы увидим, как перенос пациента искажает психоаналитическую ситуацию, а также оценим реалистичные эмоциональные реакции аналитика и его контрперенос в узком смысле слова.

При обычных обстоятельствах патология характера аналитика или какие-то его личные ограничения не должны влиять на терапию. Но когда аналитик сталкивается с тяжелой патологией пациента, у которого перенос пропитан примитивной агрессией, неизбежен контрперенос в широком смысле слова, а он может активизировать патологические черты

характера аналитика. Особенно сильно эмоциональные реакции аналитика отражают особенности его личности в ситуации тупика или негативной терапевтической реакции.

Наиболее хрупким аспектом личности терапевта при таких обстоятельствах является, быть может, его креативность как психоаналитика. Под креативностью я подразумеваю способность с помощью воображения превращать материал, полученный от пациента, в цельную динамическую формулировку или в одну ясную фантазию, в какое-то конкретное переживание, дающее новое освещение всему материалу. Творчество психоаналитика тесно связано с его заботой о пациенте и умением видеть позитивные качества последнего, несмотря на его агрессию. Одним из источников творчества аналитика является его способность сублимировать свою агрессию, превращая ее в “проникающий”, проясняющий аспект аналитической техники. Забота, согласно Винникотту (1963), коренится в желании уничтожить агрессию с помощью любви к значимому объекту. Конечно, креативность терапевта выражает и сублимированные аспекты его либидинального отношения к пациенту. Естественно, что пациент направляет свою агрессию именно на эту творческую способность аналитика. Нарциссический пациент, в частности, сосредоточивает на аналитической креативности свою зависть, видя тут источник всего, что он получает от своего аналитика.

Когда аналитик встречается с попытками пациента очернить, нейтрализовать и разрушить его техническое вооружение, его самоуважение и личную безопасность, вера аналитика в свои способности, в то, что он может противостоять агрессии с помощью терпения, понимания и творческой интерпретации, — не отрицая при этом всей серьезности агрессии, заключенной в переносе, — позволяет ему продолжать работу с пациентом и таким образом оставаться хорошим объектом для пациента, несмотря на направленную на него агрессию.

Но забота о пациенте — особенно в периоды интенсивного отыгрывания вовне негативного переноса — также делает аналитика более ранимым. Его стремление сохранить контакт с “хорошим Я” пациента, когда его слова или молчание являются мишенью для насмешек пациента, его желание не только сохранить уважение к пациенту, но и видеть его любовь и то, что можно любить в его личности, — все это требует от аналитика эмоциональной открытости к пациенту. Это, конечно, еще больше подставляет аналитика под огонь агрессии пациента. В аналитической ситуации мы добровольно отказываемся от всего, что может порождать неразумные поступки и чрезмерные требования пациента, — и от защитной замкнутости в себе в ответ на нападение, и от жесткого утверждения своих социальных границ, защищающих нас от садистических атак в обычной социальной жизни.

По тем же причинам угроза невыносимой вины заставляет пациента интенсивнее пользоваться примитивными механизмами проекции, чтобы оправдать свою агрессию. Примитивные же формы проекции, в частности проективная идентификация, есть мощное межличностное оружие, с помощью которого можно “перевалить” агрессию на аналитика. Пациент провоцирует аналитика на ответную агрессию, а потом торжественно пользуется этим как рационализацией, оправдывающей его собственную агрессию. При терапии пограничных пациентов или пациентов с тяжелой патологией характера временами параноидные фантазии об этих пациентах зловещим образом вторгаются в мысли аналитика вне терапии, что отражает фантазии преследования пациента в переносе. Наконец, поскольку аналитик защищает слабое, хрупкое, атакуемое хорошее Я пациента, пациент может проецировать свои хорошие или идеализированные Я-репрезентации на аналитика, почти отдавая их ему “на хранение” и в то же время нападая на них под влиянием агрессии и зависти, которые первоначально пациент направлял на самого себя.

Как подчеркивал Рейкер (1968), в таких обстоятельствах существует большая опасность, что пациенту удастся пробудить в аналитике мазохистические тенденции его характера.

В конце концов пациенты с тяжелой хронической регрессией, сопровождающейся господством примитивной агрессии в переносе, или же пациенты с тяжелой негативной терапевтической реакцией, которые постоянно “портят” работу аналитика и его позитивное отношение к ним, неизбежно активизируют в аналитике нормальные нарциссические защитные механизмы, которые охраняют его креативность и самоуважение. Это может еще больше усложнить реакции контрпереноса. По этой причине способность аналитика сублимировать, защищающая и сохраняющая его креативность и самоуважение перед лицом агрессии, может оказаться критически важной для того, чтобы выявить, ограничить и держать в разумных рамках свои реакции контрпереноса.

Контрперенос и неспособность быть зависимым от аналитика

Как ни странно, описанные выше клинические ситуации могут возникать при минимальной трансферентной регрессии и при почти полном отсутствии проявлений агрессии в переносе. Я имею в виду некоторых пациентов, которые не в состоянии быть зависимыми от аналитика. У таких пациентов существует незаметное, глубокое и очень эффективное сопротивление переноса, направленное против зависимости от аналитика и связанной с нею регрессией переноса вообще.

Клинические черты

Создается внешнее впечатление, что такие пациенты не способны установить взаимоотношения переноса, что у них есть “сопротивление переносу”. Тем не менее само это сопротивление есть часть сложного трансферентного паттерна и признак одного из подтипов нарциссической патологии характера. Поскольку термин *зависимость* — слово неопределенное и двусмысленное, нужно уточнить, что я имею в виду.

Я не говорю о пациентах, у которых существует острое и хроническое сопротивление зависимости от аналитика, поскольку они боятся подчинения страшному родительскому образу или боятся гетеро- или гомосексуальных влечений; либо же так проявляется реактивное образование, защищающее их от пассивных оральных потребностей и от различных форм интенсивной амбивалентности. Но я говорю о пациентах, которые с самого начала терапии устанавливают совершенно стабильные взаимоотношения с аналитиком, и для этих отношений характерна следующая черта: им трудно действительно говорить *аналитику о себе*. Они говорят с аналитиком, чтобы на него повлиять, или говорят самим себе о себе; у аналитика же возникает отчетливое ощущение, что его устранили из сознания такого пациента.

Эти пациенты почти не способны слушать аналитика, используя его слова для исследования себя. Слушая аналитика, они с постоянством и непоколебимо как бы автоматически ищут в его словах скрытый смысл, пытаются понять его намерения, “механизмы”, работающие в его уме, его теории и технику. Они не позволяют себе переживать удивление в ответ на что-либо, появившееся в сознании в ответ на слова аналитика. Они представляют себе психоанализ как процесс обучения, в котором аналитик предлагает свои знания, а они, тщательно разобравшись в них и дав свою оценку, сознательно эти знания усваивают или же отвергают.

Они не могут постичь, как может знание о себе неожиданно появиться из бессознательного, они не представляют, что для понимания себя и интеграции этого знания требуется сотрудничество с аналитиком. Обычно таким пациентам трудно ощущать печаль, депрессию и вину, которые бы выражали глубокую заботу об их внутреннем мире; бессознательно они не могут себе представить взаимность отношений матери и ребенка и не способны, в бессознательном смысле слова, “заботиться” о себе. Это яркий пример нарциссической неспособности любить себя и доверять своему внутреннему миру.

Хотя то, что я описываю, представляет собой типичную конфигурацию переноса нарциссической личности, не всем нарциссическим личностям присущи эти особенности. Описываемый набор черт не связан с тяжестью нарциссической патологии, типичные признаки тяжелой нарциссической патологии — это значительное нарушение объектных отношений, антисоциальные черты и параноидная регрессия в переносе (включая микropsихотические параноидные эпизоды). Таким образом, можно наблюдать неспособность быть зависимым у нарциссических пациентов как с благоприятным, так и с неблагоприятным прогнозом в отношении терапии. Кроме того, хотя конфигурация переноса, которую можно обнаружить у различных пациентов, одна и та же, скрывающиеся за нею конфликты и вытесненная предрасположенность к переносу у каждого пациента своеобразны. Так, например, в процессе разрешения трансферентного сопротивления могут появиться депрессивные реакции, связанные с бессознательной виной, выраженные параноидные тенденции, в которых проявляются конфликты со смещением эдиповых и доэдиповых тем или гомосексуальные конфликты. Некоторые же пациенты вообще не способны чувствовать эмоции и выражать их словами, что может быть связано с ранними травматическими переживаниями. Описания МакДугала (McDougall, 1979), относящиеся к переносу при таких обстоятельствах, соответствуют моим наблюдениям.

Влияние на аналитика

Тип переноса, описанный выше, вызывает ответный контрперенос аналитика и ставит под угрозу его творческие способности.

Прежде всего, поскольку у таких пациентов не появляется глубокого эмоционального отношения к аналитику, создается впечатление, что перенос вообще не развивается. Неопытному аналитику или кандидату кажутся непонятными и страшными пациенты, не лишенные способности к свободным ассоциациям, которые вроде бы могут погружаться в примитивные фантазии и детские воспоминания, выражать эмоции и у которых в то же время не происходит развития переноса. Ситуация сильно отличается от работы с обсессивным пациентом, которому интеллектуализация, рационализация, реактивное образование или другие защиты высшего уровня мешают выразить эмоции, при том, что сам пациент глубоко погружен в перенос.

Во-вторых, такие нарциссические пациенты постоянно и подозрительно наблюдают за интерпретациями терапевта, неустанно “интерпретируя” все его комментарии, и это может надолго парализовать аналитика в его коммуникации. Это более эффективный способ контроля, чем обычная тенденция нарциссических пациентов раскладывать интерпретации аналитика по полочкам, следя, чтобы его слова не были неожиданными (что пробудило бы зависть пациента) или такими, которые слишком легко обесценить (что вызвало бы у пациента тяжелое разочарование). В отличие от такого “распределения по рангам”, ограничивающего восприятие слов аналитика, пациенты, о которых мы говорим,

все выслушивают, стремясь нейтрализовать или устранить непосредственное эмоциональное впечатление от интерпретации. У аналитика остается впечатление, что он разговаривал сам с собой или что произнесенные им слова растворились в воздухе, не достигнув пациента.

Кроме того, постоянное придирчивое наблюдение за аналитиком приводит к тому, что пациент внимательно изучает его “реальные” черты, его особенности и странности. У аналитика создается неприятное ощущение, что он подвергнут доброжелательному, несколько ироническому и веселому или же явно подозрительному наблюдению, и такой контроль разрушительнее, чем другие его формы, встречающиеся в аналитических взаимоотношениях.

Кроме того, эти пациенты “изучают” язык аналитика, его теорию и его любимые выражения в совершенстве, и потому они могут сочетать описания с интерпретациями настолько искусно, что аналитик перестает отличать эмоции от интеллектуализации или регрессивные фантазии от психоаналитической теории. Фактически и сам пациент не может отличить подлинно свое от того, чему он научился, общаясь с аналитиком. Все это создает такую психологическую структуру, которая мешает пациенту или аналитику понять бессознательные аспекты патологии пациента. В конечном итоге пациент сам становится жертвой своей неспособности быть зависимым от аналитика.

Под влиянием таких взаимоотношений аналитик может потерять свою спонтанность. Вместо того чтобы работать, равномерно распределяя свое внимание, он, защищаясь, начинает контролировать свои коммуникации. Отсутствие отношений переноса и его динамики в течение долгого времени вызывает у аналитика обескураживающее чувство, что на самом деле ничего не происходит, а он не может понять, почему. В конце концов он может почувствовать себя парализованным, а свою работу — бесполезным занятием. Он даже может заключить бессознательную сделку с пациентом и отщеплять один сеанс от другого, снова и снова принимая свое поражение и пытаясь начать все сначала.

Терапевтический подход

Не так уж сложно диагностировать тупиковую ситуацию, создавшуюся на основе устойчивой защиты против зависимости. Но чтобы разрешить ее, от аналитика требуется неимоверная работа со своими реакциями контрпереноса по всему спектру измерений, перечисленных выше; особенно трудно сохранить способность к аналитической креативности. В такой тупиковой ситуации аналитику приходится напрягать свою фантазию, хранящую прошлые воспоминания, и использовать эмоциональное знание о том, как строят отношения пациент и аналитик в обычных обстоятельствах. Я имею в виду то, что Лэвальд (Loewald, 1960) называл основополагающими взаимоотношениями пациента и аналитика в психоаналитической ситуации: один человек осмеливается стать зависимым от другого, а другой в ответ принимает эту зависимость, сохраняя уважение к автономии первого человека.

Аналитику легче работать с такими пациентами, если он может четко представить себе, как бы ответил на интервенцию “нормальный” пациент, как бы тот исследовал свою реакцию, если бы находился в открытых и безопасных отношениях с аналитиком. Такое бывает, когда наблюдающее Эго пациента сотрудничает с аналитиком. Способность аналитика ощущать себя и аналитиком, и зависимым пациентом создает рамку, субъективную, но реалистичную, в которой легче увидеть и постепенно начать интерпретировать неспособность пациента быть зависимым.

Внимательное отношение к реакциям пациента на интерпретации — вот главное орудие, позволяющее исследовать и разрешить это сложное сопротивление переноса. Пациент, стремящийся понять, “как аналитик это сделал”, приписывает ему интеллектуализацию или говорит, что тот пользуется такой-то теорией, или что это реакция контрпереноса. Можно начать с прояснения вопроса, почему пациенту трудно предположить, что аналитик ответил на что-то спонтанно, желая помочь пациенту лучше понимать самого себя, а не из стремления манипулировать или наполнить голову пациента своими теориями. Аналитик может высказать предположение, что пациент таким образом обесценивает свой собственный мир фантазий и свои эмоциональные переживания, хотя внешне он лишь ставит под сомнение способность аналитика к спонтанной интроспекции. Можно также обратить внимание на типичную парадоксальную реакцию нарциссического пациента, который, ощущая помощь или понимание аналитика, стремится это отрицать, и начать прояснение этого паттерна и интерпретацию разрушительных действий пациента (Rosenfeld, 1964).

Временами “бессмысленность” или отсутствие эмоционального контакта между пациентом и аналитиком могут воспроизводить конкретные патогенные взаимоотношения с родительскими объектами. Бездарный, злобный, упрямый пациент провоцирует аналитика на то, чтобы тот продемонстрировал разницу между аналитической ситуацией и прошлым пациента. Эта провокация осложняется бессознательной завистью пациента к аналитику, — который воспринимается как независимый человек, уверенный в своих творческих способностях, — и желанием разрушить аналитическую работу. Сложность заключается в том, что сама интерпретация этого паттерна может быть преждевременной и пациент разрушит ее с помощью интеллектуализации, вплетет в свои ассоциации, поддерживающие отрицание психической реальности. В таких случаях помогает постоянная проработка использования интеллектуального инсайта для защиты и внимательное отношение к этой особенности пациента.

Довольно часто внимание аналитика, направленное на идентификацию пациента с фрустрирующим, садистическим, наказывающим объектом прошлого, который порождает недоверие как к аналитику, так и к своему собственному внутреннему миру (это, в конечном итоге, агрессивная и отвергающая материнская интроекция, отрицающая как потребность пациента в зависимости, так и его эмоциональную жизнь вообще), может прояснить и разрешить этот паттерн в контексте анализа идентификаций, составляющих грандиозное Я. В данном случае идеализация своего Я пациентом, отрицающим, что ему нужны другие, смешана с идентификацией с агрессором (который еще не был уличен в своей агрессии по отношению к нормальному, инфантильному, зависимому Я пациента).

У пациентов, которые начали проработку этого типа переноса, можно наблюдать интересный феномен: когда они понимают что-то новое, то начинают отрицать эмоциональную сторону своих взаимоотношений с аналитиком. Таким образом, паттерн, который изначально был постоянным и устойчивым, становится подвижным и возобновляется тогда, когда углубляются взаимоотношения переноса. Повторная интерпретация такого поведения, когда аналитик видит его возобновление, может помочь проработке, хотя такие повторения часто вызывают жалобы пациентов, что аналитик продолжает исследование одной и той же темы, тем самым отрицая прогресс пациента.

У таких пациентов развитие переноса с глубокой регрессией и интенсивными эмоциональными реакциями — будь они даже ярко параноидными — есть знак движения вперед по сравнению с прежним стабильным трансферентным сопротивлением. Прогноз для пациентов, которые никогда не могли хотя бы понять природу своей неспособности быть зависимыми от аналитика, намного хуже. Чтобы отличить одну категорию

пациентов от другой, нужно много времени. Необходимо отличать интеллектуальное понимание интерпретации, касающейся неспособности пациента быть зависимым от аналитика, от эмоционального понимания, которое в конечном итоге приводит к изменению переноса.

18. Клинические аспекты тяжелой патологии Супер-Эго

Два ведущих показателя позволяют нам судить о прогнозе при психоанализе и психотерапии пациентов с пограничной организацией и нарциссическим личностным расстройством: качество объектных отношений и качество функций Супер-Эго.

Качество объектных отношений связано с внутренними взаимоотношениями пациента со значимыми другими, а не просто с природой его межличностного взаимодействия. Если пациент, несмотря на тяжесть своей психопатологии, способен к глубоким взаимоотношениям с другим человеком, может сохранять продолжительные, не эксплуататорские и не паразитические по своей природе отношения с близким человеком, значит он способен устанавливать объектные отношения. Пациент же, который полностью социально изолирован, у которого на сознательном и предсознательном уровне глубокие взаимоотношения с кем-либо отсутствуют; пациент, у которого единственный значимый контакт с другими происходит в фантазиях, сопровождающих мастурбацию; пациент, который почти совсем не понимает особенностей, забот, желаний других людей или не интересуется ими, — все такие пациенты страдают серьезными нарушениями в сфере объектных отношений.

Способность быть честным — в обычном социальном смысле слова, способность ощущать адекватную вину и чувство долга во взаимоотношениях с другими людьми, — все это признаки нормальной работы функций Супер-Эго. Постоянная же нечестность во взаимоотношениях, отсутствие заботы и ответственности во всяком взаимодействии с людьми показывает отсутствие или нарушение функций Супер-Эго. Естественно, что степень серьезности патологии Супер-Эго проявляется в тяжести антисоциального поведения пациента. Тем не менее важно помнить, что оценивать патологию Супер-Эго следует на основе внутреннего отношения человека к социальному окружению, а не на основе социальных норм или юридических определений антисоциального поведения.

Психоанализ нарциссической личности открывает любопытные и сложные взаимоотношения между патологией Супер-Эго и качеством объектных отношений. При нарциссических расстройствах личности любой степени тяжести антисоциальные черты встречаются удивительно часто. Даже сравнительно адекватно функционирующие на социальном уровне пациенты, у которых патологическое грандиозное Я обеспечивает достаточное удовлетворение потребности в самоуважении и которые способны к поверхностному социальному взаимодействию и более глубокому контакту с людьми, могут иметь склонность к хроническому антисоциальному поведению, такому как воровство или фальсификация, в своей работе или в сексуальных действиях.

Поскольку антисоциальные черты имеют огромное прогностическое значение, я исследую их у всех пациентов с нарциссической личностью (даже у тех, кто очень хорошо функционирует на социальном уровне), и часто обнаруживаю поразительный контраст между достаточно нормальными объектными отношениями и неожиданно тяжелой патологией Супер-Эго. И напротив, у некоторых нарциссических пациентов, функционирующих на выражено пограничном уровне, у которых есть тяжелые и

глубокие нарушения объектных отношений, функции Супер-Эго на удивление нормальны.

Лишь в одной, к счастью, сравнительно малочисленной, подгруппе нарциссических расстройств, когда патологическое грандиозное Я пропитано агрессией, что я называю злокачественным нарциссизмом (см. главы 16 и 19), — то есть когда Эго-синтонная грандиозность сочетается с жестокостью или садизмом и тяжелыми параноидными чертами, — нарушения объектных отношений всегда пропорциональны нарушениям функций Супер-Эго. Я обнаружил, что всем пациентам с антисоциальной структурой личности свойственны тяжелая нарциссическая патология, разрушение внутреннего мира объектных отношений и ярко выраженная и обычно не поддающаяся терапии патология Супер-Эго. Такие пациенты выходят за рамки не только психоанализа, но и любой другой формы психоаналитической психотерапии. Оценка качества объектных отношений, патологии Супер-Эго и природы патологического нарциссизма позволяет ответить на вопрос, излечим ли данный пациент.

Теоретические соображения

Мне представляется, что идеи о развитии Супер-Эго Эдит Якобсон содержат ценные теоретические основы для понимания путей нормального и патологического формирования Супер-Эго в детстве. Поэтому, прежде чем перейти к представлениям о тяжелой патологии Супер-Эго, я хочу кратко изложить ее мысли по этому вопросу.

Якобсон (1964) описывает три стадии или три слоя нормального развития Супер-Эго. Первый, самый глубокий, слой представляют предшественники садистического Супер-Эго, продукт интернализации фантастических, садистически запрещающих и наказывающих образов объекта, точнее, смесь “плохих” Я- и объект-репрезентаций, которые ребенок проецирует на фрустрирующую мать и на другие объекты, отрицая свою агрессию. Второй слой образуют идеальные Я-репрезентации и идеальные объект-репрезентации. В результате их интеграции создается Эго-идеал, плод окончательной попытки восстановить симбиотические, первоначально окрашенные либидо взаимоотношения с матерью на более высоком уровне интрапсихических стремлений и требований. При оптимальных условиях происходит смягчение как более ранних садистических, так и более поздних идеализированных предшественников Супер-Эго, в котором повторяется процесс интеграции хороших и плохих объектных отношений, ранее происходивший в Эго. Якобсон отмечает, что такая интеграция и смягчение позволяют интернализировать третий уровень предшественников Супер-Эго, а именно реалистичные требования и запреты родителей, характерные для поздних стадий эдиповой фазы, когда происходит окончательное создание Супер-Эго как интегрированной структуры.

В течение следующей латентной стадии развития происходит деперсонифицирование, абстрагирование и индивидуализация Супер-Эго, в результате чего появляется более точная и определенная регуляция самооценки, а ум начинает отличать аффекты от обязательств; ранее же Супер-Эго регулировало самооценку с помощью смены настроений. Специфичное чувство вины и критическое отношение к себе есть результат сложного развития депрессивных тенденций, происходящего под влиянием интеграции Супер-Эго. Зрелое Супер-Эго осуществляет контроль с помощью мягких и плавно меняющихся настроений, ему свойственны чувство вины и растущее ощущение автономии. Патологическое же, крайне агрессивное и примитивное Супер-Эго характеризуется преобладанием тяжелых депрессивных настроений. Кроме того, чувства неполноценности и стыда есть проявление Эго-идеала, участвующего в контроле Супер-

Эго над Эго; чем глубже нарушения интеграции Супер-Эго, тем в большей степени чувства неполноценности и стыда преобладают над способностью ощущать мягкую депрессию (например, в форме печали) и дифференцированные разновидности вины.

Следующая стадия развития Супер-Эго приходится на подростковый возраст. Якобсон описывает частичный возврат к персонификации, проекции и растворению Супер-Эго, происходящий тогда, когда у подростка усиливаются инфантильные запреты на эдиповы желания. В то же время подросток должен идентифицироваться со взрослой моделью сексуального поведения, чтобы интегрировать нежность и эротику в сексуальное влечение. На данной стадии та степень, в которой происходит частичное устранение и проекция Супер-Эго, и степень, в которой сохраняется нормальная идентичность Эго, позволяют отличить нормального и невротичного подростка от его пограничного или нарциссического сверстника (Jacobson, 1954, 1961, 1964).

Клинические аспекты

Уровни патологии Супер-Эго

Спектр патологии Супер-Эго, представленный ниже, является результатом нарушения развития Супер-Эго на разных уровнях, описанных Якобсон. Я описываю континуум патологии Супер-Эго, по степени тяжести простирающийся от практически неизлечимой антисоциальной личности до пациентов с невротической патологией характера. Я уделяю особое внимание взаимоотношениям между патологией Супер-Эго, нарушениями в сфере объектных отношений, патологическим нарциссизмом и метаморфозами переноса у этих пациентов.

Антисоциальная личность

Наиболее тяжелая патология Супер-Эго встречается у пациентов с антисоциальным личностным расстройством — у психопатов в узком смысле слова. Такие пациенты лгут психотерапевту, вполне сознавая, что они делают. Они представляют себе “моральные” требования внешней реальности и на словах их почитают, но не понимают, что эти требования есть настоящая система морали, которую другие интернализовали. Вместо этого они воспринимают моральные требования окружающих как общепринятую систему предупреждения об опасности, которую используют развращенные люди (такие, как они сами) и которой подчиняются наивные и трусливые.

Эти пациенты могут лгать и обманывать — и это им удастся. Они знают, что их могут поймать, но не понимают, что их ложь и обман влияют на внутреннее отношение к ним других людей. Поскольку они не способны относиться к другим с подлинной любовью, они не чувствуют разницы между любовью других людей и безжалостной эксплуатацией или манипуляцией. Они разрушают саму возможность эмоциональных взаимоотношений с терапевтом, не понимая, что делают.

Их способность эффективно лгать отражает какую-то степень интеграции Я, но она основана на патологическом грандиозном Я нарциссической личности и полностью идентифицируется с принципом удовольствия. У некоторых таких пациентов грандиозное Я пропитано агрессией, поэтому им свойственен Эго-синтонный поиск удовлетворения садистических стремлений. Есть континуум, на одном конце которого находится

пассивный, эксплуатирующий, паразитирующий на других психопат, на другом — откровенно садистический преступник. Социальные условия, в которых можно выражать примитивную агрессию и жестокость, — это естественная среда для такой структуры личности.

За редкими исключениями, психотерапия таким пациентам противопоказана. Явно садистических представителей этой категории лечить в ситуации обыкновенной психотерапии слишком опасно, стремление к садистическому триумфу, выражающемуся в интенсивном презрении к терапевту и прямой финансовой или еще какой-то его эксплуатации, может вызывать страх у терапевта. У пассивных же и паразитирующих психопатов лишь конфронтация терапевта, который показывает им их антисоциальное поведение, пробуждает мощную параноидную регрессию в переносе, сопровождающуюся активизацией садистической грандиозности, что делает их похожими на открыто агрессивный тип таких пациентов (вдобавок они проецируют эту тенденцию на терапевта).

Один пациент, антисоциальная личность с садистическими чертами характера начал психотерапию под давлением своей семьи, а также для того, чтобы избежать уголовной ответственности в связи с участием в кражах со взломом. Он честно говорил со мною о запланированном им ограблении. Он косвенно, но достаточно ясно, дал мне понять, что сумеет защитить себя в том случае, если я захочу об этом рассказать полиции. Трудно передать мощнейшее чувство превосходства и уверенности в себе, которое излучал этот человек. Его расслабленная улыбка показывала, что он меня глубоко презирает, и временами мое мышление было настолько парализовано, что я был лишен способности действовать. Я решил прекратить лечение, понимая, что сочетание криминальных проблем и терапии — это нечто за пределом моих возможностей.

Другой пациент с антисоциальным расстройством личности, совершавший кражи и паразитирующий на окружающих, но не проявлявший явной жестокости, производивший впечатление хитреца, изображающего подчинение, воровал разные вещи из моего офиса. Поначалу не будучи уверенным, что именно он виноват в пропажах, я тем не менее обнаружил, что пристально слежу за ним во время сеанса, а потом проверяю, все ли на месте. Когда я однажды сказал, что подозреваю его в краже одной мелочи, пропавшей из комнаты ожидания после его визита, он “признался”, что взял ее и позже вернул эту вещь. Но при этом я не мог заметить в нем никаких признаков вины или стыда, и последующие несколько сеансов (пока терапия не окончилась несколько недель спустя) я с неудовольствием ощущал, что невольно вовлечен в его игру, охраняя свою собственность. Когда я попытался исследовать психологическую сторону такого взаимодействия, пациент отказался в этом участвовать, изумляясь тому, что я так настойчиво хочу обратить его внимание на “дело прошлого”.

Нарциссическая личность с Эго-синтонным антисоциальным поведением

Следующий уровень в континууме патологии Супер-Эго представлен функционирующей на пограничном уровне нарциссической личностью с антисоциальными чертами, но не страдающей антисоциальным личностным расстройством в собственном смысле слова, а также пациентами со злокачественными формами патологического нарциссизма, у которых агрессивное ощущение своей значимости выражается в Эго-синтонном антисоциальном поведении. У таких пациентов в переносе появляются выраженные

параноидные черты, даже в тех случаях, когда эти черты не доминируют в их характере. В переносе у них даже может появиться бредовая параноидная регрессия.

Один пациент с нарциссической личностью и тяжелыми параноидными чертами характера на сеансах ярко проявлял свою грандиозность и хвастался. Он непрерывно жаловался на глупость, невежество и нечестность различных авторитетов и вынуждал меня молча выслушивать его речи, предполагая, что я со всем соглашаюсь. “Осмелившись же” ставить под сомнение какое-то его высказывание, я становился еще одним примером непорядочных людей, облеченных властью. С его почти непробиваемым ощущением своей грандиозности сочеталось обаяние, позволявшее ему произносить совершенно аморальные речи. Когда я прямо не возражал ему, он оставался веселым и дружелюбным. Кроме того, он обманывал меня, говоря о своем антисоциальном поведении, связанном, в частности, с наркотиками. Нередко я получал сведения о его реальной жизни лишь через социального работника, который узнавал обо всем от родителей пациента, после того как они поговорят с полицией. Когда я представлял ему эти факты, он охотно признавал свою ложь, оправдывая свое поведение как нечто вполне логичное в мире ограниченных и жестких людей, пользующихся своей властью.

Тем не менее этот пациент, в отличие от упомянутых ранее, был способен во взаимоотношениях косвенно выражать свою зависимость от меня; он сильно расстраивался, когда я не мог принять его в привычное время, и очень нервничал, если задерживалось начало сеанса. Хотя в конечном итоге он прервал терапию, но поддерживал периодические контакты со мною, предполагая продолжить терапию в будущем. Позднее он смог участвовать в непродолжительных периодах терапии с другими психотерапевтами. Согласно сведениям, которым можно доверять, антисоциальные черты его характера сгладились.

У таких пациентов антисоциальное поведение имеет оттенки агрессии, ярости, мести; кроме того, у них есть глубокая параноидная тенденция приписывать подобные реакции окружающим. Ложь и мошенничество у них Эго-синтонны и вписываются в их картину мира, представляющегося местом, где, чтобы выжить, надо либо лгать и обманывать, либо убивать, либо же искать психологической безопасности в бегстве от страха смерти. У этих пациентов мы видим больше дикой агрессии и садизма, чем привычной и самодовольной нечестности; часто в их прохладных социальных взаимоотношениях можно найти остатки нормальной честности.

Якобсон (1971), описывая склонность параноидных пациентов к предательству, указывает, что в детстве они часто сталкивались с несправедливостями, пренебрежением и жестокостью, а у их родителей существовали глубокие супружеские конфликты. У таких пациентов в раннем детстве появляется установка на подчинение, окрашенная мазохизмом, по отношению к родителям, а стоящая за этим злоба проявлялась в жестокости, направленной на младших братьев и сестер, и в попытках натравить одного члена семьи на другого. Якобсон изображает альтернативу между открытой агрессивностью и параноидными чертами, с одной стороны, и подчинением и предательством вместе с прочими антисоциальными тенденциями — с другой.

На наиболее патологическом конце спектра, включающем антисоциальные личности в собственном смысле слова и нарциссические личности с выраженными антисоциальными чертами или проявлениями злокачественного нарциссизма, явно преобладают примитивные слои садистических предшественников Супер-Эго. Агрессия у таких пациентов практически не содержит признаков какой-нибудь интеграции с идеализированными предшественниками Супер-Эго, этим людям свойственно также

стремление господствовать над любыми объектными отношениями и разрушать их (они могут выносить лишь полностью подчиненных и используемых “рабов”, что позволяет им проявлять силу, в которой выражают себя садистические предшественники Супер-Эго).

