Дональд В.Винникотт

От педиатрии к психоанализу



Теория и практика психоанализа

D.W.Winnicott

Through Paediatrics to Psycho-Analysis

Basic Books, INC, Publishers
New York
1975

Дональд В.Винникотт

От педиатрии к психоанализу

Электронное издание

ИОИ
Москва
2019

УДК 615.8
ББК 88.52
В 27

Винникотт, Дональд В.

В 27 От педиатрии к психоанализу [Электронный ресурс] / Д. В. Винникотт ; пер. с англ. А. Багрянцевой — Эл. изд. — Электрон. текстовые дан. (1 файл pdf : 522 с.). — М. : Институт общегуманитарных исследований, 2019. — (Теория и практика психоанализа). — Систем. требования: Adobe Reader XI либо Adobe Digital Editions 4.5 ; экран 10".

ISBN 978-5-94193-342-6

Дональд Вудс Винникотт (Donald Winnicott, 07.04.1896 – 28.01.1971) — великий британский педиатр, психиатр и детский психоаналитик. В книге собраны статьи и работы разных лет. Они позволяют проследить эволюцию его взглядов на психическое развитие ребенка и методы его лечения.

УДК 615.8
ББК 88.52

Деривативное электронное издание на основе печатного издания: От педиатрии к психоанализу [Текст] / Д. В. Винникотт ; пер. с англ. А. Багрянцевой. — М. : Институт общегуманитарных исследований, 2019. — 520 с. — (Теория и практика психоанализа). — ISBN 978-5-88230-338-8.

В соответствии со ст. 1299 и 1301 ГК РФ при устранении ограничений, установленных техническими средствами защиты авторских прав, правообладатель вправе требовать от нарушителя возмещения убытков или выплаты компенсации.

ISBN 978-5-94193-342-6

© Институт общегуманитарных исследований, перевод, редакция, оформление, 2019

Предисловие

В настоящей работе я постарался собрать воедино различные статьи, адресованные научной аудитории.

Ученик не обратиться к этим страницам за наставлениями по базовым психоаналитическим концепциям и техникам. В этом я абсолютно уверен, ибо моя аудитория состоит, главным образом, из аналитиков. Я же хотел представить на рассмотрение собственную точку зрения и опробовать собственные идеи, пришедшие ко мне во время клинической работы.

Мой клинический опыт очень разнообразен. Я никогда не отходил от педиатрической практики, с которой начинал. Для меня было важно соприкасаться с социальным давлением, испытываемым врачом в детской клинике. Также я наслаждался постоянными вызовами частной практики и терапевтических консультаций. Эти интересы предоставили мне возможность постоянно применять то, чему я учился во время практики надлежащего психоанализа.

Я очень надеюсь, что данная книга покажет, что педиатрический подход – один из законных и достойных подходов к психоанализу.

***

Оказалось удобным сгруппировать главы в три раздела. В первом разделе содержится переиздание двух глав из моей книги, опубликованной ранее (Winnicott, 1931). В этих главах отражено мое отношение к педиатрии до того, как я пришел в психоанализ. В них я обращаюсь к педиатрам как педиатр.

Главы во втором разделе можно рассматривать как обращение педиатра, уже психоаналитически-ориентированного.

Третий раздел можно считать моим собственным вкладом в то, что сейчас принято считать психоаналитической теорией и практикой.

Д.В. ВИННИКОТТ (Лондон)
Детская больница Паддингтон, Лондон

Введение

М. Масуд Р. Хан

> Если вы когда-нибудь надумаете что-то написать обо мне…прошу вас быть благоразумным – как никто другой, – характеризуя меня: «описывая», но не «оценивая».
>
> *Ницше Карлу Фуксу*

Вспоминая работу с Винникоттом в течение двадцати лет – первое, что сразу же бросалось в глаза, – это его спокойствие и лучезарный взгляд. Винникотт действительно слушал всем своим телом и его взгляд, правда, был очень проницательным: это было одновременно определенное недоверие и полное принятие. В его движениях можно было видеть абсолютно детскую спонтанность. При этом он был сдержан и совершенно спокоен. Я пока не встречал ни одного аналитика, который бы настолько был самим собой. Именно это качество его совершенного Я позволяло ему быть таким разным с самыми разными людьми. Каждый из нас, кому доводилось сталкиваться с ним лично, имеет собственный образ Винникотта, но он никогда не старался нарушить этот образ, пытаясь убедить человека в обратном. И при этом он неизменно оставался исключительно самим собой.

Характеризуя Винникотта, я специально начал с его телесного присутствия, ибо невозможно понять его талант как клинициста, не замечая того, как у него самого «психе» и «сома» постоянно вели диалог и спорили друг с другом. Таким образом, его теории – лишь отражение всего того, что постоянно *происходило* с Винникоттом: как с человеком, так и клиницистом. И опять же Винникотт-человек и Винникотт-терапевт – нечто единое и неразрывное. И все-таки давайте теперь обратимся к Винникотту-теоретику, который, будучи истинным англичанином, был воспитан в тради-

циях своего народа. Для него факты были реальностью, а теории – лишь неловкие попытки человека постичь эти факты. Винникотт крайне отрицательно относился к любым догмам. Надо сказать, что Винникотт был нон-конформистом; ничто для него не являлось Абсолютом о. Винникотт считал, что у каждого человека своя собственная истина. Существует эмпирический спектр, а данности – лишь спектр нашего опыта. Таким образом, вся энергия Винникотта была направлена на то, чтобы увидеть смысл в этой непростой встрече с клиническими реалиями.

Обычно Винникотт писал очень просто и понятно. В его работах нет возвышенных фраз или пугающих слов. Винникотт писал, как и говорил: просто и по существу, не пытаясь убеждать или что-то внушать. Его идиомы настолько быстро были приняты в нашей культуре, что порой возникало ощущение, что мы знали их всегда. Подобный парадокс неизменно радовал его. Да, он был невероятно горд, но его самооценка могла пошатнуться только из-за собственных ошибок, но никак не из-за мнения других.

С момента написания данного эссе прошли годы. Мне вспоминается, как я впервые услышал про Винникотта в медицинском департаменте Британского Психологического Сообщества «Педиатрия и психиатрия» (Глава XIII ниже). Это было давно, еще в 1948 году. Я слушал этого странного человека, изъясняющегося литературным английским языком и рассказывающего нам о том, что было настолько очевидно и понятно, и все же об этом так редко говорили. Он излагал свои доводы очень ясно и убедительно, что не исключало возможности как дискуссий, так и сомнений. С тех пор я решил, во что бы то и стало, как можно больше узнать о нем и его способах работы. Благодаря доктору Джону Рикману, ныне покойному, Винникотт позволил мне присутствовать на одной из его «хитроумных игровых» консультаций в больнице Паддингтон Грин. Вряд ли это можно было назвать исключительно медицинско-клинической средой. Это было реальное *событие*. Если не придерживаться столь аккуратных выражений, то можно сказать, что это был хаос, созданный им самим. Он разговаривал с родителями, в то время как ребенок рисовал какие-то бессмысленные вещи, столь значимые для него. Винникотт периодически

переключался с родителей на ребенка, *помогая* им в их неловких попытках поведать о своих трудностях. У стороннего наблюдателя возник ало ощущение, что это какая-то магия. Но, конечно же, это была никакая не магия, потому что для магии необходимы сообщники, но никак не свидетели и непокорные участники. Именно тогда у меня возникло убеждение, что за всей этой наивной и непредсказуемой непосредственностью и спонтанностью его поведения стоит изощренный ум, управляющий этими маневрами и неизменно проверяющий свои абстракции. Для формирования и развития практики Винникотта – как в личном, так и клиническом опыте – требовалась непростая теория, стоящая ему, как он обычно говорил, цитируя Элиота, «не меньше, чем все».

ВНУТРЕННЯЯ РЕАЛЬНОСТЬ И ФАНТАЗИИ

Невозможно определить истинный характер и природу исследований Винникотта, не учитывая всех тех концептуальных и клинических дискуссий, которые велись тогда в британском психоаналитическом сообществе. Десятилетний период (1928-1938 гг.) был, пожалуй, наиболее значительным и творческим периодом исследований в британском обществе. Присутствие Фрейда ощущалось повсеместно. Работы самого Фрейда вызывали довольно спорные суждения (его гипотезы о структуре сознания – Эго, Ид и Суперэго (1923), а также его новое видение теории тревоги (1926), когда Эго оказывается в центре психического функционирования и поведения. Чуть раньше им также было введено понятие двойственности инстинктов: инстинкт жизни и смерти (1921). Пройдет совсем немного времени и Ференци в Будапеште, благодаря своему разностороннему и невероятно творческому подходу, откроет аналитикам новые аспекты клинического бесстрашия. В это же время Анна Фрейд и Мелани Кляйн начинают свои исследования в области детского анализа (см. Smirnoff, 1971).

Для британского сообщества настоящим знаковым событием стало приглашение его тогдашним президентом, д-р Эрнестом Джонсом, Мелани Кляйн с лекциями в Лондон в 1926 году. Ее неве-

роятный дар понимания бессознательных фантазий у маленького ребенка, прибегая к всевозможным игровым техникам, целиком и полностью захватил воображение британских коллег, несмотря на подозрение и сопротивление аналитиков в Берлине и Вене.

А теперь я должен сделать паузу и рассказать немного о тех людях, которые сыграли такую огромную роль в Британском сообществе того времени. У всех них было соответствующее либеральное гуманистическое образование и специализация. Эрнест Джонс возглавлял данное направление. За ним следовали Джеймс и Аликс Стрейчи, Адриан и Карен Стивен – Блумсберская школа; немаловажную роль играл и Джон Рикман, квакер, пришедший в психоанализ после работы в России, Вене и Будапеште. И Сильвия Пейн, удостоенная награды за работу с людьми, страдающими определенным психическим расстройством в результате контузии на войне 1914-1919 гг. И Элла Шарп, которая пришла к анализу после преподавательской деятельности (литература). И Джоан Ривьер, Барбара Лоу, Дж.С. Флюгель, Сьюзан Айзекс, Марджори Бриерли и, прежде всего, доктор Эдвард Гловер – великий и преданный учитель, ясность суждений которого можно было сравнить только с его неуемной творческой энергией.

Именно данной целевой аудитории Мелани Кляйн и адресовала свою работу. Это было десятилетие подлинного и открытого диалога в Британском сообществе, и исследования Кляйн никого не оставили равнодушным. В своей работе она старалась идти все дальше и дальше. Именно в этой невероятно живой атмосфере Винникотт и приходит из педиатрии в психоанализ. Когда-то он уже изложил собственную клиническую позицию в книге *Расстройства у детей* (1931). Здесь он занимает самую непопулярную и революционную позицию по отношению к эмоциональным расстройствам, которые могут привести к артриту у детей. Случай Элеоноры в этой книге демонстрирует нам уникальную способность Винникотта абсолютного присутствия в этой клинической встрече с ребенком.

В клинической работе по психоанализу – с детьми и взрослыми, – не утратившей своей актуальности и через сорок лет, совершенно отчетливо прозвучали революционные взгляды Винникот-

та, и в какой-то момент стало понятно, что он такой же неудобный коллега среди аналитиков, как и среди педиатров.

Винникотт был невероятно чутким человеком, способным радоваться жизни. Так что он старался максимально использовать эти возможности как в жизни, так и творчестве. Винникотт не щадил себя. Он сам проходил длинный личный анализ, сначала с Джеймсом Стрейчи, а затем с Джоан Ривьер. В этих личных и профессиональных отношениях он постоянно открывал самого себя. Для Винникотта человеческое существо являлось непознанной Вселенной. Человек способен выделить определенные характерные черты и познать себя только через *другого*, о чем он неоднократно говорил в своей статье «Способность быть одному» (1958б). Но к объяснению этого важнейшего человеческого парадокса Винникотт подходил крайне осторожно, руководствуясь собственным клиническим опытом.

Свои первые взгляды в отношении личности человека Винникотт высказал в статье «Маниакальные защиты» на научной конференции Британского психоаналитического сообщества 4 декабря 1935 года. Все эти на первый взгляд незначительные детали я привожу для того, чтобы показать, с какими трудностями (в общении с коллегами-аналитиками) Винникотту пришлось столкнуться с самого начала, когда его просто вежливо игнорировали. Хотя эта работа была написана еще в 1935 году, она увидела свет только через двадцать лет, в 1957 году, что само по себе было довольно странным. Также она вошла в издание данной книги 1958 г. (Глава XI). Уже в этой работе Винникотт занимает достаточно четкую позицию:

> Я сравниваю внешнюю реальность не столько с фантазиями, сколько с внутренней реальностью ... именно в этом отчасти и состоят маниакальные защиты, когда человек не способен до конца признать внутреннюю реальность…Фантазии также отчасти позволяют человеку так или иначе справиться с внутренней реальностью. Можно сказать, что фантазии (я бы воздержался от термина «фантазирование» -

> введен в 1957 году) и мечты позволяют, как ничто другое, манипулировать внешней реальностью. Фантазии о реальности возникают тогда, когда человек пытается полностью контролировать реальность. Человек получает доступ к внешней реальности через свои фантазии о всемогуществе, сформировавшиеся у него в попытке уйти от реальности внутренней.

К этому Винникотт добавляет еще одно важное замечание, сделанное им в 1957 году:

> Определение «психическая реальность» не включает в себя каких бы то ни было фантазий; определение «внутренняя реальность» предполагает существование внутреннего и внешнего, следовательно, некой ограничительной оболочки, – то, что я бы назвал «психосомой».

То, о чем Винникотт говорит в данной статье, более развернуто и подробно было изложено им в его работе «Примитивное эмоциональное развитие» (Глава XII ниже), которая увидела свет ровно десять лет спустя. Здесь Винникотт подробно останавливается на тех трех процессах, которые представляют собой начало внутренней реальности и начинаются очень рано:

> интеграция, индивидуализация, а также ценность времени и пространства и иных свойств реальности, иными словами, реализация.

Далее он поясняет:

> Теоретически можно предположить, что первоначально личность не интегрирована, а в регрессивной дезинтеграции присутствует первичное состояние, к которому и приводит регрессия. Поэтому можно говорить о таком понятии, как *первичная дезинтеграция*.

Итак, на данном этапе Винникотт вновь вводит понятие диссоциации:

> Из проблемы дезинтеграции вытекает другая, связанная с диссоциацией. Диссоциации имеет смысл изучать, как только они возникают. На мой взгляд, при отсутствии интеграции происходит то, что впоследствии может быть названо диссоциациями, возникающими вследствие неполной или частичной интеграции.

Благодаря этим исследованиям у Винникотта формируется окончательное мнение по поводу диссоциации внутренней реальности, о чем он рассуждает в своей работе «Нарушения Эго в понятиях истинного и ложного Я» (1960). Эта статья Винникотта, в которой он рассуждает на самые разные темы, представляется совершенно незаменимой для полного понимания его клинической работы. В данном случае я буду делать акцент только на разграничении Эго-потребностей и Ид-потребностей, ибо это представляло собой революционный сдвиг в смысле акцентов в современном аналитическом мышлении и практике. Вот одна из важнейших его мыслей:

> Следует подчеркнуть то, что, говоря об удовлетворении *потребностей* младенца, я вовсе не имею в виду *удовлетворение его инстинктов*. В изучаемой мной области инстинкты пока еще не определяются как «внутренние». *Инстинкты могут быть в той же мере внешними, что и удар грома или просто удар*. Эго младенца постепенно обретает силу и в результате приходит к такому состоянию, когда Ид-потребности воспринимаются как часть Я, а не то, что связано с окружением. В таком случае удовлетворение-Ид становится очень важным усилителем Эго или Истинного Я; но *Ид-возбуждения могут быть достаточно травматичными, пока Эго еще не в состоянии включить*

> *их*, и пока оно еще не может справиться с подобными рисками, а также фрустрацией, переживаемой тогда, когда происходит удовлетворение Ид.

Далее Винникотт приходит к очень важному выводу в отношении нашей клинической практики, проясняя гипотезу истинного и ложного Я:

> Что касается Ложного Я, в данном случае можно говорить о том, что в нашей аналитической практике *мы способны продвинуться гораздо дальше, признавая небытие пациента, чем работая на протяжении длительного времени с пациентом на основании его механизмов эго-защиты*. Ложная самость пациента может сыграть злую шутку с аналитиком в анализе его защитных механизмов, будучи, так сказать на стороне аналитика в этой игре. И с этой неблагодарной ролью можно эффективно справиться только в том случае, если аналитик обращает внимание и указывает на отсутствие какой-то существенной черты: «У вас нет рта», «Вы вообще никогда не существовали», «Физически вы мужчина, но пока вы и понятия не имеете о том, что значит маскулинность» и так далее. Подобное признание важнейших факторов в нужный момент делает возможной коммуникацию с Истинным Я. Один из пациентов, имеющий довольно обширный аналитический опыт на основе Ложного Я в работе с аналитиком и считающий, что это и было его целостное Я, рассказывал мне: «Единственный раз, когда Я почувствовал хоть какую-то надежду, – это когда вы сказали мне, что не видите никакой надежды и все же будете продолжать анализ».

В данном контексте Винникотт считал, что *фантазирование* может способствовать сохранению у человека Ложного Я. Впоследствии он пришел к убеждению, что классические техники с

акцентом только на интерпретации смысла поведения пациента, с точки зрения бессознательных систем фантазирования, в некоторых случаях острой диссоциации во внутренней реальности могут способствовать ложному Я пациента, проявляясь в разного рода патологиях, связанных с интерпретацией. У Винникотта были веские основания полагать, что все это имеет отношение к реальному клиническому опыту, ибо многие пациенты, на протяжении длительного времени проходящие анализ в той или иной форме, обращались к нему за помощью, и ему часто удавалось изменить весь этот внутренний климат, – что касается чувствительности этих людей, – позволяя им увидеть то, как конкретно у каждого из них проявляются эти диссоциации истинного и ложного Я.

Наиболее важную роль в этом Винникотт отводил воображению, иллюзии и игре в переходной области и пространстве, где берут свое начало и переходят в личностную область (внутреннюю реальность), – которая больше, чем просто фантазирование, – все истинные спонтанные проявления самоактуализации.

ОТ ПЕРЕХОДНОГО ОБЪЕКТА К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ОБЪЕКТА

Гете заметил однажды: «Мне ненавистно все то, что просто является информацией, но никак не позволяет мне развиваться или совершенствовать то, чем я занимаюсь». В каком-то смысле то же самое можно сказать и о чувствительности Винникотта. Он мог учиться у других, только если это еще больше и сильнее пробуждало его собственное Я. Помню, как однажды воскресным утром я позвонил ему, призывая ознакомиться с работой Лионеля Триллинга *Фрейд и кризис нашей культуры*. И вот что он сказал мне: «Масуд, какой смысл просить меня читать что-либо! Если это вызовет у меня скуку, я засну посередине первой страницы, и напротив, если меня что-то заинтересует, я начну все это переписывать». Понятно, он хотел разыграть нас обоих, и надо сказать, он обладал для этого всем необходимым. Но он также говорил правду, а правда постигается человеком через метафоры и парадоксы. Статисти-

ческая точность – это машинное измерение, оно не имеет никакого отношения к человеческим истинам.

Неудивительно, что именно этот человек должен был представить нам концепцию переходных объектов, явлений и пространства. Но низводить его абстракции, взятые им из клинического опыта, до статуса концепций значит исказить весь его стиль мышления. Более точно и правильно было бы назвать их, как говорил Ницше, «направляющей беллетристикой». Но ни одна подобная «направляющая беллетристика» Винникотта не получила такого мгновенного признания, как понятие переходного объекта.

Эти вполне очевидные, на первый взгляд, и понятные вещи имеют под собой сложную клиническую основу.

За время работы в детской больнице Паддингтон Грин и Королевском Госпитале для детей, на протяжении почти сорока лет, Винникотту довелось видеть около шестидесяти тысяч младенцев, детей, матерей, отцов, родителей, бабушек и дедушек. Первое заявление, сделанное Винникоттом в этой связи, можно найти в его работе «Наблюдение за младенцами в определенной ситуации» (Глава IV ниже). Здесь он описывает определенную модель поведения младенца по отношению к ланцету в сеттинге консультирования между ним и матерью. Его мысли по поводу этого феномена представляются мне настолько важными, что я считаю необходимым привести их здесь целиком:

Этап 1. Ребенок прикладывает руку к ланцету, но в этот момент неожиданно понимает, что нужно подумать. Он испытывает затруднение. Либо его рука покоится на ланцете, тело неподвижно, а он смотрит, недоумевая, на меня и на мать, смотрит и ждет; или же, в некоторых случаях, он совершенно теряет интерес и пытается зарыться лицом в блузку матери. Как правило, можно управлять ситуацией, пока ребенок совсем не успокоится, и очень интересно наблюдать постепенное и спонтанное возвращение интереса ребенка к ланцету.

Этап 2. Все это время, в «период колебаний» (как я это называю), ребенок держится прямо (но не ригидно). Постепенно он становится достаточно смелым, – его чувства могут развиваться

и дальше, – а затем картина меняется довольно быстро. Момент, когда первая фаза сменяется второй, совершенно очевиден, так как принятие реальности – желание ланцета – находит свое выражение в определенных изменениях во внутренней части рта, которая становится дряблой, в то время как язык выглядит мягким и одновременно напряженным, а слюна течет обильнее. Вот он уже пытается засунуть ланцет в рот и начать его жевать, или же пытается копировать отца, когда он курит трубку. Просто поразительно, насколько меняется поведение ребенка. Вместо ожидаемой неподвижности теперь мы можем наблюдать уверенность в себе и то, как он свободно движется; последнее связано с манипуляциями ланцетом.