Собственно антисоциальная личность как бы идентифицируется с примитивной, бесчеловечной, абсолютно внеморальной силой, которая получает удовлетворение только тогда, когда проявляет ничем не ограниченную агрессию, не стараясь рационализировать свое поведение и не опираясь на какие-либо ценности, кроме самой этой силы.

У нарциссической личности с антисоциальными чертами и при злокачественном нарциссизме можно наблюдать хотя бы в слабой степени проявления идеализированных предшественников Супер-Эго, то есть садистические предшественники Супер-Эго окрашены примитивной идеализацией. Садистическое и эксплуататорское поведение пациента “морально оправдано”, по крайней мере, для самого пациента. В переносе такие пациенты (не психопаты) реагируют сильной яростью на попытки поставить под вопрос “оправданность” их жестокого и эксплуататорского поведения. Эти пациенты как бы идентифицируются не просто с садистическим убийцей, как психопаты, но с жестоким божеством, с бесчеловечным и эгоцентричным богом.

Активизация параноидных идей в переносе у этих пациентов есть проявление садистической грандиозности и жестокости наиболее примитивных, не смягченных или не нейтрализованных слоев Супер-Эго. Садистические или жестокие родительские образы, а также конституционные факторы, мешающие нейтрализации примитивной агрессии или контролю над ней, играют основную роль в этиологии таких нарушений. Бессознательная идентификация грандиозного Я пациента со свойствами этих примитивных садистических предшественников Супер-Эго также показывает слабость или недоступность альтернативных интернализованных объектных отношений и разрушение Я- и объект-репрезентаций, на которые направлено либидо.

У описанных только что пациентов с глубокой патологией Супер-Эго интернализованный мир объектных отношений прошлого, открывающийся при генетической реконструкции, обычно включает в себя образ подавляющей родительской фигуры, которая представляется пациенту всемогущей и жестокой. Эти пациенты всегда ощущают, что любые добрые взаимоотношения любви, удовлетворяющие обоих участников, невозможны — или, если возможны, то хрупки, легко ломаются и, что еще хуже, являются мишенью для нападения со стороны всемогущего и жестокого родителя. В типичном случае они ощущают, что полное подчинение — фактически, с растворением в нем, — власти жестокого и всемогущего родителя есть единственное условие для выживания, и потому все связи с альтернативными хорошими, но слабыми объектами надо разорвать. Наконец, опьяняющее чувство власти и удовольствия при идентификации с жестоким всемогущим объектом дает им ощущение свободы от страха, страдания и ужаса и убеждение, что удовлетворение агрессии — единственный подлинный способ отношения к другим людям.

Нечестность в переносе

Следующий уровень патологии Супер-Эго мы видим у тех пациентов, которые постоянно скрывают или искажают важную информацию о своей жизни или о своих субъективных переживаниях, другими словами, лгут, выпуская одно, добавляя другое, в ситуации терапии. К ним относятся пограничные пациенты без выраженной нарциссической психопатологии, а также некоторые нарциссические пациенты, функционирующие на пограничном уровне. Их нечестность, как правило, имеет защитную природу, прямое или

открытое антисоциальное поведение у них мало выражено, а объектные отношения — лучше по качеству. Иногда в течение долгого времени терапии не удается заметить относительную серьезность патологии Супер-Эго у таких пациентов.

Типичным примером являются пациенты, которые не упоминают о каких-либо важных аспектах своей жизни и взаимоотношений с окружающими из боязни, что аналитик будет критиковать их или попытается изменить их поведение в этой сфере. Иногда они “признаются” в таком поведении аналитику и потом продолжают делать то же самое, косвенно полагая, что признание освобождает их от ответственности за свои поступки. Аналитику приходится решать, дать ли свое согласие на такое поведение, молчаливо выслушивая “исповедь” пациента, или же взять на себя ответственность за его прекращение.

В отличие от пациента с более локальным симптомом, заключающимся в замалчивании крайне постыдного или вызывающего вину поведения, которое, тем не менее, не является явно антисоциальным или саморазрушительным, в отличие также от пациента, находящегося под властью бессознательного отрицания, который вполне осознает то или иное переживание или поведение, но не осознает его эмоционального значения, — пациент, который хронически лжет, вполне осознает как когнитивную, так и эмоциональную важность того, что скрывает.

Мисс U. Женщина, принимавшая наркотики и страдавшая алкоголизмом, была любовницей торговца наркотиками. В течение долгого времени она намеренно скрывала от меня, что знает про преступные связи своего мужчины. Она “призналась” только в момент смерти близкого друга, убитого, как она подозревала, той криминальной группой, к которой принадлежал ее любовник, что вызвало у нее сильную тревогу.

Я исследовал факторы, которые мешали ей рассказать мне о ее криминальном окружении. Как выяснилось, за страхом, что я запрещу ей продолжать взаимоотношения с тем мужчиной или прекращу терапию, негодую на ее дурную компанию, скрывался более глубокий страх, что она предаст меня, рассказав своему любовнику о занятиях со мной, — что было бы опасно для моей жизни; преступная группа могла бы захотеть устранить меня, поскольку “я знаю слишком много”. А затем мисс U. начала выражать свой страх относительно того, что желает мне смерти и что мазохистично подчиняется социальной ситуации, угрожающей ее собственной жизни.

На ранних стадиях терапии мисс U., типичная инфантильная личность с пограничной организацией, свободно рассказывала о своих фантазиях, сопровождающих мастурбацию, которые включали сексуальные оргии с родителями. Я думал, не была ли она реально свидетельницей или участницей инцестуозных и перверсных сексуальных действий в раннем детстве. В конечном итоге выяснилось, что эти фантазии имели более сложную генетическую природу и не отражали непосредственных сексуальных впечатлений раннего детства. Однако через несколько месяцев после того, как она перестала мне лгать о деятельности своего мужчины, появилась новая информация о ее бессознательном прошлом. Оказывается, ее мать постоянно опасалась, что ее отравит отец мисс U., — опасалась настолько, что обычно давала попробовать свою еду собаке и лишь потом ела сама. В переносе пациентка выражала свою идентификацию как с матерью, напуганной мужем, желавшим ее убить, так и с отцом, который “отравлял” взаимоотношения со мной и потенциально угрожал мне смертью.

Отрицание моральной ответственности

Для следующего уровня патологии Супер-Эго характерно то, что можно было бы кратко назвать отрицанием моральной ответственности за свои поступки. В отличие от предыдущей группы пациентов, в основном с пограничной личностной организацией, но без преобладания нарциссических черт, в данную группу входят пациенты с типичной нарциссической личностью, но без признаков антисоциального поведения в узком смысле слова и без откровенной лживости в переносе. У этих пациентов нет сознательной скрытности, систематического умалчивания или искажения информации. Для них характерно то, что они “невинно” выражают противоречия в своих переживаниях и поведении, разделенных перегородками взаимного отрицания, — что является проявлением работы механизмов расщепления, — и в результате они отрицают озабоченность, ответственность и чувство вины.

Эти пациенты сознательно не лгут в обычном смысле слова. Их нечестность проявляется в том, что они отказываются нести ответственность за надежность своих чувств, намерений и поступков. Просто поразительно, как легко некоторые пациенты, которые обычно манипулируют, контролируют и эксплуатируют других (что отражено в их истории), способны повлиять на мысли терапевта, когда они в своей мягкой и естественной манере отказываются видеть свои обязанности и беспокоиться о себе или других. Очевидно, эти пациенты последовательны в своих мыслях, но непоследовательны в эмоциях, что защищает их от тревоги или вины и от идентификации с моральными ценностями. Мы можем наблюдать у них одновременно и использование расщепления для защиты, и абсолютно эгоцентричное поведение, какое можно видеть у ребенка до того, как у него произошла интеграция Супер-Эго. Кроме того, они в гораздо большей степени способны к глубоким объектным отношениям. Очень впечатляет, когда видишь как аналитик, общаясь с ними, начинает сомневаться в своих собственных ценностных суждениях и даже в обычном представлении об ответственности и вине. Одним словом, у этих пациентов есть необычайный талант разрушать систему ценностей аналитика, вступающего с ними в отношения. Вот типичный пример.

Мисс V. Молодая женщина с нарциссической личностью без явных пограничных черт однажды сказала мужчине, что любит его и что он — единственный мужчина в ее жизни. Между ними начались интенсивные сексуальные взаимоотношения. Одновременно у нее были такого же рода отношения с другим мужчиной. Несколько дней спустя она сказала второму, что любит его и что он — единственный мужчина в ее жизни. Мисс V. открыто рассказывала об этом на сеансе.

На мой вопрос, не видит ли она в этом конфликта, женщина ответила, что нет, поскольку мужчины между собой не знакомы. Убедившись в ее полной искренности, я спросил, нет ли тут конфликта для нее, поскольку она сказала двум мужчинам почти в один и тот же день, что любит их и что каждый — ее единственная любовь. Мисс V. очень трезво ответила, что была искренна с обоими: когда она это говорила второму, ее чувства совершенно изменились с того вечера, когда она уверяла в своей любви первого. Она считает, что всегда честна со своими мужчинами. Она добавила, что никогда не делает секрета из того, что чувства меняются и поэтому никому не может гарантировать, что будет “любить вечно”. Одной из главных ее жалоб было то, что мужчины не ценят ее честности и ведут себя с нею противоречиво. Сначала они принимают взаимоотношения, в которых она щедро любит и все отдает, ясно при том давая понять, что не может обещать им постоянства чувств и хочет сохранить свою свободу. А потом даже те мужчины, которые сначала хвалили ее за эти слова, начинают сильно злиться, когда она увлекается другим.

Мисс V. не испытывала ревности, когда мужчины изменяли ей, напротив — чувствовала облегчение. Неспособность ревновать часто встречается у нарциссических пациентов. Очевидно, эта женщина страдала тяжелой патологией объектных отношений, она была не способна глубоко посвятить себя кому-либо или стать зависимой от другого. Но, в отличие от вышеупомянутых пациентов, она могла относиться адекватнее и даже с тактом к людям, с которыми у нее не было глубокого эмоционального контакта; в своих социальных взаимоотношениях она была честной в обычном смысле слова. По отношению ко мне она в течение многих месяцев держалась явно на расстоянии, но ничего не скрывала и не придумывала. В конечном итоге мисс V. поняла, что у нее нет никакой надежды на любовь, которая защитит ее от глубокого страха разочарования и от ярости. Исследование этих ее особенностей в переносе открыло возможность перейти к исследованию патологии объектных отношений.

Патология Супер-Эго у таких пациентов проявляется в отсутствии заботы, в неспособности ощущать моральные обязательства и вину, причем они с разоружающей логикой рационализируют свое поведение. Эго-синтонная природа их поведения, которое не является откровенно антисоциальным, усложняет работу терапевта в его стремлении помочь им осознать, что за этим отсутствием “моральных” проблем скрывается проблема. Такой пациент воспринимает любую “моральную” озабоченность аналитика как не только осуждение, но и наказание с оттенком садизма. В отличие от антисоциальной личности, которой присуща “честность” в разговорах об ее антисоциальных поступках, но без озабоченности или вины, мисс V. и подобные ей не эксплуатируют других открыто и не ведут себя антисоциально. Их неспособность устанавливать глубокие объектные отношения вредит им самим в не меньшей степени, чем их отношениям с другими людьми.

Когда пациент проявляет нечестность в переносе и не способен принять моральную ответственность, это говорит о недостатке интеграции нормального Супер-Эго, об относительной недоступности обычной интернализации реалистичных родительских запретов и требований (третий уровень развития Супер-Эго). У этих пациентов существует диссоциация между спроецированными садистическими и идеализированными предшественниками Супер-Эго, что клинически выражается в антисоциальном поведении, которое пациент рационализирует в контексте параноидного переноса, проецируя на аналитика садистических предшественников Супер-Эго. Идеализированные предшественники Супер-Эго пациент может проецировать на аналитика или на другие объекты переноса, мазохистическое подчинение которым резко контрастирует с нечестностью параноидного переноса. В случае образования патологического грандиозного Я последнее вбирает в себя идеализированные предшественники Супер-Эго. Садистические же предшественники спроецированы на других, в чем и проявляются параноидные черты личности пациента. Несмотря на работу обесценивания и других примитивных механизмов защиты, которые вредят интернализированному миру объектных отношений, все эти пациенты способны на время установить идеализирующие объектные отношения, а иногда у них можно заметить рудименты более высокого уровня развития Супер-Эго, что проявляется в их способности соблюдать обычные социальные правила честности.

Преобладание ранних садистических предшественников Супер-Эго во всех исследованных случаях нарушает интернализацию объектных отношений. Во внутреннем мире этих пациентов и, следовательно, в их межличностной реальности люди либо являются властными и жестокими, либо находятся под угрозой разрушения и эксплуатации со стороны других. Поскольку хорошие объектные отношения находятся под постоянной угрозой разрушения, пациент их обесценивает, предполагая, что они

являются признаком слабости. Таким образом, примитивная патология Супер-Эго и патология интернализованных объектных отношений усиливают друг друга.

Некоторым пациентам, находящимся на промежуточном уровне, присуще совершенно лживое, циничное и лицемерное общение, которое уничтожает всякие суждения, опирающиеся на сравнение хорошего и плохого объектов. Они отрицают смысл любой привязанности к объектам ради успешного продвижения в хаосе человеческих взаимоотношений. Состояние, которое можно назвать нечестностью “невинного наблюдателя”, заменяет опасную идентификацию с жестоким тираном.

Когда пациент, постоянно проявляя нечестность, заражает ею ситуацию терапии, достигается защитная дегуманизация объектных отношений, и тогда уже нет опасности, что ненависть разрушит любовь или что ненависть вызовет грозное возмездие. Те же самые черты можно увидеть при менее глубоких нарушениях: они не так ярко выражены, зато их легче наблюдать у пациентов с умеренной патологией Супер-Эго, которые лишены чувства ответственности за свои поступки.

В таких случаях успешно сформировавшиеся идеализированные предшественники Супер-Эго создают предпосылки для идеализации грандиозного Я и минимальной интеграции садистических и идеализированных предшественников Супер-Эго, так что пациент обладает ощущением социальной моральности. Но такие пациенты, фрагментируя всякое интенсивное эмоциональное взаимоотношение со значимыми другими, превращают свои объектные отношения в нечто бледное и нереальное. Для защиты от параноидных тенденций они устраняют всякую “угрозу”, которую несет в себе потребность в зависимости от других, а с нею вместе устраняют и всякие требования, запрещения, ожидания и стремления; устраняют и удовлетворение, и фрустрацию. Так они отказываются от человеческой близости.

Парадоксальным образом пациент с нарциссической личностью, не способный к постоянной ответственности и заботе о других, но без признаков явной нечестности, представляет собой сочетание относительного отсутствия антисоциальных черт с выраженным отсутствием способности устанавливать глубокие объектные отношения.

Противоречивые особенности Эго и Супер-Эго как часть пограничной патологии

Следующий уровень патологии Супер-Эго можно наблюдать у большинства пациентов с пограничной личностной организацией, но лишь у тех, которым не свойственны описанные выше антисоциальные и нарциссические черты. Эти пациенты осознают свои сильные и противоречивые импульсы, не поддающиеся контролю. Они спонтанно выражают тревогу по поводу того, что в другом состоянии психики, противоположном теперешнему, они могут чувствовать и делать вещи, которые сейчас им бы показались неприемлемыми. Клиническим примером такого состояния может служить пациент, который страдает от диссоциированных суицидальных тенденций, но обеспокоен этим и ищет помощи, когда ощущает опасность такого импульса.

Способность этих пациентов беспокоиться о себе и о других, способность переносить чувство вины и свою агрессию, которую они выражают любимым людям, — все это проявления как начальных стадий интернализации функций Супер-Эго, так и большей способности к эмоциональному контакту с другими. Оба эти признака благоприятны для прогноза. Патология Супер-Эго у таких пациентов является частью общей патологии пограничной организации личности. Она отражает преобладание примитивных

механизмов защиты, тенденцию подвергать диссоциации и проецировать предшественники Супер-Эго в контексте общей активизации защитных механизмов расщепления.

Внешне такие пациенты могут функционировать более хаотично, противоречиво и незрело (в том смысле, что в объектных отношениях они все время эмоционально неустойчивы), чем пациенты предшествующего уровня с нарциссической патологией. Но их жадная привязанность к людям, интенсивные, хотя и противоречивые контакты — все это говорит о том, что у них есть способность устанавливать объектные отношения. На этом уровне действуют как садистические, так и идеализированные предшественники Супер-Эго, и хотя функции Супер-Эго во многом диссоциированы, они более зрелые и соответствуют интернализации более реальных образов родителей на поздних эдиповых стадиях развития.

Антисоциальное поведение как выражение бессознательной вины

Наконец, когда достигнут уровень развития, на котором возможна интеграция садистического и идеализированного предшественников Супер-Эго, что снижает проецирование примитивных предшественников Супер-Эго на эдиповы образы родителей, становится возможной и интернализация третьего уровня развития Супер-Эго. Интернализация и интеграция эдипова уровня функций Супер-Эго является предпосылкой для обычной патологии Супер-Эго у невротиков или вообще для нормального развития Супер-Эго. На этом уровне качество объектных отношений отражает интеграцию нормальной Я-концепции и интернализированных объект-репрезентаций. Отсутствие антисоциальных черт характера, индивидуализированная моральность, способность к глубоким объектным отношениям и отсутствие патологического нарциссизма свидетельствуют о наличии сильной, хотя бы отчасти абстрагированной, индивидуализированной и деперсонифицированной структуры Супер-Эго. При таких условиях антисоциальное поведение отражает специфические бессознательные фантазии о мазохистичном по своей природе подчинении садистическому, но хорошо интегрированному Супер-Эго, когда человек стремится искупить бессознательную вину, лишённую реальных оснований.

Соответствующий уровень патологии Супер-Эго представляют пациенты с невротической организацией личности, у которых хорошо интегрированное, но чрезмерно жесткое Супер-Эго обладает садистическими свойствами. В таком случае бессознательная вина, возникающая под влиянием Супер-Эго, проявляется в подавлении Эго, в формировании симптомов и в вытеснении агрессивных или сексуальных импульсов — в контексте преобладания эдипова конфликта, относительно свободного от примеси доэдиповых тем. У большинства таких пациентов нет признаков какой-либо другой патологии Супер-Эго, кроме бессознательного преобладания инфантильной морали, связанной с фиксацией на эдиповых запретах и требованиях. Обычно этим пациентам не свойственны антисоциальные черты; они честны и обладают нравственными ценностями; кроме того, у них есть весь спектр нормальных интегрированных интернализированных объектных отношений. Нормальная интеграция Я-концепции замещает патологическую интеграцию грандиозного Я, свойственного нарциссической патологии характера.

Но в некоторых случаях могут появляться отдельные формы антисоциального поведения вследствие отыгрыша вонне бессознательной вины. Это “преступники от вины” (Freud, 1916), которые составляют лишь незначительную часть всех пациентов с антисоциальным поведением. Пациентам с патологией Супер-Эго данного уровня не свойственны тяжелые

регрессивные параноидные реакции в переносе, которые можно наблюдать у пациентов с антисоциальным поведением предшествующих уровней патологии Супер-Эго.

Пациент, который заведовал исследовательской физической лабораторией, испытывал навязчивое желание фальсифицировать данные исследования, чтобы они соответствовали желанным результатам. Затем, поскольку чувствовал себя виноватым, он несколько раз повторил одни и те же эксперименты, чтобы убедить себя, что его фальсифицированные данные недостоверны! В одном случае, когда реальные данные эксперимента, как ему казалось, подтверждали сфабрикованные им результаты, он этому не поверил и снова и снова повторял опыты в течение достаточно долгого времени. Был риск, что об этом узнают, и тогда его профессиональная карьера была бы разрушена, что снизило бы продуктивность его деятельности. Бессознательное подчинение садистическому и ревнивому образу отца, который, как считал пациент, не мог терпеть его профессиональных успехов, и отыгрывание вовне как успеха, обозначающего бунт, так и нечестности, за которой скрывалось желание быть наказанным, — все это можно было проработать в длительном анализе. У этого пациента не было никаких других антисоциальных черт. Он страдал от локализованной патологии Супер-Эго на уровне развития интегрированного Супер-Эго в контексте невротической патологии характера.

Из описания уровней патологии видно, что существует взаимосвязь между развитием Супер-Эго, нарциссической патологией, параноидными тенденциями, разрушением интернализованных объектных отношений и антисоциальным поведением.

На нижнем уровне спектра качество объектных отношений и качество функций Супер-Эго практически совпадает, на средних уровнях патологии взаимоотношения между развитием Супер-Эго и качеством объектных отношений становятся сложнее и принимают разные формы. Кроме того, метаморфозы психопатологии на тяжелом конце спектра нарушений Супер-Эго заставляют предположить, что процессы развития и интеграции Супер-Эго растягиваются на гораздо более долгие сроки, чем предполагалось раньше. Значимое развитие Супер-Эго в норме и при патологии происходит на втором и третьем годах жизни, предшествуя интеграции эдипова и послеэдипова Супер-Эго и существенным образом влияя на этот процесс. Дальнейшее развитие Супер-Эго происходит и в подростковом возрасте и, предположительно, у взрослого.

19. Параноидная регрессия и злокачественный нарциссизм

Как я уже упоминал (см. главу 12), когда у пациентов с нарциссической личностной организацией происходит разрешение патологического грандиозного Я, то часто возникают настолько тяжелые осложнения, что терапия оказывается в тупике или ее приходится преждевременно прерывать. Поскольку в клинической картине мы видим смешение грандиозности и садизма (проявление патологического грандиозного Я, пропитанного агрессией), я называю этот феномен *злокачественным нарциссизмом*. Злокачественный нарциссизм проявляется как своеобразные искажения переноса иногда с самого начала терапии, иногда после некоторого углубления регрессии в переносе.

В любом случае для злокачественного нарциссизма характерны одна из следующих особенностей (или их сочетание): (1) параноидная регрессия в переносе, в том числе “параноидные микropsихотические эпизоды”; (2) хроническое саморазрушительное поведение или самоубийство как победа над аналитиком; (3) крупные и мелкие проявления нечестности в переносе и (4) открытый садистический триумф над терапевтом или злокачественная грандиозность.

Клинические признаки

Параноидная регрессия

Параноидная регрессия в переносе характеризуется крайней подозрительностью по отношению к аналитику, доходящей почти до степени бреда, которая может длиться от одного часа до нескольких недель или (редко) месяцев. Вне переноса у пациента признаков психотической регрессии не наблюдается. Напротив, его объектные отношения со значимыми другими часто как бы проясняются или же под действием расщепления окрашиваются идеализацией.

Многим пациентам в таком состоянии становится трудно лежать на кушетке. Они должны сидеть и видеть аналитика, чтобы тот не сделал чего-то неожиданного, чтобы избежать его нападения и осуществлять над ним своего рода садистический контроль в контексте преобладания проективных механизмов. Мне приходилось в подобных случаях наблюдать развитие в переносе галлюцинаций, таких как ощущение запаха экскрементов, искажение восприятия — аналитика, каких-то предметов в его кабинете или его слов.

Параноидные эпизоды могут исчезать так же внезапно, как они возникли, вне зависимости от значимой проработки переноса; этому сопутствует реактивизация патологического грандиозного Я пациента. Фактически, неудача в проработке и разрешении таких параноидных эпизодов приводит к временной реорганизации патологического грандиозного Я и параллельно к незаметному перенесению отщепленных или диссоциированных параноидных убеждений относительно аналитика из одного такого эпизода в следующий. Постепенно накапливающиеся поводы для недовольства периодически вызывают взрывы и могут привести в конечном итоге к прекращению терапии.

В типичном случае эти параноидные эпизоды внезапно начинаются вокруг какой-то двусмысленности в терапевтической ситуации или в установках аналитика, которые пациент интерпретирует параноидным образом. Посредством проективной идентификации пациент бессознательно стремится вызвать у аналитика вражду или гнев, пытается заставить его вести себя нечестным образом или манипулировать, в чем потом его и обвиняет.

Надо отличать состояние параноидной регрессии от интенсивного приступа ярости (нарциссическая ярость), которая часто появляется у нарциссических пациентов в ответ на фрустрацию нарциссических потребностей. Она также возникает из-за явно негативных трансферентных реакций с параноидными чертами, которые встречаются на поздних стадиях анализа у пациентов с патологией характера любого рода, когда в переносе проявляются глубокие уровни развития Супер-Эго. В отличие от обычных пациентов-невротиков, пациент со злокачественным нарциссизмом, страдающий от такой параноидной регрессии, теряет способность полагаться на аналитика, испытывая параноидные страхи в переносе.

Самодеструктивность как торжество над аналитиком

Данная клиническая особенность проявляется в самодеструктивном — физически или эмоционально — поведении пациента в тот момент, когда, как он ощущает, в переносе что-то угрожает “балансу власти” в его отношениях с терапевтом. В отличие от

пациентов, наносящих себе повреждения или стремящихся к суициду тогда, когда они испытывают настоящее отвержение (этот симптом присущ многим пограничным пациентам, в том числе и с нарциссическим нарушением личности), у пациентов, о которых идет речь, саморазрушительное поведение возникает в тот момент, когда поведение терапевта угрожает сознательным или бессознательным фантазиям о грандиозности или власти. Решение совершить такой поступок — не просто “гнев, направленный на себя”, но в типичном случае спокойная и твердая установка, к которой даже примешивается чувство радости. Иногда это сознательное наслаждение от того, что можно “оставить в дураках” терапевта, так что в тайной подготовке акта саморазрушения присутствует садистическое удовольствие. Так, одна пациентка серьезно обожгла руки и, скрыв под одеждой с длинными рукавами глубокие и гноящиеся ожоги, оживленно рассказывала психотерапевту о том, как хорошо она себя чувствует. Часто пациент с нетерпением ждет, когда терапевт оцепенеет от ужаса, почувствует себя бессильным, начнет беспокоиться и опасаться за его жизнь, — поскольку все это утверждает победу пациента над терапевтом. Основная черта такого поведения — чувство власти пациента над аналитиком. Тогда пациент становится одновременно и жертвой, и палачом; он ощущает свободу от страха и переживает победу над аналитиком (который озабочен, но бессилен перед лицом саморазрушительного поведения пациента).

Такие пациенты заставляют задуматься о дифференциальной диагностике между различными типами и степенями мазохизма. С клинической точки зрения можно классифицировать мазохистическую патологию характера и соответствующие ей формы переноса по степени тяжести — от наиболее доброкачественных до самых злокачественных. На одном конце такого спектра мы увидим пациентов с моральным мазохизмом, у которых развивается негативная терапевтическая реакция, являющаяся выражением в переносе бессознательной вины. Обычно у такого пациента депрессивно-мазохистические черты личности и хорошо интегрированная трехкомпонентная внутренняя структура психики; даже в момент мазохистического отыгрывания вовне саморазрушительные тенденции у таких пациентов хотя бы отчасти Эго-дистонны.

На втором уровне мазохистической патологии характера и соответствующих форм переноса находится садомазохистическая структура личности и перенос, в котором чередуются мазохистические и садистические формы поведения и черты характера. Иногда мы видим проявления идентификации с агрессором, а иногда — Эго-синтонного самонаказания, выражающего бессознательные, находящиеся под влиянием чувства вины, нападения на спроецированного атакующего агрессора. Сексуальные отклонения мазохистической природы обычно соответствуют одному из двух уровней мазохистической структуры личности, как мы это видим во многих садомазохистических перверсиях.

На третьем по степени тяжести уровне самодеструктивных тенденций мы находим негативную терапевтическую реакцию, выражающую бессознательную зависть к аналитику. Она часто встречается в переносе нарциссических пациентов и требует длительного внимания и проработки, но по своей природе не имеет отношения к злокачественному нарциссизму. Но термин *мазохизм*, подразумевающий преднамеренное и желанное самонаказание, в данном случае неадекватен. Напротив, саморазрушительное поведение есть побочный продукт стремления пациента избежать зависти к помогающему терапевту.

На самом тяжелом уровне саморазрушительных тенденций мы находим склонность к бессознательной идентификации с примитивным садистическим образом родителя, и тогда самоубийство или причинение себе вреда выполняет функцию свободного

выражения агрессии, дает ощущение полного контроля над своей судьбой и позволяет отомстить и наказать объект (аналитика), отличающийся от примитивного садистического объекта, с которым пациент идентифицируется, или угрожающий существованию садистического объекта. Кроме того, на данном уровне фантазия о разрушении или исчезновении Я означает власть над постоянством мира и возможность его уничтожить. В таких случаях патологическое грандиозное Я, идентифицировавшееся с садистическим, жестоким, торжествующим агрессивным объектом, представляет смешение либидо и агрессии на самом злокачественном уровне глубокой регрессии. Любая угроза всемогущему контролю патологического грандиозного Я влечет за собой стремление уничтожить эту угрозу — обычно уничтожить функцию терапевта, поддерживающего жизнь и делающего ее более полной. Наконец, рядом с такой действительно злокачественной склонностью к саморазрушению, укорененной в характере и активизирующейся в переносе, может промелькнуть и надежда, что аналитик спасет пациента от смерти и от злого отношения к себе. Самый глубокий уровень стремления разрушить себя — выражение идентификации с примитивной садистической объект-репрезентацией — выступает на первый план в переносе некоторых пациентов со злокачественным нарциссизмом.

Мисс W. Нарциссическая личность, страдающая хроническим алкоголизмом, постоянно выражала гнев против тех, кто не был воспитан, подобно ей, в холодном мире очень богатых, эмоционально закрытых, невозмутимо вежливых, но отчужденных родителей, интересовавшихся лишь внешним поведением пациентки и ее братьев и сестер, а не их переживаниями и эмоциональным состоянием. Мисс W., с ее высоким интеллектом и яркой внешностью, жестоко относилась к мужчинам и начинала пить, когда невыносимое желание любви выступало на поверхность.

В переносе она иногда воспринимала меня как очередную разновидность властных и равнодушных родителей, приписывая мне черты как отца, так и матери, и испытывая сильный гнев к этому образу. Иногда она воспринимала меня как подлинно дружелюбного и доброго, но неумелого и некомпетентного терапевта, неспособного полностью почувствовать ее страдания или противостоять ее разрушающей силе. На более глубоком уровне ее сильно задевало то, что я могу обитать в мире, не окрашенном в жуткие краски ее собственного мира.

С самого начала мисс W. торжественно предупредила меня, что терапия обречена на провал. Мое желание продолжать, несмотря на случаи отыгрывания вовне, связанные с алкоголем и другими формами самодеструктивного поведения, лишь еще сильнее утвердили ее в этом убеждении. Вопреки своей холодной, надменной и отчужденной установке, она выражала тайную, но сильную надежду, что я не покину ее и спасу против ее воли. Тем не менее грандиозность и презрительное отношение ко мне пациентки в достаточной мере разрушали наши взаимоотношения. Много времени уходило на разоблачение ее саморазрушительных хитростей и на то, чтобы обсуждать ее бесчисленные попытки влиять на терапию, для чего она поднимала на ноги своих родственников и других профессионалов, которые должны были проверять мою работу. В конце концов мисс W. перешла к другому психиатру сразу после попытки самоубийства, в результате которой она случайно осталась жива. Несколько месяцев спустя она бросила и эту терапию и покинула город.

Другой пациент, сын выдающегося хирурга, болел раком кожи, периодически активизирующимся, и ощущал злорадное торжество надо мной из-за того, что я в течение нескольких недель не знал, что он скрывает от своего врача очередные рецидивы опухоли на коже.

Еще одна пациентка, типичный пример хронических суицидальных попыток как “образа жизни”, незадолго до серьезной попытки убить себя увидела сон. Ей снилось, что она работала в доме престарелых помощницей директора, который пригласил всех родственников своих стариков на вечеринку в какое-то другое место. Дружелюбно и очень вежливо отведя их всех на место встречи, директор с помощью пациентки собрал всех обитателей своего заведения в закрытом зале и удушил их ядовитым газом. Из ассоциаций к сновидению стало ясно, что пациентка идентифицировалась одновременно и с директором-убийцей, и с жертвами его преступления.

Нечестность в переносе

Я имею в виду тех пациентов, которые на каком-то этапе терапии скрывают важную информацию, что мешает пониманию переноса и жизненной ситуации пациента.

Я говорил о таких пациентах в главе 18, описывая серьезные и мелкие формы нечестности в переносе, в том числе менее тяжелые случаи, когда пациенты отрицают ответственность за свои поступки. Когда мы встречаемся с серьезной и хронической нечестностью, возникает вопрос, не имеем ли мы дело со случаем злокачественного нарциссизма. Но у некоторых пациентов сочетаются “небольшая” склонность к суицидальному поведению, отказ от ответственности за свои действия и легкие формы нечестности; все вместе приводит к злокачественному нарциссизму в переносе.

Пациентка с постоянными суицидальными тенденциями размышляла вслух о том, что в данный момент она свободна от мыслей о самоубийстве. Я задумался, не является ли это заявление предвестником новой суицидальной попытки. Я спросил, уверена ли она, что у нее нет суицидальных намерений в данный момент и не стоит ли нам снова подумать о том, что ей может понадобиться посторонняя помощь, чтобы противостоять таким желаниям.

Пациентка категорически заявила, что ничего подобного в себе не чувствует и уверила меня, что нет никакого риска попытки самоубийства. Я сказал, что ее чувства раньше изменялись в один момент; уверена ли она, что не поддастся своим настроениям, если они быстро изменятся? Она снова стала уверять меня, что в теперешнем состоянии самоубийство ей не угрожает. Но, добавила она, конечно, ее состояние может измениться, и в таком случае эти слова уже ничего не будут значить. Так недостаток ответственности и заботы о себе и стоящий за этим конфликт, связанный с диссоциированной агрессией, проявились в переносе. Было очень трудно показать ей скрывающуюся за таким взаимодействием агрессию по отношению ко мне и к себе самой. Мне сначала надо было освободиться от впечатления, произведенного ее неопровержимой логикой. В данном случае продолжительный анализ того, как она обесценивает мою заботу, предшествовал исследованию того, как она обесценивает сама себя, что было проявлением ее идентификации с “возвышенной” и равнодушной матерью.

Прямое выражение садистического торжества над аналитиком

Это сознательные Эго-синтонные ярость и презрение, направленные на терапевта и окрашенные чувством торжества, поскольку реакции терапевта не столь садистичны, как реакции пациента. Пациент может оскорблять терапевта на протяжении многих сеансов, и Эго-синтонное чувство уверенности и спокойствия, с которым он относится к терапевту как к неумелому идиоту, может быть тяжелым грузом для взаимоотношений.

Садистические аспекты такого обесценивания могут включать в себя угрозы физическим насилием или другие формы психологической агрессии.

Такое взаимодействие может носить также черты злокачественной грандиозности: переживание триумфа своей власти над аналитиком в течение долгого времени утверждает патологическое грандиозное Я пациента, выражает презрение и желание отомстить пугающему миру внутренних объектных отношений, который воплощается в аналитике, и часто сопровождается крайним обесчеловечиванием в переносе. Это встречается у многих пациентов, начиная от антисоциальной личности в собственном смысле слова до некоторых типов нарциссической личности с параноидными и антисоциальными чертами. У этих пациентов очень сильны Эго-синтонные тенденции унижать других и проявлять во взаимоотношениях хорошо рационализированный садизм. Ложь обычно представляется не столь значительной проблемой; фактически, эти пациенты надменно или с садистическим ощущением своей правоты относятся к своему антисоциальному поведению. Наркоманы с такими особенностями личности начинают ощущать превосходство, как только наркотик освобождает их от зависимости от других или от удовлетворения, приносимого “внешними” источниками.

Как я уже говорил в начале главы, злокачественный нарциссизм может появляться или в самом начале терапии, или через какое-то время, необходимое для достижения регрессии в переносе. По этим признакам можно проводить дифференциальную диагностику между наиболее тяжелыми формами грандиозного Я, наполненного агрессией. К таким состояниям относятся: (1) антисоциальная личность в собственном смысле; (2) сексуальные отклонения или перверсии, сопровождающиеся прямыми проявлениями садизма, угрожающими жизни; (3) нарциссическая личность с Эго-синтонными приступами ярости, антисоциальными или параноидными чертами; (4) нарциссическая личность с выраженными пограничными характеристиками. Дифференциальная диагностика важна по той причине, что первые две категории обычно не поддаются экспрессивной психотерапии, и в них с самого начала проявляется синдром злокачественного нарциссизма. У других нарциссических личностей, у которых злокачественный нарциссизм появляется в процессе терапии позднее, прогноз намного лучше.

У антисоциальной личности, кроме обычных признаков нарциссического расстройства, можно наблюдать хроническое антисоциальное поведение, неспособность переживать вину или заботу, им свойственны жестокая эксплуатация других с помощью паразитизма или насилия, непереносимость тревоги и утрата реалистичного чувства времени.

При садистических перверсиях мы видим открытое садистическое поведение — связанное или не связанное с сексуальными действиями, — которое несет в себе мощное возбуждение и удовлетворение. Оно сопровождается открытым насилием и угрожает физическому благополучию других. Такие пациенты после совершения акта садизма не испытывают вины или сожаления о содеянном; подобное состояние можно было наблюдать у одного молодого человека, который при сексуальном возбуждении избивал женщин или бросал на них с крыши кирпичи.

Пациентам, относящимся к категориям (3) и (4), кроме отличий от (1) и (2), о которых мы сказали, с самого начала свойственны грандиозность и обесценивание. Но при исследовании этих черт с применением конфронтации терапевт может выяснить, что эти качества Эго-дистонны и несут в себе конфликты. Появление позже по ходу терапии у таких пациентов более злокачественных форм грандиозности при углублении регрессии в переносе — плохой прогностический признак, но не такой неблагоприятный, как

полностью Эго-синтонная садистическая грандиозность, появляющаяся в самом начале терапии. Способность пациента устанавливать зависимые отношения с другими людьми улучшает прогноз при этом синдроме. Я уже приводил описания таких случаев, куда входил ряд пациентов: от неизлечимой антисоциальной личности до нарциссической личности с Эго-синтонным антисоциальным поведением (см. главу 18); злокачественный нарциссизм и тяжелая патология Супер-Эго прямо пропорциональны друг другу.

Теория

При оптимальных условиях на поздних стадиях терапии пациентов с нарциссической личностью можно наблюдать чередование идеализации и явно негативного переноса, при этом диссоциированные между собой идеализированные и садистические объектные отношения могут постепенно интегрироваться. Примитивные формы идеализации, основанные на расщеплении между идеализацией Я и агрессией, сменяются более зрелыми формами идеализации, несущими в себе элементы вины и представляющими собой реактивное образование как защиту от агрессии. Негативный перенос отражает ранние конфликты с образами родителей, сочетающие эдиповы и доэдиповы черты. Постепенная интеграция враждебных и идеализирующих типов переноса создает условия для интеграции нормального Я и формирования Эго-идентичности, увеличивает способность устанавливать глубокие объектные отношения, что восстанавливает нормальную способность зависеть от других.

У большинства нарциссических пациентов, несмотря на то, что большая часть идеализирующих предшественников Супер-Эго включена у них в патологическое грандиозное Я, остается другая часть идеализирующих предшественников Супер-Эго вне грандиозного Я. Последние смешаны с более ранними садистическими предшественниками Супер-Эго, и они нейтрализуют друг друга. Интеграция предшественников Супер-Эго создает условия для интернализации и некоторой интеграции более реалистичных образов родителей, связанных с поздними эдиповыми стадиями. Это закладывает основы для работы Супер-Эго, которое может функционировать, несмотря на то, что патологическое грандиозное Я остается ведущим регулировщиком самооценки. Как правило, в регрессии переноса таких пациентов мы не встречаем злокачественного нарциссизма.

Сравнивая на поздних стадиях терапии относительно доброкачественные случаи нарциссической личности со злокачественными, описанными выше, нельзя не удивиться тому, что главную роль при всех злокачественных состояниях играет патология Супер-Эго. Для всех пациентов, у которых в переносе развивается описанная нами злокачественная регрессия, характерно “отсутствие Супер-Эго” (Johnson, 1949) или отсутствие нормальной моральности. У нарциссической же личности на более доброкачественных зрелых стадиях можно увидеть некоторую способность к идеализации, не связанную с Я-идеализацией, что позволяет вкладывать себя в отношения с объектом, проявлять о нем заботу, а также быть моральным в обычном смысле слова.

Я предполагаю, что злокачественный нарциссизм есть проявление наиболее глубокого уровня патологии Супер-Эго, для которой характерно (1) отсутствие идеализированных предшественников Супер-Эго (идеализированных Я- и объект-репрезентаций, при обычном развитии образующих примитивный Эго-идеал), которые бы не были интегрированы в патологическое грандиозное Я; (2) преобладание более ранних садистических предшественников Супер-Эго, которые благодаря своей неконтролируемой силе являются единственными доступными интернализированными объект-

репрезентациями; и (3) интрапсихическая фантазия, поддерживающая внутреннее равновесие, согласно которой можно выжить лишь тогда, когда единственными надежными объект-репрезентациями являются образы садистических врагов.

Если эти определения верны, то случаи злокачественного нарциссизма в переносе могут пролить свет на ядро сложной структуры интеграции Супер-Эго, состоящей из нескольких последовательных слоев, которая была описана Якобсон (1964). Во всех этих случаях психоаналитическое разрешение патологического грандиозного Я позволяет выявить отсутствие идеализированных предшественников Супер-Эго (за исключением тех, что были включены в патологическое грандиозное Я) и несдерживаемое господство не нейтрализованных садистических предшественников Супер-Эго, выражающих смешение доэдиповой и эдиповой агрессии, которой ничто не противостоит.

При таком положении вещей инвестированные как либидо, так и агрессией Я-репрезентации усиливают господство садистических предшественников Супер-Эго. Сама неустойчивость либидинальных Я-репрезентаций перед лицом подавляющего господства агрессивных предшественников Супер-Эго несет в себе опасность разрушения всего, что не приспособляется к основному интрапсихическому садизму или не входит в него. Можно сказать, что это кошмар, который нормальный человек испытал бы, оказавшись в мире романа Оруэлла *“1984”*. Агрессивные Я-репрезентации подтверждают в присутствии садистических предшественников Супер-Эго, что всякие значимые и подлинные человеческие взаимоотношения имеют агрессивную природу.

На вопрос о происхождении такой регрессии переноса и злокачественного нарциссизма в целом легче ответить с клинической точки зрения, чем с теоретической. Первым шагом и самым надежным путем к последующей структуризации и реконструкции является стремление аналитика разрешить нарциссический перенос здесь-и-теперь, исследовать бессознательный смысл переноса для пациента, после чего можно задать вопрос: “Откуда все это происходит?” Пациенту, как я писал в главе 12, предстоит изменить свой жесткий взгляд на настоящее, прежде чем он сможет приступить к исследованию устойчивых мифов о прошлом в свете нового материала, возникшего из свободных ассоциаций.

С теоретической точки зрения эти виды переноса отражают как ранние нарушения формирования Супер-Эго, так и неудачу в образовании полноценных объектных отношений в контексте интеграции Эго-идентичности. Тогда можно поставить вопрос таким образом: какие реальные или фантастические переживания и направленные на них защиты создают злокачественную трансформацию мира объектных отношений, в котором хорошие интернализированные объектные отношения обесцениваются и садистически поработаются Я — целостным, но жестоким, всемогущим и “безумным” (Rosenfeld, 1971)? Патологическое грандиозное и садистическое Я сменяет садистических предшественников Супер-Эго, вбирает в себя всю агрессию и преобразует то, из чего должны были бы произойти компоненты садистического Супер-Эго, в ненормальную структуру Я, которая препятствует интернализации более поздних компонентов реалистичного Супер-Эго.

Я бы осторожно предположил, что в прошлом таких пациентов играют роль следующие факторы — по отдельности или все сразу: (1) внешние объекты, которые воспринимаются как всемогущие и жестокие; (2) ощущение, что хорошие, любящие, удовлетворяющие обе стороны объектные отношения хрупки, легко разрушаются и, что еще хуже, являются мишенью для нападения со стороны всемогущего и жестокого объекта; (3) ощущение, что можно выжить лишь при условии подчинения жестокому объекту, ради чего, следовательно, надо пожертвовать всеми связями с хорошим и слабым объектом; (4) при

идентификации с жестоким всемогущим объектом появляется чувство неимоверной силы, наслаждения, свободы от страха, страдания и ужаса; ощущение, что лишь удовлетворение агрессора строит значимые взаимоотношения с другими; и (5) как альтернатива появляется путь бегства с помощью абсолютно лживой, циничной или лицемерной позиции в общении, уничтожающей всякое суждение, основанное на сравнении хорошего и плохого объектов, отрицание значимости всякого объектного отношения или успешное маневрирование в хаосе человеческих взаимоотношений. В последнем случае нечестная позиция невинного наблюдателя замещает опасную идентификацию с жестоким тираном или мазохистическое подчинение ему. Все эти опасности, пути бегства и кошмарные представления о человеческой реальности есть проявления трагического разрушения интернализованных объектных отношений.

Смешение производных сексуального и агрессивного влечений у таких пациентов подобно тому, что можно видеть у всех пограничных пациентов. Сексуальные фантазии таких пациентов удивительно напоминают фантазии пациентов с сексуальными перверсиями. Происходит агрессивизация любого сексуального желания. Генитальное проникновение приобретает смысл разрушения гениталий или наполнения полостей тела экскрементами. Пенис как источник яда, заражающего тело, есть параллель дразнящей недоступной груди, которую можно заполучить лишь посредством ее разрушения в акте каннибализма. Недифференцированность сексуальных стремлений, в результате которой оральные, анальные и генитальные фантазии смешаны и выражают импульсы и угрозы всех уровней психосексуального развития, соответствует параллельному стиранию граней между сексуальными особенностями мужчины и женщины, так что появляется хаотичная смесь гомосексуальных и гетеросексуальных импульсов. Этим пациентам присущи, по словам Мельцера (Meltzer, 1973) “зональное смешение” и “перверсный перенос”. Сексуальный промискуитет может служить им защитой от глубоких взаимоотношений с сексуальным партнером, который пугает их угрозой взрыва неконтролируемого насилия. Этим пациентам также свойственна “анализация”, садистическая регрессия всяких объектных отношений с тенденцией отрицать различия между полами и поколениями (Chasseguet-Smirgel, 1978), в которой объектные отношения “перевариваются” до состояния однородных “фекалий”.

Исходя из таких представлений, можно рассматривать синдром злокачественного нарциссизма как компромиссное решение, являющееся альтернативой столь трагическому состоянию психики.

Параноидную регрессию можно рассматривать как попытку пациента идентифицироваться со своими садистическими предшественниками Супер-Эго, вместо того чтобы быть жертвой нападения, унижения, разрушения и эксплуатации со стороны этих предшественников, спроецированных на аналитика. Кроме того, отчаянная мольба, обращенная к аналитику, чтобы тот не становился жертвой этого садизма, чтобы он сохранял доброту и верность вопреки агрессии пациента, отражает поиск остатка хороших объектных отношений.

Когда пациент постоянно разрушает себя или думает о самоубийстве в бессознательной попытке добиться победы над аналитиком, это более злокачественный процесс. Пациент интернализовал параноидный конфликт (экстернализованный при параноидной регрессии) и посредством регрессивного отказа в фантазии достиг примитивной идентификации с агрессором, одновременно играя роль жертвы. Когда пациент причиняет себе вред или совершает отчаянную попытку самоубийства, он не только торжествует над своими нуждами, но также в идентификации с агрессором освобождается от страха и находит глубокое удовлетворение в близости и общности с агрессором, будучи жертвой.

Такой примитивный тип мазохизма можно найти у Оруэлла в романе “1984” в любви истязаемого к “большому брату”, который в конечном итоге лишает его жизни. Акт саморазрушения пациента есть нападение на аналитика и на его способность противостоять такой мощной агрессии. Аналитик должен доказать, что способен ее пережить, лишь тогда пациент может поверить в то, что аналитик действительно любит и что на него можно положиться. В типичном случае при таком переносе, когда аналитик интерпретирует суицидальные желания как нападение на себя, тяга к самоубийству уменьшается и открывается направленная на аналитика сильная ярость.

В случае явной и постоянной нечестности в переносе происходит защитная дегуманизация всех объектных отношений, уничтожающая опасность, что любовь будет разрушена яростью или что ненависть вызовет ужасное наказание. Механизация всех объектных отношений, закрытость от глубокого эмоционального контакта и переход к чисто эротическому и агрессивному видам возбуждения устраняет опасности, которые несут в себе другие типы защиты. Власть садистических предшественников Супер-Эго нейтрализуется с помощью полного отказа от зависимости, от ожиданий и стремлений, от удовлетворения и фрустрации, фактически, от самой близости. Якобсон (1971) указывала на тягу к предательству, свойственную параноидным пациентам, которая отражает внезапное изменение полярности, переход от мазохистического подчинения ужасному врагу к агрессивному бунту. Такие перевероты можно найти в событиях жизни некоторых параноидных пациентов и они же повторяются в переносе.

Наконец, сознательная идентификация с уверенным в своей правоте садистическим агрессором есть отрицание любой своей потребности в зависимости и в объектных отношениях, отрицание всякой ответственности и заботы, касающихся себя или других, она выражает как разрушение всех объектных отношений, так и примитивный тип идентификации с агрессором. В крайних случаях при этом происходит превращение нарциссической личности в антисоциальную. Я мог наблюдать в своей работе (Kernberg, 1975), что хотя многим пациентам с нарциссической личностью свойственны антисоциальные черты (и это ухудшает прогноз), всем антисоциальным личностям свойственны характеристики нарциссической структуры личности плюс ярко выраженные нарушения функций Супер-Эго.

Я предполагаю, что развитие патологического грандиозного Я существенно мешает нормальному функционированию Супер-Эго, поскольку компоненты идеализированных предшественников Супер-Эго включаются в патологическое грандиозное Я. Такой ход развития препятствует нейтрализации садистических предшественников Супер-Эго (вследствие чего они начинают преобладать) и способствует их проецированию в виде параноидных черт характера, что является альтернативой формирования Супер-Эго с чрезмерным садизмом, направленным на себя. При благоприятных обстоятельствах часть оставшихся идеализированных предшественников Супер-Эго может нейтрализовать садистических предшественников Супер-Эго, что способствует интернализации поздних слоев интроецированного Супер-Эго. Последнее создает предпосылки для развития обыкновенной моральности и в какой-то степени сохраняет способность устанавливать нормальные объектные отношения, быть зависимым, заботиться, а также способность отвечать за свои поступки.

Когда в результате тяжелых ранних конфликтов агрессии у нарциссической личности образуются чрезмерно садистические предшественники Супер-Эго, остатки нейтрализованных функций Супер-Эго не действуют. Тогда нарушается моральность и с нею вместе способность заботиться, отвечать за свои поступки и переживать чувство вины. В то же время под сильным давлением садистических интернализированных

объектных отношений смешение грандиозного Я с агрессией компенсирует потенциальную слабость и хрупкость всех идеализированных объектных отношений, и таким образом патологическое грандиозное Я становится сильным и садистическим, что приводит к разрушению всей интернализированной системы ценностей. Способность в какой-то мере вкладывать себя в объектные отношения, выражающаяся хотя бы в виде надежды на возможную любовь, обычно сопровождается отсутствием злокачественных нарушений Супер-Эго, проявляющихся в антисоциальных чертах. Тяжелое нарушение и разрушение примитивных объектных отношений параллельно нарушению остаточных функций Супер-Эго; фактически эти два состояния тесно связаны по своему происхождению.

Соответственно, в поиске некоторых пациентов, направленном на примитивное ощущение добра, счастья, полноты и благополучия с помощью алкоголя, наркотиков или фрагментированных форм сексуальности можно увидеть зародыш стремления к любви, в отличие от холодности, бесчеловечности, мстительности и разрушительности психопата. В то же самое время у некоторых пациентов патологическое грандиозное Я может создавать более адаптивную интрапсихическую структуру, чем тяжелые параноидные или примитивные мазохистические тенденции, от которых эта структура защищает. Существуют нарциссические личности, у которых патологическое грандиозное Я не стоит анализировать; им скорее нужна психотерапия поддерживающего типа, которая поможет улучшить их адаптацию к самим себе и к своей психосоциальной реальности.

Техника

Многие технические подходы, описываемые ниже, применимы как в психоанализе, так и при психоаналитической психотерапии; но есть и отдельные подходы, для применения которых требуется устанавливать параметры техники, при этом не всегда возможно оставаться в психоаналитической позиции.

Говоря обо всех описанных выше типах злокачественного нарциссизма в регрессии переноса, можно выделить основные признаки, позволяющие предположить, что разрешение такой регрессии в терапии возможно. Вот эти признаки: (1) у пациента остается способность быть зависимым по отношению к аналитику; (2) пациент способен переносить психотерапевтическую или психоаналитическую ситуацию в тот период, когда на первый план выходит сильный негативный перенос; (3) можно создать условия терапии, защищающие пациента от разрушительного для других или для него отыгрывания вовне, которое ставит под угрозу не только продолжение терапии, но и жизнь пациента (или даже психоаналитика).

С практической точки зрения можно сказать, что самая первая задача при работе со злокачественной регрессией в переносе — поставить рамки разрушительным для других или себя действиям пациента. Важно, чтобы аналитик мог работать, не боясь физического насилия. Как и при терапии психотиков, аналитик прежде всего должен знать, что может рассчитывать на безопасность для пациента и себя; это лучше, чем всемогущественно воображать, что справишься с любой ситуацией. Тенденции пациента причинять себе физический вред должны в достаточной мере быть под контролем, чтобы аналитик был свободен в своих интерпретациях. То же самое относится и к пациентам, чье агрессивное поведение угрожает жизни или здоровью других людей.

Пациент, который, к примеру, контролирует окружающих с помощью постоянных угроз физического насилия, держа их “под прицелом”, должен отказаться от своего поведения, прежде чем можно будет исследовать смысл этого поведения и прорабатывать его. Это не

означает, что аналитик должен начать с приказаний пациенту, но он должен обсудить с пациентом причины, по которым такое поведение надо контролировать. Терапевт должен ясно обозначить, что это поведение должно быть под жестким контролем, и только при этом условии можно продолжать терапию. Анализ такого явного отклонения от позиции технической нейтральности может и должен произойти позже. Когда пациент страдает, например анорексией, необходимо предложить сначала набрать оптимальный вес, а уже потом исследовать стоящие за таким состоянием конфликты.

На втором месте по важности стоит анализ постоянной лживости. До тех пор, пока вербальное общение используется для того, чтобы разрушать честные взаимоотношения пациента и терапевта, все остальное можно отложить. Надо применить по отношению к лжи прояснение и конфронтацию и разрешить ее, по возможности, аналитическими средствами. Ложь можно разрешить и с помощью внешнего социального контроля, сопровождающегося постоянной конфронтацией (что обычно свидетельствует о необходимости применять поддерживающую терапию). Постоянный анализ нечестности как основной темы переноса часто приводит к постепенному разрешению этой проблемы в контексте реактивизации стоящих за ней параноидных, примитивно мазохистических или искаженных объектных отношений.

На третьем месте стоит анализ неспособности пациента быть зависимым от аналитика. Это наиболее типичное сопротивление переноса у нарциссической личности, о чем я уже писал выше (гл. 12 и 17).

Самой яркой особенностью активизации грандиозного Я, наполненного агрессией, является стремление психологически разрушить аналитика: разрушить его интерпретации и его креативность, ценности, принадлежащие ему как автономному хорошему объекту, его имущество. Бессознательным мотивом такого упорного стремления к разрушению является зависть к аналитику как питающему объекту, — что типично для нарциссической личности вообще, — и, кроме того, зависть в связи с тем, что аналитик не является жертвой той же психопатологии, что и пациент. Ощущение, что аналитик может наслаждаться своей собственной жизнью, невыносимо для пациента, запертого в тюрьме садистического грандиозного Я.

Кроме отыгрывания вовне своей бессознательной и сознательной зависти, эти пациенты, воплощая в переносе свое грандиозное и садистическое Я, бессознательно могут проецировать на аналитика остатки своего хорошего, инфантильного, потенциально зависимого Я, как бы сдавая их “на хранение”. Это в переносе воспроизводит “заключение в тюрьму” здоровой части инфантильного Я и нападение на него со стороны патологической грандиозной садистической части. Подобным образом пациент бессознательно может отдать “на хранение” остатки хороших объект-репрезентаций, проецируя их на аналитика.

Один пациент описывал мне свою новую девушку. В отличие от нескольких женщин, о которых он говорил раньше, образ этой девушки вырисовывался реалистичнее, мне проще было представить себе ее внешность. Кроме того, из его рассказов можно было заключить, что она девушка положительная и милая. Когда я сказал о том, как изменились его описания женщин, пациент немедленно иронически перечеркнул мое замечание, торжественно добавив, что уже теряет к ней интерес. В течение нескольких недель я испытывал грусть, относящуюся к окончанию взаимоотношений с этой девушкой. Я заговорил с пациентом о том, что он, быть может, хотел вызвать во мне грусть по поводу отношений, на которые сам не решился. Сначала он ответил на мою интерпретацию презрительной улыбкой, а затем перешел к сердитому обвинению в том, что я нечестным

и хитрым способом пытался вызвать в нем чувство вины. Но несколько недель спустя пациент смог признать, что сам чувствует сожаление и вину за то, что так обошелся с девушкой, которую теперь начал ценить.

Чаще всего пациент стремится разрушить интерпретации аналитика, его чувство безопасности и его терапевтическую креативность путем непрерывного обесценивания аналитического процесса, посредством постоянных жалоб, что терапия не помогает, что аналитик не говорит ничего нового и так далее. Одновременно пациент быстро и безапелляционно обесценивает всякую следующую за этим интерпретацию. Пациент может внезапно перечеркнуть тщательную работу интерпретации, длившуюся несколько сеансов. Наиболее характерной и яркой чертой при этом является следующее: пациент, найдя какую-то ошибку аналитика, перечеркивающую его работу, выглядит счастливым победителем. Фактически, именно это чувство торжества при разрушении интерпретации аналитика, резко контрастирующее с постоянными жалобами на то, что аналитик не производит новых действий, дает нам ключ к пониманию бессознательной функции чувства пациента, что ему не помогают.

Когда аналитик пытается интерпретировать обесценивающее отношение пациента к предыдущей интерпретации, пациент часто начинает сердиться, что ему “промывают мозги”, подвергая садистическому всемогущему контролю. Следующий пример является иллюстрацией такого взаимодействия.

Мистер Х. Нарциссический мужчина с параноидной регрессией в переносе однажды заявил мне, что я поставил ему в счет сеанс, который мы отменили по обоюдному согласию. Он говорил об этом с такой естественной уверенностью, что я, хотя не нашел письменного подтверждения этому и не мог ничего такого вспомнить, решил, что ошибся, и не стал брать за этот сеанс денег. Затем эта же ситуация повторилась несколько месяцев спустя, и я был уверен, что не мог так ошибиться дважды. Я спросил пациента, не ошибся ли он. Он ответил вспышкой гнева, страстно обвинив меня во лжи. Мои попытки выяснить вместе с ним природу этих фантазий лишь увеличивали в нем ярость, ощущение, что я обвиняю его во лжи, и непоколебимое убеждение, что я по своей жестокости и бессердечности сознательно лгу, чтобы защитить свою непогрешимость. Когда я попытался найти связи между его восприятием меня и подобным восприятием своей матери, которую он описывал как манипулирующую, убежденную в своей правоте и нечестную женщину, пациент с негодованием протестовал против моей попытки обелить его мать и самого себя.

Эта ситуация постепенно исчезла из переноса, хотя и не была разрешена. Через несколько недель мистер Х. стал относиться ко мне как благородная жертва, готовая простить и забыть. Он разрешил резкое противоречие между верой в меня как в аналитика и убеждением, что я ему лгал, объяснив мою “ошибку” бессознательным процессом, отражающим негативные чувства к нему, которые я не осознаю, и моими гордостью и упрямством, которые он согласен терпеть, поскольку я призван спасти его как аналитик.

Через несколько месяцев вследствие серьезной болезни одного из членов семьи моему пациенту необходимо было покинуть город, и я изменил количество его сеансов, чтобы он смог продолжать терапию. В этот момент я самым пристальным образом следил за всякой возможностью непонимания в вопросах расписания и тогда осознал, насколько чувствую себя под его контролем, когда размышляю о наших встречах и особенно об оплате. Разумеется, повторилась прежняя ситуация, и мистер Х. опять обвинил меня в том, что я беру с него лишние деньги.

Я стал прямо утверждать, что это его ошибка и что за ней скрывается какая-то важная тема его внутренней жизни, имеющая отношение ко мне. Мистер Х. с изумлением сказал, что я, уже солгав ему дважды (что он утверждал с полной уверенностью), осмеливаюсь не только снова повторять свое мошенничество, но и вдобавок еще и обвиняю его в своем собственном поведении. Мне стало ясно, что прошлые вспышки гнева пациента в переносе не только возвратились, но еще и усилились, и это свидетельствует о накоплении неразрешенных эпизодов такого рода. Его параноидная регрессия явно уже достигла степени бреда.

Я сказал мистеру Х., что верю в его искренность и не сомневаюсь, что он действительно верит в свою правоту. Но как бы это ни было больно, я совершенно убежден, что не лгал ему — я с такими предосторожностями относился к его счету, что теперь абсолютно уверен в своей аккуратности. Я добавил, что ему стоит подумать, убежден ли я в своих словах, — хотя, с его точки зрения, они неверны, — или же лгу. Если он считает, что я лгу, значит, мне нельзя доверять как аналитику, потому что от аналитика можно ожидать по меньшей мере полной честности со своими пациентами.

Мистер Х. был озадачен моими словами и спросил, не значит ли это, что я отказываюсь от него. Я убедил его, что не имел такого намерения, но что вижу только два варианта: либо мы с ним в данный момент живем в двух разных реальностях, — как если бы один из нас сошел с ума, — либо его аналитик все время бесчеловечно и жестоким образом лжет. Тогда пациент сердито обвинил меня в том, что я называю его сумасшедшим. Я ответил, что, если бы мы жили во взаимно противоречащих друг другу реальностях, каждый из нас переживал бы то же, что переживает нормальный человек, общаясь с сумасшедшим, и что я не знаю, как бы он перенес такую ситуацию.

Тогда пациент задумался. Он сказал, что не верит ни в то, что я лгу, ни в то, что он сумасшедший. Я заметил, что это очень больно: встретиться с безумием в себе или в человеке, который очень для тебя важен. Это высказывание явилось новым началом психоаналитической работы с установлением параметров техники: мы согласились, что совершенно по-разному воспринимаем реальность и что это является главной темой для исследования в процессе терапии. Я должен добавить, что при невозможности (по крайней мере, на данный момент) разрешить проективную идентификацию пациента с помощью интерпретации, четкое обозначение минимальных границ реальности создало условия для продолжения терапии.