Я часто проводил эксперимент, пытаясь засунуть ланцет в рот ребенка в моменты колебаний. Вне зависимости от того, связано ли это как-то с моим обычным состоянием или же нет, я пришел к выводу, что на данном этапе совершенно невозможно засунуть ланцет в рот ребенка, без применения силы. В некоторых случаях, когда зажим очень сильный, любые попытки с моей стороны засунуть ланцет, приводят к тому, что ребенок начинает кричать, испытывая при этом психические страдания или реальные колики.

Сейчас ребенок, кажется, чувствует, что ланцет полностью принадлежит ему и он может самовыражаться при помощи него. Он стучит им по столу или по металлической чаше, которая находится рядом, создавая вокруг себя сильный шум; или же он пытается засунуть его в рот или в рот матери, и очень радуется, если мы *делаем вид*, что он нас кормит. Определенно, ему очень интересна эта *игра* с кормлением, и он, конечно же, расстраивается, если мы оказываемся настолько глупыми, что просто берем эту штуку в рот, испортив всю игру.

Здесь я бы отметил, что мне никогда не доводилось видеть, что ребенок оказывается разочарован тем, что ланцет, на самом деле, никакая ни пища или контейнер для пищи.

Этап 3. Существует и третий этап. На третьем этапе ребенок роняет ланцет, как будто по ошибке. Если его удается поднять, он снова начинает играть с ним, а потом бросает его вновь, но на сей раз уже неслучайно. Он это проделывает еще и еще, теперь уже

намеренно, всякий раз приходя в неописуемый восторг, пытаясь агрессивно избавиться от него, и особенно ему доставляет удовольствие тот звук от контакта с полом.

В конце этой третьей фазы ребенок предпочитает либо опуститься на пол с ланцетом, пытаясь засунуть его в рот, либо снова начать играть с ним; или же, когда ему совсем надоест, он тянется к любым близлежащим объектам.

Здесь мне бы хотелось особо остановиться на том, что Винникотт называет «периодом колебаний». Ведь даже при беглом взгляде на материал, представленный в работе *Терапевтические консультации в детской психиатрии,* становится понятно, что суть этой игры заключается в том, как Винникотт создает *пространство, переходное пространство*, когда этот «период колебаний» не только совершенно очевиден, но и позволяет ребенку двигаться в направлении творческого самовыражения, а именно: непосредственно игры. Это также очень важное понятие для психоаналитической теории в целом и нашей клинической работы со взрослыми, в частности. Концепция «период колебаний» добавляет нечто новое к классической концепции сопротивления, известной нам по работам Фрейда.

Довольно часто в аналитических работах можно встретить интерпретации сопротивления пациента, в то время как в действительности реальность такова, что пациент находится в «периоде колебаний» или, другими словами, пациент старается найти для себя «ту степень интимности» в аналитической ситуации, когда он сможет постепенно перейти к вербальному или телесному выражению. Концепция «период колебаний» в работах Винникотта напрямую связана со сферой «бесконфликтного Эго» Хартманна (1958).

Винникотт анализирует это и дальше в своей статье «Примитивное эмоциональное развитие» (Глава XII ниже), где, рассказывая о первом опыте малыша с матерью, он говорит:

> С точки зрения ребенка к материнской груди (я бы не стал утверждать, что грудь столь важна как ору-

дие материнской любви) у ребенка присутствуют инстинктивные и хищнические позывы. У матери есть грудь, и она способна вырабатывать молоко. Поэтому периодически у нее могут возникать фантазии, что ей бы хотелось подвергнуться нападению голодного ребенка. Эти два феномена по-прежнему существуют по отдельности до тех пор, пока мать и ребенка *связывает определенный совместный опыт*. Мать, будучи зрелой и физически развитой, должна демонстрировать столь необходимые терпение и понимание ребенку с тем, чтобы именно она создавала те ситуации, которые могли бы привести к успешным связям ребенка с внешним объектом; объектом, который является внешним по отношению к Я с точки зрения младенца.

Я вижу этот процесс как две линии, идущие из противоположных направлений и в какой-то момент способные встретиться. В случае их пересечения может возникнуть некая *иллюзия* – тот незначительный опыт, который ребенок может воспринимать либо как собственную галлюцинацию, либо как нечто, принадлежащее к внешней реальности.

То, что Винникотт в своем введении к работе *Терапевтические консультации в детской психиатрии,* называет «своего рода интимностью», здесь он описывает как отношения, в которых мать и ребенок имеют «*живой и непосредственный опыт вместе*». Также он вводит и некий новый элемент – в игре с ланцетом, а именно: «момент *иллюзии*». Именно в этой конкретной точке он должен предпринять следующий шаг, позволяющий ему сделать некое обобщение между переходным объектом и этими явлениями.

Вообще концепция переходного объекта хорошо известна. Винникотт подробно говорил об этом в своей книге *Игра и реальность* (1971b). Я постараюсь изложить здесь его резюме (специальных качеств в отношениях младенца с переходным объектом).

1. Ребенок получает право на объект, и мы соглашаемся с этим утверждением. Однако, некое «всемогущество» прослеживается с самого начала.
2. Отношение к объекту очень трепетное и нежное, но в то же самое время он способен и изуродовать его.
3. Он должен оставаться неизменным, если только этого не захочет сам ребенок.
4. Здесь мы можем видеть как инстинктивную любовь и ненависть, так и полную агрессию.
5. Тем не менее, ребенку это представляется тем, что дает тепло или движение или какую-то текстуру или же то, что просто покажет ему витальность и реальность.
6. Мы это видим как нечто, происходящее извне, но это не так с точки зрения ребенка. И это также не происходит изнутри; это не галлюцинация.
7. Он должен пройти весь этот процесс «декатексии», чтобы это не забылось совсем, как данное состояние неопределенности. Под этим я понимаю то, что в здоровом состоянии переходный объект не «переходит внутрь» или же связанные с этим чувства совсем не обязательно должны подавляться. Он не забывается и не вызывает чувства утраты. Он утрачивает смысл, и это происходит потому, что переходные явления становятся диффузными, распространяясь по всей территории между «внутренней психической реальностью» и «внешним миром», т.е. областью культуры в целом.

Важно обратить внимание на то, что переходный объект важен не потому, что это вещь; его *предметность* имеет решающее значение, так как это помогает ребенку поддерживать рост и развитие его внутренней реальности, дифференцируя ее с миром не-Я.

Сам Винникотт утверждал, что переходный объект:

> «…не просто ткань или плюшевый мишка в руках у ребенка – не столько объект, сколько использование данного объекта. Мне бы хотелось еще раз обратить внимание на *парадоксальность* в целом использова-

> ния ребенком того, что я называю переходным объектом. Моя цель в данном случае, чтобы данный парадокс принимали и относились к нему с уважением, а не пытались его разрешить. Стремясь к разрозненному интеллектуальному функционированию вполне возможно разрешить данный парадокс, но ценой этого будет потеря ценности самого парадокса».

Винникотт хорошо понимал, что в данной концепции переходного объекта много общего с определенными понятиями в литературе и искусстве.

Например, в кубических коллажах Брака и Пикассо отчетливо прослеживаются качества переходного объекта, когда некие данности сравниваются с тем, что было создано ими, воображаемое – с чем-то найденным в пространстве: то, что мы видим на холсте. Таким образом, возникает некое новое единство и реальность. Точно так же, говоря об эстетике Малларме и Джойса – некое открытие божественного, – здесь мы видим ту же человеческую активность и опыт. Именно поэтому Винникотта впоследствии больше интересовало то, как культура и вся ее сокровищница символов и символической деятельности помогают человеку найти и реализовать себя. Концепция переходного объекта помогла аналитикам пересмотреть психоаналитические принципы, иначе воспринимая роль культуры в качестве позитивного и конструктивного этапа человеческого опыта, а не как повод для критики.

Но самым важным в более поздних работах Винникотта было то, что он начал дифференцировать объектные отношения и использование объекта. В своей статье «Использование объекта» (1969) он дает этому очень краткое объяснение. Вот что он говорит:

> «Объектные отношения можно описать с точки зрения опыта субъекта. Описание использования объекта предполагает анализ природы объекта. Здесь я предлагаю рассмотреть причины, почему, как мне кажется, способность использовать объект является более сложной, чем способность относиться к объек-

там; относиться можно и к субъективному объекту, но использование подразумевает, что объект является частью внешней реальности. Эту последовательность можно наблюдать: (1) Субъект *относится* к объекту. (2) Объект находится в процессе открытия субъектом, а не помещения им в мир. (3) Субъект *разрушает* объект. (4) Объект выживает после крушения. (5) Субъект может *использовать* объект.

Объект всегда разрушается. Это разрушение становится бессознательным задним фоном любви реального объекта; то есть объекта вне зоны всемогущего контроля субъекта.

Анализ данной проблемы предполагает утверждение положительной ценности деструктивности. Деструктивность, плюс выживание объекта после разрушения, помещает объект вне зоны объектов, созданных в результате проективных психических механизмов субъекта. Таким образом, создается мир общей реальности, которую субъект может использовать и которая может возвращать субстанцию – нечто отличное – субъекту».

Данная гипотеза – если говорить о понимании того, что происходит в переносе – довольно сложная и необычная, поскольку она действительно дает некое новое измерение опыта деструктивности в общем клиническом сеттинге. Концепция переходного объекта и дифференциация между отношением к объекту и использованием объекта помогают нам совершенно иначе увидеть на практике и изучить в целом поведение пациента в клинической ситуации. В данном случае отсутствие таких отношений у пациента уже не считается отрицанием отношений, но попыткой перехода от объектных отношений к использованию аналитика в качестве объекта. Здесь мы имеем классическую концепцию переноса, которая скорее рассматривается как повторение ранних объектных отношений и бессознательных фантазий, в большей степени отражающих архаические Ид-импульсы. В клиническом пространстве и

отношениях возникают также новые возможности для творческой и аффективной реализации себя за счет *использования* аналитика как в качестве переходного объекта, так и объекта, который объективен сам по себе. Винникотт делает акцент на том, что в данной области психического функционирования мы имеем, главным образом, «*парадокс и принятие парадокса*: ребенок создает объект, но объект уже находится там, ожидая того, что из него будет что-то создано, и тогда он станет объектом, наделенным психической энергией». С точки зрения переноса это означает то, что аналитик и пациент являются частью более глобального процесса в клиническом сеттинге, в котором каждый из них «создается» и «открывается» другим. В подобной обоюдности и взаимности и возникает некая новая диалогическая динамичность, представляющая собой нечто большее, чем просто объектные отношения в переносе. Винникотт (1970) приводит клинический пример такого «опыта взаимности» из собственного анализа пациентки сорока лет, которая была замужем и имела двоих детей. Она обратилась к нему после шести лет анализа с женщиной-психологом:

«То, что я хотел бы здесь отметить, напрямую связано с потребностью данной пациентки время от времени находиться в контакте со мной. (Она боялась сделать этот шаг с женщиной-аналитиком, опасаясь собственных гомосексуальных наклонностей.)

Были перепробованы самые разные близкие отношения, главным образом связанные с кормлением грудных младенцев и уходом за ними. Случались и эпизоды, связанные с насилием. А однажды она прилегла так, что мне пришлось поддерживать ее голову.

Ничего особенного не происходило, тем не менее, у нее был очень неустойчивый пульс. Пульс был довольно высокий, около 70 ударов в минуту, и мне нужно было что-то предпринять, чтобы так или иначе к этому приспособиться. И вот вся эта *взаимная зависимость* находила свое выражение в незначительных, но постоянных колебаниях. Мы общались друг с другом без слов. Это происходило на том уровне развития, когда от пациентки не требовалась зрелости, ибо она уже обнаружила, что регрессировала до состояния зависимости в той фазе анализа, в которой она оказалась.

Этот неоднократно повторяющийся опыт имеет решающее значение для терапии, а насилие, которое привело к нему, мы только сейчас рассматриваем как некую подготовку и комплексную проверку способности аналитика к применению различных коммуникативных техник раннего детства».

РЕГРЕССИЯ, УПРАВЛЕНИЕ И ИГРА В КЛИНИЧЕСКОМ СЕТТИНГЕ

> Однажды кто-то сказал Ибн аль-Араби: «Ваше окружение – преимущественно нищие, крестьяне и ремесленники. Разве вы не можете найти кого-то поумнее, кто бы мог следовать за вами, и тогда, быть может, ваши учения заслужили бы большего уважения?»
>
> На что тот ответил: «Вне всякого сомнения, это только приблизит День великой скорби, ведь если влиятельные и ученые люди начнут петь мне дифирамбы, совершенно очевидно, что они будут делать это исключительно ради них самих, а не ради нашей работы!
>
> *Идрис Шах, «Мудрость идиотов»*

За всю свою долгую профессиональную жизнь у Винникотта накопились десятки лекций, с которыми он выступал перед профессиональными сообществами социальных работников, детскими организациями, учителями, священниками и т.д. Таким образом, имея возможность беседовать с обычными людьми, которых так волновали все эти вопросы отношений с другими, – будь то дети, взрослые в ситуации кризиса или те несчастные, которые оказались потерянными в мире, – Винникотт испытывал определенное удовлетворение. Отчасти это объяснялось тем, что подобные живые встречи давали ему несравненно больше, чем дебаты со своими высоколобыми коллегами. Кроме того, для него это было своеобразной интеллектуальной игрой, чего он был лишен в привычном психоаналитическом формате. Также Винникотт имел возможность свободно говорить об этом парадоксе, когда людей интересовал скорее уход, чем лечение психически больных людей: будь то дети или взрослые.

Ни в одной другой области исследований потребность в парадоксе не проявлялась столь отчетливо и не характеризовала столь выраженное стремление Винникотта к самооактуализации, как в этих двух стилях клинической работы: с детьми через идиомы игры и в аналитическом лечении взрослых, которых он проводил через долгие фазы регрессии к зависимости в аналитической ситуации. Формату «близости» в рамках терапевтической консультации, со спонтанными жестами и речью в разделяемой с ребенком игре, он противопоставлял непрерывную *поддержку* пациента в регрессии зависимости в аналитической ситуации. *Терапевтические консультации* – ярчайший пример встречи Винникотта с его маленькими пациентами, что неизменно так радовало его. И нигде больше не увидеть такого спокойствия и полного соматического присутствия, как в подобных клинических ситуациях. Только те из нас, кому посчастливилось быть его пациентами и *проходить у него лечение,* могут говорить о том уникальном внимании, которым он обладал: как психическом, так и соматическом.

Первый подробный анализ регрессии до состояния зависимости у взрослого пациента можно увидеть в статье Винникотта «Метапсихологические и клинические аспекты регрессии в психоаналитическом сеттинге» (Глава XXII ниже). Вот его основная теория:

> «... не стоит использовать слово регрессия всякий раз, когда мы сталкиваемся с проявлениями инфантильного поведения. Слово регрессия имеет самые разные значения, которые нам не обязательно здесь принимать. Когда мы говорим о регрессии в психоанализе, мы подразумеваем существование Эго и угрозу хаоса. Здесь есть огромное поле для анализа того, как человек хранит собственные воспоминания, а также некие представления и потенциальные возможности. Как будто бы есть некие ожидания, что могут возникнуть благоприятные условия, оправдывающие регрессию и представляющие новый шанс для дальнейшего развития, – все то, что было бы невозможным или

> трудным из-за первоначальных неудач, связанных с окружением».

Прежде всего, здесь необходимо обратить внимание на фразу «ожидание, что могут возникнуть благоприятные условия, оправдывающие регрессию». Винникотт считал, – и клинический опыт других также доказывает это, – что человек в момент необходимости регрессировать до состояния зависимости никогда не сможет *справиться* с этим самостоятельно, или не сможет обратиться за этой помощью, пока кто-то не почувствует, что она ему столь необходима, и постарается ее оказать. Его работа с так называемыми делинквентными детьми показала ему, как за подобными антисоциальными действиями могут скрываться определенные просьбы и потребности (Винникотт, 1956б). В аналитической ситуации он научился распознавать неспособность депривированного пациента отстаивать собственные потребности, не по причине сопротивления, но из-за того, что он просто не может войти в эту «игру», которую мы называем свободными ассоциациями. Когда-то Фрейд гениально показал то, что неспособность пациента говорить правду связана не с его *отказом*, но бессознательным сопротивлением, и только вскрывая эти источники, мы можем помочь пациенту начать раскрываться. Винникотт добавляет здесь новое измерение, а именно: есть лица, первичное окружение которых было настолько дефицитарным, – о чем они и *должны были* рассказать нам, – что у них самих не оказалось необходимых для этого эго-возможностей (справиться с этим или хотя бы это признать). Они могли только *зафиксировать* это. Следовательно, ответственность аналитика достучаться, *прочитать* и удовлетворить их *потребности*.

В данном контексте Винникотт показывает важную разницу между ролью желаний и потребностей в клиническом процессе:

> Правильно говорить о *желаниях* пациента, желание (например), чтобы его не трогали. В случае с регрессирующим пациентом слово желание будет неверным; здесь правильно будет говорить о *потребности*. Если регрессирующий пациент *нуждается* в спокойствии,

без этого вообще ничего невозможно сделать. Если потребность не удовлетворяется, результатом будет не гнев, но воспроизводство ситуации с проблемами в окружении, что приостановило когда-то процессы роста. Это, в свою очередь, повлияло на способность человека «испытывать желание», и теперь мы можем наблюдать повторное возникновение того, что первоначально вызвало это чувство бесполезности.

Пациент в состоянии регрессии близок к повторному переживанию сновидения и ситуаций, которые он помнит; отреагирование сновидения может помочь пациенту понять для себя наиболее важные вещи, но обсуждение того, что было отреагировано, следует после этого, но никак не может предшествовать ему.

Те коллеги Винникотта, которые обвиняли его в том, что Винникотт сам способствовал подобной регрессии у пациентов, не учитывали этого. Кроме того, Винникот ссылался именно на эту область (неспособность пациента), связанную с проблемами с окружением, которую пациент способен теперь понять, благодаря этому особому «отреагированию» в аналитической ситуации. Таким образом, Винникотт представляет схематическое описание следующих процессов:

1. Предоставление сеттинга, позволяющего человеку почувствовать некую уверенность.
2. Регресс пациента до уровня зависимости, когда он, соответственно, рискует.
3. У пациента возникает новое ощущение Я, и это Я подчиняется общему Эго. Итак, мы имеем некое новое развитие индивидуальных процессов, которые были прекращены когда-то.
4. Освобождение человека из той ситуации, где он испытывал трудности с окружением.
5. С новой позиции силы Эго, гнев, связанный с проблемами с окружением в раннем возрасте, ощущается в настоящем и находит свое выражение.

6. Возвращение из состояния регрессии в зависимость, постепенно и планомерно совершая переход к независимости.
7. Инстинктивные потребности и желания становятся вполне осуществимы.

Винникотт смоделировал некую клиническую ситуацию и связь с регрессирующим пациентом в паттерне, как «Обычная преданная мать» заботится о собственном младенце и ребенке. Это, по определению, накладывает определенную нагрузку на так называемый контрперенос чувствительности, а также возможности аналитика. В своей статье «Ненависть в контрпереносе» (Глава XV ниже) Винникотт подробнее рассматривает этот вопрос. Здесь я приведу только один важный отрывок:

> Если у аналитика будут возникать какие-то грубые чувства, которые вменяют ему в вину, он должен иметь об этом определенное представление и знать, что с этим делать, ибо он должен терпеть эту ситуацию (то, что он оказался в таком положении). Самое главное, он не должен отрицать ненависть у себя. Ненависть, вполне *оправданную* в данном сеттинге, следует отслеживать, не затрагивая пока этой темы, чтобы потом можно было дать соответствующие интерпретации.

Винникотт хорошо осознавал, что это значит – явная неблагодарность пациента в точке регрессии. Поэтому в контрпереносе не следует пытаться дать этому соответствующие интерпретации и следует относиться к этому не с состраданием, но с определенной долей ненависти. Зачастую отказ от ненависти в контрпереносе лишь ухудшает клинические отношения, когда пациент либо начинает испытывать внезапное беспокойство, либо его только запутывают многочисленными интерпретациями, в то время как недееспособность возрастает.

Еще одну особенность качества внимания, которое требуется от аналитика к пациенту в состоянии регресса, лучше всего описать

в терминах того, что Винникотт называл «первичной материнской заботой» (1956a).

> «Если мать достаточно хорошо адаптируется к потребностям ребенка, тогда всевозможные вторжения не так для него страшны. (Конечно же, здесь важны *реакции* на вторжения, но не сами вторжения). Материнские неудачи вызывают определенные реакции на вторжение, и эти реакции мешают «происходящему» с ребенком. Подобное реагирование (излишнее) вызывает не фрустрацию, но *угрозу уничтожения*. На мой взгляд, это очень реальная примитивная тревога, всегда предшествующая любой тревоге, так или иначе связанной со смертью.
>
> Иными словами, основой для формирования Эго будет именно «происходящее», не подверженное влиянию вторжения. Такое «происходящее» возможно только в самом начале, и здоровая мать – на мой взгляд, это совершенно естественно – ближе к концу беременности и первые несколько недель после рождения ребенка находится именно в таком состоянии.
>
> Только если мать действительно обладает столь необходимой чувствительностью (то, о чем я говорил выше), она может себя поставить на место ребенка, таким образом удовлетворяя его потребности. Сначала это телесные потребности, постепенно переходящие в эго-потребности: так и психология возникает в процессе творческой переработки физического опыта. Далее мы можем наблюдать определенную Эго-связь между матерью и ребенком, из которой мать постепенно выходит, а у ребенка, в конце концов, формируется представление о матери, как о человеке. В таком случае признание матери, как человека, происходит естественно в позитивном ключе, а не так, что мать воспринимается как символ разочарования. Неспособность матери адаптироваться к самой ранней фазе

не может привести ни к чему хорошему – лишь уничтожению Я ребенка.

То, что мать делает хорошо, никак не воспринимается ребенком на данном этапе. Это совершенно определенно. Ее неудачи воспринимаются не как материнские неудачи, но как угрозы для его личного существования.

Таким образом, оперируя данными понятиями, первоначальное формирование Эго – процесс не столь ярко выраженный.

Первичная Эго-организация связана с опытом угрозы уничтожения, что, на самом деле, не приводит к реальному уничтожению и здесь всегда есть возможность *спасения*. Из такого опыта уверенности в спасении рождается нечто, что приводит впоследствии к Эго и способности Эго справиться с фрустрацией».

В данном случае я привел цитату полностью, так как в этом простом примере можно увидеть все важнейшие кризисы, с которыми мы сталкиваемся в клиническом лечении пациента в точке его регрессии к зависимости. При этом сбои в аналитической ситуации неизменно связаны не с сопротивлением пациента, а с нашей неспособностью *удовлетворить* потребности пациента. Кроме того, если мы сможем представить своеобразную метафору того, как Винникотт определяет роль матери в чувствительности аналитика к потребностям пациента, в нашем распоряжении будет полезная схема руководства к действию в работе с пациентом.

Всякий раз, когда мы сталкиваемся с потребностью пациента в точке регрессии до состояния зависимости в клиническом сеттинге, от нас требуется скорее *управление*, но не интерпретации. В работе Винникотта можно выделить три основных типа управления:

1. Качество аналитического сеттинга: спокойствие и отказ от вторжений в отношении пациента;
2. Обеспечение аналитиком того, что требуется от пациента: будь то воздержание от вторжений посредством интерпретаций, и / или чувствительное телесное присутствие в его

лице, и / или разрешение пациенту свободно перемещаться и просто быть и делать то, что он хочет;

3. Управление, которое может быть обеспечено только социальной и семейной средой; здесь диапазон широк: от госпитализации до ухода, который обеспечивают близкие (семья и друзья).

Что касается *управления,* то здесь важно отметить то, что речь идет вовсе не о том, чтобы потакать прихотям и желаниям пациента или же избегать удовлетворения его потребности в помощи, лишь успокаивая пациента.

Управление, по сути, есть адаптация к окружающей среде в клинической ситуации и за ее пределами; все то, чего пациент был лишен в процессе его развития, и без которых все, что ему остается, – просто существовать за счет реактивной эксплуатации защитных механизмов, а также его Ид-потенциала. Только тогда, когда управление действительно оказывается эффективным для пациента, интерпретации могут быть полезными. Управление и интерпретации часто неразрывно связаны между собой, поддерживая и оказывая содействие в общем жизненном опыте пациента.

По мере того, как умения и навыки Винникотта совершенствовались, ему уже было проще доводить регрессию до состояния зависимости в символических формах, например, в сновидениях. Очень точный пример этому он приводит в своей статье «Зависимость в уходе за младенцами, детьми, а также в психоаналитическом сеттинге» (1963б). Также он начинает понимать, что то, в чем действительно нуждается пациент, – это фазы регрессии но совсем не обязательно непрерывный регрессивный стиль жизни. Вот что он говорит об этом:

> Я пришел к выводу, что пациенту необходимы такие фазы регрессии до состояния зависимости в переносе (некий опыт полной адаптации к потребностям), в действительности же это связано со способностью аналитика (матери) идентифицировать себя с пациентом (своим ребенком). В подобном *опыте* можно увидеть значительное слияние с аналитиком (матерью),

что дает пациенту возможность жить и выстраивать отношения, не прибегая к проективным и интроективным идентифицирующим механизмам. Затем наступает болезненный процесс отделения объекта от субъекта. Таким образом, аналитик становится отдельной фигурой, за пределами всемогущего контроля пациента. Если аналитик успешно справляется с подобной деструктивностью, связанной с такого рода изменениями, это позволяет родиться чему-то новому, а именно: *использование* пациентом аналитика и начало новых отношений, основанных на кросс-идентификациях. Теперь пациент может представить себя на месте аналитика, и (в то же время) это вполне возможно и неплохо для аналитика в том числе: представить себя на месте клиента в той точке, где он себя ощущает наиболее устойчиво.

Огромная и интенсивная клиническая практика Винникотта (более сорока лет) позволила ему прийти, наконец, к некоему синтезу различных клинических практик и теорий. Он говорит об этом в своей последней книге *Игра и реальность*. Для Винникотта жесткая дисциплина, сдерживание и молчание, необходимые в *проведении* пациента через фазы регрессии к зависимости, а также все то, что связано с управлением, и «своего рода интимность» в ходе консультаций с детьми, где жесты и речь некий обоюдный процесс, – во все этом был один общий момент: *игра*. Винникотт дифференцировал «использование игры» – некую рутинную клиническую практику в детском анализе – и игру «как вещь в себе». И он проводит существенное различие между существительным «игра» и отглагольным существительным «отыгрывание». Две цитаты, которые я бы хотел привести ниже, подтверждают эту основную гипотезу:

Психотерапия – это некое взаимодействие двух областей, связанных с игрой (пациент и терапевт). Психотерапия – это два человека в процессе игры. В

> результате мы имеем следующее: там, где игра не представляется возможной, работа терапевта как раз и состоит в том, чтобы вывести пациента из состояния неспособности играть в состояние игры.

И:

> Все то, что я говорю об игре детей, в той же мере относится и к взрослым, разве что описание в данном случае затруднено, ибо материал клиента представлен, главным образом, посредством вербальной коммуникации. На мой взгляд, игра должна занимать такое же место в анализе взрослых, как и в работе с детьми. Это можно увидеть, например, в выборе направления работы, всевозможных речевых интонациях и чувстве юмора в целом.

Очень важно и обязательно необходимо учитывать то, что игра – это не *техника* для консультаций в терапии. Это всего лишь средство для достижения цели: подойти к тому важному моменту (то, что Винникотт называет «священным моментом») в консультации, когда ребенок и терапевт начинают осознавать истинный характер эмоциональных или психических трудностей, с которыми пытается справиться ребенок, а также сдерживающих его рост и проявление самости. Кроме того, здесь требуется особая психо-соматическая чувствительность, как у Винникотта, чтобы участвовать в подобной игре. Просто подражание может привести к ужаснейшей пародии на то, что Винникотт считал столь мощным по силе и воздействию в психотерапии.

Итак, пока мы только обсуждали клиническую работу Винникотта в той части, которая касается *управления* пациентами, нуждающимися в регрессии до состояния зависимости в аналитической ситуации. Я специально говорю «аналитическая ситуация», а не перенос, потому что здесь есть важное различие, которое мы не должны упускать из виду. Для того, чтобы стал возможен перенос,

пациент, как человек, должен достичь определенного *качества* зрелости (все его процессы, связанные с развитием и зрелостью).

К сожалению, довольно часто аналитики приписывают пациентам способность рассказывать о собственном переносе и использовать его. И в этом можно усмотреть, главным образом, их стремление быть аналитиками, не учитывая возможностей пациента. Случай Марион Милнер (1969) позволяет нам увидеть это. Винникотт в своей работе «Клинические разновидности переноса» (Глава XXIII ниже) говорит об этом очень четко:

> Там, где мы имеем дело с сохранным Эго и аналитик точно знает эти подробности, связанные с уходом за ребенком в раннем возрасте, аналитический сеттинг неважен по отношению к работе, связанной с интерпретациями. (Под сеттингом я подразумеваю все аспекты, связанные с управлением.) И даже в обычном анализе есть некий элемент управления, что признают все аналитики в той или иной мере.
>
> В том мире, который я описываю, сеттинг становится более важным, чем интерпретации. Что касается акцентов, то они постоянно меняются.
>
> Поведение аналитика (то, что я называю сеттингом), когда он достаточно хорошо адаптируется к потребностям, постепенно воспринимается пациентом как нечто, вселяющее надежду на то, что истинное Я способно наконец пойти на риск, начав жить полной жизнью.
>
> В конце концов ложное Я передается аналитику. Это время сильной зависимости, когда риски действительно велики, а пациент правда находится в очень сильной регрессии. (В данном случае под регрессией я понимаю регрессию в состояние зависимости и к ранним процессам развития.) Это также достаточно болезненное состояние, потому что пациент осознает, в отличие от младенца, пребывающего в неведении, все связанные с этим риски. В некоторых случаях это

такая нагрузка для личности, что пациент нуждается в особом уходе на данном этапе. Впрочем, все эти вопросы лучше рассматривать на примере определенных случаев в аналитических сессиях.

Одна из характеристик переноса на данном этапе – то, как мы должны позволить прошлому пациента стать настоящим. Об этом говорится в работе М. Сечехайе «Символическая Реализация». В то время как в неврозе, связанном с переносом, прошлое оказывается здесь и сейчас, в кабинете терапевта, в данной работе более правильно будет говорить о том, что настоящее возвращается в прошлое, и остается прошлым. Таким образом, аналитик сталкивается с первичным процессом пациента в сеттинге, в котором это первоначально происходило.

Далее Винникотт делает следующее резюме:

То, как происходят эти изменения (от опыта нарушений к опыту выражения гнева), – вот что интересует меня больше всего и вызывает удивление. Пациент может воспользоваться неудачей аналитика. Но неудачи неизбежны, и мы вовсе не собираемся быть совершенными; я бы сказал, что с данной категорией пациентов ошибки не так страшны, как в случае с пациентами, страдающими неврозами. Для других может показаться странным (как и для меня когда-то) то, что грубая ошибка порой может причинить мало вреда, в то время как небольшая погрешность привести к катастрофическим последствиям. Дело в том, что неудачи аналитика стоит использовать и рассматривать как прошлые неудачи, а именно: то, что пациент способен осознать и понять, испытывая злость прямо сейчас. Аналитик должен использовать собственные неудачи с точки зрения их значимости для пациента, и он должен, если это возможно, уметь объяснить любую

> неудачу, даже если это предполагает анализ его бессознательного контрпереноса.

Подробный анализ того, как Винникотт помогает пациенту найти себя в аналитической ситуации и выйти из острого шизоидного состояния, как способа существования, к восторженному и живому обмену чувствами, содержится в его анализе одного из случаев под названием «Фрагмент анализа» (1972c). Это практически стенограмма ассоциаций пациента и интерпретаций аналитика.

Именно в данном контексте я бы хотел обсудить более подробно концепцию Винникотта в отношении антиобщественных тенденций (Глава XXV ниже) и их смысла для аналитической техники, так как они представляют собой некий мост между клинической работой с пограничными случаями и тем, что мы могли бы назвать работой с нормальными людьми, которым необходима терапевтическая помощь, потому что они ощущают себя не в своей тарелке и / или осознают, что их жизнь нельзя считать успешной, учитывая их потенциал и способности.

Винникотт подчеркивает, что:

> Антисоциальные тенденции – это *не диагноз*. Вряд ли это можно сравнивать с такими диагнозами, как невроз и психоз. Антисоциальные тенденции можно обнаружить как у нормального человека, так и страдающего неврозом или психозом.

В этиологических детерминантах антиобщественных тенденций Винникотт твердо и ясно дает понять, что:

> В случае с антисоциальными тенденциями всегда имеет место *подлинная депривация* (не просто какие-то лишения); то есть было утрачено нечто хорошее, что являлось позитивным в опыте ребенка до определенного времени, а впоследствии было утрачено (это происходило достаточно длительное время, поэтому уже стерлось у ребенка из памяти). Это и будет исчер-

пывающим определением депривации: как ранний, так и более поздний опыт; как точечная травма, так и устойчивое травматическое состояние; как явная норма, так и совершенная патология.

То, как этот поиск потерянного опыта актуализируется в *проживаемом* пространстве ребенка или взрослого, Винникотт объясняет следующим образом:

В антисоциальной тенденции всегда можно выделить две тенденции, хотя акцент иногда делается больше на одной, чем на другой. Одна тенденция – воровство, а вторая –

деструктивность. В *первом* случае – это поиск чего-то необходимого в самых разных местах, и если это не получается, человек начинает искать где-то еще. Во *втором* – ребенок ищет такое стабильное окружение, которое сможет выдержать это напряжение, связанное с импульсивным поведением. Это поиск стабильного окружения, некогда утраченного, человеческое отношение, позволяющее человеку (поскольку он может на это полагаться) действовать и идти вперед.

В частности, (именно вторая тенденция) ребенок провоцирует общие реакции окружения, как будто постоянно стремясь расширить привычные рамки, это своеобразная цикличность, и примером здесь, прежде всего, могут быть материнские руки или материнское тело. Мы можем различать – материнское тело, материнские руки, родительские отношения, дом, семья, включая двоюродных братьев и сестер, а также близких родственников, школа, привычная нам местность, страна с ее нормами и законами.

При рассмотрении нормы (в терминах индивидуального развития) и первых антисоциальных тенденций я всегда стараюсь не забывать об этих двух тенденциях: поиск объекта и разрушение.

Я отдаю себе отчет в том, что цитирую Винникотта слишком часто. Однако, здесь я бы сказал точно так же, как когда-то заметил мне покойный Хайнц Хартманн: «Всякий может ссылаться на мои работы, но мало кто читал их». Некоторые концепции очень коварны в своей простоте. Где-то услышав о них, человек может считать, что уже понял их истинный смысл и значение. Но так бывает далеко не всегда.

В этой связи Винникотт пытается понять следующее:

> Возможно ли как-то объединить эти две тенденции: воровство и деструктивность; поиск объекта и то, что его провоцирует; либидозные и агрессивные компульсивные действия? Мне кажется, что в ребенке уже присутствуют как одна, так и другая тенденция; и что это и есть некая *тенденция к самопомощи*, а именно: положить конец слиянию симптомов.
>
> Когда в момент первоначальной депривации имеет место слияние агрессивных (или моторных) первооснов с либидинозными, ребенок демонстрирует матери самые разные чувства (воровство – боль – баловство), в зависимости от того этапа эмоционального развития, на котором он находится. В случае меньшего слияния поиск объекта ребенком и агрессия не так связаны между собой, и у ребенка большая степень диссоциации. Это позволяет нам предположить, что *деструктивность антисоиального ребенка – одна из важнейших составляющих,* но также и *благоприятная черта,* еще раз свидетельствующая о восстановления утраченного слияния либидинозных и моторных импульсов.
>
> В обычном уходе за ребенком матери постоянно приходится иметь дело с деструктивностью ребенка. Например, во время кормления грудью молока может капать ей на колени. На более поздних этапах это может выглядеть как мгновенный регресс в сон или же ребенок может неожиданно проснуться и сходить в

туалет. В случае ярко выраженных подобных признаков (показатель деструктивности), это может указывать на определенную степень депривации и антисоциальные тенденции.

К антисоциальным тенденциям можно отнести воровство и ложь, недержание мочи и беспорядочное поведение в целом. Несмотря на то, что каждый симптом имеет свой особый смысл и значение, общим фактором (в том, что я пытаюсь описать как антисоциальные тенденции) будет *показатель деструктивности, имея в виду данные симптомы*. Ребенок пользуется этим (деструктивность), и это не случайно. Большинство мотиваций неосознанны, но это совсем не обязательно.

Вскоре после этого Винникотт делает вывод, который оказывается важнейшим в диагностике истинной природы затруднения пациента в аналитической ситуации:

Иногда говорится и о том, что мать, очевидно, потерпела неудачу в адаптации к потребностям собственного ребенка. Но разве это не ошибочная идея, в основе которой лежат Ид-потребности, а не потребности Эго? Мать, очевидно, так и не смогла удовлетворить инстинктивные потребности ребенка, но возможно она действительно преуспела в том, чтобы не «покинуть ребенка в беде», в обеспечении его Эго потребностей до тех пор, пока у ребенка не сформируется интроецированный образ эго-поддерживающей матери, сохраняя эту интроекцию, несмотря на неудачи Эго в поддержании реального окружения.

Таким образом, Винникотт приходит к следующему выводу:

Есть один момент, на котором мне бы хотелось остановиться отдельно. В основе антисоциальных тенден-

ций – хороший ранний опыт, который был утрачен. Безусловно, это *очень важный параметр, ибо ребенок теперь уже сам способен осознать, что причина катастрофы в окружении (нарушенные отношения).* Здесь очень важно правильное понимание того, что причина депрессии или дезинтеграции является внешней, а не внутренней. Именно этим и объясняются личностные нарушения и стремление к исправлению ситуации, стараясь найти новое окружение. Зрелость Эго, делающая возможным такого рода восприятие, является определяющим фактором в появлении антисоциальных тенденций, а не психоза. На ранних этапах родители могут вполне успешно справиться с разного рода антисоциальными компульсивными влечениями. Однако, дети, демонстрирующие антисоциальное поведение, постоянно что-то делают (бессознательно или руководствуясь какой-то бессознательной мотивацией) для того, чтобы получить эту поддержку, при этом она оказывается им совершенно бесполезной.

Очевидно, период первоначальной депривации – это такой период, когда у младенца или маленького ребенка Эго находится в процессе слияния либидинозных и агрессивных (или моторных) первооснов Ид. В благоприятные периоды ребенок:

Способен воспринимать новый сеттинг, в котором он видит для себя определенную надежность. Переживает влечения, которые можно назвать поиском объекта. Признает то, что могут последовать жесткие санкции, поэтому рассчитывает на окружение, которое должно спасти его от опасности и помочь справиться с трудностями. Если подобная ситуация будет продолжаться и дальше, окружение еще и еще раз должно пройти следующую проверку: способность выдерживать агрессию, предотвратить или исправить деструктивные последствия, справиться с трудностя-

> ми, признать позитивную составляющую антисоциальных тенденций, обеспечить и сохранить объект (искомый и найденный).

Я привожу здесь настолько подробно гипотезу Винникотта об антисоциальных тенденциях по одной простой причине: именно это помогло мне изменить весь мой стиль отношения к пациентам в аналитическом сеттинге, увидев в совершенно ином свете то, что обычно считается сопротивлением или негативной терапевтической реакцией. Именно клинический опыт позволяет мне *предлагать* (обещать) своим пациентам: пространство, время и предоставление им возможности высказать свою боль и лишения в идиоматической форме, насколько они способны это сделать, наряду с этим требуя от них жесткого соблюдения наших принципов, что позволит построить беседу в совершенно ином ключе, о чем они не имели представления прежде. Исследования Винникотта углубляют и расширяют терапевтическую задачу, унаследованную нами от Фрейда, а именно: создать атмосферу, в которой *другой,* исходя из его потребностей и недееспособности, сможет постепенно расти и научится проверять и испытывать на собственном опыте все то, что сдерживалось ранее, было болезненным и неудачными попытками оказать помощь самому себе; и тогда это перейдет в истинную способность доверять другим и самому себе, без угрозы уничтожения или тайного сговора, крайних форм *диссоциации от истинного Я*.

Фрейд обратил внимание на то, что каждый симптом содержит в себе желание реализации; но Винникотт пошел еще дальше, показывая, как в любом антисоциальном поведении содержится утверждение о неудовлетворенной потребности с самого начала.

В статье «Делинквентность как знак надежды» (1973), опубликованной уже после смерти Винникотта, он показывает существенную разницу:

> На данном этапе необходимо увидеть то, что речь идет о двух аспектах одного и того же явления, а именно: антисоциальные тенденции. Первый аспект

связан с отношениями между маленьким ребенком и матерью, а второй – с его последующим развитием; и здесь мы уже имеем отношения ребенка с отцом. Первый – это касается всех детей, второй – в большей степени мальчиков. Первый связан с тем фактом, что мать в процессе ее адаптации к потребностям маленького ребенка позволяет ребенку творчески находить объекты. Она приглашает его творчески исследовать мир. Если же ей это не удается, ребенок теряет контакт с объектами, также утратив способность творчески находить что-либо. Когда к нему возвращается надежда, ребенок старается протянуть руку и украсть объект. Это компульсивное действие, и ребенок не понимает, почему он это делает. Часто ребенок оказывается в совершенной растерянности из-за собственного компульсивного желания сделать что-либо, когда он сам не знает, зачем он это делает. Естественно, украденная в Вулворте авторучка не приносит никакого удовлетворения; то, что он ищет, – вовсе не объект; в любом случае *для ребенка важна именно способность искать, но не сам объект*. Тем не менее, в моменты, когда у него случаются проблески надежды, он может испытывать некоторое удовлетворение. Украденное из сада яблоко – в большей степени пограничное состояние. Оно может быть спелым и очень вкусным, но вполне возможно и то, что ребенку просто интересно покидаться им в садовника. С другой стороны, яблоко может оказаться зеленым, и тогда у ребенка заболит живот; или же у него уже может не возникнуть желания съесть украденное, и тогда он просто выбрасывает это яблоко; или же, возможно, он организует процесс кражи, не рискуя при этом сам (перелезть через забор).