Когда пациент понимает, что аналитик может перенести тот факт, что они совершенно по-разному воспринимают реальность, он и сам в состоянии терпеть такое положение вещей, и это первый шаг к осознанию пациентом потери тестирования реальности. Тогда пациент может терпимо относиться к психотическому состоянию: к своим бредовым идеям относительно терапевта. По сути дела, способность аналитика терпимо относиться к психотической реальности пациента помогает последнему терпимо относиться к своему психотическому ядру, признание которого ведет к восстановлению тестирования реальности в переносе. Такой же технический подход применим в случаях галлюцинаций, псевдогаллюцинаций и иллюзий, появляющихся в ситуации терапии. Когда пациент приписывает аналитику грандиозность, садизм, нечестность и даже бред, он может описывать характеристики, которые относит и к своим родителям. Качества и отца, и матери, реальные или фантастические, могут войти в садистическое грандиозное Я при его формировании. Важные генетические предшественники грандиозного Я могут, таким образом, активизироваться в переносе — непосредственно или с помощью проективной идентификации. Но, тем не менее, при таких формах переноса стремление с помощью интерпретации найти генетические связи, как правило, оборачивается неудачей. Главная

причина этого заключается в том, что интерпретировать искажения переноса с точки зрения прошлого вообще не удастся до тех пор, пока перенос не станет Эго-дистонным.

Аналитик чувствует искушение согласиться с пациентом, что его родители в самом деле столь же ужасны, как и аналитик — в его восприятии. Но это утверждение спорно как с теоретической, так и с клинической точки зрения. Во-первых, аналитик не может знать, соответствуют ли родители пациента их описанию или же их образ подвергся искажению — ранее или ретроспективно. Во-вторых, его согласие с тем, что восприятие пациента верно, может временно успокоить последнего, но за этим обычно следует стремление убедить аналитика, что его поведение столь же невыносимо.

Если аналитик сознательно пытается подчиниться грандиозности пациента и его садистическому контролю, негативный перенос может переместиться назад, на родителей и другие объекты, но за это аналитику придется платить: полноценная работа над центральной парадигмой переноса и ее проработка станут невозможны.

В общем, когда аналитик жестко отстаивает реальность, это усиливает гнев пациента, ему может захотеться уйти из кабинета и иногда даже закончить терапию или, что бывает чаще, продолжать свои нападения на аналитика. Через длительное время и при оптимальных обстоятельствах пациент в конечном итоге может понять, что его восприятие поведения аналитика искажено, и почувствовать вину и озабоченность из-за своих беспричинных нападений, но также и облегчение, поскольку аналитик пережил эти атаки и все еще находится рядом и эмоционально открыт.

Такой позитивный ход событий выполняет важнейшую терапевтическую функцию. Он свидетельствует о том, что началось освобождение зависимого нормального Я пациента из плена патологического садистического грандиозного Я. Когда пациент понимает, что его агрессия была неадекватна и вследствие этого у него развивается способность переживать вину и озабоченность, это может быть признаком начала интернализации нормальных предшественников Супер-Эго и появления глубокого объектного отношения, которое позволяет терпеть амбивалентность и свидетельствует о начавшейся интеграции цельных — в отличие от частичных — объектных отношений.

Риск преждевременного прекращения терапии и возникновения хронических порочных кругов, состоящих из нападения пациента и ответного нападения на пациента (происходящего в его восприятии), является негативным вариантом развития событий. Позитивный вариант — успешное разрешение крайне регрессивного переноса.

Чтобы разрешить длительный параноидный перенос, аналитик должен быть терпеливым, внимательным и прямым. Важно с самого начала подчеркнуть существование опасности, что пациент прервет терапию и будет ощущать это победой своего грандиозного Я над нормальным Я, стремящимся к здоровью. Не менее важно, чтобы пациент понимал, что аналитик может продолжать свою жизнь без него и что вопреки иллюзиям (или бреду) пациента, будто его патологическое грандиозное Я контролирует мир, аналитик вполне проживет сам по себе, даже если пациент прервет терапию. Важно также интерпретировать стремление пациента разрушить спокойное отношение аналитика к возможности прекращения терапии, которое пациент принимает за отвержение со стороны аналитика или за его равнодушие.

При терапии пациентов со злокачественным нарциссизмом важно хранить в уме, что целью интерпретации является, во-первых, постоянное утверждение реальности терапевтической ситуации через интерпретацию всех ее искажений. А во-вторых — стремление помочь пациенту достичь такого состояния, когда он сможет посредством

свободных ассоциаций исследовать свое бессознательное, вместо того чтобы тратить все свои силы на исследование психики и слов аналитика и на контроль над ним. Другими словами, точкой отсчета для проработки регрессивного переноса злокачественного нарциссизма является восстановление или построение обыкновенных аналитических взаимоотношений, в которых пациент может позволить себе действительно зависеть от аналитика, исследуя свое бессознательное в его присутствии и не воспринимая аналитика как зло.

Патологическое садистическое грандиозное Я умело нападает именно на то, в чем пациент находит помощь. При злокачественном разрушении источников помощи используется, в частности, тот факт, что всякая интерпретация гипотетична и ее достоверность проверяется по бессознательной реакции пациента. Когда пациент крайне негативно реагирует на гипотетическую интерпретацию, которая поражает его своей истинностью, возникает очень сложная ситуация. Аналитик должен увидеть и проинтерпретировать такое немедленное разрушение того, что помогает. Часто это означает, что ему следует думать о пациенте между сессиями. Или можно сказать по-другому: такие виды переноса часто занимают мысли аналитика вне сессий, и эта озабоченность является не патологической реакцией контрпереноса, а нормальной реакцией на крайне разрушительный перенос.

Отыгрывая вовне агрессию, направленную на аналитика, пациент может пропускать сессии, не оплачивать счета, распространять клевету про аналитика и даже красть какие-то предметы из офиса или их ломать. Он может участвовать в агрессивном поведении против аналитика или связанных с ним людей вне сессий или же проявлять суицидальные наклонности, бессознательно выражая этим победу над аналитиком-неудачником. Кроме постоянной интерпретации, — направленной, в частности, на противоречивые установки пациента, который цепляется за терапию и в то же время всеми силами стремится ее разрушить, — такой ход событий может вынудить аналитика установить границы, вне которых он не согласен продолжать терапию. Обращая внимание пациента на радость, сопровождающую его садистическое обесценивающее поведение на сессии, аналитик помогает ему осознать разрушительный аспект того, что рационализирующему пациенту представляется “благородным негодованием”.

Когда пациент угрожал мне, что запустит в меня тяжелой пепельницей, я спросил его, может ли он меня убедить, что способен контролировать такие импульсы; я добавил, что иначе не смогу продолжить этот сеанс. Другой пациент вставал с кушетки и, садясь в кресло на противоположном конце кабинета, начинал со злобным выражением читать книгу про психоаналитическую технику, в которой предлагались рекомендации полностью, по его мнению, противоположные моим. В данном случае не было угрозы физического насилия и я не чувствовал, что с моей стороны требуется какое-то действие, защищающее границы аналитической ситуации. Третий пациент выбежал из моего кабинета и закричал через весь коридор, где ходили сотрудники и пациенты, что меня немедленно следует лишить медицинской лицензии. В этом случае я прямо сказал пациенту, что могу продолжать терапию лишь при том условии, что он не будет нарушать приватности нашего взаимодействия.

Открыто обсуждая с пациентами их поведение до того, как они начнут буйствовать, аналитик предупреждает внезапное прерывание терапии — причем происходящее не только по инициативе пациента, но и по инициативе самого аналитика. Я знаю несколько случаев терапии злокачественного нарциссизма, при которых аналитик, стремясь сохранить видимость аналитических взаимоотношений, избегал интерпретации

агрессивного поведения пациента и вскоре после этого внезапно принимал решение закончить терапию.

Пациент может попытаться разрушить то, что получил от аналитика, и угрожать ему разными неявными способами. Он может пользоваться языком, который вроде бы говорит об инсайте, выражает фантазии или любопытство по отношению к аналитику. “Мне вас так не хватало после прошлой встречи” или “Мне понравились ваши слова” и подобные высказывания или просьба пояснить интерпретацию приносят временное облегчение на фоне почти непереносимого напряжения терапевтической ситуации. Лишь ретроспективно можно понять, что эти высказывания не несли никакого смысла. Аналитик долгое время учится распознавать такое ложное использование слов по тону голоса или по их месту в сеансе. Другие пациенты “пудрят мозги” аналитику, используя его теории человеческого поведения и успешно тратя много времени на эти теории, одновременно отыгрывая вовне основные аспекты переноса в каких-то других сферах. Пациенты, хронически лгущие аналитику, вносят в аналитическую ситуацию неестественность, которую аналитик сначала объясняет недостатком эмпатии по отношению к пациенту. Аналитик может начать поиск более глубоких причин для недостатка эмпатии в своем контрпереносе и лишь через месяцы, когда нормальное общение восстановлено, приходит к пониманию, что верно ощущал “ложное” качество переноса — то, что Блон (Bion, 1970) называл “паразитарными” трансферентными взаимоотношениями.

Мистер У. Видный политик с нарциссической личностью и диссоциированным типом гомосексуализма (гомосексуальные эпизоды были совершенно Эго-синтонными в момент их развития, но потом он смотрел на них как на нечто абсолютно чужеродное). Он скрывал природу своих гомосексуальных походов, лишь косвенно намекая, что ищет мужчин в общественных уборных города, где, поскольку он человек известный для публики, его могут узнать и потом шантажировать. Несколько смутных упоминаний о случаях, когда, как он полагал, его узнали, заставили меня задуматься о том, что он действительно подвергает себя опасности. Мои настойчивые попытки это выяснить привели к тому, что мистер У. стал злобно обвинять меня в пуританстве и в предрассудках относительно гомосексуализма. Но кроме этого, он считал меня тупицей по той причине, что я так долго не мог понять, какая серьезная опасность таилась в его поведении, которое для него было захватывающим риском. Также выяснилось, что он, рассказав мне о своем рискованном поведении, полагал, что теперь я должен о нем заботиться и что ему не надо чувствовать вины по этому поводу. В результате я был либо садистическим противником, который давит на человека и пытается разрушить единственное удовольствие в его жизни, равнодушным, отстраненным и абсолютно эгоцентричным терапевтом, либо наивным дураком.

Интересно заметить, что мистер У. подробно описывал сложные треугольные истории, такие, например, как поиск мужчин, которые бы позволили ему переспать со своими женами в обмен на то, что он готов был подчиниться им в гомосексуальном смысле. Эдипов смысл этих историй доказывали обильные ассоциации к ним, связывающие такие переживания с детством. Таким образом, непосредственная ситуация, требующая срочного исследования отыгрывания вовне, его гомосексуальное поведение отошли на задний план, пока я не очнулся и не увидел, что это действительно опасность, угрожающая в данный момент всей его жизни. Таким образом, тяжелые проявления самодеструктивного поведения и нечестность в общении совместно оказались основным сопротивлением переноса, которое необходимо было проработать, прежде чем заниматься всем остальным материалом. Последовательный анализ этих поступков и того, как он играет в русскую рулетку, одновременно экстернализируя свои конфликты в отношениях

со мной, в конечном итоге превратил это повторяющееся отыгрывание вовне в интрапсихический конфликт.

Постоянные конфронтации терапевта по отношению к повторяющейся лжи могут восприниматься как садистическое нападение. Фактически, пациенты с тяжелой патологией Супер-Эго, не переносящие садистических предшественников Супер-Эго и проецирующие их на других — в типичном случае на аналитика, — воспринимают любое высказывание относительно их проблем в сфере этического поведения, проблем, касающихся заботы, ответственности или вины, как садистическое нападение. Бывает, что и аналитик в контрпереносе воспринимает себя садистическим преследователем.

Аналитик должен быть прям в вопросах морали, даже тогда, когда пациент воспринимает это как осуждение. Иногда пациент использует в своих целях потребность аналитика убедить себя и пациента в том, что, несмотря на поведение последнего, аналитик принимает его и чувствует к нему эмпатию. Пациент воспринимает понимание и терпимость аналитика как тайное согласие на его антисоциальное поведение. Таким образом, аналитик невольно способствует искажению переноса, и тогда, хотя это и может снизить остроту параноидной регрессии, появляется более злокачественная проблема: функции Супер-Эго пациента нарушаются в еще большей мере.

Неизбежно приходится сначала трансформировать нечестность в переносе в острый параноидный перенос, в результате чего примитивные конфликты с садистическими предшественниками Супер-Эго проявляются в ситуации переноса, и потом их можно проработать. Тут существуют две опасные ситуации: “невинно”, в духе игры или соблазна, аналитик не обращает внимания на нечестность в терапевтических взаимоотношениях, что способствует еще более полному разрушению потенциального Супер-Эго пациента; или же параноидная регрессия развивается, но не происходит ее полной проработки, и перенос жестко фиксируется на этой параноидной регрессии.

Когда пациент способен понять, что его параноидные искажения образа психоаналитика имеют фантастическую природу и что, следовательно, его гневные нападения на аналитика лишены реальных оснований, тогда периоды сильной вины и депрессивных реакций, возможно, свидетельствуют о том, что он способен выносить интернализированные функции Супер-Эго, — другими словами, что произошла повторная интернализация агрессивных предшественников Супер-Эго и их агрессия обращена на себя.

Аналитик привносит в терапию этих тяжело больных пациентов способность устанавливать глубокие объектные отношения. Его полная честность и устойчивость создают фон потенциально возможных здоровых объектных отношений, которые на протяжении большей части терапии недостижимы для пациента, но при благоприятном исходе становятся эмоционально доступными в период завершения. Неспособность к нормальным зависимым объектным отношениям, которые доступны любому обычному пациенту психоаналитика, является основным препятствием в терапии пациентов с тяжелой нарциссической психопатологией, и аналитик должен про это постоянно помнить, чтобы прояснять природу данной проблемы и разрешать ее аналитическими средствами. С этой точки зрения пациент со злокачественным нарциссизмом, которому показана терапия, является крайним выражением сил, направленных на разрушение основополагающих объектных отношений, и способность аналитика противостоять им является еще одним условием, позволяющим принять решение о том, что в данном случае терапия показана пациенту.

При всех описанных мной типах злокачественного нарциссизма объектные отношения, стоящие за сознательными и предсознательными фантазиями об аналитике, должны быть исследованы полностью. Каким бы ни представлял себе пациент аналитика — садистическим, нечестным, равнодушным, властолюбивым, порочным или глупым, убийцей, психопатом, неумелым дураком — все это нужно сделать явным, чтобы можно было найти источник такого искажения.

Какие реальные или фантастические переживания раннего детства, какой род взаимодействия бессознательной фантазии и подлинных переживаний привели к появлению данной патологии — это второй вопрос, менее важный для работы со злокачественным нарциссизмом, чем надежда, что в процессе разрешения такого состояния в переносе мы найдем путь, ведущий к истокам этого расстройства в раннем развитии.

Часть V

Терапия в условиях госпиталя

20. Противоположные теоретические модели терапии тяжелой психопатологии в условиях госпиталя

Психоаналитические подходы

В течение первой половины XX века большие государственные госпитали, рассчитанные на сотни или тысячи пациентов, главным образом стремились оградить общество от психически больных. В госпиталях пациентам создавали поддерживающую среду, в контексте которой можно было применять медицинское лечение. Существовали и маленькие частные психиатрические госпитали, в которых помещалось до 300 пациентов. Именно в частных заведениях, благодаря высокому показателю соотношения между количеством сотрудников и количеством пациентов, начала развиваться новая философия терапии в условиях госпиталя, основанная на психоаналитической модели.

Эти новые течения были представлены тремя параллельными подходами: межличностным и культурологическим подходом Гарри Стака Салливана (и связанным с ним “психобиологическим” подходом Адольфа Мейера); подходом, основанном на Эго-психологии, который применяли Уильям Меннингер, Роберт Найт и Пол Федерн; и подходом британской школы, основанным на теории объектных отношений, который впервые применил Томас Мэйн в качестве подхода к “особым случаям” (в основном к пациентам с пограничной личностной организацией) в госпитале — позже сюда же постепенно был интегрирован социологический подход Альфреда Стэнтона и Мориса Шварца (Kernberg, 1976, 1980).

Подход Салливана

Работа Салливана в госпитале Таусона с 1923 по 1930 гг. и затем в санатории в Роквиле отражена в нескольких теоретических и практических публикациях самого Салливана

(Sullivan, 1953a, 1953b, 1954, 1956, 1962) и его учеников, в частности Фриды Фромм-Райхман (Fromm-Reichmann, 1950), Гарольда Сирлза (Searles, 1965) и Отто Вилла (Will, 1967). Концепции Адольфа Мейера (Meyer, 1957) относительно стационарного лечения, разрабатывавшиеся им независимо от вышеперечисленных авторов в Госпитале Джона Хопкинса, а также работы Льюиса Хилла (Lewis Hill, 1955) подкрепили точку зрения Салливана.

Салливан подчеркивал, что психологическое исследование приложимо только к межличностным ситуациям, являющимся реальным или фантазийным интрапсихическим опытом. Он считал, что интенсивные телесные нужды обычно смешаны с потребностью в другом человеке, и предполагал, что диссоциация между стремлением человека удовлетворить основные телесные нужды, с одной стороны, и стремлением обрести чувство безопасности, основанное на его ценности в глазах окружающих (что определяет самоуважение) — с другой, есть основная причина психопатологии. На определенном уровне нарушений диссоциация удовлетворения нужд и удовлетворения потребности в безопасности приводит под действием тревоги к диссоциации хорошего Я от плохого Я и к последующему перерождению нормальной нежности в параноидную подозрительность и ненависть, направленную на себя.

Главная задача терапии в госпитале — преодолеть эту диссоциацию с помощью интенсивного психотерапевтического межличностного взаимодействия с терапевтом, который концентрирует свое внимание на диссоциированных нуждах и помогает разрешить искажения переноса (“паратаксические” искажения). Разрешение сильной тревоги, связанной с конфликтом диссоциации, ведет к росту в контексте межличностных отношений, которые пациент устанавливает с терапевтом.

Социальная структура госпиталя способствует сбору информации обо всех видах взаимодействия пациента с окружающими. Пациенту позволяют выражать свои патологические регрессивные нужды, не отвергая его за это и не покидая. Сотрудники госпиталя общаются с пациентом прежде всего как люди, а не на основе каких-либо своих функций или умений. Вся информация о взаимодействии пациента с госпитальным окружением передается терапевту, чтобы тот мог ее интегрировать и использовать в своей психотерапевтической работе.

Психотерапевт с его интерпретациями является основным терапевтическим инструментом. Негативный перенос пациента интерпретируется с точки зрения паратаксического искажения, которое в нем выражается. Позитивный перенос используется большей частью для роста пациента, который может вернуться к нормальному развитию в сфере межличностного удовлетворения в терапевтической ситуации и в поддерживающих рост взаимоотношениях с другими сотрудниками госпиталя. Согласно представлениям Сирлза (1965), когда терапевт устанавливает “симбиотические” взаимоотношения с шизофреником и постепенно обозначает границы Эго пациента и реальность ситуации, это позволяет пациенту отделить свое Я от терапевта и установить границы Эго.

Таким образом, подход Салливана основан на динамике взаимодействия, происходящего в данный момент в госпитале, на живом участии всего персонала в сборе информации и на интерпретации всех видов взаимодействия терапевтом. Программа госпитальной среды помогает психотерапии, но это не столь существенно, как взаимодействие пациента с терапевтом и предоставление пациенту моделей для идентификации.

Подход Эго-психологии

С 1927 по 1931 год Эрнст Симмель (Ernst Simmel, 1929) в Тэгельском санатории около Берлина разрабатывал новые методы госпитальной терапии, основываясь на психоаналитических принципах. После того как нацисты закрыли санаторий, идеи Симмеля вдохновили Вильяма Меннингера (William Menninger, 1936, 1943) и позднее Роберта Найта (Knight, 1953a, 1953b).

Ориентированные на Эго-психологию, позже обогащенную теориями Пола Федерна (Federn, 1952), Хайнца Хартмана (Hartmann, 1964) и Дэвида Рапапорта (Rapaport, 1967), последователи Симмеля сосредоточили свое внимание на госпитальной терапии не шизофреников (главный предмет интереса Салливана), но пациентов с тяжелыми неврозами и патологией характера. Изучая эту группу пациентов в Госпитале имени Меннингера в Топеке и затем в Остин Ригс в Стокбридже, Найт пришел к радикально новому пониманию пограничных состояний.

Согласно концепциям Эго-психологии, на которых основан данный подход, госпиталь является защищающей средой, позволяющей диагностировать перенос пациента, в то же время защищая его от последствий разрушительного для других или себя отыгрывания вовне. Перенос может развиваться у пациента не только по отношению к терапевту, но и к другим сотрудникам госпиталя или ко всему заведению в целом, так что можно всесторонне исследовать поведение пациента. Терапия в условиях госпиталя включает в себя психоаналитическую психотерапию или психоанализ, а также создание рамок для некоторых форм неадекватного поведения, анализ такого поведения и разъяснение причин, по которым необходимо эти рамки создавать.

Кроме того, госпиталь должен создавать условия для социально приемлемого удовлетворения инстинктов. Программы терапевтических занятий должны способствовать сублимированному выражению агрессии. Работа, отдых, обучение, творчество (четыре главные сферы терапевтических занятий в госпитале) дают возможность найти адаптивный компромисс импульса и защиты, а потому усиливают Эго. Распорядок дня в госпитале дает опыт роста и обучения, повышая самоуважение пациента вследствие его эффективного функционирования в госпитале, снижая страх перед бессознательными импульсами с помощью внешнего контроля и предлагая новые модели для идентификации.

Концепция терапевтической госпитальной среды предполагает активное вовлечение пациента в занятия во время его пребывания в госпитале. Такой подход соответствует концепции поддерживающей психотерапии для пограничных пациентов, систематически разработанной Найтом (1953b). Его терапевтическая стратегия делает основной упор на более адаптивном выражении импульса и защиты, что достигается с помощью избирательной интерпретации некоторых тем, тогда как другие темы остаются непроработанными, а также с помощью прямой поддержки адаптационной и сублимационной функций Эго во время сеанса.

Федерн (1952), работая с психотиками, главное внимание уделял потере границ Эго, которую, по его представлениям, пациент ощущал как потерю некоего органа чувств (помогающего Эго отличать реальность от фантазии). Это нарушение происходит, по мнению Федерна, вследствие того, что границы Эго лишаются либидинального катексиса. При психотерапии шизофреника, считает он, важно поддерживать восстановление катексиса границ Эго с помощью обозначения различий между Я пациента и другими, стимулируя интерес и либидо пациента в отношениях позитивного переноса с терапевтом,

избегая развития негативного переноса, создавая вокруг пациента четкую структуру, способствующую его дифференциации от среды. Сама структура госпиталя соответствует данному психотерапевтическому подходу. Госпиталь четко определяет пространство, время, роли, занятия, что способствует восстановлению границ Эго с помощью всех занятий и контактов пациента с другими людьми в течение дня.

Концепция Хартмана (1964) относительно свободных от конфликта сфер Эго также повлияла на основанный на Эго-психологии подход к госпитальному лечению. Терапия средой госпиталя позволяет включить ресурсы Эго пациента, опираясь на его сильные стороны и избегая регрессивных переживаний, способствующих выражению примитивной ненейтрализованной агрессии, что ведет к еще более полному уничтожению границ Эго. Итак, подход Эго-психологии подчеркивает значение структурированной среды, усиливающей Эго пациента как во взаимодействии со средой, так и в психотерапии, избегая при этом исследования негативного переноса у пациентов со слабым Эго, особенно у психотиков (поскольку именно в этом случае большая часть терапии происходит в среде госпиталя).

Подходы, основанные на Эго-психологии и теории объектных отношений

Подход, основанный на Эго-психологии и теории объектных отношений, имеет много источников, британских и американских. К нему я отношу и свои собственные идеи о терапии в условиях госпиталя.

Томас Мэйн (Main, 1957) описал реакцию группы медсестер, которые занимались пограничными пациентами (и некоторыми психотиками), попавшими в категорию “особых случаев”, в Кэстльском Госпитале около Лондона. Мэйн обнаружил, что эти пациенты вызвали у сестер групповой феномен, подобный описанному в 1952 году Вилфредом Бином феномену “группы, разделяющей основное предположение” (“basic assumption group”).

Позже Блон (Bion, 1961) развил свою теорию регрессивных феноменов, появляющихся в малых группах тогда, когда не образуется структура, направленная на выполнение задачи (работающая группа). Блон пишет, что в таких группах появляется определенный тип основных эмоциональных реакций (создается “группа, разделяющая основное предположение”), причем эти реакции могли существовать всегда, но особенно сильно они активизируются в момент неудачи в выполнении групповой цели. Его описание трех типов таких основных предположений: “нападение-бегство”, “зависимость” и “образование пар” — широко известно, так что я не буду излагать его подробно. Для нас важен вывод Мэйна о том, что пациенты, находящиеся в регрессии (в частности, пограничные), могут при определенных условиях воспроизводить свои интрапсихические объектные отношения в межличностных взаимоотношениях персонала, таким образом, превращая социальное поле госпиталя в арену, на которой разыгрываются внутренние конфликты пациента. Активизация мощных проекций, всемогущего контроля, отрицания, примитивной идеализации и прежде всего расщепления среди группы медсестер отражает как интрапсихические механизмы пациента, так и формы поведения, посредством которых взаимоотношения между сотрудниками искажаются под влиянием внутреннего мира пациента.

В 1954 году Альфред Стэнтон и Моррис Шварц в классическом труде, основанном на исследованиях взаимодействия в госпитале, высказали предположение, что социальная и

административная структура психиатрического госпиталя в огромной мере влияет на функционирование каждого отдельного пациента и что социальная патология поддерживает патологию индивидуальную. Стэнтон и Шварц изучили влияние нравственного упадка и скрытых разногласий персонала на патологическое возбуждение пациентов и, в частности, на синдром “особого случая”. Они показали, как “расщепление” и скрытый конфликт в межличностном и социальном мире госпиталя могут усилить интрапсихический конфликт и ухудшить состояние пограничных пациентов и некоторых психотиков.

Таким образом, Стэнтон, Шварц и Мэйн дополняют друг друга в своих формулировках, проливающих свет на взаимоотношения между социальными конфликтами внутри госпиталя и интрапсихическими конфликтами пациентов с тяжелой регрессией. Выводы о том, что интрапсихические конфликты пациента и существующие в социальной системе госпиталя разделения и напряжения взаимно поддерживают друг друга, перекидывают мост от понимания госпиталя как социальной системы к пониманию активизации патологии интернализованных объектных отношений пациентов в этой социальной системе.

Эти открытия и рожденные ими теории подвигли меня на изучение концепций теории объектных отношений британской школы, особенно мое внимание привлекали работы Фэйрбейрна (Fairbairn, 1954) и Мелани Кляйн (Klein, 1940, 1945, 1946), в которых описывались примитивные механизмы защиты, примитивные объектные отношения, примитивная агрессия и примитивные формы переноса, отражающие все эти факторы.

Идеи, выраженные Мэйном в его выдающейся статье 1957 года, идеи Биона (1952, 1961), Стэнтона и Шварца (1954) вошли в состав философии терапии в госпитале и были применены на практике в Госпитале Меннингера в начале семидесятых (Kernberg, 1976). Эти концепции также повлияли в Америке на Институт Райса при Вашингтонской школе психиатрии, соответствующий британскому тэвистокскому Институту человеческих отношений. Сотрудники Института Райса использовали концепции групповой психологии (Rice, 1965) на конференциях профессионалов, работающих в сфере психического здоровья, по всей Америке в конце шестидесятых. Диагностика примитивных механизмов защиты, в частности расщепления как у пациента, так и в социальной группе, находящейся под влиянием патологического взаимодействия с пациентом, привела к тому, что в психотерапии госпитализированных пограничных пациентов и психотиков стали уделять больше внимания интерпретации примитивных форм переноса; кроме того, появились представления о примитивной агрессии как об основном источнике интрапсихических конфликтов.

Интерпретация переноса, практиковавшаяся у сторонников этого течения, отличалась как от подхода Федерна (рекомендовавшего строить позитивный перенос и избегать негативного), так и от подхода последователей Салливана (которые обращали основное внимание на потенциал роста, а не на анализ интрапсихических и генетических тем переноса). В то же время из идей Стэнтона и Шварца о среде госпиталя и из исследований Мэйна, касавшихся интрапсихических функций пациента, следовал вывод, что можно использовать среду госпиталя для терапии, а не только как средство для усиления Эго. Окружение госпиталя может служить ареной для выражения в контексте групповых процессов интрапсихических конфликтов пациента, после чего персонал диагностирует их на своем социальном поле и возвращает назад в индивидуальную психотерапевтическую работу с пациентом.

В результате этого подхода, основанного на Эго-психологии и теории объектных отношений, возникла волна нового интереса к психоаналитической психотерапии — особенно при работе с пациентами с тяжелой патологией характера и пограничной личностной организацией. Началось психоаналитическое исследование групповых процессов, и терапия в госпитале была реорганизована таким образом, чтобы можно было сочетать индивидуальные и групповые методы. В отличие от поддерживающей психотерапии пограничных состояний и соответствующей ей поддерживающей функции госпиталя, сторонником которых являлся Найт, этот новый подход придавал особое значение интерпретации — как интерпретации переноса пациента в индивидуальной психотерапии, так и интерпретации регрессивных групповых процессов в госпитале.

Социологические подходы

Исследования Стэнтона и Шварца (1954), показавшие, что скрытые разногласия среди персонала являются причиной регрессивного поведения пациентов, выявили потенциально антитерапевтические факторы, присутствующие в госпитальном лечении. Вильям Кодилл (Caudill, 1958) в йельском Институте психиатрии (маленький психиатрический госпиталь психоаналитической ориентации) изучал, какое влияние взаимоотношения с персоналом в госпитале оказывают на состояние пациента. Он обнаружил, что изоляция пациентов от персонала, создающаяся под давлением иерархической структуры госпиталя, негативно влияет как на терапию отдельного пациента, так и на функционирование пациентов как группы. Кодилл описал, как введение пациента в “роль больного” с помощью группового давления, направленного на социализацию и на присвоение системы ценностей врачей, а также сопротивление пациента представителям власти (в частности, медсестрам) способствует взаимному отчуждению пациентов и персонала, порождает стереотипы и колебания культурных установок от разрешения к запрещению и обратно, что сильно влияет на любую форму терапии, проводимой в стенах госпиталя.

Айвен Белкнэп (Belknap, 1956) и Ирвинг Гофман (Goffman, 1961) изучали влияние социальной структуры госпиталя на терапию психиатрических пациентов в стенах больших организаций. В их выводах еще резче, чем у вышеупомянутых исследователей, подчеркивается регрессивное и унижающее влияние на пациента традиционной иерархической системы большого госпиталя, где разрушение самоуважения и общая атмосфера тюрьмы дополняются капризным и авторитарным контролем со стороны низшего эшелона иерархически организованного персонала. Гофман сравнивал жизнь в большом психиатрическом госпитале с жизнью в других изученных им “тоталитарных организациях”, таких как армия, тюрьма, трудовой лагерь, корабли в плавании и монастыри. Он показал огромный разрыв между идеальными целями организации и их реальным воплощением, определяемым выгодой и традицией. Гофман описывал “дегуманизацию” пациента, превращающую его в очередной “винтик” на конвейере, с которым удобнее работать, регуляцию его поведения с помощью “системы привилегий”, заключающейся в оценке здоровья пациента на основании его послушания, и процесс приспособления пациента к реальности жизни в организации.