Во всей этой цепочке мы можем видеть переход от естественной шалости к антисоциальным поступкам.

Характерной чертой невротических симптомов является то, что они содержат в себе конфликт. И, напротив, в антисоциальном поведении мы видим стремление личности объективизировать и эстериоризировать чуждые элементы Эго (Winnicott 1972b). В этой связи невротику не требуются свидетели, в то время как человеку, который может испытать нечто, волнующее его, только через отыгрывание, всегда необходимы свидетели. Это создает весьма специфические проблемы с точки зрения аналитического процесса и ситуации в целом. Конфиденциальность аналитической ситуации и процесса переноса соответствует потребности невротика сообщить о том, что он сам себе свидетель. Но дело в том, что антисоциальные тенденции, с мириадами едва уловимых поведенческих проявлений, требуют от аналитика быть в состоянии расширить диапазон, пространство и объем аналитической ситуации и процесса, чтобы включить туда все эти важные переживания, которые будут происходить, следуя их внутренней логике, за пределами аналитической ситуации. Только терпимость к этому факту позволяет нам доверять своим пациентам в том, что они могут и будут воспринимать аналитическую ситуацию и отношения в символической форме. Подавленные желания достаточно просто могут найти свое выражение в символических процессах, в то время как депривированной потребности необходима актуализация еще до того, как начнется символический процесс. Именно благодаря Винникотту мы научились видеть эту разницу в клиническом сеттинге. Он подробно останавливается на этом в своей статье «Классификация: психоаналитический вклад в психиатрическую классификацию?» (1959). Итак, Винникотт резюмирует данную классификацию следующим образом:

> В процессе эмоционального развития любого человека можно выделить три полюса: на одном полюсе мы имеем наследственность; на втором – окружение, которое поддерживает или же, напротив, травмирует; а посередине – жизнь человека, его защитные механизмы и рост. В психоанализе мы как раз имеем дело с жизнью человека, его защитными механизмами и

> ростом. Однако, в классификации мы стараемся обращаться к общей феноменологии. Поэтому наиболее правильным здесь будет прежде всего классифицировать окружение и только потом переходить к классификации защитных механизмов человека, и в самую последнюю очередь – к наследственности. Наследственность связана, главным образом, с естественной склонностью человека к росту, интеграции, определенному отношению к объектам, зрелости.

В своей статье «Страх крушений» (1974) Винникотт приходит к следующему заключению относительно столь важного вопроса о личностных нарушениях в случае психотических проблем. Итак, он говорит о том, что:

> Было бы неправильно считать психотическую проблему крушением, это всего лишь защитная организация, сравнимая с примитивной агонией, и, как правило, она вполне успешная (кроме случаев, когда окружение, призванное облегчать процессы, на самом деле оказывалось не органичным, но провоцирующим, быть может самое худшее, что только возможно).

и далее он приходит к следующему выводу:

> Я убежден в том, что клинический страх крушения – *это страх крушения, испытанного человеком однажды*. Это страх первоначальной агонии, что и вызвало эту защитную организацию, которую пациент представляет, как синдром болезни… Точно так же можно рассматривать и стремление человека к небытию. Тогда мы сможем увидеть то, что небытие также отчасти защитный механизм. Личное бытие включает в себя различные проективные элементы, а человек пытается проецировать все, что может иметь личный характер. Это может быть довольно непростой защитный

механизм, и цель здесь – избежать ответственности (в состоянии депрессии) или преследования (так бы я назвал стадию самоутверждения, т.е. стадию, когда *я совершенно не принимаю то, что не имеет ко мне отношения*. Всем известная детская игра «Я король в замке, а ты подлый негодяй» – лучшая тому иллюстрация).

В религиях эта идея может найти свое выражение в концепции единения с Божественным или со Вселенной. Мы уже могли видеть, что подобные защиты неоднократно оспаривались представителями экзистенциального направления, культивирующих бытие и воспринимающих в штыки любые тенденции к небытию (подобные защитные механизмы как раз можно отнести к этой категории).

Но во всем этом можно найти и положительную составляющую, а именно: то, что не является защитой. Можно сказать, что *бытие черпает свои истоки в небытии*. Удивительно, насколько быстро (возможно еще до рождения, но точно во время родов) могжет быть запущен процесс осознания Эго (раннее Эго). Но человек не может взять за основу именно это Эго, если это происходит в отрыве от психосоматического опыта и первичного нарциссизма. Именно здесь начинается интеллектуализация Эго-функций. Можно отметить, что это достаточно длительный процесс, происходящий задолго до появления того, что может называться Я.

СОЗИДАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС И СТАНОВЛЕНИЕ ЛИЧНОСТИ

Кто счастлив, тот и прав
Граф Лев Толстой.

Винникотт был счастливым человеком. Единственный сын в семье, его совершенно боготворили родители и две старшие сестры. Семья Винникоттов принадлежала к обеспеченному среднему классу, а отец Винникотта, сэр Фредерик Винникотт, был мэром города Плимута. Винникотт рос милым и послушным ребенком, делающим блестящие успехи в школе. Но неожиданно он скатывается по успеваемости в школе и заваливает годовой экзамен. Тогда ему было девять лет.

Винникотт также занимался легкой атлетикой. В соревнованиях по бегу в школе он занимал призовые места и был рад любой физической активности. Хотя в последнее десятилетие жизни Винникотт производил впечатление физически хрупкого человека, у него всегда был неисчерпаемый запас жизненных сил и до последних дней он оставался невероятно мобильным. Винникотт всегда был *на колесах*: в детстве на велосипеде, в подростковом возрасте – на мотоцикле, впоследствии – на автомобилях. Мы должны знать эти простые факты, чтобы оценить то, что заставило Винникотта заниматься той клинической работой, которая нам известна, принимая во внимание его невероятное терпение и уравновешенность. Его интересовали совершенно разные области, при этом нельзя сказать, что ему были чужды страдания, но он неизменно относился ко всему с определенной долей юмора.

Величайшим достижением Фрейда было изменение статуса психиатрического пациента: не просто странное существо с позиций медицины, но человек, наделенный правом и желанием рассказать о своих проблемах, чтобы его поняли и, возможно, помогли в решении этих проблем. В теории Фрейда затрагивались исключительно вопросы постижения природы психических и инстинктивных процессов, повлекших за собой формирование симптомов. Фрейд априори относился к пациенту, как человеку. Надо признать тот факт, что климат нейрофизиологических исследова-

ний в конце девятнадцатого века способствовал тому, что Фрейд представил концепцию человеческой психики и ее функционирование, взяв за основу модель машины: отсюда его теории психического аппарата, энергетические катексисы и интрапсихические структуры, где он схематически изобразил Эго, Ид и Супер-эго; плюс топографическая схема сознательного, предсознательного и бессознательного. Ни одна из этих концепций не утратила силу и спустя семьдесят лет после их возникновения. Но принимая во внимание многообразие клинических случаев – начиная от пограничных случаев и заканчивая психозами, – потребность в новых гипотезах в дополнение к существующим гипотезам классического психоанализа стала очевидной и актуальной.

Винникотт, безусловно, входил в число тех четырех аналитиков, – среди которых были Мелани Кляйн, Хайнц Хартманн и Эрик Эриксон, – которые представили совершенно новые концепции, что позволило углубить и расширить диапазон классической психоаналитической концептуальной теории.

Прежде всего Винникотт был педиатром, и на мой взгляд он единственный из тех (аналитиков), кто наряду с клинической работой проводил терапевтические консультации с детьми, параллельно занимаясь анализом со взрослыми пациентами. Так что вполне объяснимо, что самое пристальное внимание он уделял таинству этих отношений: мать-младенец. В своем докладе на конференции Британского психоаналитического сообщества в 1940 году Винникотт поразил коллег следующим утверждением:

> *Нет такого понятия, как младенец*, конечно же, имея в виду то, что говоря о младенце, мы подразумеваем материнскую заботу, а без материнской заботы не было бы и младенца.

Я вовсе не собираюсь представлять здесь хронологический отчет о том, как развивалась теория Винникотта – отношения между матерью-младенцем. Скорее мне бы хотелось выделить некоторые ключевые концепции для дальнейших комментариев. Итак, я бы начал с одного из выводов, сделанных им в работе «Теория роди-

тельско-детских отношений», представленной на 22-м Международном психоаналитическом конгрессе в Эдинбурге в 1961 году. Три главных утверждения Винникотта сразу же позволяют нам понять его точку зрения:

В психоанализе, насколько нам известно, нет такой травмы, с которой бы человек не мог справиться. Все, в конечном счете, проходит эго-контроль и связано со вторичными процессами .... В младенчестве же, напротив, с младенцем случаются как хорошие, так и плохие вещи, которые он не в состоянии контролировать. На самом деле младенчество – это такой период, когда способность отбора внешних факторов, попадающих в область всемогущества младенца, находится в процессе формирования. Эго-поддержка со стороны матери позволяет младенцу жить и развиваться, несмотря на то, что он сам пока еще не в состоянии контролировать или чувствовать себя ответственным за то, что хорошо или плохо в его окружении… Парадокс заключается в том, что как хорошее, так и плохое в среде младенца на самом деле не является проекцией, но, несмотря на это, все равно необходимо, – если мы хотим, чтобы младенец нормально развивался, – чтобы все казалось ему проекцией. Здесь мы как раз имеем принципы всемогущества и удовольствия в действии, так как это, безусловно, происходит в раннем детстве; и к этому наблюдению мы можем добавить то, что признание истинного «не-я» – это вопрос интеллекта; для этого личность должна быть очень развитой и зрелой.

Для Винникотта парадоксальность отношений мать-младенец заключается в том, что окружение (мать) *делает* возможным *развитие* Я младенца. Винникотт был первым среди аналитиков, кто отметил сей очевидный факт, что мать холит, получает удовольствие и *создает* своего ребенка: не только соматически внутри собственного лона, но и на ранних фазах нахождения и реализации врожденных *данностей* (способностей) младенца, что и будет определяющим *в свое время*: кем он станет.

В задачах, которые ставил перед собой Фрейд, – понимание конфликтных эмоциональных, психических и инстинктивных переживаний взрослого пациента, – акцент, по определению, был сделан на тревоге и всех этих защитных механизмах возникшего

Эго, которое, вне всякого сомнения, должно справиться с кризисами развития и вступления во взрослую жизнь. Поэтому Фрейд рассматривал Эго как своеобразную борьбу двух тиранов: инстинктивных желаний и внешней реальности, а также стремления сделать все возможное, чтобы обеспечить собственный рост и выживание.

Винникотт придерживался совершенно иной точки зрения. Он принимал *реальность* в качестве союзника текущих процессов созревания у ребенка и исследовал с особым пристрастием характер установок окружения (и материнских) для дальнейшей персонификации инстинктивного и психического потенциала младенца в его Я.

Суть опыта младенца заключается в его *зависимости* от материнской (окружения) помощи. Для Винникотта человеческий ребенок «не может являться исключением при определенных условиях». Кроме того, он считал, что «врожденный потенциал младенца не сможет развиться, если мать не будет заботиться о нем». Основная концепция Винникотта: то, что должна предоставить мать на данном этапе в уходе за ребенком, – это *холдинг*.

Функция *холдинга* является естественной для матери, учитывая ее первичную материнскую поглощенность (Глава XXIV ниже) и основана на материнской эмпатии, а не на понимании. Винникотт определяет три этапа *зависимости* младенца в фазе *холдинга*:

1. *Абсолютная зависимость*. В этом состоянии ребенок не имеет возможности узнать о материнской заботе, которая в значительной степени проявляется лишь в профилактических мерах. Он не может контролировать, что было сделано хорошо или плохо, но только получать удовольствие или испытывать разочарование.
2. *Относительная зависимость*. Здесь ребенок уже начинает осознавать необходимость материнской заботы; в большей мере это может касаться его личного импульса, и только потом, в ходе психоаналитического лечения, он может воспроизводить их в переносе.

3. *На пути к независимости*. Какие-то вещи младенец учится делать самостоятельно без посторонней помощи. Это достигается за счет накопленных воспоминаний о помощи, проекции личных потребностей и интроекции деталей, связанных с уходом, с еще большей уверенностью в окружающей среде. Здесь необходимо добавить элемент интеллектуального понимания, что конечно же очень важно.

Далее Винникотт добавляет две концепции, которые представляются ему важными в понимании раннего развития ребенка. Для большего понимания я привожу этот отрывок полностью:

> Другой феномен, на котором следует остановиться отдельно на данной фазе, – это сокрытие ядра личности. Рассмотрим понятие центрального или истинного Я. Можно сказать, что центральное Я – это наследуемый потенциал, который испытывает на себе всю непрерывность бытия, а также приобретение (уникальный и неповторимый процесс для каждого человека) личной психической реальности и личной схемы тела. Таким образом, отделение этого центрального Я можно считать показателем здоровья.
>
> Любая угроза такой изоляции истинного Я представляет серьезную тревогу на этой ранней стадии, а защитные механизмы в самом раннем детстве нахоят свое выражение в связи с отказами со стороны матери (или в материнской заботе) предотвратить посягательства, которые могли бы нарушить эту изоляцию.

Десять лет спустя Винникотт в письме (1971c) к своей французской переводчице, Джаннин Калманович, дает следующее определение Я:

> Для меня Я, которое не является Эго, – это человек, который и есть я и только я, представляющий собой некую целостность, в основе которой лежали процес-

сы созревания. В то же самое время Я имеет части и, в действительности, состоит из этих частей.

Эти части соединяются (внутреннее-внешнее направление) в процессе созревания, чему, очевидно, способствует (максимально в начале) среда человека, которая поддерживает, управляет и содействует. Я ощущает себя естественно в теле, но в некоторых обстоятельствах может оказаться диссоциированным от тела в глазах и выражении лица матери и в зеркале, которое может отражать лицо матери. В конце концов Я выражается в важных связях между ребенком и различными идентификациями, которые (после включения и интроекции психических представлений) оказываются организованными в форме внутренней психической реальности. Отношения между мальчиком или девочкой и его или ее внутренней психической организацией претерпевают изменения в соответствии с ожиданиями, которые демонстрируют им отец и мать, а также прочие значимые другие во внешней жизни человека. Именно Я и жизнь этого Я представляются важными (какие-то действия или просто жизнь) у каждого отдельно взятого человека, который уже вырос и продолжает расти дальше, переходя от зависимости и незрелости к независимости, а также способности идентифицировать себя со зрелыми объектами любви, не утрачивая при этом индивидуальной идентичности.

Я уже говорил ранее о концепции Истинного и Ложного Я Винникотта. В данном случае я хотел бы остановиться на его концепции *отражения*, поскольку именно эта концепция значительно меняет представление о защитных механизмах в классической концепции, а также вносит коррективы в то, о чем говорили представители кляйнианской школы, а именно: роль тревоги в раннем детстве. Винникотт впервые подробно рассматривает типы *отражения*, с которыми неизбежно сталкивается ребенок в своей

статье «Воспоминания о рождении, травма рождения и тревога» (Глава XIV ниже). Один из важнейших факторов, по Винникотту, позволяющий понять более общий контекст, заключается в том, что «человеческий организм» (сначала фаза плода, а потом – младенчество) попадает в хорошо приспособленную для этого атмосферу заботы окружающей среды. Конечно же, это идеальное соотношение. В то же самое время Винникотт отмечает и последующие неудачи, что отражается соответствующим образом на новорожденном, проявляясь в *непосредственном* процессе роста и созревания. И даже так называемая травма рождения переживается именно потому, что плод уже действительно готов перейти в состояние «младенца». Хотя Винникотт утверждает:

> Как отмечал Фрейд – далее это станет понятно, – опыт рождения не имеет ничего общего с каким-либо осознанием сепарации от тела матери. Мы можем постулировать определенное состояние сознания нерожденного ребенка. Я думаю, мы можем говорить о том, что все идет как надо, если Эго ребенка развивается одинаково спокойно как в эмоциональном, так и физическом плане. Конечно же, эмоциональное развитие начинается задолго до рождения, и вполне вероятно, что еще до рождения у ребенка можно наблюдать тенденции к неправильному и нездоровому эмоциональному развитию; в здоровом окружении некоторые нарушения в какой-то степени считаются ценными раздражителями, но в остальном они совершенно бесполезны, так как могут вызывать обратную *реакцию*. На этой самой ранней стадии развития еще нет достаточной силы Эго, чтобы была возможна реакция без потери идентификации.

Но здесь Винникотт обращает внимание на то, что:

> ...В естественном процессе *опыт рождения можно считать гипертрофированным примером чего-то уже*

> *известного младенцу*. В процессе родов ребенок представляет собой своеобразный реактор, и главное для него – это среда; впоследствии, уже после рождения, происходит возврат к ситуации, когда прежде всего важен младенец. В норме ребенок готов еще до рождения к отражению реакций окружения, и у него уже имеется опыт естественного возвращения из состояния реагирования в состояние нереагирования. Это и есть то единственное состояние, в котором может развиваться Я.
>
> В целом, это все, что я могу сказать о естественном процессе рождения. Это временная фаза реагирования, поэтому утрату идентичности можно считать главным примером того, к чему уже был подготовлен младенец, а именно: вмешательство в его личное «движение вперед», не столь мощное или продолжительное по времени, учитывая его непрерывные личностные процессы.

Следовательно, *рождение* не стоит считать отражением, если «активная адаптация окружения» соответствует его потребностям, или если быть еще более точным, это не является отражением, приводящим к нарушению текущего процесса: «*в нетравматичном рождении реакция на отражение, что влечет за собой рождение, не превышает той, к которой уже готов плод*».

Наряду с концепцией отражения, по мнению Винникотта, следует отметить «необходимость реагирования», ибо последнее является определяющим, если это будет повторяется, в укоренении фальшивой организации Я: «у младенца, испытывающего нарушения из-за того, что он вынужден реагировать таким образом, оказывается нарушенным само *бытие*» (Винникотт, 1972б). Суть данного аргумента Винникотта в том, что:

> Для того, чтобы у ребенка сохранился определенный образ жизни с самого начала, ему требуется *минимальное* отражение со стороны окружения, спо-

> собное вызвать дальнейшие реакции. Любой человек старается пройти этот этап нового рождения, когда реагирование не столь сильно отражается на его жизни, что может переживаться им без утраты чувства непрерывности личного существования. Психическое здоровье человека закладывается матерью, которая способствует активной адаптации ребенка, будучи преданной ему. Предполагается, что мать достаточно расслаблена и понимает, что значит индивидуальный путь в жизни ребенка, опять же благодаря ее способности к идентификации с младенцем. Эта связь между матерью и младенцем начинается еще до рождения ребенка и продолжается в некоторых случаях в процессе родов и после. Как я это вижу, травма рождения представляет собой прорыв в непрерывности бытия ребенка, и когда этот прорыв важен, путь, в котором происходит это отражение, а также реакции младенца на него, становятся в свою очередь значимыми факторами, неблагоприятными для развития Эго. Таким образом, травма рождения по большей части представляется достаточно важной и в значительной степени определяет общую тенденцию к ребефингу. В некоторых случаях этот неблагоприятный фактор настолько значителен, что у человека не остается никаких шансов (кроме ребефинга в ходе анализа) на естественный рост в эмоциональном развитии, даже если сопутствующие внешние факторы позитивны.

Согласно Винникотту важны именно реакции на отражения, а не отражения как таковые. Неспособность матери адаптироваться к потребностям ребенка приводит к «фазам реагирования на отражение, и эти реакции прерывают *текущее бытие* младенца. Избыток подобной реакции вызывает не фрустрацию, но *угрозу* уничтожения». Это особое воздействие тревоги, по Винникотту, представляет реальную затруднительную ситуацию для пациента в регрессии до состояния зависимости.

В своей статье «Агрессия по отношению к эмоциональному развитию» (Глава XVI ниже) Винникотт затрагивает весь этот спектр *реагирования на отражение* применительно к моторике и возникшему опыту агрессии. Итак, он приводит три модели подобного опыта:

> В первой модели среда постоянно познается и открывается вновь благодаря общей подвижности. Здесь любой опыт в рамках первичного нарциссизма говорит нам о том, что человек находится в самом центре, так как он развивается, а его контакты с окружающей средой – это *индивидуальный опыт* (первоначально в этом недифференцированном Эго-Ид состоянии). Во второй модели среда отражает нечто на плод (или ребенка), и вместо индивидуального опыта мы можем видеть целый ряд *реакций отражения*. Здесь мы можем видеть отказ от отдыха, что делает возможным индивидуальное существование. Тогда уже подвижность воспринимается как реакция на отражение.
>
> В третьей модели, самой последней, это гиперболизировано настолько, что в индивидуальном опыте не остается даже места для такого отдыха, и как следствие происходит сбой в первичном нарциссическом состоянии, что не позволяет человеку развиваться дальше. Тогда уже в развитии «человека» происходит скорее расширение оболочки, а не ядра, а также расширение отражающей среды. То, что осталось от ядра, оказывается сокрытым, и это очень трудно найти даже в самом глубинном анализе. Тогда индивид *существует так и найденный*. Его истинное Я сокрыто, а то, с чем мы имеем дело клинически, лишь совокупность *ложного Я*, функция которого по-прежнему заключается в сокрытии этого истинного Я. Ложное Я может быть условно общество-синтонным, но отсутствие истинного Я дает нестабильность, которая становится тем более очевидной, чем дальше общество пребывает

в ложном убеждении, что ложное Я – это и есть истинное Я. В таком случае пациент жалуется на это ощущение бесполезности.

Винникотт считал, что именно агрессивное влечение приводит ребенка к открытию «*Не-я* объекта или объекта, который воспринимается как внешний».

В своих исследованиях Винникотт, анализируя реакции на отражение, переходит также к обсуждению роли *иллюзии* и Переходного Объекта. Он прямо говорит об этом в своей статье «Психозы и уход за ребенком» (Глава XVII ниже). Не имея возможности прибегать к иллюзиям, младенец не сможет установить контакт между психикой и окружающей средой.

Таким образом, Винникотт постепенно приходит к пониманию того, как материнской среда (наиболее ранние проявления), – создавая иллюзии и переходные объекты в жизни младенца, – напрямую связана с творческим использованием взрослым неких *данностей* культуры. Более подробно он излагает это в своей статье «Место культурного опыта» (1971b).

ОДИНОЧЕСТВО И ИНТЕРЕС К КУЛЬТУРНОМУ ОПЫТУ

Я по-прежнему глубоко убежден в том, что людей, близких мне, – за редкими исключениями, – их невероятно много.
Фрейд Саломе (28.7.1929)

Возьмем на себя смелость заглянуть под маску!
Св. Джон Перс: Амерс.

Стремясь заглянуть в самое сердце человека, Фрейд неизменно находил там достаточно жалкое существо. Он старался проанализировать все то, что представляет собой уникальное творение человека, человеческая культура, и всюду сталкивался с разного рода «недовольством» и уловками (Freud, 1930). Невозможно было отрицать горькую правду утверждений Фрейда. И все же в чело-

веческой жизни есть нечто большее, чем просто принятие «общих несчастий» (Freud, 1895) и разочарований. Имея совершенно иной культурный и религиозный опыт, хотя и оперируя порой терминологией Фрейда, Винникотт совершенно иначе подходил к человеческой ситуации в жизни. В самой уязвимости человека Винникотт видел его истинный потенциал отношений с другими, –начиная от потребностей и заканчивая желаниями, – а не только в автономном удовлетворении неотложных Ид-импульсов, соприкасаясь с другими. Он почувствовал некую тайну, только назвал это парадоксом и попытался определить его, вместо того, чтобы дать этому объяснение. Это то, что делало его работу с детьми уникальной: способность испытывать удивление, будучи открытым всему новому (Winnicott 1971a). Можно утверждать, что Винникотт придерживался концепции Монтеня: «Способность испытывать удивление – это основа философии, задавать вопросы – ее прогресс, невежество – конец».

На протяжении своей огромной клинической практики Винникотт сталкивался с самыми разными человеческими страданиями и переживаниями. Винникотт никогда не придерживался сугубо клинических интерпретаций. Его работа была неотъемлемой частью его собственного опыта. Несмотря на всю ту боль и безысходность, с чем Винникотту постоянно приходилось сталкиваться в своей работе, все же человеческую судьбу он видел все же в позитивном ключе. Для него человеческая личность в атмосфере культуры уже жизнеспособное и творческое существо. И хотя в некоторых отношениях Винникотт был явно одиночкой, тем не менее он был отшельником, включающим в свою жизнь других, что позволяло ему еще глубже понимать собственный опыт и себя в нем точно так же, как и жизнь этих других обогащалась благодаря встрече с ним. Неудивительно, что в последние годы жизни больше всего его волновало два важнейших вопроса человеческого опыта, а именно: одиночество и участие.

На протяжении столетий мудрецы, мистики, поэты и философы идеализировали одиночество и величие человеческого существа, прославляя страдания, которые это может повлечь за собой. В западной христианской культуре самый сильный образ, пожа-

луй, – это образ распятого Христа. Винникотт же видел одиночество человеческого существа совершенно иначе (1958б), говоря об этом четко и ясно:

> Вероятно, вполне справедливо будет утверждать, что в психоаналитической литературе больше говорилось о *страхе* одиночества или желании находится в одиночестве, чем *способности* быть одному; также большое внимание уделялось состояниям ухода в себя, некой защитной организации, подразумевающей ожидание преследования. На мой взгляд, необходимость в обсуждении *положительных* аспектов способности человека находиться одному, уже отпала.

Около двухсот лет тому назад Жан-Жак Руссо, в своей работе *Фантазии отшельника* (1776), написал восторженную апологию, где он рассказывал о собственном опыте отказа от всех человеческих отношений и отношении общества к тому, что он, наконец, овладел своим Я. Вряд ли можно найти лучший пример того, что Винникотт называет одиночеством, представляющим собой «состояние ухода в себя, некую защитную организацию, подразумевающую ожидание преследования».

Спустя столетие после Руссо, Фридрих Ницше, в своей последней книге *По ту сторону добра и зла* (1885 г.), попытался показать величие одинокого человека, который желает и выбирает собственное одиночество:

> Духовное высокомерие и отвращение любого человеческого существа, на долю которого выпали тяжкие страдания, – *насколько* глубоко человек может страдать, –практически определяет то, где он будет находиться; мучительная определенность, с которой он полностью отождествляет себя, когда благодаря собственным страданиям он *знает больше*, чем даже умнейший и мудрейший может знать; то, что ему известно и он «знает не понаслышке» про те отдаленные,

> страшные миры, о которых «вам неведомо ничего!».... эта духовная, бессловесная надменность страдальца, эта гордость избранности знаний, некой «инициации», когда он практически приносит себя в жертву, маскируясь настолько, чтобы защитить себя от контакта с назойливыми и жалостливыми руками и вообще от всего того, что не идет ни в какое сравнение с его страданиями. Сильные страдания облагораживают; они позволяют дистанцироваться.

Винникотт же (1958б) предлагает нам третью альтернативу:

> Хотя различный опыт связан именно со способностью быть в одиночестве, можно назвать тот, который является основным и без которого вообще никогда не сформируется способность находиться одному; *этот опыт – нахождение в одиночестве младенца и маленького ребенка в присутствии матери.* Таким образом, способность быть одному уже сама по себе парадоксальна; это опыт переживания одиночества в присутствии кого-то.

Таким образом, Винникотт не только гуманизирует одиночество, но и наделяет его соответствующим опытом *позитивных* отношений с другим человеком. Вот что он говорит:

> Лично я предпочитаю использовать термин *эго-связь*, который удобен достаточно четким контрастом с понятием *ид-отношения*, а именно: то, что можно назвать жизнью Эго. Эго-связь относится к отношениям между двумя людьми, один из которых в любом случае одинок; возможно, они оба одиноки, однако, присутствие каждого из них очень важно для другого. Я считаю, что если сравнить значение слова «как» со словом «любовь», то можно увидеть, что симпатия – это вопрос эго-связей, в то время как любовь – это

> больше вопрос ид-отношений, в явной или сублимированной форме…Это главная часть моего тезиса, что мы действительно должны иметь возможность говорить о простейшей форме бытия в одиночку, и что даже если мы согласимся с тем, что способность быть одному действительно не настолько проста, это имеет в основе своей ранний опыт нахождения одному в присутствии другого. Умение быть одному в присутствии другого может формироваться на очень ранней стадии, когда *незрелость эго естественным образом уравновешивается эго-поддержкой со стороны матери.* Со временем ребенок научится интроецировать *эго-поддерживающую* мать и сможет находиться один, уже не столь часто обращаясь к матери или материнскому символу.

Подобную эго-связь Винникотт считал «тем, что закладывает основы дружбы. Это может оказаться *матрицей переноса*». Итак, в заключение Винникотт говорит следующее:

> Я думаю, в целом понятно, что ид-импульсы имеют значение только, если они присутствуют в жизни эго. Ид-импульс либо разрушает слабое эго, либо усиливает сильное. Можно сказать, что *ид-отношения укрепляют эго, когда они так или иначе связаны с эго.* Если это принять во внимание, тогда вполне понятно, почему так важна эта способность находиться одному. Ведь только находясь один (в присутствии кого-то), младенец способен открывать что-то в собственной жизни. Патологической альтернативой будет ложная жизнь, построенная на реакциях на внешние раздражители. Только один – в том значении, как я использую данный термин, – ребенок способен сделать то же, что у взрослого человека можно назвать релаксацией. У младенца может произойти дезинтеграция, он может стремиться от всего этого избавиться, оказаться

> в состоянии, когда у него не будет ориентиров, чтобы иметь возможность существовать какое-то время, не являясь реактором на внешнее отражение или же будучи активным человеком, у которого есть заинтересованность в чем-то или стремление движения вперед. Все это характерно для опыта-ид. Чувства или импульсы появятся лишь через какое-то время. В этом сеттинге чувства или импульсы будут ощущаться как реальные. Именно это и есть по-настоящему личный опыт.

Кульминацией эго-связи будет эго-оргазм. Здесь Винникотт вводит это новую концепцию, приравнивая оргазм-эго к экстазу. Он противопоставляет эго-оргазм «физическому оргазму с локальным возбуждением». В данном случае Винникотт разграничивает эго-связь и эго-оргазм с ид-отношениями и инстинктивным оргазмом. Это различие оказывается невероятно важным в нашей клинической работе. Только в теоретической системе классификации эго-связи, «относящейся к отношениям между двумя людьми, один из которых в любом случае один», мы можем обсуждать концепцию Винникотта, а именно: способность испытывать беспокойство.

После публикации работ Фрейда «Скорбь и меланхолия» (1917) и важнейших исследований депрессивных и меланхолических состояний Карла Абрахама (1924), вину (бессознательное) стали считать важнейшим параметром в этиологии эмоциональных и личностных расстройств. Исследования Мелани Кляйн (1935, 1957) лишь углубили и расширили это понятие.

Винникотт разрабатывал собственные теории в кляйнианской традиции. Но уже руководствуясь собственным накопленным опытом, он начал ставить под сомнение абсолютность кляйнианского фокуса на роли вины в начале психического развития, как это видно в двух его статьях «Психоанализ и чувство вины» (1958a) и «Личный взгляд на кляйнианский вклад» (1962). В конце концов, он подробно рассматривает данную ситуацию в своей статье «Способность испытывать беспокойство» (1963c). Эта статья

представляется важной не только для нашего понимания зрелого видения Винникотта, но и для оценки того, к чему психоаналитические исследования ведут сегодня.

Винникотт отстаивает собственную позицию с присущей ему убедительностью:

> Слово «беспокойство» используется для того, чтобы показать в позитивном ключе явление, которое скрывается в негативном ключе под словом «чувство вины». Чувство вины связано с тревогой и понятием амбивалентности, предполагающим определенную степень интеграции Эго человека, что дает возможность сохранения хорошего образа-объекта наряду с идеей его уничтожения. Беспокойство подразумевает последующую интеграцию, а также дальнейший рост, и относится в позитивном смысле к чувству ответственности человека, особенно касательно отношений, связанных с инстинктивными влечениями.

Беспокойство имеет отношение к тому факту, что человек *испытывает беспокойство* или *остерегается*, и в том, и в другом случае он чувствует и принимает на себя ответственность.

Винникотт отмечает у ребенка способность испытывать беспокойство прежде чем станет возможной для него ситуация с Эдиповым треугольником. Способность испытывать беспокойство он считает «вопросом здоровья», а также следствием достаточно хорошего ухода за ребенком. В дальнейшем это предполагает «эго, которое становится независимым от вспомогательного эго матери». На данном этапе Винникотт вводит важное новое разграничение в опыте ребенка в целом – «объект-мать» и «окружение-мать»:

> Представляется важным обратить внимание на существование незрелого ребенка у двух матерей – я буду называть их объект-мать и окружение-мать? У меня нет желания изобретать какие-то иные понятия. Как мне кажется, вполне возможно использовать уже

> существующие понятия, такие как «объект-мать» и «окружение-мать», в данном контексте для описания огромной разницы, существующей для ребенка между этими двумя аспектами ухода за ребенком: мать как объект, или обладатель частичного объекта, способный удовлетворить насущные потребности младенца, и мать, как человек, отражающая все непредсказуемые явления и активно оказывающая помощь в каких-то общих вопросах. То, что ребенок делает на высоте ид-напряжения и что он получает в результате от объекта, представляется мне очень отличным от той пользы, которую ребенок извлекает из матери, как части общей среды.

На данном языке это среда-мать, которая получает все, что можно назвать привязанностью и эмоциональным со-существованием; это объект-мать, который становится мишенью для столь восторженного опыта, поддерживаемого явным напряжением инстинктов. В моем представлении подобное беспокойство превращается в жизни ребенка в очень сложный опыт одновременного-проявления объекта-матери и окружения-матери.

Данное утверждение – то, как пациент относится к нам в процессе переносе – оказывается действительно знаковым. Но вернемся к последним аргументам Винникотта:

> При благоприятных обстоятельствах формируется определенная техника для разрешения этой сложной формы амбивалентности. Младенец испытывает беспокойство, так как используя мать, он потеряет ее, но эта тревога претерпевает изменения в силу того, что ребенок может внести собственный вклад то, что представляет собой окружение-мать. Таким образом, у нас возникает все больше уверенности в том, что мы сможем так или иначе внести свой вклад, давая окружению-матери некую уверенность, что позволит ребенку сдерживать тревогу. Сдерживаемая таким

образом тревога претерпевает изменение в качественном выражении и становится чувством вины…Инстинктивные-влечения приводят к безжалостной эксплуатации объектов, а впоследствии к сдерживаемому чувству вины; и все это смягчается тем содействием (окружение-мать), на которое способен ребенок в течение нескольких часов. Кроме того, возможность давать и получать компенсацию, – то, что становится реальным благодаря надежному присутствию окружения-матери, –позволяет ребенку еще смелее переживать ид-влечения; иными словами, освобождает инстинктивную жизнь ребенка. Таким образом, вина не ощущается, но находится в латентном состоянии или потенциально присутствует, и проявляется (как грусть или подавленное настроение) только тогда, когда уже нет возможности компенсации.

Когда у нас появляется уверенность в этом благоприятном цикле и ожидании возможностей, чувство вины по отношению к ид-влечениям претерпевает дальнейшие изменения, и тогда нам уже требуется более позитивный термин, такой как «беспокойство». Теперь ребенок уже может испытывать беспокойство, брать на себя ответственность за собственные инстинктивные импульсы и функции, что является одним из основных конструктивных элементов игры и работы. Но в процессе развития это играет определенную роль в том, что способствует и дальше формированию способности ребенка испытывать беспокойство.

Итак, цикл завершен, и ребенок, о котором заботились, может теперь сам *заботиться* и *испытывать беспокойство*. Это начало огромнейшего опыта в человеческой культуре – жить и разделять свою жизнь с другими, взаимная помощь друг другу и многие другие вопросы.

Здесь мне бы хотелось привести небольшую цитату Винникотта о подростковом возрасте, так как именно подростковый возраст – это тот самый мост между ребенком, *заботящимся* о собственной семье, и взрослым в обществе. В своей работе «Отрочество: Борьба с депрессией» (197Id) Винникотт утверждает:

> ... Если подростку необходимо пройти через эту стадию развития естественным путем, то следует ожидать явления, которое можно назвать подростковой депрессией. Общество должно принимать это во внимание, как неизбежную составляющую данного процесса, что нужно терпеть, но никак не лечить.

Итак, мы подошли к тому, что Винникотт говорил о вере в своей работе «Место культурного опыта» (1967 г. [| 97Ib]). Здесь мне бы хотелось процитировать его главные тезисы:

1. Это то место, где находится культурный опыт в *потенциальном пространстве* между человеком и его окружением (первоначально объект). То же самое можно сказать и об игре. Культурный опыт начинается с первых творческих проявлений в игре.
2. Для каждого человека использование этого пространства определяется *жизненным опытом*, который у него есть на самых ранних этапах жизни.
3. С самого начала у ребенка присутствует этот максимально интенсивный опыт *в потенциальном пространстве между субъективным объектом и объективно воспринимаемым объектом*; между тем, что есть продолжение Я и не-Я. В этом потенциальном пространстве мы можем видеть определенную взаимосвязь – то, что является только Я, а также объекты и явления вне всемогущего контроля.
4. У каждого ребенка здесь имеется свой благоприятный или неблагоприятный опыт. Зависимость максимальная. Потенциальное пространство формируется только *благодаря чувству уверенности* ребенка, то есть уверенность, связанная с

надежностью материнской фигуры или элементов окружающей среды, уверенность, свидетельствующая о доверии, которое потом интроецируется.

5. Для того, чтобы исследовать игру, а потом и культурную жизнь человека, необходимо исследовать само потенциальное пространство между ребенком и человеческой (не застрахованной от ошибок) материнской фигурой, которая, по сути своей, невероятна адаптивна, испытывая столь сильные чувства (любви и привязанности).

Итак, если эту область следует считать частью Эго организации, здесь мы сможем видеть часть эго, которое не является телесным-эго, т.е основано не на паттерне телесного *функционирования*, но телесном *опыте*. Этот опыт имеет отношение к объектным связям не-оргиастического характера или тому, что можно назвать эго-связью, и происходит это там, где можно сказать, что *непрерывность* позволяет сформироваться близости.

Винникотт постепенно развивал свою концепцию «Переходные явления» в младенчестве, включающую в себя «потенциальное пространство» взрослой жизни в культуре.

Уже ближе к концу своей жизни Винникотт стал обращать все большее внимание на понимание, не только в аспектах неблагоприятного влияния на человека, но и позитивных моментах на фоне культурных *данностей*.

В общем, Винникотт был одним из тех, с кем мне бы очень хотелось встретиться вновь.

ЧАСТЬ I

Глава I

О норме и тревожности[1] [1931]

На основании достаточно большой выборки детей, говоря о весе, не составляет труда вычислить средний вес ребенка любого возраста. Точно так же и со всеми остальными показателями развития, а тест на определение нормы позволяет сравнить показатели ребенка с неким средним показателем.

Такое сравнение может дать нам очень интересную информацию, но здесь возникают и некоторые сложности, которые сводят на нет все эти расчеты и о которых, как правило, не принято упоминать в литературе, посвященной работе с детьми.

И хотя с точки зрения исключительно физического развития любое отклонение от нормы может считаться чем-то ненормальным, из этого вовсе не следует, что снижение показателей из-за эмоционального напряжения и стресса обязательно указывает на аномалии развития. Скорее это обстоятельство требует некоторого разъяснения.

Возьмем самый простой пример, поскольку это наиболее распространенная ситуация в случае с детьми от двух до трех лет, когда рождение брата или сестры оказывается столь травмирующим для ребенка. В ходе беременности матери или когда младенец появляется на свет, ребенок – до этого совершенно здоровый и с которым не было никаких проблем – может почувствовать себя несчастным, у него могут отмечаться бледность и худоба, не свойственные ему ранее, а также развиться другие симптомы, такие как

[1] Из Клинических наблюдений за нарушениями у детей. Лондон, Хайнеманн, 1931 г.

энурез, раздражительность, частые простудные заболевания, запор, заложенность носа и проч. И если ребенок заболевает именно в это время – скажем, приступ пневмонии, коклюш, гастроэнтерит – вполне возможно, что выздоровление будет не скорым.

Джоан – два года пять месяцев, единственный ребенок в семье. До рождения в семье брата девочки, тринадцать месяцев назад, у ребенка не было никаких проблем со здоровьем. Но потом она стала очень ревновать родителей к малышу. Потеряв аппетит, она стала терять в весе. И дальше продолжалось то же самое. Она стала легко возбудимой, и мать не могла оставить ее, ведь это грозило новым приступом тревоги. Она ни с кем не разговаривала, а по ночам внезапно просыпалась (по четыре раза за ночь); при этом сложно было разобрать само сновидение (хочет киску, и проч.), из-за которого она проснулась.

Она стремится зажать и даже укусить ребенка, не позволяя ему брать ее игрушки. Если кто-то начинает говорить о ребенке, она тут же хмурится и пытается вмешаться. Родители были вынуждены поместить ее в Центр социальной реабилитации, но и там она испытывала очень сильную тревогу, а поскольку рядом с ней никого не было (ей некого было кусать), она кусала сама себя. Поэтому через три дня ее пришлось забрать домой.

Девочка боится животных.

Если она видит мальчика в комнате, у нее тут же возникает рвотный рефлекс, и она уже не может сдержаться. Если ей дают кусочек шоколада, она кладет его в рот и держит там, пока не придет домой, а потом все равно его выплевывает.

Она постоянно предпочитает мужчин женщинам.

Родители совершенно очаровательные люди, и ребенок, в целом, вполне здоровый и милый.

Итак, если бы не рождение этого ребенка со всеми вытекающими последствиями, здоровью Джоан ничего бы не угрожало; но пропустив реальный опыт в определенном возрасте, это все равно сказалось бы на ее личностном развитии. Это еще раз указывает

нам на то, что здесь скорее нормой будет то, что ребенок заболеет, чем останется здоровым.