В результате этих исследований и отчетов пятидесятих годов через десятилетие появилось мнение, что традиционные большие психиатрические госпитали оказывают явное антитерапевтическое влияние и что длительная госпитализация сама по себе может отрицательно повлиять на терапию многих пациентов. Такие мысли постепенно проникали в политические представления шестидесятых, когда традиционные авторитеты вообще все больше и больше стали подвергаться сомнению. Сопротивление войне во

Вьетнаме, соблазны контркультуры, влияние появившейся в Европе антипсихиатрии — все это изменило ситуацию. Терапия в условиях госпиталя была вообще поставлена под вопрос. Начались поиски альтернативных подходов по отношению к длительной госпитализации (иногда — альтернатив любому виду терапии психиатрических пациентов в госпитале).

Как ни странно, в то же самое время, когда эти социологические работы заставили усомниться в целесообразности психиатрического госпиталя вообще, возникло противоположное движение, отправной точкой которого было изучение авторитарного характера маленьких психиатрических госпиталей. Это движение заключалось в стремлении превратить традиционный психиатрический госпиталь в неавторитарную социальную систему, пронизанную демократией. Предполагалось, что пациенты, участвуя в решении вопросов, касающихся их жизни, и в занятиях в защищенной среде, получают доступ к новым источникам эмоционального роста и самоуважения. Тут в одной точке сходятся исследования Стэнтона и Шварца с трудами Кодилла и различными психоаналитическими подходами.

Концепция “терапевтического сообщества” (therapeutic community) возникла как вызов традиционной иерархической медицинской модели психиатрического госпиталя, вызывающего регрессию и обладающего антитерапевтическим эффектом. Мэйн (Main, 1946) и Максвелл Джонс (Jones, 1953) первыми заговорили о терапевтическом сообществе как о форме терапии; среди всего прочего они выдвигали задачу демократизации процесса лечения.

Концепция терапевтического сообщества как формы терапии развивалась из появившейся в психиатрии тенденции работать (ставить диагноз и проводить терапию) командой сотрудников. В традиционной модели власть принимать решение распределена по разным специальностям и соответствует задаче, которую каждая выполняет. В типичном терапевтическом сообществе существует стремление понизить иерархический уровень власти, основанной на профессиональном опыте, степенях и титулах, и сделать процесс принятия решения как можно более демократичным.

Концепция терапевтического сообщества применялась в различных госпиталях Америки в шестидесятых, в частности в Форт Логэн в штате Колорадо, в Остин Ригс и в йельском Институте психиатрии. Вслед за первыми экспериментами эту модель стали применять в Госпитале Меннингера, в Нью-Йоркском психиатрическом институте и в Вестчестерском отделении Нью-Йоркского госпиталя.

Таким образом, движение шестидесятых годов против авторитарности и за демократию породило критику психиатрических госпиталей и одновременно привело к рождению новых экспериментальных моделей управления госпиталем, в которых административная структура связывалась с групповыми процессами. Оно также породило всестороннее исследование социальной системы, в которой живет госпитализированный пациент. Практика “терапевтического сообщества” укрепила новые, связанные с психоанализом концепции госпитального лечения и значительно расширила спектр видов терапии и техник, применяемых в психиатрическом госпитале. В исторической перспективе две противоположные тенденции шестидесятых годов — направленная на отказ от психиатрического госпиталя (особенно от длительной госпитализации) и ведущая к обогащению терапии в психиатрическом госпитале новыми модальностями — были новой фазой диалектических взаимоотношений между огромными социальными организациями и маленькими психиатрическими госпиталями.

В начале семидесятых преобладала первая тенденция — стремление к отказу от терапии в госпитале. Но во второй половине семидесятых, когда огромные госпитали опустели, возникло трезвое понимание того, что есть разница между идеологической концепцией отказа от терапии в лечебном заведении и теми альтернативами лечению в госпитале, которые реально доступны пациенту.

Психиатрическая помощь, деинституционализация и трансинституционализация

Нейролептики, появившиеся в пятидесятые годы, постепенно стали применяться все шире, и к шестидесятым годам это привело к резкому уменьшению количества пациентов, пребывающих в психиатрических госпиталях. Так, в 1955 году в государственных психиатрических госпиталях Америки находилось 559 тыс. пациентов, к 1970 году их число уменьшилось до 200 тыс., а в 1976 их было 193 тыс. Уменьшению количества госпитализированных психиатрических пациентов способствовало и то, что в конце 60-х — начале 70-х по всей стране появились местные центры психического здоровья.

“Антипсихиатрия” с подозрением относилась к любому виду терапии, основанной на традиционной иерархической медицинской модели, и стояла за автономию и самоуважение психиатрического пациента и за его право самому принимать решения о своей судьбе. Новая идеология вобрала в себя философию “антипсихиатрии”, социальную критику негативных влияний институционализации, демократический импульс терапевтического сообщества, оптимизм, порожденный эффективностью психофармакологии и работы местных центров психического здоровья. Все это сделало деинституционализацию главной задачей психиатрической профессии. Данные некоторых исследований, широко публиковавшихся, поскольку они вписывались в социальную атмосферу, подтверждали эффективность лечения психиатрических больных без госпитализации.

Пасамэник (Pasamanick et al., 1967) исследовал два вида пациентов: госпитализированных и тех, кто получал амбулаторное лечение. Сравнение показало, что после завершения лечения к обычной жизни смогло вернуться значительно меньшее количество госпитализированных пациентов по сравнению с пациентами амбулаторными. Но обследование тех же пациентов через пять лет оказалось не таким обнадеживающим: разница между двумя группами сгладилась. Еще более отдаленные обследования показали, что у всех пациентов результаты довольно плохие. Сравнив пациентов, находящихся на лечении в дневном стационаре, с госпитализированными пациентами (сравнивались пациенты, которым были показаны обе эти формы лечения), Херц (Herz, 1971; Herz et al., 1975) пришел к выводу, что в группе госпитализированных пациентов чаще встречаются повторные госпитализации и что через четыре недели от начала лечения у пациентов дневного стационара состояние улучшается больше, чем у госпитализированных пациентов (разница незначительная, но статистически достоверная). В критическом обзоре исследований и литературы, посвященных вопросам о достоинствах и недостатках госпитализации, Херц (1980) приходит к выводу, что дневной стационар не только является вполне реальной альтернативой госпитализации, но и в большинстве случаев предпочтительнее — за исключением тяжелых психотиков в остром состоянии и пациентов с тяжелыми острыми или хроническими нарушениями, у которых нет адекватной системы поддержки по месту жительства.

Изучая исследования, поддерживающие идею об альтернативах госпитализации, нельзя не заметить: существует огромная разница между качеством альтернативной помощи,

созданной ради эксперимента, и теми альтернативами госпиталю, которые на самом деле доступны большинству психиатрических пациентов. Идеология “антигоспитализации” мешала полноценному исследованию социальных и финансовых затрат на альтернативное лечение по сравнению с лечением психически больных в госпитале.

Во многих случаях местные власти и члены комиссий по психическому здоровью с энтузиазмом относились к философии дегоспитализации, поскольку это означало значительное сокращение количества госпитализированных пациентов и, следовательно, уменьшало финансовые расходы. В результате появился странный альянс между властями, ответственными за финансы, и психиатрической администрацией, с одной стороны, и идеалистически настроенными психиатрами, сторонниками лечения психически больных в обычной для них социальной среде — с другой. И когда десятки тысяч пациентов были в буквальном смысле слова переброшены из больших госпиталей на попечение своего местного общества, не имеющего адекватной системы поддержки, местные власти начали протестовать. С 1975 по 1980 годы множество исследований и отчетов показали печальную картину условий жизни деинституционализированных психически больных. Стало очевидно, что деинституционализация породила “транс-институционализацию” (Роберт Мичелс, из личной беседы) — хронические больные попали из огня в полымя. Они очутились в плохо организованных, лишенных адекватного наблюдения необычных частных лечебницах и тому подобных не слишком приятных местах.

Другое негативное последствие такого положения вещей, при котором идеологические соображения ставились выше, чем нужды пациентов, можно было видеть в работе местных центров психического здоровья. Ради демократизации лечения были приложены усилия привлечь местную власть к руководству этими центрами. В работе центров психического здоровья (что многие понимали как общественный контроль) должны были принимать участие местные жители в виде облеченных полномочиями консультативных групп, представляющих интересы потребителей и граждан. На практике это перерождалось в создание политических групп, которые использовали свою власть для целей, лишь косвенно связанных с лечением психически больных. В некоторых случаях профессионалы, пытаясь привлечь местное общество к лечению пациентов, обучали непрофессионалов, и те брали на себя профессиональные функции. При этом снижался контроль за работой и ухудшалось качество обслуживания, что иногда приводило к политическим конфликтам между местными группами и чиновниками, занимавшимися психиатрией.

Возможно, наиболее серьезной проблемой, которая значительно снизила энтузиазм движения за лечение психически больных по месту жительства и вылилась в общее разочарование во второй половине 1970-х, стал разрыв между поставленными задачами и нехваткой персонала, который должен был их выполнять. Столкновение идеологии и благих намерений с финансовой реальностью и техническими требованиями было весьма драматичным. Предпринимались постоянные попытки снизить расходы на работу местных центров психического здоровья. Хорошо оплачиваемых профессионалов-психиатров пытались заменить не так хорошо оплачиваемыми и менее подготовленными. Это вело к заметному снижению профессионального уровня, к разочарованиям среди лучше обученных (и перегруженных работой) сотрудников, к недовольству качеством медицинской помощи, усталости профессионалов и, в конечном итоге, к тому, что психиатры увольнялись из центров психического здоровья. Оглядываясь в недавнее прошлое, мы видим, что противопоставление лечения в госпитале и лечения в местном центре определялось идеологией и с технической точки зрения было абсурдно. Клинический опыт и данные исследований показывают, что широкий спектр

психиатрических модальностей лечения, включая доступность кратковременной или длительной терапии в условиях госпиталя и все различные возможности амбулаторного лечения, есть оптимальная модель для помощи психиатрическим пациентам.

Современные представления о терапии в условиях психиатрического госпиталя

Быть может, самая важная тенденция последних лет выразилась в понимании того, что для каждого типа пациентов надо создавать свою особую службу; это отличается от традиционного отношения к пациентам как к одной гомогенной группе.

Внутри самого психиатрического госпиталя нужны различные службы для разных пациентов. Например, большой государственный психиатрический госпиталь в идеале должен оказывать как быструю, так и долговременную помощь пациентам. В службе долговременной помощи должны быть отделения для интенсивной терапии патологии характера и для терапии хронических психотиков с тяжелыми нарушениями. Третий тип отделений должен опекать тяжелых пациентов с органической патологией (в каждом отделении — свой штат и свои программы). Маленькие психиатрические госпитали поневоле должны специализироваться и принимать пациентов определенного типа, кроме тех случаев, когда в них большое количество персонала приходится на одного пациента; тогда можно осуществлять разнообразные терапевтические подходы, но в таком случае и цена лечения, соответственно, будет очень высокой.

В службе кратковременной терапии для острых случаев среднее пребывание одного пациента может колебаться в диапазоне от 30 до 90 дней. Такие службы идеально приспособлены для лечения острых психозов, в них должен быть представлен весь спектр возможностей психиатрической диагностики и терапии, включая разумное использование всего арсенала психофармакологии, психосоциальную реабилитацию и организацию начального этапа помощи после выписки. В кратковременной службе также могут существовать подразделения для терапии алкоголизма и наркомании, аффективных психозов, шизофрении и преходящих реактивных психозов на фоне органического поражения головного мозга или на фоне временной регрессии при пограничных состояниях. Специализированная служба помощи детям и подросткам — еще одна особая область госпитальной терапии. В некоторых случаях короткая госпитализация может быть показана при кризисах, хотя чаще вмешательство при кризисе проводится в дневном госпитале или амбулаторно.

Длительная госпитализация показана пациентам с хронической и не поддающейся терапии регрессией, которые могут функционировать лишь в четко структурированной среде госпиталя, а также пациентам, у которых бывают частые и длительные психотические эпизоды, когда показаны как психотерапия, так и психофармакологическая терапия. Длительная госпитализация явно показана пациентам с тяжелой патологией характера или с пограничными состояниями, у которых при этом существует выраженное стремление к саморазрушению или которые настолько плохо функционируют, что нуждаются в защите госпиталя, чтобы участвовать в программе терапии.

В этой группе преобладают пациенты с пограничной личностной организацией и плохим контролем над импульсом, с тяжелыми формами отыгрывания вовне, с негативной терапевтической реакцией, с низкой мотивацией к терапии и с антисоциальными тенденциями. Программа помощи этим пациентам должна отличаться от программы для пациентов с шизофренией, которые не поддаются психофармакологическому лечению, но

которым показана интенсивная психотерапия. Таким пациентам также нужна длительная госпитализация, но структура терапии в госпитале должна быть иной. Модель терапевтического сообщества особенно подходит для длительной терапии патологии характера и пограничных состояний, в то время как ее модификации могут применяться при длительной терапии шизофрении в условиях госпиталя.

Длительная госпитализация, исполняющая преимущественно функции опеки, показана пациентам, у которых активная терапия явно оказалась неэффективной и которые не могут жить без четкой структуры, обеспечиваемой госпиталем. Одним словом, растет убеждение, что сравнительно маленькое, но значимое количество пациентов требует опеки и что жизнь в нормально работающем современном госпитале подходит им лучше, чем растительное существование на периферии местного общества.

Клинический опыт и данные исследований доказывают важность такой формы помощи, как дневной госпиталь. Она является достойной альтернативой программе кратковременного вмешательства при остром кризисе, а также показана во всех случаях, когда требуется длительная госпитализация, но достаточно более мягкой, чем в госпитале, структуры, обеспечиваемой дневным стационаром. Так, многим пограничным пациентам можно предложить лечение в дневном госпитале вместо длительной госпитализации. Но пограничным пациентам с сильными деструктивными и самодеструктивными тенденциями все виды лечения, кроме полной госпитализации, противопоказаны. Другие программы дневного госпиталя могут помочь пациентам совершить переход (что особенно важно после длительной госпитализации) от госпитального лечения к амбулаторной терапии и к жизни в своей социальной среде.

Цели и техники терапии должны быть совершенно различными для каждой из этих групп пациентов. Психиатрическое лечение в госпитале, направленное на значимое интрапсихическое изменение структуры пограничной организации личности, — такое изменение, чтобы выйдя из госпиталя, пациент мог получать невозможную ранее амбулаторную терапию, — основано на интенсивной психотерапии в госпитале и на использовании для диагностики и терапии групповых процессов терапевтического сообщества. Такая программа сильно отличается от постоянной социальной поддержки с постепенной реабилитацией, которая необходима при госпитальной терапии хронических шизофреников, находящихся в глубокой регрессии.

Функциональное перераспределение ресурсов — человеческих и финансовых — в большом психиатрическом госпитале позволяет в какой-то мере обеспечить проведение интенсивной терапии. Такое изменение в структуре большого государственного госпиталя сглаживает его отличия от маленьких частных госпиталей.

Развитие специализированной гериатрической службы — новое явление, оно может сильно изменить госпитальную среду для старых пациентов, которых раньше смешивали с хроническими шизофрениками. Специализированные службы кратковременной и длительной гериатрической помощи могут сильно снизить время пребывания в госпитале гериатрических пациентов, в особенности страдающих аффективными психозами.

Функцию дневного госпиталя, призванного помочь пациентам, выписавшимся из госпиталя, вернуться в жизнь, дополняют дома с ограничено самостоятельной жизнью, программы “общего дома” (когда бывшие пациенты госпиталя разделяют ответственность за общую жизнь в многоквартирном доме), дома опеки и клубы бывших пациентов, а также общественные организации, появляющиеся вокруг клиник.

Концепция преемственности в помощи психиатрическим пациентам в последнее время была пересмотрена. Оказалось, что программы, при которых один и тот же персонал работает с пациентом в госпитале, затем в дневном стационаре и потом амбулаторно, слишком дорого стоят и часто неэффективны. Забота о выписавшихся пациентах постепенно становится слишком обременительной для персонала госпиталя, что приводит к “синдрому выжженности” и к неэффективному использованию терапевтических возможностей. В идеале, преемственность лечения должен обеспечивать первичный терапевт, который начинает работать с пациентом в госпитале и поддерживает психотерапевтические взаимоотношения с ним после выписки. В этом отношении для пациента важнее иметь цельную программу терапии в госпитале, а также психиатров, целиком работающих в этой программе, чем поддерживать контакт с предыдущим психотерапевтом во время прохождения лечения в госпитале, особенно в случае длительной госпитальной терапии — в данной ситуации предпочтительнее поменять терапевта.

В настоящее время в ведущих частных организациях, которые подают пример работы психиатрическим госпиталям, существуют многообразные виды терапии: широкий спектр групповых подходов, всевозможные формы “терапии средой”, применения модели терапевтического сообщества, средств психофармакологии, психологической реабилитации и психотерапии. В контексте подхода “команды сотрудников” к психиатрическим пациентам, развившегося за последние 20 лет, сестринский уход, помощь социального работника, терапевтические занятия и психология являются интегрированными частями медицинского и психиатрического лечения. Каждый профессионал, работая в своей сфере, применяет как свои специальные умения, так и свое личное общение с пациентом, а перенос и контрперенос используются для диагностики всей социальной среды, окружающей пациента. Непосредственное социальное окружение изменяется под воздействием интрапсихических конфликтов пациента и, в свою очередь, влияет на пациента. Сеть формальных и неформальных личных контактов, малых и больших групп госпиталя и связанных с ними переживаний, представляет собой фон, на котором многочисленные переносы и контрпереносы отдельных людей и групп можно диагностировать и терапевтически использовать.

Мне кажется, что лучше представлять себе госпиталь как экспериментальную социальную среду, в которой пациент может проявлять свои основные типы патогенных интернализованных объектных отношений и в которой эти активизировавшиеся объектные отношения могут быть выявлены и изменены в контексте индивидуального и группового психотерапевтического взаимодействия. Влияние психоанализа на госпиталь и концепция терапевтического сообщества создают новые модели управления госпиталем и новые структуры, при которых снижается опасность перерождения госпиталя в “тоталитарную” организацию и увеличивается возможность его превращения в лабораторию новых переживаний.

Главная задача, стоящая сегодня перед американской психиатрией, — освободить накопленные за последние 50 лет технические знания из пут идеологических искажений и социальных экстраполяций. На практике для оптимального использования этих знаний нужно, чтобы психиатрический госпиталь позволял персоналу пользоваться своими эмоциональными реакциями на пациента для терапевтических целей и создавал атмосферу открытости и функциональную — а не авторитарную — структуру администрации. Функциональная структура администрации не демократична. Отличие функциональной администрации от демократической политической организации стали понимать совсем недавно. К тому же современные концепции управления организациями являются теми знаниями и умениями, которые, по-видимому, необходимы сегодняшним

психиатрам. Кроме этого, психиатру, работающему в госпитале, необходимы знания обо всем спектре психофармакологических средств и техник психосоциальной терапии, включая опыт диагностики и терапевтического использования групповых процессов.

21. Модель терапевтического сообщества для лечения тяжелой психопатологии в условиях госпиталя

Теоретические предпосылки

Уже более десяти лет я наблюдаю сильные и слабые стороны применения модели терапевтического сообщества. Она изменила более традиционные виды терапии средой в госпитале, открыла новые возможности для стационарного лечения пациентов с тяжелой патологией характера и пролила свет на то, какой должна быть работа администрации психиатрического госпиталя. Побочными следствиями этого подхода явились некоторые новые неожиданные открытия.

Упомянув, что в современной психиатрии часто неверно используют или не понимают термин *терапевтическое сообщество*, Витли и Гордон (Whitley and Gordon, 1979) определяют его как “особый специализированный подход, использующий для лечения психологические и социальные феномены, присущие большим, четко ограниченным группам живущих рядом людей. В этом смысле оно является расширением терапии средой, вовлекающим больше пациентов и применимым ко всем категориям обитателей психиатрического госпиталя”. В своем блестящем обзоре модели терапевтического сообщества в прошлом и настоящем Витли и Гордон описывают еще одну сторону этой концепции: идеологическую. Фактически и Мэйн, и Джонс, родоначальники модели терапевтического сообщества, выражали свою веру в ценность демократизации процесса терапии и создания “терапевтической среды со спонтанной, основанной на эмоциях (а не созданной по приказу медиков) организацией, в которой участвуют и персонал, и пациенты” (Main, 1946). Джонс (Jones, 1953) указывал, что отказ от иерархической пирамиды, сглаживание ролей и открытое общение есть признаки демократической терапевтической среды.

Я думаю, что попытка соединить технические и идеологические концепции — то есть представление, что терапевтическое сообщество является и модальностью лечения, и демократизацией процесса лечения, — порождает как новые открытия и терапевтические достижения, так и недостатки и проблемы.

Хотя различные авторы по-разному описывают основные аспекты этого подхода, можно выделить в нем, основываясь на работах Мэйна и Джонса, следующие направления:

(1) *Терапия как общее дело.* Персонал и пациенты, действующие как организованное сообщество, совместно осуществляют лечение пациентов; пациенты активно участвуют в своем лечении, являясь ответственными сотрудниками, а не пассивными больными, которых лечат другие.

(2) *Терапевтическая культура.* Все дела и любые формы взаимодействия направлены на одну цель: на обучение и социальную реабилитацию пациентов. Оптимальное функционирование пациента в терапевтическом сообществе есть первый шаг к возможности оптимально функционировать во внешнем мире.

(3) *Конфронтация для обучения жизни.* Открытый поток общения между пациентами и персоналом осуществляет мгновенную обратную связь, касающуюся видимого поведения и реакций на него. Исследование функций этого поведения здесь-и-теперь и возможность экспериментировать с новыми формами поведения учит пациентов жить как в терапевтическом сообществе, так и во внешнем мире.

Для этой цели используются такие средства, как групповые собрания (маленькая группа, большая группа и группа, ориентированная на выполнение задачи), где создается климат открытого общения, осуществляется влияние группы, подталкивающее пациента к социализации и реабилитации, и где есть возможность для демократического принятия решений.

Независимо от категорий групповых собраний (маленькая, большая или ориентированная на задачу группа), модель терапевтического сообщества использует три основных типа групповых встреч:

(1) *Собрание сообщества.* На него собираются все пациенты и все сотрудники для исследования социальной среды, в которой все они обитают, ее нарушений и недостатков, чтобы увидеть развитие антидемократических и авторитарных тенденций и разрешить эти проблемы.

(2) *Правительство пациентов.* Независимо от того, какие конкретные формы эта тенденция принимает, в терапевтическом сообществе создаются организации пациентов, которые участвуют в социальных процессах и в принятии решений.

(3) *Встреча персонала.* Такая встреча дополняет правительство пациентов, в ней проявляется концепция демократического принятия решений персоналом, кроме того, на ней сотрудники учатся понимать, как на них влияет давление со стороны администрации или чье-либо еще и как влияет на них взаимодействие с пациентами. Встреча персонала позволяет демократическим образом распределить власть соответственно задачам, которые надо выполнять, в отличие от иерархической модели, в которой решения принимаются вышестоящими и спускаются вниз.

Концепция терапевтического сообщества содержит некоторые теоретические представления о терапевтическом изменении. Во-первых, она предполагает — верно, как я думаю, — что пациенты (и как отдельные люди, и как группа) могут помогать друг другу. Во-вторых, пациенты в контексте группы могут быть “нормальной”, адекватной и ответственной группой, несмотря на патологическое индивидуальное взаимодействие вне групповой среды. В-третьих, и персонал как группа может функционировать патологически и антитерапевтически, несмотря на то, что по отдельности это зрелые и опытные люди. Действительно, клинический опыт показывает, что патология и социальная эффективность групп не совпадают с патологией или социальной эффективностью ее членов.

В-четвертых, предполагается, что авторитарность антитерапевтична и что решения, принятые на основе “силы”, а не “разума”, вредят интересам пациентов. Я думаю, что эта идея верна, если понимать под авторитарностью ситуацию, когда наделенный властью человек принимает решение о чем-то, находящемся вне его полномочий. Я считаю, что авторитарному процессу принятия решения противоположен не демократический, а функциональный процесс. При таком определении я готов согласиться с мыслью, многократно подтверждавшейся в литературе, об отрицательном и иногда разрушающем действии авторитарной системы лечения на благополучие пациента и на ход его терапии. Даже такая авторитарная структура организации, которая явно затрагивает лишь верхнее

звено персонала, не может не влиять на всех участников терапевтического сообщества. Авторитарность передается по всей иерархической лестнице с помощью сложных психологических механизмов, в частности, посредством подчинения агрессору и идентификации с ним, и это разрушает подлинность взаимоотношений пациента и терапевта во всей системе госпиталя. Авторитарная администрация госпиталя может таким образом изменять условия терапии, что терапевтическая команда, пытающаяся под них подстроиться, испытывает глубокое замешательство. Такие явления способствуют псевдоадаптации пациента к госпитальной системе, препятствуя его автономии и росту. Авторитарная структура госпиталя, можно сказать, по определению препятствует открытому и непрерывному исследованию госпиталя как социальной системы.

Пятое предположение заключается в том, что, в отличие от авторитарной системы лечения, концепция терапевтического сообщества утверждает, что демократизация процесса лечения терапевтична сама по себе. Демократизация повышает самоуважение пациента, помогает ему лучше функционировать, способствует честности в общении и непосредственно создает условия для роста. Мой опыт заставляет меня поставить под сомнение эту предпосылку. Демократизация процесса принятия решения рождает как терапевтические, так и антитерапевтические последствия. Подробнее я рассмотрю этот вопрос позже.

В-шестых, согласно модели терапевтического сообщества, коллективное принятие решений в открытой среде общего собрания терапевтично, поскольку питает демократические, а не авторитарные процессы. Позднее я рассмотрю иллюзии, которые содержит в себе это положение.

В-седьмых, предполагается, что пациенты могут помогать друг другу индивидуально, и это учит их межличностным навыкам и творчеству, а также усиливает Эго. Мой опыт показывает, что это абсолютно верно. Хотя иногда пациенты могут действовать друг на друга и разрушительно, так что на каждый положительный пример взаимопомощи пациентов можно найти отрицательный, когда один психопат подталкивает другого пациента к самоубийству.

Терапевтическое сообщество и его родительская структура

Возникает проблема: как сохранить все то явно хорошее, что несет в себе терапевтическое сообщество, избежав тяжелых и иногда разрушительных негативных последствий (которые я опишу ниже) этого, тем не менее, эффективного терапевтического средства? Ведь терапевтическое сообщество — это и терапевтическое использование социальной системы госпиталя, и активизация потенциала пациентов, активно участвующих в своем лечении; это профессиональный рост и ответственность низшего звена персонала, растущее понимание взаимосвязи между внутренним миром пациентов и конфликтами во внешней среде; корректирующий эмоциональный опыт, повышение моральных качеств персонала.

Главным предварительным условием развития терапевтического сообщества является его интеграция с административной структурой психиатрического или какого-то еще госпиталя, внутри которого сообщество существует. Это условие кажется банальным, но на практике лидеры терапевтического сообщества так часто бывают наивны в своем отношении к административным структурам, рамкам и ограничениям своих организаций. Некоторые из них с детской наивностью относятся и к общей теории администрирования или управления организацией, которая дает возможность проанализировать, насколько данная организация совместима с находящимся внутри нее терапевтическим

сообществом. К сожалению, даже в литературе, посвященной терапевтическому сообществу, недостаточно освещен вопрос о взаимоотношениях между терапевтическим сообществом и родительской организацией, в которой оно должно найти свое место.

Так, например, Эдельсон (Edelson, 1970), один из наиболее авторитетных теоретиков в этой области, в своих работах не подменяет изучение административных ограничений идеологическими декларациями. Тем не менее, описывая административный и профессиональный аспекты взаимоотношений администрации госпиталя и руководителя социотерапии, он фактически описывает организацию, в которой нет четкой административной структуры, связывающей в единое целое власть терапевтического сообщества с властью всей администрации госпиталя. Хотя он признает, что эта модель может порождать напряжение и конфликты, но предлагает решения консультативного характера, а не организационные или административные.

Поскольку терапевтическое сообщество намерено открыто исследовать социальную систему пациентов и персонала, оно неизбежно пробуждает напряжение и скрытые конфликты в системе и таким образом влияет на политический процесс принятия решений в организации. Попытка подойти к конфликтам в социальной системе с позиции наблюдателя, который, оставаясь нейтральным, лишь проясняет и интерпретирует, — иллюзорна. Об этом свидетельствует следующий типичный сценарий. Группа энтузиастов создает терапевтическое сообщество в каком-то секторе госпиталя. Образуется “идеальное общество”, дающие удовлетворение, вдохновение, надежду и персоналу, и пациентам. А затем наступает горькое разочарование из-за “непонимания” и открытого отвержения этого идеального общества со стороны госпиталя, в котором оно было создано. В конечном итоге приходится отказываться от поставленных задач, терапевтическое сообщество разваливается, его лидеры уходят либо в другую социальную систему — начинать все заново, — либо в частную практику, имеющую отношение к психическому здоровью.

Терапевтическое сообщество должно быть ограничено по количеству людей; персонала и пациентов вместе должно быть не более 80—100 человек. Это значит, что терапевтическое сообщество может существовать в очень маленьком психиатрическом госпитале либо в сравнительно маленьком отделении большого госпиталя. Не случайно наиболее успешные модели действовали в маленьких психиатрических госпиталях, где сложности взаимоотношений с большими административными структурами не столь очевидны.

Когда лидер терапевтического сообщества ясно осознает организационную структуру госпиталя, понимает, какими полномочиями он обладает и насколько стабильна его власть (а, следовательно, и власть всей терапевтической системы, за которую он отвечает), тогда легче определить и понять также и рамки власти, за которые не могут выходить все сообщество и отдельные его члены при возникновении конфликтов в терапевтической системе или конфликтов терапевтического сообщества с другими системами. Лидеру терапевтического сообщества необходима четкая административная структура, связывающая сообщество с окружающей социальной средой, лидер сообщества должен разбираться в этих взаимоотношениях.

Если на лидеров терапевтических сообществ и на персонал влияют не технические соображения, а идеологические убеждения в ценности демократической политической организации, сообщество превращается в политическую партию меньшинства в государстве с авторитарным управлением. Бессознательно или невольно они путают исследование социальной системы с политическим орудием, созданным для изменения

этой системы. Тогда лечебные цели терапевтического сообщества смешиваются с политическим стремлением демократизировать свой госпиталь. В конечном итоге за это приходится расплачиваться — как персоналу, так и пациентам.

Родительская структура, поддерживающая систему терапевтического сообщества, должна постоянно искать новые правила и заключать новые союзы. Поэтому лидер должен быть способен выполнять политическую функцию, — не в смысле борьбы за демократию, а в смысле эффективного влияния на людей и группы, существующие в госпитале сообразно различным выполняемым ими задачам. В число основных умений, необходимых лидеру терапевтического сообщества, входит также глубокое понимание малых групп, больших групп и групп, ориентированных на достижение цели, понимание их функционирования и управление ими; знание индивидуальной психопатологии и ее потенциального влияния на нарушение процессов, происходящих в малой группе; а также основательное понимание психотерапевтических принципов. Вот почему адекватная подготовка таких лидеров достаточно сложна.

Для работы терапевтического сообщества требуется также четкое определение власти, роли и функции каждого сотрудника и каждой из формально организованных для выполнения функций групп. Власть, переданная терапевтическому сообществу, должна быть, в свою очередь, функционально распределена внутри него. В групповых процессах совместного принятия решения заключается одна опасность: они порождают неопределенность в вопросе о том, кто должен выполнять эти решения и какова система надзора и контроля над функциями сообщества и их оценки. Существует также опасность, что традиционные роли и экспертиза, “импортированные” в терапевтическое сообщество, будут использоваться в недостаточной мере или что кто-то будет получать власть по политическим соображениям, а не потому, что обладает необходимыми техническими умениями. “Уравнивающий” подход, при котором игнорируются индивидуальные способности, умения и обучение, может вести к неэффективности и к неумелому использованию доступных человеческих ресурсов. Паралич способностей, возникающий в малых и больших группах, когда они под действием регрессии начинают функционировать как “группы, разделяющие основное предположение”, усугубляется неумелым использованием способностей, связанным с административной амбивалентностью внутри терапевтического сообщества.

Часто традиционные административные и профессиональные начальники психиатрических госпиталей воспринимают терапевтическое сообщество как опасность. Эта опасность реальна в тех случаях, когда власть медицинской профессии ставится под угрозу ради “равноправия”. Кроме того, лидеры родительских структур боятся исследования таких вещей, как распределение власти, функции и тому подобное. Открытое исследование госпиталя как социальной системы неизбежно превращается в наблюдение за процессом администрирования, со всеми вытекающими отсюда политическими неприятностями. Можно согласиться, конечно, что это путь оздоровления некоторых “отвердевших” систем госпиталя. Но сторонники терапевтического сообщества не должны удивляться, встречая открытое или замаскированное сопротивление со стороны администрации госпиталя.

Терапевтическое сообщество также несет в себе угрозу традиционным отношениям пациента и доктора и традиционным взаимоотношениям сотрудников, каждый из которых специализируется в своей области. С точки зрения демократизации жизни в психиатрическом госпитале это, разумеется, положительное явление; но с точки зрения оптимального использования всех терапевтических ресурсов оно влечет за собой непредвиденные и отчасти негативные последствия. Сотрудники нижнего звена,

получившие сравнительно малое образование, могут почувствовать, что их власть увеличилась, но одновременно увеличилось и непосредственное наблюдение за их работой. Вследствие этого их взаимоотношения с администрацией и профессионалами становятся напряженнее. Существующее социальное неравенство, неравенство в оплате труда и в отношении к работе низшего звена сотрудников порождено социальной средой, в которой функционирует госпиталь. С другой стороны, терапевтическое сообщество насаждает атмосферу равенства. Противоречия между первым и вторым приводят к обостренному восприятию реальных социальных конфликтов и противоречий, которые неразрешимы в рамках терапевтического сообщества. Возникновение обид и чувства неразрешимой вины на различных иерархических уровнях усиливает напряжение среди персонала, что усложняет анализ напряженности в социальной системе терапевтического сообщества, не говоря уже о ее разрешении. Все это чревато снижением профессиональной эффективности.

Активизация регрессивных групповых процессов

Терапевтическое сообщество может также представлять реальную или воображаемую угрозу лечению пациента. Когда много людей стремятся к тому, чтобы установить достаточно открытое общение, тогда собрание пациентов, собрание персонала и собрание всего сообщества приобретают свойства больших групп. Происходящие в таких группах регрессивные процессы могут оказывать антитерапевтическое влияние на пациентов. В других работах (Kernberg, 1976, гл. 9; 1980, гл. 11) я указывал на ту опасность, что пациенты как группа могут регрессировать к состоянию “группы, разделяющей основное предположение”, когда нет функционального лидера, направляющего группу на решение задачи, когда задачи, выполняемые пациентами, банальны и лишены глубокого значения, когда передача власти от персонала пациенту двусмысленна и когда персонал неэффективно управляет группой. При таких регрессивных обстоятельствах группы пациентов могут нетерпимо относиться к отдельным людям. Может развиваться диктатура группы, обладающая свойствами примитивной моральности, и создаются условия для выдвижения на роль лидера людей с нарциссическими или антисоциальными чертами. Персонал может поддерживать групповую регрессию с помощью основанного на идеологии отрицания различий между отдельными пациентами, предполагая, что потребности всех пациентов одинаковы и что все они реагируют или действуют сходным образом. Группа пациентов может заключить бессознательную сделку с группой персонала, и результатом ее будет нарушение автономного развития отдельных пациентов, поскольку сделка дает право на насильственное вторжение в личную жизнь, в чем проявляется групповое отыгрывание ввне агрессии, направленной на отдельных членов.

Понимание того факта, что регрессивные процессы в группе могут ухудшать состояние пациентов, может привести к ошибочному заключению, что любая патология пациента соответствует групповым процессам — таким образом отрицается индивидуальная природа психопатологии. Такая установка порождает защитную идеализацию группового процесса, что питает магические ожидания пациента относительно терапии (“Если группа хорошо функционирует, пациенты выздоравливают”).

Кроме того, в группе может появиться чрезмерная потребность в формализации и ритуалах, служащих защитой против насилия (тенденция, особенно свойственная большим группам), защитой, которая эффективна на уровне группы, но ограничивает нужды пациентов. Контроль над неструктурированными групповыми процессами со стороны пациентов, находящихся в более глубокой регрессии(постоянно

монополизирующих общение, наиболее эффективных манипуляторов или просто самых жестоких и грубых пациентов) в большой мере наполняет собой содержание групповых встреч и забирает большую часть ресурсов, вследствие чего уменьшается время для терапии остальных пациентов.

Нераспознанные и диссоциированные садистические тенденции отдельных людей могут заразить групповой процесс, в результате чего в группе появляется бюрократическая ригидность, которая контролирует насилие и одновременно его косвенным образом выражает. Чрезмерная формализация групповых процессов в сочетании с жестким соблюдением социальных условностей (особенно касающихся сексуальных вопросов) может отбросить терапевтическое сообщество назад, к состоянию запретов латентного периода или раннего подросткового возраста.

Когда группа регрессирует к состоянию “группы, разделяющей основное предположение” (Bion, 1961), все негативные эффекты группового процесса усиливаются. Сами концепции равенства и демократии, сама вера в положительный эффект открытого общения могут питать мессианские надежды, свойственные “зависимым” и “ориентированным на образование пар” группам, “разделяющим основное предположение”. Это создает нереалистичную социальную среду госпиталя, из которой пациенту труднее выйти во внешний мир. При регрессии к состоянию “нападение-бегство” обострение социальной борьбы внутри госпиталя, связанное с напряженностью во взаимоотношениях персонала, естественным образом смешивается с поиском подходящей “партии” и военной идеологии, которые рационализируют насилие.

Сторонники терапевтического сообщества часто не понимают того, что построение “идеального общества” в стенах госпиталя часто помогает пациентам отрицать свои собственные конфликты — как интрапсихические, так и межличностные, — а также реальные противоречия во внешнем мире, в который им в конечном итоге надлежит вернуться. Таким образом, пациенты приспосабливаются к жизни в госпитале, но не готовы к возвращению во внешнюю социальную среду. Встречается также не выраженное словами убеждение, что по своей природе все люди добры и что открытое общение устраняет искажения в восприятии себя и других, а именно эти искажения являются основной причиной патологических конфликтов и структурной патологии психики. Такая философия отрицает существование бессознательных интрапсихических причин агрессии и находится в резком противоречии с тем, что персонал и сами пациенты могут наблюдать у обитателей психиатрического госпиталя.

Интрапсихические и межличностные факторы

Джонс (1953, 1956) считал, что терапевтическое сообщество можно рекомендовать пациентам с тяжелой патологией характера, которым требуется госпитализация; он полагал, что переобучение и ресоциализация в условиях терапевтического сообщества есть главная, если не единственная, форма терапии для таких пациентов. Создается впечатление, что он представляет себе таких пациентов как продукт общества и думает, что им необходимы обучающая поддержка и направленное влияние, чтобы они обрели новые социальные и профессиональные роли. Такая точка зрения игнорирует значимость интрапсихических факторов в психопатологии и питает иллюзию, что здоровая социальная атмосфера в госпитале может заменить психотерапию и привести к фундаментальному изменению личности. По моему мнению, эта концепция смешивает психотерапевтическую атмосферу, способствующую проведению интенсивной индивидуальной и групповой терапии, и сам процесс терапии. Предполагать, что пациент

является жертвой иррациональных сил общества, которые он фактически выражает, и что рациональное общество (общество без явных внутренних противоречий) восстановит его здоровье, — такая точка зрения привлекательна, но наивна. Не случайно, быть может, идея терапевтического сообщества в шестидесятых годах особенно привлекала представителей контркультуры. Но к восьмидесятым утопизм многих таких концепций и гипотез стал очевидным.

Неумение отличить социальные факторы, влияющие на психопатологию, от интрапсихических влечет за собой неверное применение теории систем в психотерапевтической ситуации. Предположение, что психопатология пациентов есть непосредственное проявление противоречий среды, приводит к тому, что причины психических расстройств относят исключительно к социальной системе. Тут подход Мэйна и описания группового процесса Биона резко отличаются от взглядов Джонса.

Неумение отличить интрапсихическое от межличностного при изучении взаимоотношений двух людей приводит к путанице при оценке показаний к различным формам и техникам групповой терапии и при изучении их недостатков, а также при критической оценке действия комбинаций и сочетаний различных форм терапии. Групповые методы в терапевтическом сообществе с легкостью умножаются, так что в конечном итоге одни и те же темы и проблемы обсуждаются с различных точек зрения в разных местах; при этом никто не учитывает ненужную трату человеческих ресурсов. Более того, всегда существует опасность, что параллельное обсуждение одних и тех же вещей в различных местах активизирует механизмы расщепления. Разумеется, согласно теории, вся информация собирается на встречах сообщества, персонала и пациентов; на практике же избыточное многообразие программ в течение дня и рассеяние информации препятствуют ее интеграции. В конечном итоге потеря приватности может оказаться меньшим злом, чем потеря времени и затраты человеческих ресурсов, происходящие при плохой дифференциации различных форм терапии и техник между собою.

Чтобы разрешить проблему взаимоотношений социотерапии и психотерапии, Эдельсон (1970) пытался совершенно отделить их друг от друга. На мой взгляд, такое решение искусственным образом отделяет динамику пациента, проявляющуюся в психотерапии, от его динамики в терапевтическом сообществе. Результат обедняет как психотерапию, так и социальные модальности лечения.

Мой собственный опыт руководства несколькими различными терапевтическими сообществами на протяжении более чем десяти лет привел меня к следующим заключениям.

Во-первых, время играет чрезвычайно важную роль в успехе или неудаче работы терапевтического сообщества. В службе помощи пациентам, находящимся в состоянии острой регрессии, где одни пациенты быстро сменяются другими благодаря коротким срокам пребывания в госпитале, а также острому характеру проблем, требующих постоянного внимания, терапевтическое сообщество работает не столь эффективно. Но в отделении для пациентов с хроническими проблемами характера, где пациенты находятся дольше и не так быстро сменяются, терапевтическое сообщество может дать им больше. Это, по-видимому, подтверждает мысль Джонса о том, что терапевтическое сообщество показано именно таким пациентам.

Кроме того — и это также имеет отношение к времени, — кратковременный (от одного до шести месяцев) эффект терапевтического сообщества может разительно отличаться от отдаленных последствий. На какое-то время позитивное влияние терапевтического

сообщества выходит на первый план, а проблемы, созданные им, становятся заметны через более длительный период. Кратковременные последствия терапевтического сообщества таковы: в пациентах пробуждается способность помогать друг другу, становятся заметны внутренние противоречия социальной системы терапии — эти противоречия часто можно разрешить, если их обнаружить. Энтузиазм и оживление групповых процессов усиливают связи между пациентами, между персоналом и между обеими этими подгруппами, что сразу приводит к росту понимания пациента, которое можно использовать в терапии.

Но когда пациенты пребывают в отделении достаточно долгое время (от полугода до нескольких лет), результаты иные. Расписание встреч сообщества и всех групп, принимающих решения, становится перегруженным. Стремление стимулировать пациентов и персонал свободно участвовать в собраниях обычно приводит к возникновению группового сопротивления и к формированию “группы, разделяющей основное предположение”; к пассивности как пациентов, так и персонала; к долгим периодам молчания, на которое тратится время, или к выбросу примитивного материала в таком количестве, что работа с ним занимает огромную часть времени терапевтического сообщества. Попытки решить эти проблемы с помощью формализации встречи чреваты еще одной опасностью — бюрократизацией, замедляющей процесс принятия решения, что ведет к еще большей перегрузке расписания дня всевозможными собраниями. Постепенно из самой потребности в принятии административных решений и из необходимости вести переговоры с внешней социальной средой, в чем проявляется давление реальности, рождается новая — неформальная — структура для принятия решений. Эта специальная административная структура может, как ни странно, функционировать оптимально, но ее воспринимают как угрозу идее совместного принятия решений, поэтому она порождает углубленный анализ и продолжительные споры, хотя и служит насущным потребностям сообщества.

Манипулирующие и склонные к применению насилия пациенты, которые стремятся испытать пределы своей власти и своего контроля, часто создают другой тип проблем. Так, пациенты, страдающие анорексией или использующие суицидальные попытки для контроля над окружением, вызывают душераздирающие конфликты у медсестер, желающих одновременно и сохранить верность принципам, защищающим свободу пациента, и контролировать опасное для жизни отыгрывание вовне.

Почти постоянно в терапевтическом сообществе встречается крайне жестокий и манипулирующий пациент, которому удастся привлечь к себе всеобщее внимание и на которого расходуется необыкновенное количество ресурсов. Теоретически к каждому пациенту применяют одну и ту же модель социальной терапии; на практике же склонный к насилию или манипулирующий пациент получает усиленное внимание, в то время как на остальных его обращают меньше.

Дух мессианства, энтузиазм, высокий уровень моральности, быстро рождающиеся под воздействием терапевтического сообщества, могут скрывать от осознания персонала опасное переутомление, связанное с нерациональным распределением ресурсов и с нереалистичным отношением ко времени. В конечном итоге из-за утомления персонала, особенно сестринского звена, могут возникнуть просьбы об увеличении штата сотрудников или же более квалифицированным коллегам приходится выполнять обязанности сестер. Среди сотрудников развивается пассивность — они продолжают посещать все собрания, но участвуют в них все меньше и меньше, — а на позиции лидеров выдвигаются сотрудники и пациенты с нарциссическими чертами. Человек с нарциссическим расстройством личности вообще не может посвятить себя целям группы,

поэтому такие люди не ощущают интрапсихического напряжения и конфликтов при попытке лидировать. Но легкость, с которой они поверхностно приспосабливаются к групповым процессам — особенно когда сами оказываются объектом интереса и восхищения группы, — отдает в их руки функции лидера. Это способствует созданию оживленной атмосферы псевдоблизости и разрушительно действует как на глубину чувств, так и на качество терапии (Kernberg, 1980, гл. 11).

Другим проявлением утомления сотрудников и регрессивных процессов среди них является замыкание персонала на самих себе. Внешний наблюдатель, время от времени следящий за развитием терапевтического сообщества, с удивлением обнаруживает, что время, которое сотрудники проводят в непосредственном общении с пациентами, уменьшилось, зато увеличилось количество встреч, на которых присутствуют одни сотрудники. В то же время лидеры терапевтических сообществ часто “перегорают” (burnout), так что среди лидеров, интересующихся своей работой и вкладывающих себя в терапевтическое сообщество, существует четкая тенденция: проработав 3—5 лет, они уходят.

Вопрос, который часто обходят стороной, касается соотношения финансовых затрат и эффективности терапевтического сообщества по сравнению с традиционным психиатрическим госпиталем. Ранние исследования показали, что когда персонала не хватает — а именно такова была ситуация в больших государственных психиатрических госпиталях, — использование групповых методов усиливает контакт пациентов с персоналом и способствует гуманизации ригидных иерархических каналов общения пациентов и сотрудников. Тем не менее такое изменение структуры не решает проблемы индивидуальной терапии пациентов, так что в этой ситуации просто происходит естественный отбор, в результате которого помощь получают лишь некоторые.

В условиях современного психиатрического госпиталя, где на одного пациента приходится достаточное количество персонала, где осуществляется мультидисциплинарный подход, где укомплектован штат психиатров и других сотрудников верхнего звена, терапевтическое сообщество позволяет интенсифицировать индивидуальную терапию пациента и в огромной мере обогащает как наше понимание пациента, так и возможности терапевтической помощи, их формы и техники. Но эти положительные эффекты в конце концов нейтрализуются, поскольку наиболее опытные сотрудники тратят свое время на групповые собрания, тем самым отнимая его от индивидуальной работы с пациентами. К тому же наиболее опытные представители персонала во время групповых встреч пассивны, они не являются активными участниками, не обязательно узнают что-то новое, а их умения в сфере индивидуальной работы используются неоправданно мало. Короче говоря, возникает нерациональное и неэкономное использование ресурсов.

Этот недостаток усугубляется тем, что персонал терапевтического сообщества склонен отделять себя от внешних родительских структур госпиталя. Работа в терапевтическом сообществе полна эмоциями, но порождает ощущение убежища. Персонал хочет быть со своими пациентами и противится вторжению посторонних сотрудников или учащихся, которые хотели бы ограниченное время поработать в терапевтическом сообществе, чтобы поучиться и в конечном итоге применять новый подход к терапии где-то еще. Терапевтическое сообщество иногда сильно сопротивляется появлению студентов и практикантов, которые, проработав немного, быстро уходят.

Существует опасность, что сотрудники перестанут чувствовать личную ответственность за то, что происходит с пациентом вне групповых встреч. Часто они воспринимают семью

пациента как внешнюю помеху, и время общения с семьями уменьшается, а персонал полностью погружен во внутренний мир терапевтического сообщества. Из-за этого, быть может, пациенту будет сложнее вернуться в общество.

Терапией семей обычно занимаются социальные работники, как бы компенсируя замкнутость терапевтического сообщества с помощью интенсивной семейной терапии. Проблема заключается в том, что большинство семей в конечном итоге получают интенсивную семейную терапию, а не короткую ориентированную на реальность психиатрическую помощь. Социальный работник находит для такого хода событий рационализацию в концепции эмоциональных расстройств, которой придерживается терапевтическое сообщество (“пациент есть продукт условий жизни своей семьи”), но количество социальных работников, выполняющих эту функцию “на границе”, также увеличивается.

Контроль за качеством работы снижается, когда все сотрудники так тесно привязаны друг ко другу, что старшему представителю персонала становится неудобно принимать решения о чем-то повышении, увольнении и т.д. и оценивать, обучаются ли чему-то сотрудники в достаточной мере. По прошествии времени кто-то из относительно низестоящих и неопытных сотрудников мог бы взять на себя ответственность за терапевтическое сообщество, что позволило бы старшему персоналу посвятить свое время индивидуальной работе с пациентами, а также исследованиям или преподавательской деятельности. Оптимальное перераспределение времени и обязанностей такого рода часто остается в пренебрежении.

В атмосфере первоначального энтузиазма и оживления персонала и пациентов, работающих вместе, личные конфликты между сотрудниками отходят на второй план на фоне стремления к общей цели. Но по прошествии времени эти личные конфликты снова заявляют о себе. Часто их трудно вынести в открытый анализ конфликтов между сотрудниками на группе, поскольку в теории терапевтического сообщества и демократического принятия решений не предусмотрены неразрешимые конфликты между людьми. Ради сохранения мира могут нарушаться административные процессы. Как ни странно, тема личных взаимоотношений тут более важна, чем в контексте иерархической структуры администрации госпиталя, где жесткие правила, ограничения и бюрократические и иерархические формы поведения снижают влияние отдельной личности.

22. Терапия тяжелой пограничной и нарциссической патологии в условиях длительной госпитализации

Занимаясь терапией пациентов с тяжелой психопатологией, в частности с пограничной и нарциссической патологией характера, я нашел эффективное сочетание некоторых принципов терапевтического сообщества с интенсивной индивидуальной психотерапией. Следующие особенности предложенного мной подхода соответствуют принципам терапевтического сообщества. Это стремление к открытому исследованию всей социальной системы, в которой взаимодействуют пациенты и персонал; попытка создать функциональную административную структуру неавторитарного типа, которая действительно позволяет исследовать процессы принятия решения и ошибки в распределении обязанностей и выполнении своих задач как среди пациентов, так и среди персонала; большое значение, которое придается исследованию реальной жизни пациента в отделении, рассматриваемой с точки зрения его социальной реабилитации.

Тем не менее описываемый тут подход отличается от других моделей терапевтического сообщества тем, что он не основан на идеологии равенства пациентов и персонала в сфере функций. Он ограничивает полномочия сообщества, состоящего из пациентов и персонала, и передает больше власти в руки подгруппы персонала. Он не стремится насаждать вседозволенность как некую самостоятельную ценность и с особым вниманием относится к предупреждению и исправлению нечеткого распределения ролей, постоянно стремясь оптимальным образом использовать человеческие ресурсы и финансы.

Когда налажены достаточно открытые каналы общения как между сотрудниками, так и между группой пациентов и группой персонала, можно исследовать межличностные конфликты, рождающиеся вокруг каждого пациента. Это существенным образом обогащает непосредственное понимание психопатологии каждого пациента. Фактически доступных сведений — особенно от пациентов с тяжелыми формами отыгрывания вовне — мы получаем намного больше, чем получили бы за то же время в психоаналитическом исследовании при индивидуальной психотерапии. Интеграция этих сведений и понимания, полученного в результате индивидуальной и групповой психотерапии данного пациента, позволяет нам использовать всю социальную среду госпиталя в терапевтических целях.

Такой подход к терапии требует от каждого сотрудника, чтобы тот исполнял одновременно два рода функций. Первый связан с его умениями и профессиональной подготовкой. Сотрудник должен взаимодействовать с пациентом в контексте конкретной цели, связанной с профессиональной спецификой, которая соответствует конкретному аспекту адаптации пациента к реальности. Вторая функция более личная: каждый сотрудник должен использовать свои естественные эмоциональные реакции на конкретного пациента для того, чтобы понять этот вид взаимоотношений и стоящие за эмоциями, рождающимися в социальном пространстве, фантазии. Эмоциональные реакции различных сотрудников на конкретного пациента должны быть диагностированы и помещены в общую картину, которая в конечном итоге помогает понять главные конфликтные внутренние объектные отношения, активизировавшиеся у пациента в среде госпиталя.

Особая функция сестринского персонала заключается в создании и поддержке в отделении атмосферы дома. Специфические функции терапевтических занятий (работы, обучения, творчества и отдыха) состоят в том, что на них воспроизводятся основные сферы нормальной работы и отдыха вне дома. Особая функция психиатрического социального работника — помощь пациенту в его взаимодействии с непосредственным социальным окружением, в частности с семьей. Кроме того, социальный работник создает мосты между жизнью в госпитале и внешним социальным окружением. Функция индивидуального и группового психотерапевта (чаще всего, хотя не всегда, ее исполняет психиатр или психолог) заключается в исследовании психопатологии пациента через развитие переноса и анализ переноса и ответного контрпереноса, проявляющихся в психотерапевтической ситуации и на всем социальном поле, окружающем пациента. И, наконец, функция психиатра, ответственного за пациента в госпитале, начальника отделения или же главного врача (обычно, хотя и не всегда, принадлежащая психиатру с административной подготовкой) — это координация работы всего персонала, представителей разных дисциплин. Иными словами, он возглавляет междисциплинарную систему, ответственную за постоянное углубление понимания пациента и за наблюдение над взаимодействиями пациента в социальном пространстве, что выполняет две задачи: позволяет приспособить программу реабилитации к нуждам данного пациента и дает в распоряжение индивидуального психотерапевта необходимую информацию.

Сразу возникает важная практическая проблема: должен ли или может ли один и тот же человек выполнять психотерапевтическую функцию и функцию управления (“госпитальная терапия”) или предпочтительнее разделить эти две задачи между двумя сотрудниками? В идеале лучше, когда эти функции выполняются разными людьми; тем не менее можно их совмещать на начальном этапе терапии в госпитале или даже какое-то продолжительное время. Необходимость адекватного с технической точки зрения обращения с психотерапевтическими взаимоотношениями (в частности, необходимость избегать отыгрывания вовне контрпереноса) и необходимость избегать авторитарного вмешательства в процесс принятия решений, касающихся конкретного пациента, создают дополнительные сложности при таком смешении ролей психотерапевта и администратора.

Для реализации предложенной модели терапии в госпитале необходимы некоторые практические вещи, что заставляет нас углубиться в теорию организации службы помощи. Прежде всего, поскольку мы используем в терапевтических целях эмоциональные реакции сотрудников, подбор персонала необходимо производить не только на основании образования и умений, но и на основании некоторых особенностей личности. Сотрудник, работающий в таком отделении, должен быть человеком открытым, который готов исследовать свои эмоциональные реакции на людей и свободен от тяжелой психопатологии, вызывающей нарушения во взаимодействии в неструктурированных социальных условиях. Люди с выраженными параноидными, истероидно-инфантильными или нарциссическими чертами характера являются неподходящими кандидатами для такой работы.

Во-вторых, важно, чтобы административная структура способствовала открытому исследованию человеческих реакций; другими словами, нужна неавторитарная структура, не стремящаяся применять наказания, открытая для разных мнений, сохраняющая уважение к человеку. Разумеется, некритичное и лишнее осуждение принятия всего, что делает сотрудник, наносит ущерб обучению и отбору персонала, а также оптимальному использованию рабочего времени. Я думаю, в этом состоит неразрешимое внутреннее противоречие рассматриваемой модели.

В-третьих, чтобы сотрудники могли открыто исследовать свои реакции на пациентов, им необходимо всегда социально адекватно вести себя с пациентами и четко разграничивать свою личность и свои профессиональные функции. Спонтанность и открытость во взаимодействии с пациентами не означает, что сотрудники должны рассказывать о своей личной жизни. Кроме того, личное пространство сотрудника защищено тем принципом, что все интерпретации эмоциональных реакций и поведения персонала ограничиваются исключительно комментариями о том, что происходит здесь-и-теперь. Анализируя смысл реакции контрпереноса, мы остаемся на уровне его значения в сиюминутном контексте. Важно избежать любого исследования прошлого сотрудника, его эмоционального “обнажения” в качестве “модели”, которой мог бы подражать пациент. Эмоциональное обнажение сотрудника — вредная техника, которая способствует регрессии как группы пациентов, так и группы персонала и обычно ведет к негативным последствиям для всех. Четкие самоограничения, которые налагает на себя персонал сообразно своим ролям, контроль за выражением своих сексуальных и агрессивных потребностей и потребностей в зависимости — все это является дополнительной стороной их естественной и спонтанной реакции на пациентов, включая мгновенную обратную связь с сообщением о том, как общение и поведение пациента влияет на сотрудника. Такая установка персонала соответствует позиции технической нейтральности, на фоне которой психотерапевт может исследовать перенос.

Можно исследовать смысл поведения пациента через анализ его взаимодействия со всеми сотрудниками при одном условии: персонал должен четко отделять функции поведения пациента здесь-и-теперь от значения его поведения с точки зрения предположительных генетических, связанных с прошлым, мотивов. В противном случае гипотезы об истоках текущего поведения пациента, созданные неопытными сотрудниками, способствуют появлению псевдопсихоаналитического мышления и языка, в котором смешиваются конкретное, трудом добытое понимание и расхожие теории развития. Такие гипотезы являются пародией на понимание.

Кроме того, хотя поведение пациента в отделении есть феномен общественный и каждая его грань доступна исследованию, но его общение со своим индивидуальным психотерапевтом есть феномен приватный, и эту приватность нужно уважать — за исключением некоторых случаев, которые открыто обговариваются в начале психотерапии. Так, например, психотерапевт мог сказать пациенту: “Все, о чем мы с Вами будем разговаривать, останется между нами, за одним исключением. Если я почувствую, что Ваше поведение несет в себе опасность для Вас или для других, я вправе поделиться своими опасениями с другими сотрудниками, чтобы защитить Вас от последствий Вашего поведения. Разумеется, если возникнет такая необходимость, я прежде всего сообщу об этом Вам”.

Таким образом, в предлагаемой мною модели общение между индивидуальным психотерапевтом и остальным персоналом имеет несимметричный характер, что защищает приватную жизнь пациента. На деле этот принцип соблюдается тем последовательнее, чем меньше у пациента выражено отыгрывание вовне, чем меньше его интрапсихический мир влияет на непосредственное социальное окружение и чем ближе он к выписке из госпиталя. И напротив, любая информация о взаимодействии пациента с терапевтической средой должна быть доступна индивидуальному психотерапевту (что обычно происходит через его общение с начальником отделения, с ответственным за программы терапии, с администратором) и включена посредством интерпретации в цельную картину материала психотерапевтического сеанса.

Есть еще одно необходимое для применения данной модели требование: нужно, чтобы четкие границы отделяли сферу власти сотрудников сообщества от сферы власти психотерапевта, иначе психотерапевт (обычно занимающий высокое положение в иерархии всей команды), психиатр-администратор или ответственный за терапевтические программы смогут контролировать работу команды. Когда существует нечеткость в структуре, принимающей решения, это помогает пациенту косвенно контролировать социальное окружение с помощью своего психиатра или психотерапевта, что может стать основной ареной для отыгрывания вовне. Для предупреждения таких проблем необходимо четкое разграничение сфер власти между различными сотрудниками отделения, участвующими в терапии пациента, между лидерами разных групп и представителями администрации.

Мисс Z. Пациентка двадцати с небольшим лет была “в чудесных отношениях” со своим психотерапевтом в госпитале, с которым обсуждала свои детские переживания. Содержание сеансов не имело почти никакого отношения к ее переживаниям, взаимодействию с людьми и поведению в отделении. Одновременно мисс Z. использовала относительно неопытного социального работника, женщину, как своего посыльного и помощника. Ей, например, удалось заставить социального работника привезти ей какие-то материалы из местного колледжа. Медсестра, основной член команды, занимавшейся мисс Z., понимала, что та манипулирует людьми, и с помощью конфронтации поставила ее перед этим фактом. Тогда медсестра стала основным врагом пациентки, и мисс Z.

потратила много энергии на то, чтобы натравить на нее нескольких других сестер. Так мисс Z. успешно внесла расщепление в среду сотрудников, выражая этим свои нужды. Эмпатичная, понимающая мать (психотерапевт), враждебная мать (медсестра) и мать-служанка (социальный работник) позволяли мисс Z. сохранять равновесие.

Это случилось, когда директор отделения был в длительном отъезде, в связи с чем на обычных встречах персонала больше внимания уделялось административным вопросам. Когда директор вернулся, консультант доложил ему о создавшейся ситуации и было назначено специальное собрание персонала, посвященное терапии мисс Z. После собрания темы психотерапевтических сеансов изменились, переключившись с детских воспоминаний мисс Z. на то, что происходит сейчас в отделении. Мисс Z. стала интенсивнее и хаотичнее взаимодействовать со своим терапевтом, в отношениях появилась злость. Столкновения с медсестрой стали менее бурными, поскольку сестра, теперь поддерживаемая другими медсестрами, продолжала настаивать на своем. Социальный работник, поняв, что ее поставили в ложное положение, старалась помочь мисс Z. взять на себя ответственность за свою жизнь. Мисс Z. в ответ сделала попытку избавиться от социального работника, но маневр не удался, поскольку другие сотрудники ясно дали ей понять, что ее взаимоотношения с социальным работником несут в себе проблему.

Когда различные задействованные в этом случае силы были проанализированы и поняты в процессе психотерапии, а трансферентное по своей природе взаимодействие мисс Z. с персоналом стало основной темой сеансов, частичные объектные отношения пациентки можно было интегрировать, а ее защиты от амбивалентного отношения к матери подвергнуть проработке. Особенно интересны в приведенном случае следующие факты: медсестра мисс Z. сказала, что вела себя с нею жестче, чем с остальными пациентами, а социальный работник на собрании персонала прокомментировала свое поведение так: “Вообще-то я обычно достаточно четко веду себя с пациентами и не позволяю с собою так обращаться. А тут, по непонятным мне самой причинам, заняла такую мягкую позицию”. Мы видим, как интрапсихическая жизнь пациентки воплотилась в межличностном пространстве отделения и вызвала конкретные реакции контрпереноса и заставила сотрудников играть комплементарные роли; анализ всего этого был необходим для нормального хода психотерапии.