Врач, не понимающий процессов, лежащих в основе такого нездоровья, будет стремиться поставить диагноз и лечить болезнь, обусловленную физиологическими причинами. Тот же врач, который хоть немного разбирается в психологии, догадается об истинной причине болезни и будет принимать активные меры, чтобы помочь пациенту; например, он постарается объяснить родителям, чтобы они, как и прежде, относились к ребенку после рождения ее брата, или же отправили ее на какое-то время к тете, или завели ей домашнее животное. В качестве мер профилактики он будет советовать родителям честно отвечать на вопросы детей, откуда берутся дети, и вообще не испытывать тревоги по этому поводу.

Можно пойти еще дальше, констатируя то, что врач, которому больше известно о

психологии, будет только наблюдать за происходящим, ничего не предпринимая, разве что оставаясь другом. Потому что он понимает, что переживание фрустраций, разочарований, утраты любимого объекта, – осознавая при этом собственную неважность и слабость, – представляет существенную часть в воспитании ребенка, и, конечно же, наиболее важной образовательной целью будет дать ребенку возможность управлять собственной жизнью без посторонней помощи. Кроме того, силы, определяющие поведение как обоих родителей, так и ребенка, настолько глубинны, и все это так прочно укоренилось в бессознательном, что всякие интеллектуальные попытки изменить этот процесс напоминают попытку нацарапать собственное имя на колонне собора – здесь мы имеем нечто большее, чем просто тщеславие художника.

Чтобы проиллюстрировать это «нормальное нездоровье» нами был взят самый распространенный пример, который можно наблюдать в любой практике, включающей в себя уход за детьми от рождения до школьного возраста. Но именно такие эмоциональные ситуации встречаются не так часто, в то время как каждому ребенку приходится испытывать нечто подобное или даже более травмирующие внутренние и внешние эмоциональные ситуации,

с которыми ему необходимо так или иначе справиться, научившись не бояться их, исправить ситуацию или так или иначе смириться с ней. При отсутствии фактических ситуаций воображаемые всегда присутствуют – на самом деле зачастую они даже более сильные, – и совсем не обязательно, что у нормального ребенка в течение первых нескольких лет жизни не будет никаких отклонений в физическом развитии, что в свою очередь может указывать на наличие эмоционального конфликта.

Формирование симптома – это то, что позволяет наблюдателю распознать истинную причину огромного количества детских заболеваний. Поэтому в любой работе по клинической педиатрии следует уделять особое внимание той роли, которую играет тревога в заболевании. Подобное объяснение отклонений от нормы имеет то преимущество, что это не нарушает биологических принципов. Если энурез объясняется нарушением гипофиза или щитовидной железы, по-прежнему не совсем ясно, каким образом столь часто происходит поражение этих лимфатических узлов? Если периодическая рвота объясняется биохимическими процессами, вполне естественно задать следующий вопрос: Почему биохимический баланс так легко разрушить, когда все указывает на стабильность ткани? То же самое относится и к теории хронической усталости, теории нервозности и той теории, что заикание происходит из-за отсутствия контроля дыхания. Все эти теории заводят нас в тупик.

Теория, объясняющая эти симптомы (делая акцент на эмоциональном конфликте),

не только способна представить доказательства в отдельных случаях, но также представляется удовлетворительной в биологическом плане. Эти симптомы, как правило, свойственны исключительно человеческому существу, и столь огромная разница между человеком и другими млекопитающими, пожалуй, заключается в более сложных попытках первого сделать так, чтобы инстинкты служили, а не управляли. Именно в этих попытках и следует искать причину болезней, которые настолько распространены у многих из нас и практически отсутствуют у животных

Если нормальное развитие зачастую приводит к нарушениям физического здоровья, становится очевидно, что бессознательный конфликт, который вряд ли можно отнести к норме, может привести к еще более серьезным физическим расстройствам.

И хотя мы уже отмечали, что плохое здоровье вполне может быть нормой, с другой стороны, совершенно естественно говорить о нарушении физического здоровья (один из критериев психологического нездоровья), утверждая при этом, что сложности у ребенка становятся все более ярко выраженными (явная патология); и если физическое здоровье настолько слабое, прямо или косвенно, тогда мы можем говорить о том, что это не просто временное ухудшение здоровья, но и самой жизни угрожает опасность.

В то же самое время лечащему врачу, под наблюдением которого находится слабый ребенок из-за трудностей эмоционального развития, необходимо постоянно следить за физической болезнью не только потому, что физическая болезнь – например, энцефалит, хорея и т.д., – может быть сопряжена с тревогой и даже вызывать ее, но и потому, что продолжающееся бессилие, вызванное эмоциональными проблемами, является некой предрасположенностью к определенным заболеваниям, таким как: туберкулез и пневмония за счет снижения общей резистентности. Именно поэтому клиническая медицина довольно сложна, но проблемы раннего детского возраста, которые во взрослой жизни будут безнадежно сложными, все же можно так или иначе постичь.

Тревога

Необходимо отметить, что тревога совершенно естественна в детстве. История практически любого ребенка может служить иллюстрацией той или иной фазы тревоги.

Случай из практики

У матери, вошедшей ко мне в кабинет, на руках был двухмесячный мальчик и рядом девочка двух лет. Маленькая девочка выглядела крайне испуганной, и она громко спросила: «Ведь он не

собирается перерезать ему горло?» Она боялась, что я перережу ребенку горло.

У мальчика была язвочка на мягком небе, и в прошлый раз я сказал матери, что ему нельзя давать соску, так как именно постоянное соприкосновение резины с мягким небом, по-видимому, и вызывало образование язв. Однажды мать уже пыталась отучить маленькую девочку от соски, угрожая ей: «Я перережу тебе горло, если ты не перестанешь!» Из чего ребенок заключил, что я собираюсь сделать то же самое: перерезать младенцу горло.

Мы должны понимать здесь, что это была здоровая маленькая девочка, а ее родители – добрые, обычные люди, хотя и бедные и не очень образованные.

На какое-то время мне удалось сгладить ее страхи благодаря доброжелательному к ней отношению, но потом страхи вернулись вновь: «Ведь он не перережет мне горло?» «Нет, но если ты не перестанешь бесконечно ерзать, он обязательно это сделает» – таков был ответ совершенно обессилевшей матери.

Эта эмоциональная ситуация, которую мы видели уже в совершенно в ином свете, по-видимому не сильно волновала ребенка, и буквально через минуту она сказала: «Я хочу писать». Это означало, что ее нужно было срочно вести в уборную.

Этот эпизод может быть использован для иллюстрации обычной тревоги (что происходит каждый день) в детстве.

На поверхностном уровне мы можем видеть любовь к брату и необходимость заручиться поддержкой от матери, что ему не будет больно. А в глубине – это желание ранить, из-за неосознанной ревности (представленной в сознании тревогой), сопровождаемой страхом, что и ей самой могут причинить боль подобным образом. Последнее замечание матери вызвало у нее глубокую тревогу. И это нашло свое выражение не в каком-то психическом изменении, но в физическом симптоме, а именно: необходимость срочно пойти в туалет.

Следующий случай, один из множества других, иллюстрирует наступление тревоги без очевидной причины:

Лилиан (два года шесть месяцев) привели ко мне, потому что месяц назад она стала внезапно просыпаться и кричать, и с тех пор была очень нервной. Она единственный ребенок в семье.

В анамнезе девочки не было никаких отклонений. До четырех месяцев она была на груди, а потом ее перевели на бутылку, потому что у матери начался абсцесс. После этого, казалось, все было в норме; правда с грудью теперь было что-то не то.

Девочка развивалась вполне удовлетворительно и была всем довольна; она тихо и мирно спала в собственной кроватке рядом с кроватью родителей. С обоими родителями у нее были замечательные отношения.

И вдруг, без каких бы то ни было видимых изменений, она в ужасе просыпается в 6 утра со словами: «Ведь в этой комнате нет машин, правда?» И с тех пор она становится совершенно другим ребенком. Теперь ночью ее кроватка стояла максимально близко к кровати матери; на самом деле ее приходилось брать в постель к родителям по нескольку раз за ночь, так как она постоянно испытывала страх. В те дни, когда страх совсем не отпускал ее, она всюду следовала за матерью, даже когда она спускалась вниз за водой. Это уже был не тот ребенок, который всем доволен; теперь ей очень быстро надоедали вещи, и она утрачивала интерес от одной игрушки к другой. Ее аппетит в целом восстановился, но последние несколько дней был опять плохой. С ней стало очень трудно справиться, она крайне непоседлива и все время куда-то лезет. В данном случае я не вижу никаких физиологических признаков заболевания. Дефекация и мочеиспускание по-прежнему в пределах нормы.

Именно в это время, в возрасте от одного до пяти лет, закладываются основы психического здоровья, и именно здесь также можно искать ядро психоневроза.

Любой случай психоанализа может подтвердить нам то, что чувства, которые ребенок испытывает в первые годы жизни, крайне важны (на это в свое время обращал внимание Фрейд и многие другие). Подтверждение этому можно найти в самых разных источниках, таких как: искусство, фольклор и религия.

Знание этих деталей, лежащих в основе бессознательных желаний и конфликтов, не имеет прямого отношения (возможно, лишь косвенное) к клинической работе, за исключением психоанализа, как такового. Но часто бывает важно понимать интенсивность эмоциональных деформаций и напряжения даже в ходе нормального эмоционального развития, чтобы можно было сделать верные допущения в отношении тревоги, лежащей в основе психического заболевания, или отклонений от нормы в поведении.

Когда ребенку исполняется четыре или пять лет, его желания и страхи, связанные с позицией в отношении двух родителей или заменяющих их лиц, становятся менее интенсивными и возникнут вновь в период полового созревания.

В десять или одиннадцать лет у ребенка начинается новый этап эмоционального развития точно так же, как это происходило в раннем детстве, но сейчас можно видеть развитие половых органов, кроме того, ребенок становится способен претворить в жизнь то, что раньше он мог сделать только в фантазиях или в игре.

Педиатр, учитель или священник – каждый из них может наблюдать успех или поражение в этой невероятной ранней борьбе, а без желания признать значение всего этого вряд ли удастся хоть немного приблизиться к идеалу в любой из этих областей, будь то: здравоохранение, обучение или религия.

Ниже будет приведен довольно распространенный случай, когда симптомы возникли вследствие изменения окружающей среды:

Вероника была нормальным здоровым младенцем до того момента, как ее мать положили на месяц в больницу (тогда ей был один год и пять месяцев). Вот уже целый месяц мать находится дома, наблюдая не совсем радужную картину: ребенок плохо себя чувствует, очень мало ест, после еды ее начинает рвать, и она очень нервная.

Пока мать находилась в больнице, за девочкой присматривала одна ее знакомая (43 года, не замужем). На первый взгляд она казалась совершенно нормальной женщиной, но, как выяснилось, ее методы обращения с ребенком были довольно жестокими. Например, на столе лежал ремень в качестве постоянной угрозы для

ребенка. Она брала в руки ремень всякий раз, когда ребенок отказывался от еды. По рассказам соседей часто можно было слышать крики девочки. Ее отказ от еды был реакцией на то, что она лишилась собственной матери. Но эта женщина также старалась и заботиться о ребенке, как могла.

Пока Вероника находилась с ней, она была очень нервной. Например, ее отец отмечал, что она боялась идти к нему, хотя раньше ничего подобного никогда не было. Когда мать вернулась наконец домой и попыталась что-то предпринять в этой связи, ей это удалось лишь отчасти. Пройдет какое-то время, прежде чем ребенок будет воспринимать собственного отца без страха и сможет спокойно заниматься сам с собой (Вероника единственный ребенок в семье, другой ребенок умер несколько лет тому назад).

Но кроме отсутствия аппетита, – это и было причиной обращения, – у девочки также были трудности с дефекацией и мочеиспусканием. Если раньше с мочеиспусканием все было в порядке, то теперь частота мочеиспускания значительно возросла (в течение дня и особенно ночью); также она стала мучиться запорами.

Во время повторного посещения мать рассказывала мне, что ребенок испытывает трудности с мочеиспусканием, и на протяжении трех дней она не ходила в туалет по большому. Был сделан анализ мочи. Все оказалось в норме.

Мать также отмечает, что вымыть промежность теперь также оказывается очень непросто. «Я же не могу допустить, чтобы ребенок увидел банку с вазелином».

Раньше сон был нормальным. Теперь ребенок часто просыпается и требует мать.

Фактическая травма, однако, не имеет побочных действий, как это будет показано в следующем случае; к побочным действиям приводит травма, связанная с наказанием, правда уже в фантазиях.

Хелен (один год и три месяца) приносят ко мне из-за кашля. Я замечаю шрам на шее. И тогда мне рассказывают следующую историю:

Когда девочке было чуть больше года, ее брат, двухлетний мальчик, воспользовавшись тем, что мать потеряла бдительность, схватил раскаленную кочергу и ткнул ей малышке в шею, попав чуть ниже щитовидного хряща. Он просто сделал это назло. Вообще это довольно веселый и умный ребенок, хотя порой он и реагирует на замечания матери достаточно резко: «ну и заткнись!»

Девочка не сильно плакала. Ее сразу же госпитализировали, и в больнице она находилась около шести недель.

Создается такое впечатление, что произошедшее не сильно повлияло на нее. Здесь мы не видим никаких симптомов, связанных с данным инцидентом. Девочка выглядит вполне счастливой и не проявляет излишней тревоги даже тогда, когда тот же брат выхватывает игрушку из ее рук, а также другими способами пытается спровоцировать ее, пока я разговариваю с матерью.

В данном случае это происшествие не имело никакого отношения к тому, что происходило в сознании ребенка. Мы можем видеть лишь незначительное побочное воздействие. Тем не менее, когда ребенок дойдет до более высокого уровня эмоционального развития, вполне возможно, что тревога, связанная с этим инцидентом, возникнет вновь. И тогда уже девочка может воспринимать это как жестокое нападение.

Ярким примером травмы, которая привела к болезни, можно считать случай с Пегги.

Пегги сейчас десять лет, и это очень умный и жизнерадостный ребенок. Ее привели ко мне из-за тех изменений, которые стали происходить у девочки после того, как ребенок на улице рассказал ей по секрету, что она не родная дочь своим родителям.

Одна эта фраза все перевернула в ее жизни. Раньше Пегги хорошо училась в школе и прекрасно исполняла комедийные роли (одевалась как мальчик, с цилиндром и тростью), теперь же она стала нервной, постоянно выкручивает пальцы и т.д. Она стала забывать какие-то вещи и не желает, да и вообще не в состоянии, теперь играть. Ей стали сниться кошмары по ночам, и она часто просыпается и зовет на помощь родителей.

Тогда же у нее начались трудности с мочеиспусканием (частые позывы в туалет), и она совершенно потеряла аппетит.

В обычном разговоре она демонстрирует довольно серьезные пробелы с памятью. Она с трудом может воспроизвести то, что происходило до того, как ей исполнилось шесть лет. Она действительно была приемным ребенком; но было совершенно бесполезно говорить об этом, потому что она оказалась не в состоянии услышать то, что ей говорили.

Эти факты с трудом удалось вскрыть благодаря ее «матери» (г-жа Б.), которая заметила, что она всегда избегала говорить на эту тему с девочкой.

У г-на и г-жи Б. был ребенок, который умер много лет тому назад. Пегги знает об этом ребенке. Пегги – единственный ребенок сестры г-жи Б. Ее отец умер вскоре после рождения девочки, а мать совершенно не заботилась о ней. Г-жа Б ухаживала за девочкой, пока ей не исполнилось два года. Потом ее забрал доктор Барнардо, и она находилась там до четырех лет. Далее супруги удочеряют девочку, так как она фактически является их единственным ребенком и называет их «мамой» и «папой». Они поставили перед собой цель, чтобы девочка никогда не узнала всю правду. Однако, еще тогда, когда Пегги было всего пять лет, на пороге, как гром среди ясного неба, появилась какая-то женщина (ее настоящая мать). После этого началась полная неразбериха. Но едва закрылась за ней дверь, на нее тут же заявили в полицию.

До того, как этот ребенок на улице стал издеваться над ней, Пегги успешно избегала соприкосновения с подобными фактами в сознании. Она приходила ко мне на один час два раза в неделю, на протяжении примерно шести недель. В этом коротком анализе мне удалось узнать какие-то вещи о ее бессознательных страхах.

Очень немногие из нас действительно верят в бессознательное. Большинство посоветовали бы мне сначала заручиться поддержкой девочки, а уже потом рассказать ей всю правду. Однако, вряд ли от этого могла быть какая-то польза, так как (1) она не примет эти факты, и (2) она уже не в состоянии справиться с ними.

На самом деле во время поверхностного анализа материал, к которому мы приблизились, касался происхождения детей, а также

всего того, что связано с зачатием и коитусом. Я сразу же представляю себе двух критиков здесь. Первый говорит о том, нормальная здоровая девочка десяти лет вряд ли будет задумываться о таких вещах. Второй же отмечает, что любая девочка десяти лет в общих чертах уже имеет представление об этом. На самом деле, во время самой первой нашей встречи, у девочки действительно было очень смутное представление обо всех этих вещах, но поскольку у нее зародилось это подозрение, постепенно она сама себя во всем просветила, практически без моего участия. Наблюдение за животными открыло ей всю правду, но она не могла смириться с этим, предпочитая верить в то, что дети рождаются от грушевых деревьев и тому подобное.

И только когда она выросла, она смогла наконец принять правду. Она уже могла сопоставить факты, которые замечала раньше, и примерно в это же время исчезли и симптомы. Теперь, если кто-то пытался оскорбить ее, она отстаивала собственную точку зрения; она снова хорошо училась в школе, опять играла в постановках, а те вопросы, которые когда-то ее столь сильно дестабилизировали (факт ее рождения), перестали быть важными для нее.

Вполне возможно, что родительское табу сексуальных вопросов стало важным фактором в ее болезни, гораздо более важным, чем сложность семейной структуры. В ходе работы со мной (мое собственное отношение к сексуальным вопросам) она перестала испытывать тревогу и была способна иметь дело с материалом, который уже присутствовал в ее сознании. Иными словами, то, что было необходимо ребенку, и что он получил наконец, – это сексуальное просвещение; но я не мог просветить ее напрямую, мне удалось предоставить ей лишь некую базу, которую она брала за основу в собственных наблюдениях. Если бы она была глубоко невротичным человеком, вряд ли бы это стало возможным в столь короткий промежуток времени.

Физиологические симптомы тревоги

Уже неоднократно отмечалось то, что тревога часто вызывает или сопровождается каким-то физиологическим симптомом. Часто родители обращаются за советом именно с таким симптомом;

например, частота мочеиспускания или срочные позывы на мочеиспускание или дефекацию; симптомы, которые мы встретим неоднократно в этих историях. Если не исследовать эмоциональную ситуацию, таким детям, как правило, ставят следующий диагноз: инфекция мочеполовой системы, глисты и проч.

Следующий случай истерии, связанной с тревогой, представляется довольно ярким, и может служить своеобразным введением к анализу этих физиологических симптомов и признаков тревоги:

Итак, Розина (тринадцать лет). Это высокая и стройная девушка с длинными вьющимися волосами. Она очень неплохо развита. Ее отец поддерживает «исключительно медикаментозное лечение», сей факт отчасти и объясняет ее состояние без изменений на протяжении пяти лет.

Ее мать здорова и рассуждает вполне здраво. Отец девушки страдает от истерии с ведущим симптомом тревожности и уже три раза попадал в психиатрическую клинику. Очевидно, в его случае это явный психоз. Розина – единственная дочь в семье.

Розина родилась на месяц раньше положенного. Ее мать мучилась родами целых три дня. Мать утверждает, что схватки начались как раз в тот день, когда был совершен авианалет на Лондон в 1917 году. Так что она связывает тревогу Розины непосредственно с травмой рождения.

Розина закричала через полчаса после рождения; потом она плакала довольно часто. Она была нервным ребенком с самого начала, и все признаки нервозности были налицо. В период от трех до восемнадцати месяцев у нее отмечались незначительные судороги во время сна или бодрствования, а также припадки, когда она становилась синей буквально на глазах. В это время ее отец был на войне.

Кормление грудью (помимо смеси) продолжалось до девяти месяцев. В младенчестве девочка часто страдала запорами, из-за этого приходилось делать клизмы, пока ей не исполнилось девять месяцев. Даже в детстве у нее случались «срывы», когда она просто лежала в своей кроватке, а врач констатировал, что она истощена вследствие нервозности. После двух лет ее стали мучить кошмары по ночам.

В пять лет, несмотря на общую нервозность, она пошла в школу и училась там достаточно хорошо. В школе ее любили, а в более старшем возрасте, – поскольку она неплохо играла, – она стала востребованной на школьных концертах. Однако, постепенно ей все же пришлось отказаться от игры, потому что возбуждение всегда приводило к болезни.

В восемь лет ее впервые направили ко мне из-за хореи. Тот факт, что она была непоседлива, вовсе не указывал на то, что у нее хорея. Было очевидно, что непоседливость – это явный признак внутренней тревоги.

В это время на нее стали жаловаться, что она может опрокинуть чернила в школе, а дома разбить тарелку. Она всегда была чем-то недовольна. Ночью она сильно потела, и ей становилось очень холодно. Во сне с ней происходили самые разные вещи; иногда она разговаривала и пела во сне, а иногда – просыпалась в испуге. Но при этом не было выявлено никаких признаков физиологического заболевания.