Формы, цели и техники групповой терапии

Прежде чем я опишу основные групповые методы, которые применяются в контексте данного подхода, мне хочется ясно определить терапевтическую функцию этих методов. В нашей модели каждому пациенту нужен прежде всего один сотрудник, в чьем ведении находится терапия пациента в отделении и который отвечает за терапевтический, административный и юридический аспекты пребывания пациента в госпитале. Этот сотрудник — госпитальный терапевт, психиатр-администратор, администратор или психотерапевт, несущий ответственность за программу терапии пациента — в идеале должен быть врачом, поскольку в госпитале согласно закону необходимо быть медиком, чтобы принимать решения о госпитализации и психиатрической терапии. Передача такой власти не-медику возможна, но для этого требуется изменение всей сложной системы передачи власти в отделении.

Кроме ответственного за терапию сотрудника и индивидуального психотерапевта каждому пациенту должны быть доступны разнообразные группы, ориентированные на выполнение задач, таких как бытовые задачи жизни в отделении, терапевтические занятия

и социальная работа. Эти группы позволяют воспроизвести в госпитале основные сферы жизни пациента: дом и социальное окружение, где можно продуктивно заниматься учебой, работой, отдыхом и творчеством. Обычно эти группы маленькие, но в них может участвовать и большое количество пациентов — в идеальном случае при этом не начинают действовать групповые процессы, свойственные большим группам (см. Kernberg, 1980, гл. 11). Группы, ориентированные на задачу, должны быть в значительной мере структурированы и сосредоточены на своем деле, это снижает опасность возникновения “группы, разделяющей основную предпосылку” и опасность активизации регрессивных процессов, свойственных большим группам. В таких группах может участвовать всего один сотрудник или небольшое их число.

Каждому пациенту, кроме того, нужно, чтобы существовали структуры для общения лидеров таких групп друг с другом, с сотрудником, отвечающим за терапию данного пациента, и с его психотерапевтом; темой общения является взаимодействие пациента с каждым сотрудником. Такова задача команды — как одной специальности, так и междисциплинарной — на собрании.

Другой очень важный тип собраний предназначен для неформального общения персонала и конкретного пациента, где в среде сотрудников, окружающих пациента в отделении и на занятиях, обсуждаются проблемы “обучения жизни”. В идеальном случае это должно быть свободное обсуждение какой-либо конкретной задачи, в выполнении которой участвуют и сотрудники, и пациенты. На таких встречах отношение количества сотрудников к количеству пациентов должно быть достаточно высоким. Кроме того, лишь мудрое распределение обязанностей среди персонала позволяет не терять продуктивности в работе, иначе может оказаться, что все сотрудники одновременно связаны со всеми пациентами. В других моделях терапевтического сообщества роль таких встреч часто выполняет собрание всего сообщества, причем эта роль может даже стоять чуть ли не на первом месте. Я, правда, не считаю целесообразным использовать собрание терапевтического сообщества таким образом, поскольку оно может служить другим целям. В более традиционном, не использующем модель терапевтического сообщества, психиатрическом заведении две функции, которые я описал как встречу команды и встречу, посвященную “обучению жизни”, выполняет ежедневный обход врача.

Предложенная мною модель предполагает использование групповой психотерапии для большинства пациентов, что ставит сложные вопросы о взаимоотношении индивидуальной и групповой психотерапии (к этим вопросам я обращаюсь чуть позже).

Хотя необходимо в какой-то мере исследовать взаимоотношения с семьей у всех или у большинства пациентов, семейная терапия, благодаря росту интереса к ней, во многих местах является единственной формой такой работы. Я же отделяю необходимую большинству или всем пациентам помощь опытного социального работника от психотерапии всей семьи. В некоторых случаях семейная терапия необходима, но если пациент при этом ходит на групповую психотерапию и к индивидуальному психотерапевту, существует опасность наложения этих модальностей, что ослабляет или уничтожает эффект каждого отдельного подхода и способствует расщеплению и отыгрыванию вовне.

В предложенную мной модель входят собрания терапевтического сообщества, на которые приходят все сотрудники и пациенты; такие собрания должны происходить достаточно часто, чтобы отмечать значимые изменения социального и эмоционального климата в отделении, но не чаще того. Важно ограничить частоту собраний сообщества, чтобы избежать напрасной траты ресурсов на слишком большое количество собраний,

отнимающих много времени, энергии и внимания персонала, — это снижает работоспособность.

Собрание сообщества выполняет две главные задачи: исследует социальные процессы, влияющие на все сообщество пациентов и персонала в целом, и исследует процессы, происходящие на самом собрании; иными словами, процессы, свойственные большим группам. Исследование социальной системы включает в себя прояснение реальных межличностных конфликтов, требующих вмешательства со стороны администрации сообщества. В то же время необходимо создать атмосферу неформального и спонтанного общения (в отличие от бюрократического, формального обращения с информацией и с повесткой дня), чтобы можно было исследовать процессы, происходящие в большой группе.

Таким образом, собрание сообщества должно исследовать влияющие на все сообщество процессы и использовать свое понимание для адекватного принятия решений. Но в то же время следует достаточно терпимо относиться к активизации примитивных объектных отношений, характерной для больших групп, чтобы можно было диагностировать регрессивные групповые процессы всего сообщества, выражающиеся, в частности, в изменении морали, в появлении специфических примитивных тем и в искажении всей социальной системы под воздействием конкретного пациента, под влиянием групповых процессов, происходящих в отделении, или под воздействием администрации госпиталя или отделения.

Собрание терапевтического сообщества должен вести опытный сотрудник. За ним следует собрание исключительно для персонала, где анализируется собрание сообщества и обсуждаются поставленные на нем административные задачи. Список групповых структур, входящих в мою модель, завершает организация пациентов, параллельная административной группе сотрудников отделения и связанная с ней административными связями, позволяющими вести переговоры от имени группы пациентов с персоналом и администрацией отделения. Теперь рассмотрим цели и технические аспекты каждой из этих групп.

Группа, ориентированная на задачу

По определению, такая группа стремится к решению поставленной задачи, не концентрируя свое внимание на отдельных пациентах. Эти задачи должны быть значимыми и иметь отношение к жизни пациента вне госпиталя; поэтому обучение кулинарии, например, более ценно, чем традиционное плетение корзин. Организация в рамках терапевтических занятий процессов работы, обучения, творчества, отдыха и профессиональной подготовки (являющейся сочетанием учебы и работы) позволяет связать эти занятия с тем, что будет нужно пациенту по выходе из госпиталя. Группа, ориентированная на задачу, дает возможность быть лидером, подчиняться, сотрудничать в группе, оценить функции и мобилизовать ресурсы Эго. Занятия способствуют также выражению агрессии, зависимости и сексуального влечения посредством сублимации. Психоаналитическое изучение пациентов в таких группах зависит от опытности и наблюдательности сотрудников, ведущих эти группы. Так, например, удовлетворение пациента с нарциссической личностью, когда тот первенствует в ситуации соревнования или когда он использует свои естественные способности, что резко противоречит его категорическому отказу участвовать в любых действиях, которые требуют встать в “унизительную” позицию ученика, — это важный материал для исследования, тактической

конфронтации и последующей работы в русле индивидуальной психотерапии данного пациента.

Группы задач могут также заниматься социальными или политическими делами отделения; сюда относятся правительство пациентов, комитеты, которые оценивают правила и распорядок дня и вносят предложения администрации отделения, группы по организации отдыха в выходные дни, группы взаимопомощи пациентов. Административные связи между конкретными группами пациентов и администрацией отделения делают эту работу осмысленной, в противном случае такие группы были бы пустым символом “демократии”. Основная опасность, угрожающая группам задач, как ни странно, исходит от психоаналитической ориентации с ее тенденцией исследовать скрытое значение любого поведения и функционирования в нем Эго, что может постепенно превратить такую группу в группу психотерапевтическую, где на исследование чувств и конфликтов тратится время, отведенное для рассмотрения объективных целей.

Встреча команды

В идеале, если в отделении находятся 20—30 пациентов, две параллельные команды персонала могут поговорить о каждом из 10—15 пациентов, а все лидеры групп, посвященных задачам, — если собрания их происходят достаточно часто — могут кратко обсудить каждого пациента, проговорить, что с ним происходит в течение какого-то промежутка времени, скажем, недели. Ответственный за программы или терапевт госпиталя должен посещать эти встречи. Его задача — использовать полученную информацию для создания программы терапии каждого пациента и для наблюдения за ее реализацией. Кроме того, он должен обсудить эти планы с пациентом и рассказать обо всем, что он делает, индивидуальному психотерапевту. При мудром распределении обязанностей внутри каждой специальности несколько, скажем, медсестер могут передать необходимую информацию всем остальным, так что не возникает необходимости приглашать всех медсестер на каждую встречу команды.

Встречи команды чрезвычайно важны, поскольку на них диагностируются паттерны взаимодействия пациента с другими людьми в отделении, интегрируется их понимание, рождаются динамические гипотезы, ценные для ориентации персонала и важные для индивидуального психотерапевта. На этих встречах также можно принимать решения, касающиеся того, как сотрудники должны давать обратную связь пациенту, в частности, как они должны сообщать о своем восприятии пациенту на встречах “обучения жизни”.

Встречи “обучения жизни”

Такие встречи, на которых присутствуют команды сотрудников и все обсуждаемые пациенты, фокусируются поочередно на том, что происходит с каждым конкретным пациентом в отделении. В идеале такие встречи должен вести тот же человек, который ведет встречу команды, — обычно это вышестоящий член персонала. На этих встречах обсуждаются факты, полученные из наблюдений за текущим поведением пациента в отделении. Участие группы пациентов предполагает необходимость обеспечить надежную защиту приватности субъективных переживаний каждого пациента (в отличие от его поведения). Встреча также дает возможность группе пациентов участвовать в обсуждении каждого своего члена. Опять-таки, важно, чтобы эти встречи не превратились в еще одну разновидность групповой психотерапии; эти группы также должны ориентироваться на задачу, не исследуя внутренние процессы, происходящие в группе.

Эти группы обладают огромным потенциалом поддержки и обучения, и надо его полностью использовать. Не стоит забывать, что для их успешного функционирования крайне необходимо, чтобы групповая психотерапия, применяемая при таком подходе, носила скорее экспрессивный, чем поддерживающий характер.

Все описанные выше группы должны быть в большой степени структурированы, поскольку у каждой из них есть ясная цель и все они отличаются друг от друга. В таких группах регрессивные процессы уменьшаются или незаметны, что позволяет исследовать ресурсы Эго и функционирование пациентов, но скрывает активизацию примитивных объектных отношений в межличностном пространстве. Группы же, описанные ниже, напротив, способствуют групповой регрессии и активизации примитивных объектных отношений на социальном поле.

Групповая психотерапия

По причинам, указанным выше, и особенно потому, что элемент поддержки так ярко выражен в группах “обучения жизни” и во встречах команды, надо стремиться к тому, чтобы групповая психотерапия носила, насколько это возможно, психоаналитический характер. Возможность исследовать примитивные механизмы защиты и примитивные объектные отношения в использующей подход Биона (Bion, 1961) или Эзриела-Сатэрленда (Ezriel, 1950, Sutherland, 1952) групповой психотерапии (где групповому переносу уделяется больше внимания, чем исследованию более дифференцированных уровней индивидуального переноса, носящего триадный или семейный характер) поддерживает и дополняет индивидуальную психоаналитическую психотерапию тяжелой патологии характера в условиях госпиталя.

У пациентов с пограничной личностной организацией, которым показана госпитализация, обычно наблюдается регрессивное функционирование Эго. Как правило, самые важные стороны своей психопатологии такие пациенты выражают невербально, так что вербальное общение в процессе индивидуальной психотерапии отражает лишь малую часть всего трансферентного поля примитивных объектных отношений. В процессе терапии пограничного пациента в условиях госпиталя обычно развивается такая ситуация: пациент ходит на индивидуальную психотерапию и там общается поверхностно или ускользает в разговоры о прошлом, в то время как основные типы его переноса расщепляются и проявляются в социальном окружении. Создание структурированного социального окружения в контексте предложенной тут модели, с одной стороны, способствует распознаванию таких типов переноса и, с другой, позволяет контролировать отыгрывание переноса вовне, по крайней мере, наиболее драматичные его проявления. Важно останавливать пациента, когда он выражает свою патологию в крайних формах, чтобы избежать порочного круга, связанного с удовлетворением примитивных нужд, всемогущим контролем, который удастся реализовать, и с проективной идентификацией в социальном окружении. Но, контролируя пациента, мы также лишаем себя возможности наблюдать проявления его психопатологии в крайних формах.

Психоаналитическая групповая психотерапия создает условия для контролируемого выражения примитивной психопатологии в социальной среде, позволяющей эту психопатологию немедленно интерпретировать. Групповая психотерапия может интенсифицировать индивидуальную, если групповой психотерапевт дает полноценную обратную связь о том, что происходит с пациентом в группе, индивидуальному психотерапевту — так что расщепление переноса между индивидуальной и групповой психотерапией можно наблюдать и интерпретировать. Но когда групповая психотерапия

приобретает характер поддержки, тогда труднее применять интерпретацию на индивидуальных сеансах. Группа может укреплять сопротивление пациента, направленное на индивидуальную терапию, кроме того, поддерживающая групповая психотерапия дублирует остальные групповые процессы, происходящие в терапевтическом сообществе.

Собрание сообщества

Собрание сообщества — это встреча большой группы, и к нему приложимы соответствующие техники, используемые в больших группах, которые позволяют через анализ появляющегося в такой группе содержания исследовать источники конфликтов, влияющих на социальную систему отделения. В то же время, поскольку все люди, ответственные за принятие решений и наделенные административной властью, присутствуют на собрании, тут же можно договориться о путях разрешения реальных конфликтов в отделении. Кроме того, тут присутствуют все ключевые участники конфликтов. Все это порождает искушение расширить круг вопросов, обсуждаемых на собрании. Но в результате слишком большого потока общения теряется внимание к задаче, возникает неясность в вопросах приоритета и напрасно тратятся ресурсы. Принципиальное требование к успешному использованию собрания сообщества заключается в четкой постановке цели, и этим практическим вопросом руководители терапевтического сообщества должны снова и снова заниматься на каждом собрании.

В предлагаемой мною модели есть одна главная задача собрания сообщества: оно должно оценить социальный и культурный климат в отделении на сегодняшний момент. Сюда входит оценка нарушений и конфликтов, появившихся в отделении в связи с действиями администрации госпиталя, исследование конфликтов между сотрудниками, исследование границы между персоналом и пациентами в отделении или тяжелых нарушений социальной жизни отделения, связанных с проявлениями психопатологии пациента. Чтобы выявить такие феномены в виде преобладающих, общих для многих людей переживаний, фантазий и эмоций, нужно использовать на собрании сообщества процессы, свойственные большим группам. А это означает, что необходимы открытая повестка дня, свободное выражение мыслей всеми пациентами и сотрудниками и готовность выслушать всякого, кто может сказать что-либо для прояснения темы, касающейся всех присутствующих. Неструктурированное общение в большой группе активизирует не только вышеупомянутые конфликты, но и выражение примитивных фантазий, которое иногда может напоминать психотические феномены. Лидер собрания и все его участники могут также свободно выражать свое понимание того, что в данный момент происходит, так что фокус собрания все время перемещается от исследования группового процесса к конкретному содержанию и обратно. Терпимое отношение к полному выражению регрессивных примитивных фантазий, когда никто не пытается преждевременно успокоить говорящего или подвергнуть его фантазии прояснению, может благоприятно влиять на обсуждение психопатологии пациента в его индивидуальной психотерапии и косвенным образом помогает пациенту понять те фантазии, из которых проистекают его конфликты с социальным окружением в отделении.

У собраний сообщества, согласно моей модели, есть, кроме внимания к групповым процессам, и вторая по важности цель: работа с проблемами, которые на данный момент мешают взаимодействовать пациентам с персоналом, для чего надо установить каналы общения и создать структуры принятия решений вокруг этих конфликтов.

Я полагаю, что сами решения принимаются не на собрании терапевтического сообщества. Структуры для общения и принятия решений определены, так что можно перейти к принятию решения или же подвергнуть прояснению прошлые решения и обстоятельства, после того как были открыто высказаны все окружающие их фантазии. Анализ непредвиденных последствий принятых в прошлом решений показывает готовность персонала пересмотреть эти решения в соответствующих административных структурах. Кроме эмоциональных процессов, влияющих на персонал и пациентов, на собрании сообщества подвергаются исследованию функционирование социальной системы на сегодняшний день, взаимоотношения между намерениями и их реализацией, использование власти и злоупотребление ею в отделении.

Главная ценность такого рода собрания заключается в том, что на нем можно исследовать, выявить и разрешить потенциально антитерапевтические групповые процессы, влияющие на все сообщество. Кроме того, открытое исследование административных вопросов, имеющих отношение к действиям и чувствам каждого, является прекрасным средством обучения, позволяющим лучше понимать как динамику бессознательного, так и влияние административных и социальных структур на отдельного человека. Я также обнаружил, что это ценнейшее средство для подготовки стажеров по психиатрии, сестринского персонала и вообще любых профессионалов, которые работают в сфере психического здоровья. Еще одно достоинство таких собраний заключается в том, что на нем можно интегрировать влияние всех разнообразных групповых процессов и функциональных систем отделения, выявить общее моральное состояние — оно немедленно выходит на поверхность на таком собрании большой группы — и, таким образом, оценить функциональную адекватность административного управления.

Диагностируя нарушения морального климата в групповых процессах, присущих большим группам, можно найти их истоки, как я уже писал (1980, гл. 11—13), в недостатках административной структуры, руководства или в выполнении задач. В поиске источников нарушения мы можем обнаружить конфликты контроля над границами во всей системе или в какой-то из подсистем. Хотя техника проведения таких собраний предполагает, что на них не обсуждается динамика и терапия конкретных пациентов, она ставит вопросы, имеющие прямое отношение к пациентам, психопатология которых является важнейшим источником конфликтов в отделении. Иначе говоря, исследование процессов, присущих большой группе, на собрании терапевтического сообщества чрезвычайно ценно с терапевтической, образовательной и административной точек зрения и помогает экономить время во всех этих сферах. В другой книге (1980, гл. 11) я подробно описал, как собрания сообщества помогают выявить скрытые изъяны и основные темы примитивных психологических конфликтов в учреждении.

Главным недостатком предложенной модели является уже упомянутая выше опасность, что собрание будет рассматривать чрезмерно широкий круг вопросов; непрестанное внимание к этой проблеме и внутренняя дисциплина лидера помогают избежать этой опасности. Ведущие собрание и весь персонал должны воздержаться от попыток решать проблемы конкретных пациентов, обсуждать распорядок дня или принимать глобальные решения на собрании сообщества, иначе административные границы потеряют свою четкость. Кроме того, существует опасность, что, смешивая интерпретацию эмоциональных тем и прояснение административных решений, персонал будет “подвергать интерпретации” предложения пациентов, ища скрытые за ними причины. В таком случае орудие психодинамического понимания используется нечестным образом, превращаясь в орудие манипуляции властью в отношениях персонала и пациентов. Но существование четко определенных разнообразных каналов общения помогает избежать

неконтролируемого отыгрывания вовне примитивной агрессии, выражающегося в упорной пассивности и длительных периодах молчания в течение многих собраний.

Если же на собрании терапевтического сообщества начинают анализировать групповые процессы безотносительно к принятию конкретных решений, собрание легко погружается в крайне хаотичное и деструктивное состояние; иногда активные и конструктивные функции персонала и пациентов продолжают выполняться в отделении, в то время как вся агрессия (и пациентов, и персонала) диссоциируется и выражается именно на собрании, что парализует персонал, ощущающий свое бессилие, и нарушает состояние каждого участника встречи.

Для использования предлагаемой модели, позволяющей исследовать процессы, свойственные большим группам, на собрании сообщества, необходима четкая административная структура, определяющая границы между сотрудниками и между персоналом и пациентами, к этому вопросу я и собираюсь перейти ниже.

Административный аспект

Функциональная административная структура отделения или всего госпиталя, в котором существует терапевтическое сообщество, является необходимым условием нормальной работы. Из этого следует, что, во-первых, директор отделения должен обладать полноценной властью и контролировать границы взаимодействия между отделением и внешней средой, а также границы систем, выполняющих конкретные задачи внутри отделения. Во-вторых, власть директора должна быть стабильной и общепризнанной, и, соответственно, он занимает свою позицию в результате стабильной и общепризнанной процедуры. В-третьих, предложенная мною модель предполагает, что параллельной властью (но не дублирующей власть директора отделения) облечен госпитальный терапевт или ответственный за программы — “врач-администратор”, — который несет медицинскую и психиатрическую ответственность за каждого пациента и, используя свою власть, становится лидером междисциплинарной команды, собранной на данный момент вокруг каждого пациента.

Решение психиатра-администратора о том, например, что такой-то пациент нуждается в интенсивном наблюдении из-за суицидального риска, могут оспаривать лишь его административные начальники. Параллельно вся ответственность за организацию ресурсов внутри каждой специальности принадлежит начальнику данной специальности, так что, например, организация работы медсестер, в том числе создание групп пациентов и персонала, ориентированных на выполнение задач, целиком находится в сфере ответственности старшей сестры или ее представителя.

И опять-таки, пользуясь параллельной властью, которая не накладывается на сферы ответственности других сотрудников, директор отделения передает часть своей власти собранию терапевтического сообщества, приглашая его участвовать в принятии решений, касающихся социальной жизни пациентов в отделении, в частности, по вопросам о границах между группами персонала и пациентов. Так, например, вопрос о том, какие правила и порядки повседневной жизни отделения могут быть изменены посредством решений комитетов пациентов и персонала, надо четко определить и обозначить. Сначала это делает директор отделения, потом — ведущий собрания сообщества. Естественно, когда сам директор отделения ведет собрание сообщества, этот процесс упрощается. Но в таком случае у директора появляется искушение давать собранию такие обширные полномочия власти, что они могут пересекаться со сферой власти госпитального терапевта и начальников отдельных специальностей.

Предлагаемая модель позволяет осуществлять и другой вариант распределения власти: собранию терапевтического сообщества дается власть только лишь исследовать административные процессы и конфликты в отделении. Право же принимать решения, касающиеся пациентов — и индивидуально, и как группы, — переданы госпитальному терапевту, начальникам специальностей и специальным комитетам персонала и пациентов. Такой вариант позволяет избежать конфликтов вокруг решений, принятых собранием и созданным на нем группами, но это лишает дееспособную структуру собрания ответственности, и тогда его главной задачей становится исследование происходящих на нем групповых процессов. Или же оно становится собранием по изучению общественного мнения, на котором царит пассивность и ощущение своей бесполезности. Поэтому, как я полагаю, лучше передавать собранию сообщества реальную власть — но, разумеется, не всю, иначе это приведет к ролевой неопределенности, что было бы неэффективным использованием демократических структур.

В контексте предложенной модели можно организовать процесс обсуждения проблем между группой пациентов и группой персонала таким образом: создается “правительство пациентов” и соответствующий ему комитет персонала, получающий власть или от собрания сообщества или непосредственно из рук исполнительной административной группы отделения. Персонал “консультирует” правительство пациентов, что помогает последним эффективнее пользоваться административными структурами отделения, но комитет персонала должен внимательно относиться к переданной ему власти, имеющей несколько двусмысленную природу.

Основная проблема предложенной модели, как, быть может, и всякой модели, которая предполагает широкое участие всех в управлении, заключается в тенденции группы расширять свою сферу решений параллельно той степени свободы и открытости, с которой группа действует. В результате количество обсуждаемых вопросов для каждой группы, принимающей решение, постепенно разрастается. Тогда теряется представление о приоритетах и до реальной проблемы дело доходит лишь тогда, когда она вступает в критическую фазу. Этого можно избежать, четко определив ответственных за структуру каждой группы и поставив четкие рамки времени, за которые данный вопрос должен быть решен. Если группа не может прийти к решению за отведенное на это время, решение принимает лидер группы; если лидер колеблется, вопрос поднимается выше по иерархической административной лестнице и решение принимает директор отделения. Навязчивое самоисследование группы можно контролировать, возвращаясь к централизации принятия решения в том случае, если группа медлит с ответом. Стоит помнить, что главной целью терапевтического сообщества является лечение пациентов, а не обучение управлению. Главное препятствие лечению пациентов заключается в нехватке ресурсов персонала, особенно в дефиците времени у наиболее опытных сотрудников, и эти ресурсы надо беречь.

При благоприятных обстоятельствах наступает момент, когда длительная госпитализация пациенту больше не нужна. Вот критерии, по которым об этом можно судить: у пациента в достаточной мере появились понимание или способность к интроспекции, которые усиливают реалистичную мотивацию продолжать терапию, причем эта мотивация проявляется в желании и способности в большей мере отвечать за свою жизнь, о чем можно судить по жизни пациента в отделении; терапевтические взаимоотношения стали довольно прочными, и можно думать, что они продолжатся после выписки пациента; и пациент способен жить нормальной социальной жизнью во внешнем мире. Значительное уменьшение или разрешение вторичной выгоды от болезни — дополнительный важный показатель того, что цели длительной госпитализации были достигнуты.

ЛИТЕРАТУРА

- Abraham, K. (1919). A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method. In *Selected Papers on Psycho-Analysis*. New York: Brunner/Mazel, 1979, pp. 303—311.
- Abraham, K. (1920). Manifestations of the female castration complex. In *Selected Papers on Psycho-Analysis*. New York: Brunner/Mazel, 1979, pp. 338—369.
- Adler, G., and Buie, D. H. (1979). The psychotherapeutic approach to aloneness in the borderline patient. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. J. LeBoit and A. Capponi. New York: Jason Aronson, pp. 433—448.
- Alexander, F., et al. (1946). *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-I*. Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II*. Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (1981). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III Casebook*. Washington, D.C.
- Arnold, M. B. (1970). Brain function in emotion: A phenomenological analysis. In *Physiological Correlates of Emotion*, ed. P. Black. New York: Academic Press, pp. 261—285.
- Asch, S. S. (1976). Varieties of negative therapeutic reaction and problems of technique. *J. American Psychoanalytic Association*, 24:383—407.
- Balint, M. (1968). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. London: Tavistock Publications.
- Bauer, S., Hunt, H., Gould, M., and Goldstein, E. (1980). Personality organization, structural diagnosis and the structural interview. *Psychiatry*, 43:224—233.
- Beauvoir, S. de (1972). *The Coming of Age*. New York: Putnam.
- Belknap, I. (1956). *Human Problems of a State Mental Hospital*. New York: McGraw-Hill.
- Bellak, L., Hurvich, M., and Gediman, H. (1973). *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals*. New York: Wiley-Interscience.
- Berezin, M. (1977). Normal psychology of the aging process revisited. II: The fate of narcissism in old age: Clinical case reports. *J. Geriatric Psychiatry*, 1:9—26.
- Berezin, M., and Fern, D. (1967). Persistence of early emotional problems in a seventy-year-old woman. *J. Geriatric Psychiatry*, 1:45—60.
- Bergeret, J. (1970). Les États limités. *Revue Française de Psychanalyse*, 34:605—633.

- Bergmann, K. (1978). Neurosis and personality disorders in old age. In *Studies in Geriatric Psychiatry*, ed. A. D. Isaacs and F. Post. New York: Wiley, pp. 41—75.
- Bibring, E. (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *J. American Psychoanalytic Association*, 2:745—770.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *International J. Psycho-Analysis*, 49:484—486.
- Bion, W. R. (1952). Group dynamics: A re-view. *International J. Psycho-Analysis*, 33:235—247.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups*. New York: Basic Books.
- Bion, W. R. (1965). *Transformations*. New York: Basic Books.
- Bion, W. R. (1967). *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Heinemann.
- Blacker, K., and Tupin, J. (1977). Hysteria and hysterical structure: Developmental and social theories. In *Hysterical Personality*, ed. M. Horowitz. New York: Jason Aronson, pp. 95—142.
- Blinder, M. (1966). The hysterical personality. *Psychiatry*, 29:227—235.
- Bloch, S., ed. (1979). *An Introduction to the Psychotherapies*. New York: Oxford University Press, pp. 196—220.
- Blum, H. (1980). The value of reconstruction in adult psychoanalysis. *International J. Psycho-Analysis*, 61:39—54.
- Bromley, D. (1978). Approaches to the study of personality changes in adult life and old age. In *Studies in Geriatric Psychiatry*, ed. A. D. Isaacs and F. Post. New York: Wiley, pp. 17—40.
- Carr, A., Goldstein, E., Hunt, H., and Kernberg, O. (1979). Psychological tests and borderline patients. *J. Personality Assessment*, 43:582—590.
- Caudill, W. (1958). *The Psychiatric Hospital as a Small Society*. Cambridge: Harvard University Press.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1978). Reflexions on the connexions between perversion and sadism. *International J. Psycho-Analysis*, 59:27—35.
- Chodoff, P., and Lyons, H. (1958). Hysteria, the hysterical personality and “hysterical” conversion. *American J. Psychiatry*, 114:734—740.
- Davanloo, H., ed. (1980). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Deutsch, F. (1949). *Applied Psychoanalysis*. New York: Grune & Stratton.
- Dewald, P. (1971). *Psychotherapy: A Dynamic Approach*. New York: Basic Books.

- Easser, B. (1966). Transference resistance in hysterical character neurosis: Technical considerations. In *Developments in Psychoanalysis at Columbia University*, ed. G. Goldman and D. Shapiro. New York: Hafner, pp. 69—80.
- Easser, B., and Lesser, S. (1965). Hysterical personality: A re-evaluation. *Psychoanalytic Quarterly*, 34:390—405.
- Edelson, M. (1970). *Sociotherapy and Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Eissler, K. (1950). The Chicago Institute of Psychoanalysis and the sixth period of the development of psychoanalytic technique. *J. General Psychology*, 42:103—157.
- Eissler, K. (1953). The effects of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J. American Psychoanalytic Association*, 1:104—143.
- Emde, R., Kligman, D. H., Reich, J. H., and Wade, T. D. (1978). Emotional expression in infancy. I: Initial studies of social signaling and an emergent model. In *The Development of Affect*, ed. M. Lewis and L. Rosenblum. New York: Plenum Press, pp. 125—148.
- Ezriel, H. (1950). A psychoanalytic approach to the treatment of patients in groups. *J. Mental Science*, 96:774—779.
- Fairbairn, W. (1954). *An Object-Relations Theory of the Personality*. New York: Basic Books.
- Federn, P. (1952). *Ego Psychology and the Psychoses*. New York: Basic Books.
- Fenichel, O. (1941). *Problems of Psychoanalytic Technique*. Albany: Psychoanalytic Quarterly, Inc.
- Fenichel, O. (1945a). Neurotic acting out. *Psychoanalytic Review*, 39:197—206.
- Fenichel, O. (1945b). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton.
- Ferenczi, S. (1919). On the technique of psycho-analysis. In *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis*. New York: Basic Books, 1952.
- Frances, A. (1980). The DSM-III personality disorders section: A commentary. *American J. Psychiatry*, 137:1050—1054.
- Frances, A., and Cooper, A. (1980). The DSM-III controversy: Psychoanalytic perspectives. *Bulletin of the Association for Psychoanalytic Medicine*, 19:37—43.
- Frances, A., and Cooper, A. (1981). Descriptive and dynamic psychiatry: A perspective on DSM-III. *American J. Psychiatry*, 138:1198—1202.
- Freud, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defense. The Writings of Anna Freud*, 2. New York: International Universities Press, 1966.
- Freud, A. (1968). Acting out. *International J. Psycho-Analysis*, 49:165—170.
- Freud, E., and Meng, H., eds. (1963). *Psychoanalysis and Faith*. New York: Basic Books.

- Freud, S. (1914). On narcissism. *Standard Edition*, 14:69—102. London: Hogarth Press, 1957.
- Freud, S. (1916). Some character-types met with in psycho-analytic work. *Standard Edition*, 14:309—333. London: Hogarth Press, 1957.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. *Standard Edition*, 19:3—66. London: Hogarth Press, 1961.
- Freud, S. (1930a). Civilization and its discontents. *Standard Edition*, 21:59—145. London: Hogarth Press, 1930.
- Freud, S. (1930b). Das Unbehagen in der Kultur. *Gesammelte Werke*, 14:421—506. London: Imago, 1948.
- Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fromm-Reichmann, F. (1959). *Psychoanalysis and Psychotherapy: Selected Papers*. Chicago: University of Chicago Press.
- Frosch, J. (1964). The psychotic character: Clinical psychiatric considerations. *Psychiatric Quarterly*, 38:91—96.
- Frosch, J. (1970). Psychoanalytic considerations of the psychotic character. *J. American Psychoanalytic Association*, 18:24—50.
- Frosch, J. (1971). Technique in regard to some specific ego defects in the treatment of borderline patients. *Psychiatric Quarterly*, 45:216—220.
- Furer, M. (1977). Personality organization during the recovery of a severely disturbed young child. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 457—473.
- Galenson, E., and Roiphe, H. (1977). Some suggested revisions concerning early female development. In *Female Psychology*, ed. H. P. Blum. New York: International Universities Press, pp. 29—57.
- Gedo, J. (1964). Concepts for a classification of the psychotherapies. *International J. Psycho-Analysis*, 45:530—539.
- Geleerd, E. R. (1958). Borderline states in childhood and adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 13:279—285. New York: International Universities Press.
- Gianturco, D., and Busse, E. (1978). Psychiatric problems encountered during a long-term study of normal aging volunteers. In *Studies in Geriatric Psychiatry*, ed. A. D. Isaacs and F. Post. New York: Wiley, pp. 1—16.
- Gill, M. (1951). Ego psychology and psychotherapy. *Psychoanalytic Quarterly*, 20:62—71.
- Gill, M. (1954). Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *J. American Psychoanalytic Association*, 2:771—797.

- Gill, M. (1980). The analysis of transference: A critique of Fenichels *Problems of Psychoanalytic Technique*. *International J. Psychoanalytic Psychotherapy*, 8:45—55. |
- Gill, M. (1982). *Analysis of Transference*, vol. 1. New York: International Universities Press.
- Gill, M., Newman, R., and Redlich, F. (1954). *The Initial Interview in Psychiatric Practice*. New York: International Universities Press.
- Giovacchini, P. (1975). *Psychoanalysis of Character Disorders*. New York: Jason Aronson.
- Giovacchini, P. (1978). The psychoanalytic treatment of the alienated patient. In *New Perspectives on Psychotherapy of the Borderline Adult*, ed. J. F. Masterson. New York: Brunner/Mazel, pp. 3—19.
- Giovacchini, P. (1979). The many sides of helplessness: The borderline patient. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. J. LeBoit and A. Capponi. New York: Jason Aronson, pp. 227—267.
- Glover, E. (1955). *The Technique of Psycho-Analysis*. New York: International Universities Press.
- Goffman, E. (1961). *Asylums*. New York: Anchor, Doubleday.
- Goldberg, A., ed. (1978). *The Psychology of the Self: A Casebook*. New York: International Universities Press.
- Goldstein, M., and Jones, J. (1977). Adolescent and familial precursors of borderline and schizophrenic conditions. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 213—229.
- Green, A. (1977). The borderline concept. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 15—44.
- Greenacre, P. (1950). General problems of acting out. *Psychoanalytic Quarterly*, 19:455—467.
- Greenacre, P. (1963). Problems of acting out in the transference relationship. *J. American Academy Child Psychiatry*, 2:144—175.
- Greenacre, P. (1968). The psychoanalytic process, transference, and acting out. *International J. Psycho-Analysis*, 49:211—218.
- Greenson, R. (1954). The struggle against identification. *J. American Psychoanalytic Association*, 2:200—217.
- Greenson, R. (1958). On screen defenses, screen hunger, and screen identity. *J. American Psychoanalytic Association*, 6:242—262.
- Greenson, R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34:155—181.
- Greenson, R. (1970). The unique patient-therapist relationship in borderline patients. Presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Unpublished.

- Grinberg, L. (1968). On acting out and its role in the psychoanalytic process. *International J. Psycho-Analysis*, 49:171—178.
- Grinberg, L. (1979). Projective counteridentification and countertransference. In *Countertransference*, ed. L. Epstein and A. Feiner. New York: Jason Aronson, pp. 169—192.
- Grinker, R. (1975). Neurosis, psychosis, and the borderline states. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry, II*, ed. H. I. Kaplan, A. M. Freedman, and B. J. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 845—850.
- Grinker, R., et al. (1961). *Psychiatric Social Work*. New York: Basic Books.
- Grinker, R., Werble, B., and Drye, R., eds. (1968). *The Borderline Syndrome*. New York: Basic Books.
- Gross, H. (1974). Depression and sadomasochistic personalities. In *Personality Disorders*, ed. J. R. Lion. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 178—192.
- Grunberger, B. (1979). *Narcissism: Psychoanalytic Essays*. New York: International Universities Press.
- Gunderson, J. (1977). Characteristics of borderlines. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 173—192.
- Gunderson, J. (1982). Empirical studies of the borderline diagnosis. In *Psychiatry 1982: The American Psychiatric Association Annual Review*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, pp. 415—436.
- Gunderson, J., and Kolb, J. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American J. Psychiatry*, 135:792—796.
- Gunderson, J., Kolb, J., and Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderlines (DIB). *American J. Psychiatry*, 138:896—903.
- Gunderson, J., and Singer, M. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American J. Psychiatry*, 133:1—10.
- Guntrip, H. (1968). *Schizoid Phenomena, Object Relations, and the Self*. New York: International Universities Press.
- Hartmann, H. (1950). Comments on the psychoanalytic theory of the ego. In *Essays on Ego Psychology*. New York: International Universities Press, 1964, pp. 113—141.
- Hartmann, H. (1955). Notes on the theory of sublimation. In *Essays on Ego Psychology*. New York: International Universities Press, 1964, pp. 227—240.
- Hartmann, H. (1964). *Essays on Ego Psychology*. New York: International Universities Press.
- Hartmann, H., Kris, E., and Lowenstein, R. (1946). Comments on the formation of psychic structure. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2:11—38. New York: International Universities Press.
- Hartocollis, P. (1977). Affects in borderline disorders. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp.495—507.

- Heimann, P. (1955a). A combination of defense mechanisms in paranoid states. In *New Directions in Psycho-Analysis*, ed. M. Klein, P. Heimann, and R. Money-Kyrle. London: Tavistock Publications, pp. 240—265.
- Heimann, P. (1955b). A contribution to the re-evaluation of the Oedipus-complex: The early states. In *New Directions in Psycho-Analysis*, ed. M. Klein, P. Heimann, and R. Money-Kyrle. New York: Basic Books, pp. 23—38.
- Heimann, P. (1956). Dynamics of transference interpretations. *International J. Psycho-Analysis*, 37:303—310.
- Heimann, P. (1960). Countertransference. *British J. Medical Psychology*, 33:9—15.
- Herz, M. (1971). Day versus inpatient hospitalization: A controlled study. *American J. Psychiatry*, 127:1371—1382.
- Herz, M. (1980). Partial hospitalization, brief hospitalization and aftercare. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry, III*, ed. H. I. Kaplan, A. M. Freedman, and B. J. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 2368—2381.
- Herz, M., Endicott, J., and Spitzer, R. (1975). Brief hospitalization of patients with families: Initial results. *American J. Psychiatry*, 132:413—418.
- Hill, L. (1955). *Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hoch, P., and Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 23:248—276.
- Hoffman, M. (1978). Toward a theory of empathic arousal and development. In *The Development of Affect*, ed. M. Lewis and L. Rosenblum. New York: Plenum Press, pp. 227—256.
- Hollon, T. (1962). A rationale for supportive psychotherapy of depressed patients. *American J. Psychiatry*, 16:655—664.
- Holzman, P., and Ekstein, R. (1959). Repetition-functions of transitory regressive thinking. *Psychoanalytic Quarterly*, 28:228—235.
- Izard, C. (1978). On the ontogenesis of emotions and emotion-cognition relationships in infancy. In *The Development of Affect*, ed. M. Lewis and L. Rosenblum. New York: Plenum Press, pp. 389—413.
- Izard, E., and Buechler, S. (1979). Emotion expressions and personality integration in infancy. In *Emotions in Personality and Psychopathology*, ed. C. Izard. New York: Plenum Press, pp. 447—472.
- Jacobson, E. (1954). Contribution to the metapsychology of psychotic identifications. *J. American Psychoanalytic Association*, 2:239—262.
- Jacobson, E. (1961). Adolescent moods and the remodeling of psychic structures in adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16:164—183. New York: International Universities Press.

- Jacobson, E. (1964). *The Self and the Object World*. New York: International Universities Press.
- Jacobson, E. (1971). *Depression*. New York: International Universities Press.
- Johnson, A. (1949). Sanctions for superego lacunae of adolescents. In *Searchlights on Delinquency*, ed. K. R. Eissler. New York: International Universities Press, pp. 225—245.
- Jones, M. (1953). *The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Jones, M. (1956). The concept of the therapeutic community. *American J. Psychiatry*, 112:647—650.
- Kanzer, M. (1968). Ego alteration and acting out. *International J. Psycho-Analysis* 49: 431—435.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1977). Normal psychology of the aging process revisited-II. *J. Geriatric Psychiatry*, 10:27—45.
- Kernberg, O. (1980). *Internal World and External Reality*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O., Burstein, E., Coyne, L., Appelbaum, A., Horwitz, L., and Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36:1—275.
- Kernberg, O., Goldstein, E., Carr, A., Hunt, H., Bauer, S., and Blumenthal, R. (1981). Diagnosing borderline personality organization. *J. Nervous and Mental Disease*, 169:225—231.
- Kernberg, P. (1982). Borderline conditions: Childhood and adolescent aspects. In *The Borderline Child: Approaches to Etiology, Diagnosis and Treatment*, ed. K. S. Robson. New York: McGraw-Hill, pp. 101—119.
- Khan, M. (1974). *The Privacy of the Self: Papers on Psychoanalytic Theory and Technique*. New York: International Universities Press.
- Kleeman, J. (1977). Freud's views on early female sexuality in the light of direct child observation. In *Female Psychology*, ed. H. P. Blum. New York: International Universities Press, pp. 3—27.
- Klein, D. (1975). Psychopharmacology and the borderline patient. In *Borderline y States in Psychiatry*, ed. J. E. Mack. New York: Grune & Stratton, pp. 75—92.
- Klein, D. (1977). Psychopharmacological treatment and delineation of borderline disorders. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 365—383.

- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. In *Contributions to Psycho-Analysis*, 1921—194. London: Hogarth Press, 1948, pp. 311—338.
- Klein, M. (1945). The oedipus complex in the light of early anxieties. In *Contributions to Psycho-Analysis*, 1921—1945. London: Hogarth Press, 1948, pp. 311—338.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In *Developments in Psycho-Analysis*, ed. J. Riviere. London: Hogarth Press, 1952, pp. 292—320.
- Klein, M. (1957). *Envy and Gratitude*. New York: Basic Books.
- Klein, M. (1963). *Our Adult World*. New York: Basic Books.
- Knight, R. (1952). An evaluation of psychotherapeutic techniques. In *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, ed. R. P. Knight and C. R. Friedman. New York: International Universities Press, 1954, pp. 65—76.
- Knight, R. (1953a). Borderline states. In *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, ed. R. P. Knight and C. R. Friedman. New York: International Universities Press, 1954, pp. 97—109.
- Knight, R. (1953b). Management and psychotherapy of the borderline schizophrenic patient. In *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, ed. R. P. Knight and C. R. Friedman. New York: International Universities Press, 1954, pp. 110—122.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *Psychoanalytic Study of the Child*, 27:360—400. New York/Chicago: Quadrangle Books.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kraepelin, E. (1904). *Lectures on Clinical Psychiatry*. New York: Wood.
- Krohn, A. (1978). *Hysteria: The Elusive Neurosis*. New York: International Universities Press.
- Kroll, J., Sives, L., Martin, K., Lari, S., Pyle, R., and Zanolier, J. (1981). Borderline personality disorder: Construct validity of the concept. *Archives General Psychiatry*, 38:1021—1026.
- Langs, R. (1973). *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*, vol. 1. New York: Jason Aronson, pp. 538—598.
- Laplanche, J., and Pontalis, J.-B. (1973). *The Language of Psychoanalysis*. New York: Norton.
- Laughlin, H. (1967). *The Neuroses*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Lazare, A. (1971). The hysterical character in psychoanalytic theory. *Archives General Psychiatry*, 25:131—137.
- Levine, M. (1942). *Psychotherapy in Medical Practice*. New York: Macmillan.

- Limentani, A. (1966). A re-evaluation of acting out in relation to working through. *International J. Psycho-Analysis*, 47:274—282.
- Little, M. I. (1951). Countertransference and the patient's response to it. *International J. Psycho-Analysis*, 32:32—40.
- Little, M. I. (1957). "R": The analyst's total response to his patient's needs. *International J. Psycho-Analysis*, 38:240—254.
- Little, M. I. (1958). On delusional transference (transference psychosis). *International J. Psycho-Analysis*, 39:134—138.
- Little, M. I. (1960). On basic unity. *International J. Psycho-Analysis*, 41:377—384.
- Little, M. I. (1966). Transference in borderline states. *International J. Psycho-Analysis*, 47:476—485.
- Little, M. I. (1981). *Transference Neurosis and Transference Psychosis*. New York: Jason Aronson.
- Loewald, H. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. *International J. Psycho-Analysis*, 41:16—33.
- Lorenz, K. (1963). *On Aggression*. New York: Bantam Books.
- Luborsky, L., et al. (1958). Treatment variables. The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation, 2d report. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 22:126—147.
- McDougall, J. (1979). Primitive communication in the use of Countertransference. In *Countertransference*, ed. L. Epstein and A. Feiner. New York: Jason Aronson, pp. 267—304.
- MacKinnon, R., and Michels, R. (1971). *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. Philadelphia: Saunders.
- MacLeod, J., and Middelmann, F. (1962). Wednesday afternoon clinic: A supportive care program. *Archives General Psychiatry*, 6:56—65.
- Mahler, M. (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. New York/Chicago: Quadrangle Books.
- Mahler, M. (1972). Rapprochement subphase of the separation-individuation process. *Psychoanalytic Quarterly*, 41:487—506.
- Mahler, M. (1979). *Selected Papers of Margaret S. Mahler*. New York: Jason Aronson.
- Mahler, M., and Purer, M. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: International Universities Press.
- Mahler, M., and Kaplan, L. (1977). Developmental aspects in the assessment of narcissistic and so-called borderline personalities. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 71—85.

- Mahler, M., Pine, F., and Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
- Main, T. (1946). The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10:66—70.
- Main, T. (1957). The ailment. *British J. Medical Psychology*, 30:129—145.
- Masterson, J. F. (1967). *The Psychiatric Dilemma of Adolescence*. Boston: Little, Brown.
- 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.
- Masterson, J. F. (1978). The borderline adult: Transference acting-out and working-through. In *New Perspectives on Psychotherapy of the Borderline Adult*, ed. J. F. Masterson. New York: Brunner/Mazel, pp. 121—147.
- Masterson, J. F. (1980). *From Borderline Adolescent to Functioning Adult*. New York: Brunner/Mazel.
- Meltzer, D. (1973). *Sexual States of Mind*. Perthshire, Scotland: Clunie.
- Menninger, K. (1952). *A Manual for Psychiatric Case Study*. New York: Grune & Stratton.
- Menninger, W. (1936). Psychiatric hospital therapy designed to meet unconscious needs. In *Psychiatrist for a Troubled World*, vol. 1. Kansas City, Mo.: Hallmark, 1967, pp. 375—385.
- Menninger, W. (1943). *Fundamentals of Psychiatry*. Topeka: Capper.
- Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A Science of Man*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- Miller, I. (1969). Interpretation as a supportive technique in psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 33:154—164.
- Millon, T. (1981). *Disorders of Personality: DSM-III: Axis II*. New York: Wiley.
- Modell, A. (1976). “The holding environment” and the therapeutic action of psychoanalysis. *J. American Psychoanalytic Association*, 24:285—307.
- Money, J., and Ehrhardt, A. (1972). *Man & Woman, Boy & Girl*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Money-Kyrle, R. (1956). Normal countertransference and some of its deviations. *International J. Psycho-Analysis*, 37:360—366.
- Moore, B. (1968). Contribution to symposium on acting out. *International J. Psycho-Analysis*, 49:182—184.
- Moore, B., and Fine, B. (1968). *A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts*. New York: American Psychoanalytic Association.

- Novey, S. (1959). The technique of supportive therapy in psychiatry and psychoanalysis. *Psychiatry*, 22:179—187.
- Olinick, S. (1964). The negative therapeutic reaction. *International Psycho-Analysis*, 45:540—548.
- Orwell, G. (1949). 1984. New York: Harcourt.
- Panel (1957). Acting out and its relation to impulse disorders, M. Kanzer, reporter. *J. American Psychoanalytic Association*, 5:136—145.
- Panel (1970). Action, acting out and the symptomatic act, N. Atkins, reporter. *J. American Psychoanalytic Association*, 18:631—643.
- Panel (1977). Varieties of oedipal distortions in severe character pathologies, W. S. Robbins, reporter. *J. American Psychoanalytic Association*, 25:201—218.
- Pasamanick, B., Scarpitti, F., and Dinitz, S. (1967). *Schizophrenia in the Community: An Experimental Study in the Prevention of Hospitalization*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Paz, C. (1976). *Estructuras y estados fronterizos en nicos, adolescentes y adultos*. Buenos Aires: Grafica Santo Domingo.
- Perry, J., and Klerman, G. (1980). Clinical features of the borderline personality disorder. *American J. Psychiatry*, 137:165—173.
- Plutchik, R. (1980). *Emotions: A Psychoevolutionary Synthesis*. New York: Harper & Row.
- Pope, H., Jones, J., Hindson, J., Cohen, B., and Gunderson, J. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Archives General Psychiatry*, 40:23—30.
- Powdermaker, F. (1948). The techniques of the initial interview and methods of teaching them. *American J. Psychiatry*, 104:642—646.
- Rabkin, L. (1965). The passive aggressiveness and learning. *Exceptional Child*, 32:1—3.
- Packer, H. (1957). The meaning and uses of countertansference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26:303—357.
- Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. New York: International Universities Press.
- Rangell, L. (1968). A point of view on acting out. *International J. Psycho-Analysis*, 49:195—201.
- Rapaport, D. (1960). *The Structure of Psychoanalytic Theory. Psychological Issues, Monograph 6*. New York: International Universities Press.
- Rapaport, D. (1967). *Collected Papers of David Rapaport*, ed. M. M. Gill. New York: Basic Books.
- Rapaport, D., and Gill, M. M. (1959). The points of view and assumptions of metapsychology. *International J. Psycho-Analysis*, 40:153—162.

- Reich, A. (1951). On countertransference. *Psychoanalytic Contributions*. New York: International Universities Press, 1973, pp. 136—154.
- Reich, W. (1933). *Character Analysis*. New York: Farrar, Straus, & Giroux, 1972.
- Reider, N. (1957). Transference psychosis. *J. Hillside Hospital*, 6:131—149.
- Rexford, E., ed. (1978). *A Developmental Approach to Problems of Acting Out*, revised edition. New York: International Universities Press.
- Rey, J. (1979). Schizoid phenomena in the borderline. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. J. LeBoit and A. Capponi. New York: Jason Aronson, pp. 449—484.
- Rice, A. K. (1965). *Learning for Leadership*. London: Tavistock Publications.
- Rinsley, D. (1977). An object-relations view of borderline personality. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 47—70.
- Rinsley, D. (1980). *Treatment of the Severely Disturbed Adolescent*. New York: Jason Aronson.
- Riviere, J. (1936). A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction. *International J. Psycho-Analysis*, 17:304—320.
- Robins, L. (1966). *Deviant Children Grown Up*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Romm, M. (1957). Transient psychotic episodes during psychoanalysis. *J. American Psychoanalytic Association*, 5:325—341.
- Rosenfeld, H. (1963). Notes on psychopathology and psychoanalytic treatment of schizophrenia. In *Psychotherapy of Schizophrenia and Manic-Depressive States* (Psychiatric Research Report No. 17), ed. H. Azima and B. C. Glueck, Jr. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, pp. 61—72.
- Rosenfeld, H. (1964). On the psychopathology of narcissism: A clinical approach. *International J. Psycho-Analysis*, 45:332—337.
- Rosenfeld, H. (1966). The need of patients to act out during analysis. *Psychoanalytic Forum*, 1:19—29.
- Rosenfeld, H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International J. Psycho-Analysis*, 52:169—178.
- Rosenfeld, H. (1975). Negative therapeutic reaction. In *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy*, vol. II, *Countertransference*, ed. P. L. Giovacchini. New York: Jason Aronson, pp. 217—228.
- Rosenfeld, H. (1978). Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of some borderline patients. *International J. Psycho-Analysis*, 59:215—221.

- Rosenfeld, H. (1979a). Difficulties in the psychoanalytic treatment of borderline patients. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. J. LeBoit and A. Capponi. New York: Jason Aronson, pp. 187—206.
- Rosenfeld, H. (1979b). Transference psychosis in the borderline patient. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. J. LeBoit and A. Capponi. New York: Jason Aronson, pp. 485—510.
- Schilder, P. (1938). *Psychotherapy*. New York: Norton, 1951.
- Schlesinger, H. (1969). Diagnosis and prescription for psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 33:269—278.
- Schneider, K. (1950). Psychoanalytic therapy with the borderline adult: Some principles concerning technique. In *New Perspectives on Psychotherapy of the Borderline Adult*, ed. J. Masterson. New York: Brunner/Mazel, pp. 41—65.
- Searles, H. (1965). *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. New York: International Universities Press.
- Searles, H. (1977). Dual- and multiple-identity processes in borderline ego functioning. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 441—455.
- Searles, H. (1978). Psychoanalytic therapy with the borderline adult: Some principles concerning technique. In *New Perspectives on Psychotherapy of the Borderline Adult*, ed. J. Masterson. New York: Brunner/Mazel, pp. 41—65.
- Searles, H. (1979). The countertransference with the borderline patient. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. J. LeBoit and A. Capponi, New York: Jason Aronson, pp. 309—346.
- Segal, H. (1964). *Introduction to the Work of Melanie Klein*. New York: Basic Books.
- Segal, H. (1967). Melanie Klein's technique. In *Psychoanalytic Techniques: A Handbook for the Practicing Psychoanalyst*, ed. B. Wolman. New York/London: Basic Books, pp. 168—190.
- Segal, H. (1979). *Klein*. Glasgow: Collins.
- Selzer, M. (1981). The consultant interview. Unpublished.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic Styles*. New York: Basic Books.
- Shapiro, E., Zinner, J., Shapiro, R., and Berkovitz, D. (1975). The influence of family experience on borderline personality development. *International Review Psycho-Analysis*, 2:399—412.
- Sharpe, E. (1931). Anxiety: Outbreak and resolution. In *Collected Papers on Psycho-Analysis*, ed. M. Brierly. New York: Brunner/Mazel, 1978, pp. 67—80.
- Simmel, E. (1929). Psychoanalytic treatment in a sanatorium. *International J. Psycho-Analysis*, 10:70—89.

- Small, T., Small, J., Alig, V., and Moore, D. (1970). Passive-aggressive personality disorder: A search for a syndrome. *American J. Psychiatry*, 126:973—983.
- Spitz, R. (1965). *The First Year of Life*. New York: International Universities Press.
- Spitz, R. (1972). Bridges: On anticipation, duration, and meaning. *American Psychoanalytic Association*, 20:721—735.
- Spitzer, R., and Williams, J. (1980). Classification of mental disorder and DSM-III. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry, III*, ed. H. I. Kaplan, A. M. Freedman, and B. J. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 1035—1072.
- Stafford-Clark, D. (1970). Supportive psychotherapy. In *Modern Trends in Psychological Medicine*, vol. 2, ed. D. J. Price. New York: Appleton-Century-Crofts, pp. 277—295.
- Stanton, A., and Schwartz, M. (1954). *The Mental Hospital*. New York: Basic Books.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7:467—489.
- Stoller, R. (1977). Primary femininity. In *Female Psychology*, ed. H. P. Blum. New York: International Universities Press, pp. 59—78.
- Stone, L. (1954). The widening scope of indications for psychoanalysis. *American Psychoanalytic Association*, 2:567—594.
- Stone, M. (1980). *The Borderline Syndromes*. New York: McGraw-Hill.
- Stone, M. (1981). Borderline syndromes: A consideration of subtypes and an overview, directions for research. In *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 4. Philadelphia: Saunders, pp. 3—24.
- Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action for psycho-analysis. *International J. Psycho-Analysis*, 15:127—159.
- Sullivan, H. (1953a). *Conceptions of Modern Psychiatry*. New York: Norton.
- Sullivan, H. (1953b). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.
- Sullivan, H. (1954). *The Psychiatric Interview*. New York: Norton.
- Sullivan, H. (1956). *Clinical Studies in Psychiatry*. New York: Norton.
- Sullivan, H. (1962). *Schizophrenia as a Human Process*. New York: Norton.
- Sutherland, J. (1952). Notes on psychoanalytic group therapy. I: Therapy and training. *Psychiatry*, 15:111—117.
- Tarachow, S. (1963). *An Introduction to Psychotherapy*. New York: International Universities Press.
- Ticho, E. (1972). Termination of psychoanalysis: Treatment goals, life goals. *Psychoanalytic Quarterly*, 41:315—333.

- Tinbergen, N. (1951). An attempt at synthesis. In *The Study of Instinct*. New York: Oxford University Press, pp. 101—127.
- Tower, L. (1956). Countertransference. *J. American Psychoanalytic Association*, 4:224—255.
- Tramer, M. (1931). Psychopathic personalities. *Schweizer Medizinische Wochen-schrift*, 217:271—322.
- Valenstein, A. F. (1973). On attachment to painful feelings and the negative therapeutic reaction. *Psychoanalytic Study of the Child*, 28:365—392. New Haven: Yale University Press.
- Volkan, V. D. (1976). *Primitive Internalized Object Relations*. New York: International Universities Press.
- Volkan, V. D. (1979). The “glass bubble” of the narcissistic patient. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. J. LeBoit and A. Capponi. New York: Jason Aronson, pp. 405—431.
- Wallerstein, R. (1965). The goals of psychoanalysis: A survey of analytic viewpoints. *American Psychoanalytic Association*, 3:748—770.
- Wallerstein, R. (1966). The current state of psychotherapy: Theory, practice, research. In *Psychotherapy and Psychoanalysis: Theory, Practice, Research*. New York: International Universities Press, 1975, pp. 135—186.
- Wallerstein, R. (1967). Reconstruction and mastery in the transference psychosis. *American Psychoanalytic Association*, 15:551—583.
- Wallerstein, R. (1969). Introduction to panel: Psychoanalysis and psychotherapy. *International J. Psycho-Analysis*, 50:117—126.
- Wallerstein, R., and Robbins, L. (1956). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation (Part IV: Concepts). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 20:239—262.
- Whitehorn, J. (1944). Guide to interviewing and clinical personality study. *Archives Neurology and Psychiatry*, 52:197—216.
- Whiteley, J., and Gordon, J. (1979). *Group Approaches in Psychiatry*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Whitman, R., Trosman, H., and Koenig, R. (1954). Clinical assessment of passive-aggressive personality. *Archives Neurology and Psychiatry*, 72:540—549.
- Will, O. (1967). Schizophrenia: The problem of origin. In *The Origins of Schizophrenia*, ed. J. Romano. Amsterdam/New York: Excerpta Medica Foundation, pp. 214—227.
- Wilson, E. O. (1975). *Sociobiology: The New Synthesis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Winnicott, D. (1949). Hate in the counter-transference. In *Collected Papers*. New York: Basic Books, 1958, pp. 194—203.

- Winnicott, D. (1958). *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Basic Books.
- Winnicott, D. (1960a). Ego distortion in terms of true and false self. In *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press, 1965, pp. 140—152.
- Winnicott, D. (1960b). The theory of the parent-infant relationship. In *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press, 1965, pp. 37—55.
- Winnicott, D. (1963). The development of the capacity for concern. In *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press, 1965, pp. 73—82.
- Winnicott, D. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press.
- Zetzel, E. R. (1956). The concept of transference. In *The Capacity for Emotional Growth*. New York: International Universities Press, 1970, pp. 168—181.
- Zetzel, E. R. (1968). The so-called good hysteric. In *The Capacity for Emotional Growth*. New York: International Universities Press, 1970, pp. 229—245.
- Zetzel, E. R. (1971). A developmental approach to the borderline patient. *American J. Psychiatry*, 127:867—871.

СОДЕРЖАНИЕ

Интегративный психоанализ конца XX века.

Предисловие М.Н. Тимофеевой 5

Предисловие автора 8

Часть I. Диагностика 11

1. Структурный диагноз 13

2. Структурное интервью 43

3. Дифференциальный диагноз у подростков 74

4. Личностные расстройства в пожилом возрасте 93

5. Проблема классификации личностных расстройств 104

Часть II. Терапия пограничной личности 127

6. Экспрессивная психотерапия 129

7. Работа с переносом в экспрессивной терапии 147

8. Экспрессивная психотерапия подростков 170

9. Поддерживающая психотерапия 189

10. Показания и противопоказания к различным типам
психоаналитической психотерапии 211

Часть III. Нарциссическая личность: клиническая теория
и терапия 225

11. Современные психоаналитические подходы к нарциссизму 227

12. Технические стратегии терапии нарциссической личности 250

13. Анализ характера 266

14. Я, Эго, аффекты и влечения 287

Часть IV. Глубокая регрессия: диагноз и терапия 301

15. Тупиковые ситуации в терапии	303
16. Пациенты с суицидальным риском: диагностика и подход	318
17. Контрперенос, трансферентная регрессия и неспособность быть зависимым	330
18. Клинические аспекты тяжелой патологии Супер-Эго	343
19. Параноидная регрессия и злокачественный нарциссизм	361
 Часть V. Терапия в условиях госпиталя	 389
20. Противоположные теоретические модели терапии тяжелой психопатологии в условиях госпиталя	 391
21. Модель терапевтического сообщества для лечения тяжелой психопатологии в условиях госпиталя	 409
22. Терапия тяжелой пограничной и нарциссической патологии в условиях длительной госпитализации	 426
 Литература	 446

Отто Ф. Кернберг

ТЯЖЕЛЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Стратегии психотерапии

Перевод с английского

М.И. Завалова

Научный редактор

М.Н. Тимофеева

Редактор

М.О. Торчинская

Ответственная за выпуск

И.В. Тепикина

Компьютерная верстка

С.М. Пчелинцев

Главный редактор и издатель серии

Л.М. Кроль

Научный консультант серии

Е.Л. Михайлова

Изд. лиц. № 061747

Гигиенический сертификат

№ 77.99.6.953.П.169.1.99. от 19.01.1999 г.

Подписано в печать 10.02.2000 г.

Формат 60S88/16

Усл. печ. л. 29. Уч.-изд. л. 24,9

ISBN 0-300-05349-5 (USA)

ISBN 5-86375-024-3 (РФ)

М.: Независимая фирма “Класс”, 2000

103062, Москва, ул. Покровка, д. 31, под. 6.

www.igisp.ru E-mail: igisp@igisp.ru

www.kroll.igisp.ru

Купи книгу “У КРОЛЯ”