На протяжении последующих нескольких лет она страдала от самых разных симптомов; одни были явно психологического характера, в то время как другие – похожи на ту или иную физическую болезнь. При этом у нее не развивалось какое бы то ни было физическое заболевание, а сердце оставалось здоровым.

Боли в ногах, а также в стопах при ходьбе вызывали подозрение на ревматизм. При этом опухоли суставов не наблюдалось. Но периодически она становилась крайне раздражительной и склонной к необузданной страсти, после чего всякий раз горько плакала, сожалея о содеянном, и у нее болела голова. В общем, диагноз «ревматизм» поставить было невозможно.

Вскоре ее направили ко мне из-за приступов рвоты; возбуждение всегда приводило к печеночным коликам и полному изнеможению. Отец не позволил ей пойти на мероприятие, где должны были разбирать ее роль, которую во время болезни играл кто-то из ближайшего окружения. Она хорошо сдала экзамены, несмотря на многочисленные пропуски, и ее перевели в следующий класс. В то же время у нее начались тики.

В десять лет у нее снова начались боли в суставах, и какое-то время она была вынуждена находиться в постели. Она была очень уставшей, недовольной и капризной. В постели ее нервозность еще больше усиливалась. Она стала гиперчувствительной к шуму. Стук в дверь приводил ее в содрогание. Для нее была совершенно непереносима мысль остаться дома одной.

Все это время проводилось тщательное наблюдение за ее сердцем. В возрасте десяти лет у нее были выявлены проблемы с сердцем (отклонение от нормы из-за преждевременных ударов желудочков). Как только ей на грудь ставили стетоскоп, число ударов сразу же возрастало, и соответственно они сходили на нет, как только стетоскоп убирали. Это продолжалось на протяжении многих лет. Вероятность подострого ревматизма тогда указывала на необходимость покоя, хотя сейчас вполне можно утверждать, что это был вовсе не ревматизм. Реакция Вассермана была у нее отрицательная.

В следующий раз ее привели ко мне из-за острой боли во всем теле, повышенная генерализированная болевая чувствительность. У нее сводило руки от судорог, и она была крайне возбудима, стремясь все отвергнуть. Ей сразу же становилось плохо, если она съедала что-то жирное. Иногда у нее был зверский аппетит, и тогда ее приходилось ограничивать в еде.

Когда ей исполнилось одиннадцать лет, она стала часто терять сознание. Она страдала от повторяющихся острых «болей в сердце» и псевдоангины, что совершенно ее выматывало. По ночам ее часто мучили кошмары. Она просыпалась среди ночи в холодном поту, ее всю колотило, и она дрожала от холода. В такие дни у нее были проблемы с глазами (она моргала, не переставая); ее кожа становилась крайне чувствительной (сильное раздражение).

В возрасте двенадцати лет девочку привели ко мне из-за постоянных головных болей и общей нервозности. У нее был кашель нервного характера. Если ей приходилось остаться одной, у нее сразу же начиналось то, что она называла «ужасные страхи».

Ей стало трудно учиться в школе. После приступа она несколько дней пребывала в полной прострации, и даже «шум от оберточ-

ной бумаги становился для нее совершенно непереносимым. Она часто просыпалась в крайне подавленном состоянии, и ей повсюду мерещились змеи.

Тогда она еще спала в комнате своих родителей, и всякие попытки что-то предпринять в этой связи терпели фиаско. Отчасти это было вызвано нежеланием родителей, а отчасти страхом самого ребенка остаться одной.

Днем она боялась автобусов, трамваев и поездов. Любое путешествие заканчивалось для нее рвотой. Однажды ее вырвало в среду, и с тех пор она стала бояться сред, потому что это напоминало ей о рвоте.

При виде насекомых она впадала в ступор, поэтому выйти в сад для нее тоже теперь стало проблемой. Она часто спотыкалась; если же брала с собой зонтик, то часто его роняла. Она ненавидела, если ее о чем-то спрашивали, предпочитая говорить на какую-то знакомую ей тему с тем, чтобы можно было вовремя исправить ошибку.

Узнавая о симптомах Розины, читателю самому становится не по себе; создается такое ощущение, что ребенок настолько болен, что он совершенно неинтересен. На самом же деле, несмотря на неудачные внутренние конфликты, которые поглощают все больше и больше ее энергии, Розина, похоже, пытается быть нормальной и нельзя сказать, что она совсем непривлекательна. Девочка довольно амбициозна, она пишет короткие рассказы, что указывает на определенные способности, которых она явно не лишена, хотя они и сильно подавлены.

Итак, я надеюсь, нам удалось показать то, что физическое здоровье часто оказывается нарушенным в детстве из-за факторов, которые вряд ли можно считать физиологическими. А теперь я перейду к более подробному описанию причин, из-за которых нервные и легко возбудимые дети могут страдать от вторичных нарушений физического здоровья.

Физиологические изменения, вызванные эмоциональными причинами

Одно из физиологических последствий тревоги – это тенденция худеть. Отчасти это может быть вызвано увеличением метаболизма, и конечно же тревожные дети могут иногда сильно переедать (явная навязчивость), при этом оставаясь худыми. Но тревожные дети обычно не любят есть по расписанию, и их приводят к врачу из-за отсутствия аппетита.

Безусловно, постоянная тревога является главной причиной худобы, но когда еще и сон нарушается ночными страхами, у человека отмечается явное бессилие из-за отсутствия хорошего сна. Следует не забывать о том, что явной тревожности в течение дня вообще может не быть, – если бы не эти кошмары по ночам или чрезмерное реагирование на какие-то тривиальные события (собака, бурно выражающая радость при встрече, или промчавшаяся мимо пожарная машина), – и тогда вообще довольно сложно понять истинное эмоциональное состояние человека. С другой стороны, ребенок может тревожиться весь день, боясь стука в дверь или пауков, волнуясь, когда отец приходит домой поздно с работы, или же расстраиваясь из-за каких бы то ни было проявлений враждебности (всевозможные непредвиденные обстоятельства, ссоры между родителями, наказание животных или других членов семьи, сломанные игрушки и т.д.). В таком случае причина истощения очевидна любому наблюдателю.

Итак, худоба, бледность, лихорадочное состояние, потливость, обмороки, мигрени, всевозможные телесные боли и проблемы – все это позволяет врачу сделать предположение о наличии физического заболевания. Часто постановка диагноза осложняется тем, что у таких детей может подниматься температура до 100 градусов, когда их приводят в кабинет к психологу.

И хотя еще несколько лет назад этих детей относили в «группу риска, предшествующую туберкулезу», в настоящее время это скорее «пред-ревматизм» (так считают те специалисты, которые не обращают внимания на такой фактор, как тревога). У них часто встречается так называемая «болезнь роста» – неприятные ощущения и боли в мышцах и связках, а также в грудной и брюшной

стенке; и потому подострый ревматизм, кажется наиболее вероятным. Слишком частое сердцебиение – возможно, несколько учащенное во время обследования – является показанием для того, что ребенку назначают постельный режим с подозрением на ревматизм. В действительности же никакого ревматизма у него нет, а постельный режим в данном случае не самое лучшее лечение.

Непоседливость, навязчивое желание постоянно что-то делать и неспособность спокойно усидеть во время еды – все это указывает на тревогу. Такие дети являются источником беспокойства для родителей и школьных учителей, и врач часто делает ошибку, диагностируя хорею. Говоря о непоседливости, все это в целом влияет на ребенка, а не проявляется больше в двигательной активности (руки или ноги) как в случае с ранней хореей. Постельный режим крайне отрицателен для ребенка, у которого нет хореи (см Глава II, Непоседливость). Частые позывы к мочеиспусканию довольно распространенное явление у непоседливых детей. А в основе всего этого лежит тревога, связанная с желанием мастурбации.

У таких детей тревога будет всегда или же она присутствует латентно, но совсем не обязательно, что симптомы будут проявляться все время. Симптомы, как правило, проявляются во время *панических атак*, повторяясь более или менее регулярно, с определенными интервалами. Таким образом, повторяющиеся колики или «урчание в животе» у таких детей может создавать картину, очень близкую к аппендициту, и именно по этой причине можно наблюдать огромное число неверно поставленных диагнозов (аппендицит). Или же желудочно-кишечные спазмы у таких пациентов часто принимают за колиты, а промывание кишечника в таких случаях (возбудимость толстой кишки) может действительно привести к развитию у ребенка серьезного заболевания толстой кишки. При постановке правильного диагноза никто бы не стал заниматься лечением толстой кишки.

Селия (девять лет) из вполне здоровой семьи. У нее три сестры, все младше ее. Мать страдает заиканием.

Время от времени у нее случаются приступы головной боли с сильной рвотой. Сначала она краснеет, а потом становится смер-

тельно бледной. Позывы к рвоте продолжаются. У нее также начинаются боли в груди. Рвотные массы зеленого цвета и достаточно водянистые, практически без следов пищи; моча во время этих приступов белого цвета; иногда с этим связаны и частые позывы к мочеиспусканию. После болезни она сразу же восстанавливается, практически внезапно. Иногда во время приступа у нее случается «истерика», она то плачет, то смеется, то лежит ничком. Подобные приступы не так часты; это происходит с периодичностью раз в десять месяцев.

Она всегда довольно непоседлива – особенно за столом. «Она просто не в состоянии усидеть». Несмотря на то, что эта девочка вполне счастлива, она постоянно из-за чего-то нервничает. Зная о том, что ей предстоит визит к врачу, у нее настолько возросла тревога, что она «не отпускала от себя мать ни на шаг, даже в ванную». Она рано ложится спать, но долго не может заснуть; звучат жалобы на головную боль, «надвигающуюся боль». В данном случае никаких признаков физического заболевания не отмечается.

Если рвота происходит с определенной периодичностью, а позывы достаточно сильные, как правило, это называют «циклической рвотой»; в действительности это привело к ошибочному мнению, что периодические приступы рвоты можно рассматривать как болезнь. На самом деле главное здесь – это глубинная тревога; кроме случаев, когда имеют место определенные физиологические проблемы (например, та или иная форма кишечной непроходимости, подострый аппендицит, пиелит).

Головные боли – «мигрени» – часто можно наблюдать у тревожных детей. В ряде случаев головные боли могут быть следствием отека лобных или придаточных пазух носа; во всех же остальных случаях этого нет. Это может быть связано с судорожными припадками.

Периодическая заложенность и параназальный затор – все это также может указывать на тревогу у детей; как если бы они хотели выразить свой гнев, но поскольку они не в состоянии себе этого позволить (ввиду интенсивности чувства), тогда в самых разных местах начинается застой. Застой носа приводит к сухости слизи-

стых оболочек, что выражается не только в дискомфорте, образовании корочек и ковырянии ребенком пальцем в носу, но также само по себе довольно вредно. Вообще слизистая оболочка влажная сама по себе; так что если она становится сухой, вполне вероятно, что барьер против инфекции будет снижен. Таким образом, наверное, можно объяснить повторяющиеся простуды чрезмерно возбудимых и нервных детей, а также детей, которых балуют или так или иначе постоянно физически стимулируют.

Наряду с заложенностью носа можно отметить периодические кровотечения из носа.

У детей, страдающих астмой, атаки, как правило, связаны с тревогой – то есть излишняя возбудимость по сравнению с имеющейся у ребенка способностью справиться с этим. В некоторых случаях это является важным фактором. Тревожные дети подвержены атакам затрудненного или тяжелого дыхания; как правило, это связано с ночными приступами тревоги, которые нередко ошибочно принимают за астму.

Многих детей направляют к врачу, потому что они часто падают в обморок, особенно в школе во время утренней молитвы или когда им приходится находиться в душной комнате или среди других детей. Это может быть вызвано самыми разными проблемами с сердцем, и тогда врачу придется назначить постельный режим (в течение достаточно длительного времени) ребенку, который на самом деле здоров.

Однажды ко мне привели мальчика, который упал в обморок в школе. Ему был поставлен следующий диагноз «Анемия, возможный ревматический порок сердца». На самом деле он упал в обморок, потому что во время урока чтения прозвучало слово «кровь», а он не мог даже подумать о крови, не испытывая сильнейшей тревоги (тот смысл, который он вкладывал в это слово). Физически он был совершенно здоров.

Точно так же истерики не всегда стоит рассматривать независимо от эмоционального состояния пациента. Дети, подверженные эпилепсии, особенно на самых ранних стадиях, вполне способны закатить истерику там, где другой ребенок будет просто сердиться

или испугается. В некоторых случаях истерики случаются только в ситуациях эмоционального напряжения, а в самых крайних случаях – только если ребенку приснился кошмар ночью. Кроме того, приступ тревоги может начаться столь внезапно, практически из ничего, что начинают подозревать припадок, хотя никаких видимых причин (настоящих судорог) для этого нет. Это обязательно следует учитывать, ибо лечение бромидом (достаточно долгое время), польза которого довольно сомнительна для эпилептиков, конечно же, очень плохо сказывается на ребенке, который всего лишь испытывает тревогу и, следовательно, вовсе не обязательно является ненормальным.

Мы можем попытаться проследить эти механизмы, – так, как они понимаются, – посредством которых физическое заболевание симулируется или фактически воспроизводится, или же увидеть причины, определяющие эмоциональную жизнь ребенка. Безусловно, многое зависит от способности ребенка терпеть определенную тревогу здесь и сейчас. Способность выдерживать тревогу меняется также и от степени и содержания тревоги.

Любое физическое изменение, которое может быть вызвано гипнозом, также можно встретить и в клинике. Сила бессознательного над телесным только сейчас признается в полной мере, но метаболизм, очевидно, действительно может быть сокращен практически до полной остановки. Прорезывание зубов может быть отсрочено, раны могут не заживать, начинают выпадать волосы. И причиной всего этого является глубинное желание.

Также создается ощущение, что проблемы не могут быть решены просто из-за отсутствия интереса в целом (со стороны ребенка) к самой жизни. В тканях – за исключением кожи – также по-разному проявляется эта исцеляющая сила, связанная с желанием ребенка жить (например, выздороветь от пневмонии). Скорее всего, именно отсутствие удовлетворительного орального удовлетворения может задерживать развитие ребенка, а это в свою очередь приводит к тому, что ребенок поздно начинает ходить (все его движения очень неуклюжие), поздно говорить, он не может играть и устанавливать контакты с людьми. При этом механизм, который задействован здесь, не столь очевиден.

С изменением органов из-за возбуждения все более или менее понятно. Эротические фантазии обычно сопровождаются эрекцией и сенсибилизацией головки полового члена (или клитора) на протяжении всего детства, как и в подростковом возрасте, а также достижением полного оргазма (возрастающее удовольствие), вазомоторными изменениями и ритмическими движениями тела, после чего следует полное изнеможение, сильное потоотделение и желание спать. Все это мы можем видеть у вполне нормальных детей, в том числе и совсем маленьких.

Следствие тревоги в отношении фантазийного материала – вызвать задержку на ранних стадиях данного акта; одновременно с этим могут иметь место навязчивые попытки мастурбации, чтобы компенсировать отсутствие уверенности в себе из-за торможения.

То, что мы имеем после такого длительного возбуждения, можно разделить на гиперемию, гиперестезию и вазомоторную нестабильность.

Пенис у мальчика достаточно дряблый, а кожа на мошонке не стянута. Это отсутствие поддержки в яичках, наряду с общей гиперемией мягких тканей вызывает невралгию или чувство трения в этих областях, на что иногда жалуются мальчики. Повышенная болевая чувствительность головки полового члена может сделать игру затруднительной, так как трение брюк становится невыносимым. С этим связаны баланит (воспаление головки полового члена) и болезненность лимфатических желез в паху; похожие расстройства можно наблюдать и среди девочек (общие выделения из влагалища).

Но последствия неудачных форм мастурбации могут проявиться далеко не сразу. Мы можем наблюдать здесь соответствующую гиперемию ануса и повышенную чувствительность мочевыводящих путей, мышц и связок, сопровождающих регрессию к фантазиям о догенитальных стадиях эмоционального развития.

На любое длительное возбуждение тело реагирует, главным образом, локальной гиперемией. Заложенность носа также довольно распространенный пример, но практически любая ткань может подвергаться определенным изменениям, соответствующим эрекции эректильной ткани.

Другая тенденция сенсибилизации кожи приводит к анальному раздражению, уртикарной реакции на раздражение или внезапной аллергической сыпи.

Вазомоторные изменения на коже проявляются в пятнах на коже (на соответствующих участках), отеках голеностопных суставов, «плохой циркуляции» в целом, а в некоторых случаях возможно и кровотечение из ранки на кожи.

Для иллюстрации этих предварительных заключений (что может привести к физическим нарушениям) мы рассмотрим такие участки тела, как глаза, нос и горло.

Глаза

Неспособность видеть (истероидного характера), символизирующая слепоту (наказание за поиск). Физических изменений не наблюдается.

Тревога по поводу хорошего зрения (бессознательное чувство вины), постоянные проверки себя приводят к усталости глазных мышц; ношение очков из-за незначительных изменений (общее приятное впечатление нарушается; нейтрализация чувства вины, хорошего здоровья в целом; с другой стороны, очки могут восприниматься как нечто «бесподобное»).

Ребенок в состоянии частичного возбуждения, рассматривающий запрещенные предметы, чтобы испытать возбуждение (усталые глаза); вероятно, отчасти это обусловлено гиперемией и дополнительной работой, связанной с движением глаз из-за этого конфликта – («Я хочу видеть» *плюс* «Я не хочу видеть»).

Навязчивое моргание – другой метод борьбы с чувством вины, связанным со стремлением видеть слишком многое.

Хронический блефарит ввиду постоянного трения (чтобы не было заметно) –эквивалент мастурбации.

Нос

Одна из главных проблем – постоянное возбуждение, непосредственно связанное с анальной перегруженностью и волнением, а также определенными фантазиями. Подобные фантазии довольно

жестокие и связаны с крайне деструктивными желаниями, которых ребенок пока еще не может осознавать.

Гиперемия приводит к:

- Ощущению заложенности, привычке нюхать, частым кровотечениям из носа.
- Дыхание затруднено, в основном через рот.
- Сухость слизистых оболочек, с образованием корок и, возможно, более частые инфекции; а также
- Проникновение воздуха в пазуховые области затруднено (из-за возросшего напряжения и головных болей); частые синуситы; кроме того, инфицированные пазухи в таких случаях плохо поддаются лечению, и воспалительный процесс возобновляется вновь.

Как правило, ввиду перегрузок повышается чувствительность слизистой оболочки носа, и ребенок начинает ковырять в носу. Деформация слизистой оболочки, что впоследствии может привести к кровотечениям, отражает жестокость соответствующего фантазийного материала, который ребенок пока еще не осознает. Многие родители склонны объяснять проблему ковыряния ребенком в носу глистами. И это в общем-то можно объяснить неким интуитивным пониманием с их стороны (на самом деле означает анальную мастурбацию).

Горло

Истерические задержки речи и афония (без физических изменений); все это имеет прямое символическое значение для субъекта.

Чувство сухости (связанное с тревогой), ощущение боли в горле, хрипота и выделение слизи (желание пить воду, чтобы уменьшить сухость).

Тревога может быть связана с тенденцией постоянно говорить, слушать музыку и даже создавать шум вокруг себя; это приводит к усталости и еще больше усиливает сухость и хрипоту. Многим людям, когда они читают, приходится произносить про себя текст, как если бы они читали вслух. Из-за этого голос устает. Так что это вполне объясняет совет, который часто дается певцам, что они не

должны читать перед сольный концертом. Ситуация тревоги повышает вероятность того, что горло устанет. Так что должно быть вполне очевидно, что бессознательная враждебность во многом объясняется симптоматикой.

Это условие может быть применимо к истерическому симптому (наказание утратой

красивого голоса; чувство вины из-за хорошего голоса) у пациентов, у которых, как правило, не развивается истерическая афония.

Навязчивое отхаркивание можно рассматривать отдельно или наряду с этими расстройствами. И поскольку голос от этого становится только хуже, это уже будет саморазрушением.

Иногда мальчик в период полового созревания не способен использовать в полной мере свою сильную мужественную речь, и ему приходится либо говорить фальцетом, либо бессознательно подражать голосу девушки или женщины, знакомых ему. Это может привести к ощущению усталости в горле, и вполне вероятно связано с тревогой, которая ощущается в горле. Точно так же и девушка, может начать говорить низким голосом, подражая речи мужчины или знакомого ей человека, но здесь меньше вероятности, что это как-то связано со вторичными физиологическими изменениями.

Большинство этих симптомообразований, как и физическая болезнь, может быть использовано ребенком (бессознательно) для удовлетворения бессознательных желаний и нейтрализации чувства вины (также бессознательно); или же ребенок может, так сказать, закрепиться в той или иной патологической тенденции согласно тем интересам, которые он преследует в этом расстройстве (например, когда врач называет его по имени или предписывает ему какие-то интересные формы лечения); кроме того, неудобство, связанное с симптомами и их лечением, зачастую очень хорошо подходит для нейтрализации чувства вины, как и в тех случаях, когда тахикардия мешает (а этого быть не должно) невзыскательности в спорте, который так любит мальчик, но из-за которого он испытывает чувство вины, когда он одерживает победу; или же когда повторяющиеся головные боли (не из-за проблем со

зрением) не позволяют девочке предаваться любимому ей занятию – чтению книг – в надежде или страхе, что они могут сексуально просветить ее.

Именно из-за этой тенденции «раздувать из мухи слона» (истерика и тревога) для врачей крайне важно иметь четкое представление об общей картине тревоги; поскольку для нас имеет решающее значение, чтобы таких физически здоровых, но эмоционально неустойчивых детей не относили к категории страдающих от ревматизма, хронического аппендицита, колита и т.д., которым показан постельный режим – возможно, в течение нескольких месяцев – или, быть может, операция.

Более того, когда у врачей есть понимание того, как следует обращаться с тревожным ребенком, – что, как правило, означает неактивное наблюдение *без какой бы то ни было тревоги со стороны врача*, – это может только помочь нам как можно быстрее вернуть ребенка в состояние нормы.

Физиологические причины нервозности

В настоящем исследовании общих причин нервозности акцент был сделан на нефизиологических аспектах. Именно эти нефизиологические аспекты, как правило, игнорируют из-за нежелания врачей и других специалистов признавать бессознательное, а также важность и интенсивность детской эротики и всевозможных неблагоприятных факторов.

Но дело в том, что само физическое заболевание может глубоко изменить психологическое состояние пациента. Одним из распространенных примеров может быть лихорадка у пациента; он может нести всякую чушь, прийти в сильное возбуждение из-за визита родственника или же возможны даже маниакальные тенденции. Иногда единственным клиническим признаком пневмонии является острая мания или бред.

Заболевание головного мозга может приводить к тому, что у человека совершенно меняется темперамент; и это может влиять на общую устойчивость, стабильность, интеллект или психическую

скорость процессов данного пациента. Типичным примером является хорея, вызывающая эмоциональную нестабильность, гипертрофированные реакции и неустойчивый контроль.

Летаргический энцефалит, – ввиду его внезапности, – может в любой момент привести к личностным изменениям из-за поражения мозга. Прежде нормальный ребенок может стать аморальным, асоциальным, у него могут отмечаться признаки невротического или психотического поведения (из-за энцефалита), главным образом ввиду того, что полностью меняются те движущие силы, которые лежат в основе более или менее цивилизованного поведения. Нарушения головного мозга конечно же нарушают естественный баланс.

Наряду с хореей ревматический полиартрит также сопровождается повышенной нервозностью (острая или подострая форма). И здесь можно предположить довольно интересную проблему, которую можно сформулировать следующим образом:

Вызывает ли активный ревматизм эмоциональную нестабильность? Можно ли считать нервозность предрасположенностью к ревматизму? Есть ли такие нервные дети, нервозность которых вызвана ревматизмом, проявляющимся сейчас как-то иначе (отсутствие артрита, кардита, хореи и т.д.)?

1. Первое утверждение бесспорно верно и является общепринятым.
2. Вряд ли можно утверждать, что нервозность является предрасположенностью к ревматизму.
3. Следует признать, как допущение, что в редких случаях эмоциональная нестабильность может быть вызвана ревматизмом до появления артрита, кардита и т.д.; тогда это довольно необычные первые признаки начала ревматизма. Латентный ревматизм, однако, не столь частая причина нервозности.

Тревога, за которой скрывается физическое заболевание

На самом деле за симптомами тревоги могут скрываться реальные физические болезни, которыми страдает нервный ребенок. И это не только лихорадочные состояния, но ребенку также могут быть настолько страшны боль или сам факт болезни, что в результате за симптомами тревоги можно видеть реальные заболевания, такие как: ревматический порок сердца, всевозможные простудные заболевания, туберкулез или полиомиелит.

Кроме того, тревога может препятствовать полному физическому обследованию; например, пока врач пытается правильно вставить шпатель в рот, он может пропустить дифтерию; или же когда ребенок боится раздеться, врач может не заметить ревматических узелков; или заболевания сердца, или воспалительных процессов в брюшине. И, наконец, нервный ребенок может казаться настолько полным энергии и жизненных сил, находясь в таком физическом состоянии, при котором нормальный ребенок лежал бы пластом, совершенно истощенный; когда сама болезнь настолько символическая (что-то связанное с чувством вины), что заболеть – для конкретного ребенка – просто невозможно.

Глава II

Непоседливость[2] [1931]

В обычной практике можно наблюдать три вида беспокойства: непоседливость, тики и хорея. Надо сказать, что последнее встречается гораздо реже, чем два других, с ним же могут быть связаны ревматический полиартрит и всевозможные и болезни сердца. Поэтому дифференциация этих видов представляется крайне важной. Ошибка может привести к тому, что ребёнку, у которого нет никакой предрасположенности к болезни сердца, предписывают постельный режим, в то время как ему необходимо движение; или же ребёнка с хореей наказывают за непоседливость, которая не поддается контролю, заставляя его выполнять различные упражнения и играть в специальные игры, в то время как сердцу необходим максимальный покой.

Хорошо, что все эти виды (непоседливость) имеют отличительные черты, и при надлежащем уходе за ребенком редко можно сомневаться в правильности поставленного диагноза.

Обычная непоседливость, связанная с тревогой

В обычной непоседливости вряд ли можно найти какие-то физиологические черты; она никак не связана с хореей и, соответственно, ревматическим пороком сердца; поэтому, как правило,

[2] Из клинических наблюдений за нарушениями у детей. Лондон, Хайнеманн, 1931 г.

ее лучше вообще никак не лечить и, насколько это возможно, не замечать.

Как правило, такая непоседливость – довольно распространенное явление – не воспринимается как нечто новое; но отчасти это свойственно, так сказать, природе ребенка, поэтому ее довольно легко можно дифференцировать от хореи (достаточно одной только истории).

Иногда мы располагаем некой историей, последовавшей за каким-то событием, – настолько захватывающей или вызывающей тревогу, что ребенок просто не мог с ней справиться; т.е после этого события у него возникли такие чувства, которые оказались для него совершенно непереносимыми. Подобное событие могло оказаться внезапным и совершенно неожиданным, например, от порыва ветра внезапно распахивается окно, и захлопывается дверь, все в полной растерянности; или же слишком сильный страх или гнев может быть вызван каким-то событием – нежелательное сексуальное просвещение (ребенок увидел родителей в постели вместе), ссора между взрослыми, рождение ребенка в семье (брата или сестры), человек с парализованной ногой или кто-то с вставной челюстью и т.д. и т.п. После такого события, вызывающего тревогу или требующего напряжения всех душевных сил (перед экзаменом), также может начаться хорея.

Таким возбужденным, непоседливым детям всегда нужно что-то делать или куда-то бежать. Волнение тут же приводит к еще большему беспокойству (как и в случае с хореей). И в то время, как в случае с хореей, мы можем видеть отрывистые, беспорядочные, хаотичные движения ребенка, то двигательная активность ребенка, который испытывает тревогу, отчасти представляет его усилия в том, чтобы преодолеть это беспокойство. Ребенок не находит себе места, он крайне беспокоен, вполне может причинить себе вред, если его оставить незанятым, и он совершенно не может находиться за столом: либо поглощает пищу так, как будто у него в любой момент это отнимут, либо может уронить стакан или же пролить чай. Поэтому всегда приходится уточнять «тебе помочь?».

И здесь также возможны самые разные вариации: один ребенок совершенно невыносим дома, в то время как в школе к нему нет

никаких нареканий; другого направляет к врачу педагог, отмечая у ребенка симптомы хореи, в то время как родители могут не замечать никаких отклонений от нормы.

Но в глубине здесь лежит тревога и прочие ее проявления. Еще один распространенный симптом – это интервалы и частота мочеиспускания. Также здесь можно отметить частые позывы к дефекации, которые сопровождаются сильной резкой болью или же безболезненные, когда ребенок неожиданно бледнеет и совершенно теряется в пространстве. Сон, как правило, тоже беспокойный. Может отмечаться и явное отсутствие потребности во сне, так что ребенок засыпает самым последним, а встает ни свет, ни заря. Нарушения сна могут быть связаны с ночными страхами, хотя это не столь характерно для таких «легко возбудимых» детей, как в случае с «нервными» детьми. Эти дети скорее просто чрезмерно возбудимы или «нервозны», а не испытывают беспокойство по поводу каких-то вещей, людей, темноты, одиночества и т.д. Конечно же, эти два понятия часто смешивают.

Такой ребенок весь день что-то делает, играет в разные игры и часто вполне счастлив, хотя может и проявлять свое недовольство, если его ограничивать в активности. Говоря о таком ребенке, нам сразу же представляются самые разные дети в возрасте от пяти до десяти лет, спокойные и подвижные, смышленые и нетерпеливые.

Повторяющиеся движения – тики

В своей практике нам неоднократно приходится сталкиваться с всевозможными повторяющимися движениями – моргания, движения головой, подергивания плечами – даже у физически здоровых детей. Некое движение, у которого первоначально могла быть совершенно определенная цель, становится навязчивостью. Но поскольку повторяются одни и те же движения, это позволяет нам исключить в диагностике хорею и общую тревожность. Тики могут сохраниться, когда у ребенка также развивается хорея, или же тиками могут страдать легко возбудимые дети. Конечно же, прежде всего необходимо проверить зрение (если речь идет о

моргании), но патология в данном случае – это некая внутренняя потребность сделать что-то еще раз. Так что если исчезнет одно движение, вполне возможно, на смену ему придет другое. Самым правильным будет совсем не обращать на это внимания. Тики могут сохраняться даже тогда, когда с ними пытаются бороться всеми возможными средствами.

Хорея

Тем, кто знаком с картиной данного заболевания, не составит труда сразу же определить хорею. Ребенок постоянно испытывает беспокойство из-за непреднамеренных движений непарных мышц, и при этом мы видим повтор самых разных движений, когда ни одна часть тела не находится в абсолютном покое. Речь становится запутанной и непонятной; ходьба – опасной; даже лежать на спине оказывается непростой задачей. Эмоциональная неустойчивость проявляется в каких-то отрывистых улыбках и плаче, не поддающихся никакому контролю.

Характерные резкие реакции можно наблюдать тогда, когда ребенка попросили показать язык, а потом ему разрешается снова его убрать. Когда ребенок пытается крепко ухватиться за пальцы врача, врач же, напротив, наклоняет его руку и сгибает ее, то ребенок, страдающий хореей, как правило, теряет контроль, и ему необходимо вновь восстанавливать контроль всякий раз, когда меняется положение и он занимает новую позицию; в то время как ребенок, не страдающий хореей, может непрерывно сохранять контроль, совершая пассивные движения в области предплечья. Ребенок, больной хореей, если только он не будет держать карандаш урывками, скорее всего нарисует линию на бумаге, свидетельствующую о нерегулярном контроле и чрезмерной компенсации. Если ребенок, страдающий хореей, выполняет указание вытянуть руку, широко расставив пальцы, можно сказать, что такое положение характерно для рук, согнутых в запястьях с сильно расставленными пальцами. Если движения наиболее очевидны с одной стороны, значит именно с этой стороны такое положение (рук и пальцев) наиболее выражено.

Также для данного заболевания характерны специфические движения, не поддающиеся описанию, так что типичная хорея становится одним из тех заболеваний, которые можно определить при первой же встрече с ребенком, – вообще клиника является тем местом в идеале, где можно увидеть первые признаки хореи во время осмотра другого ребенка, в то время как ребенок, больной хореей, ждет своей очереди, пока еще не осознавая того впечатления, которое он производит на других.

Хорея – это физическое заболевание тканей головного мозга, в чем-то очень похожее на ревматические ангины, артриты, кардиты. Изменение мозговой ткани скорее имеет характер отека, чем воспалительной реакции, поскольку отсутствуют какие бы то ни было постоянные симптомы или признаки.

Хорея вполне поддается лечению, ускорить которое иногда помогает аспирин. Единственную опасность таит в себе ревмокардит. Приступы хореи по большей части протекают без осложнений, но они имеют обыкновение повторяться, и в конечном счете мы имеем ревматический артрит или кардит вместо или наряду с хореей. Довольно редко кардит может вызывать осложнение хореи у ребенка, у которого раньше ее не было или сейчас наблюдается ревматизм суставов.

Обычно хорея начинается с пареза руки и ноги, что сопровождается непроизвольными движениями той же руки и ноги. Или же первоначально могут иметь место парез или движения. *Довольно редко движения бывают симметричными в самом начале*, хотя через несколько дней патологический процесс все больше распространяется.

Когда движения локальные, они никогда не влияют на верхнюю конечность с одной стороны и нижнюю конечность с другой, и очень редко бывает так, что движения видны на одной руке, в то время как на другой руке этого совсем не заметно.

Парез становится все более очевидным из-за несогласованности, а также любое произвольное действие приводит к результату, который одновременно оказывается замедленным и в то же время скачкообразным. Если не отмечается никаких непроизвольных движений, все тело или какие-то отдельные его участки, поражен-

ные больше всего, находятся в постоянном движении. Всякий раз, когда у него появляется такая возможность, ребенок совершает движение как целесообразное, как если бы ему было стыдно двигаться без определенной цели.

> «Обычно бывает затруднительно не двигать конечностями хотя бы на минуту. Постоянно можно наблюдать всевозможные размашистые движения и невероятные изгибы. Плечи порой подняты или же опущены; голова наклонена и т.д. То же самое происходит и с мышцами лица, глаза то закрыты, то открыты; на лбу морщинки, которые быстро разглаживаются, уголки рта опущены в ту или другую сторону…» (Henoch, 1889, p. 197.)

Во время хореи ребенок гипертрофированно реагирует на любое эмоциональное событие, и эта эмоциональная неустойчивость сохраняется во многих случаях в течение нескольких месяцев или лет после того, как хорею удалось преодолеть. Такие же психические изменения можно встретить и в некоторых случаях ревматизма, даже без этих характерных для хореи движений.

Есть некоторые другие интересные моменты в таком заболевании, как хорея, хотя они не очень помогают в диагностике из общей выборки. На одного мальчика три девочки страдают хореей, и явных причин для этого, на первый взгляд, нет. С другой стороны, непоседливость в целом характерна в большей степени для мальчиков, чем девочек. Можно сказать, что хорея часто повторяется с определенной периодичностью; мы не можем этого сказать о тиках и непоседливости в целом. Хорея связана с районом проживания и социальным положением, непоседливость и тики повсеместны.

В некоторых случаях приступы хореи повторяются неоднократно, но не приводит к ревматическому артриту или кардиту. В одном случае у девочки началась хорея прямо в день ее рождения и сохранялась на протяжении нескольких лет. Казалось бы, уже можно отсеять те случаи хореи, которые не влекут за собой ревматических проявлений. Но в настоящее время это не представляет-

ся возможным, поэтому все дети, страдающие хореей, оказываются в группе риска: возможные проблемы с сердцем в дальнейшем.

Для хореи не предусмотрено какого-то особого лечения, кроме постельного режима и профилактики эмоционального напряжения. В палате можно поставить ширму, но этого делать не следует, если ребенок испытывает тревогу, как будто его наказывают. В доме ребенку следует выделить такую комнату, где его не смогут беспокоить другие дети, и он не будет испытывать волнения. Все, что ему требуется, – это тихий спокойный уход, как в случае с другими продолжительными заболеваниями. Некоторым детям крайне тяжело находиться в постели, ибо тогда они лишены своих обычных способов борьбы с тревогой. Следует помнить, что для такого ребенка нахождение рядом со слишком любящим родителем может оказаться своеобразной пыткой. В таких случаях улучшения у ребенка могут произойти гораздо быстрее вдали от дома. Но, как правило, именно для таких родителей сама мысль о том, что их ребенок будет находиться вдали от дома, – даже если это и хорошо для него, – совершенно непереносима.

Лечение лекарственными препаратами не приносит должных результатов, как мы уже могли видеть.

Даже если хорею не лечить, практически всегда она проходит сама по себе. Единственным серьезным осложнением могут быть проблемы с сердцем, но здесь, говоря о лечении, показан только отдых.

Обсуждение диагностики

Хотя хорею практически всегда достаточно легко диагностировать, нередки случаи, когда всевозможные случаи непоседливости принимают за хорею. В этой связи представляется целесообразным резюмировать выводы, полученные в результате дифференциальной диагностики, во избежание риска рецидивов.

Как правило, все дети непоседливы (это часть природы ребенка). Здесь нужно рассматривать ребенка в целом. С такого рода движениями обычно связаны проблемы с мочеиспусканием (позывы и периодичность). Напротив, подробный анализ возникно-

вения истинной хореи, как правило, указывает на то, что более или менее нормальный ребенок в какой-то момент стал крайне непоседливым. В самом начале подобные движения приводят к всевозможным повреждениям (на руках или ногах). С этим обычно связаны парезы; так что существует явная взаимосвязь между парезами и движениями. Мочеиспускание обычно в норме.

Через несколько дней после пребывания ребенка в клинике или реабилитационном центре все эти вещи могут уже быть менее заметны (проблемы с какой-то одной стороной и парезы могут исчезнуть).

История возникновения тиков в диагностике не столь важна – это может быть связано с испугом или же какими-то изменениями характера. Тики особенно непереносимы для тех, кому приходится их видеть.

Таким образом, вполне возможно диагностировать хорею на основании только личной истории. Если движения типичны, но история необычна, диагноз хореи должен быть поставлен под сомнение. Диагностика общей непоседливости, как правило, не столь сложна, но в некоторых случаях непоседливость столь сильно напоминает хорею, что только тщательный анализ истории может позволить поставить правильный диагноз. Какие-то сигналы (проблемы с сердцем), вызывающие подозрение в ревмокардите, часто приводят к совершенно ненужному и бессмысленному ограничению активности тревожного ребенка, вовсе не страдающего хореей.

Необходимо обратить внимание на то, что определение «пред-хорея» сейчас вообще не имеет никакого смысла. Непоседливость в целом вовсе не является предрасположенностью к хорее, а между тиками и хореей вообще нет никакой связи. Хорея действительно иногда связана с переутомлением (например, школьные экзамены), и пусковым механизмом может быть испуг; связь между хореей и стремлением ребенка к совершенству или реакцией бегством не совсем понятна. Но по-прежнему верно то, что хорея – это физиологическое заболевание мозга, которое может возникнуть как у нормальных, так и возбудимых детей. В дифференциальной диагностике не выявлено никакой связи между тиками, общей непоседливостью и хореей.

Любые атетоидные движения, связанные с определенными заболеваниями центральной системы, не так просто принять за хорею. С другой стороны, острый эпидемический энцефалит может начинаться как хорея, что довольно трудно отличить от прочих клинических проявлений хореи.

Далее мы увидим довольно необычную последовательность событий: травма – хорея – ревмокардит и артрит.

У Лили все было хорошо, пока в восемь лет она не пережила два испуга в течение одной недели: сначала ее сбили на велосипеде, а в другой раз она боялась идти домой, потому что за ней шли какие-то люди (мужчина и женщина; возможно, так ей казалось, тем не менее это вызвало определенную тревогу). Примерно в это же время ее походка стала неустойчивой (особенно это было заметно с левой стороны). Она сильно похудела и была очень бледной. Через несколько недель после всех этих событий она стала жаловаться на боль в руках.

Пережив этот испуг, Лили пребывала в крайне подавленном состоянии. Периодически в ее речи также появлялось что-то странное, и она не могла четко выразить свою мысль. Сон был вполне нормальным, но довольно беспокойным (она постоянно переворачивалась во сне и проч.). Девочка не была нервной или ей никогда не снились кошмары по ночам.

Прошлая история. У нее была корь, а однажды припухли миндалины. Во процессе роста не отмечалось никаких проблем. Миндалины так и не были удалены.

Семейная история. В семье восемь человек детей, один из которых страдает ревматизмом.

При осмотре, кроме небольшого повышения температуры (до 100) никаких иных дополнительных положительных факторов выявлено не было. Движения были типичными для хореи, хотя и не столь заметными, сердце было в норме.

Курс лечения. Достаточно быстро стали заметны улучшения (движения), но с левой стороны это по-прежнему было более заметно, чем с правой. Пока девочка находилась в постели, у нее развилась ригидность затылочных мышц, предположительно ревматический артрит. Миндалины лишь незначительно увеличены и

в целом в норме; хотя при первом осмотре казалось, что их обязательно нужно удалить.

Через три месяца ребенок себя чувствовал хорошо, сердце по-прежнему было в норме. В течение четырех месяцев ее не было, но потом она снова вернулась из-за того, что заболела (очевидно, на солнце получила тепловой удар). Теперь у нее снова начались определенные движения, но без болей в суставах или припухлостей; температура тела достигала 100 градусов, и она выглядела не очень здоровой. Симптомы, указывающие на проблемы с сердцем, были следующие: очень сильные удары, верхушечный толчок – в пределах нормы (полдюйма слева в пятом отделе); в тихом помещении второй звук, как шум, можно было услышать глубоко внизу слева от грудины. Этот диастолический шум облегчал диагностику активного эндокардита аортальных створок клапана сердца, вызывая обратный ток крови.

После пятнадцати недель лечения в учреждении она чувствовала себя хорошо, за исключением того, что по-прежнему можно было наблюдать аортальный обратный ток крови.

Несмотря на проведенное лечение, движения также вернулись, и, хотя они были теперь не столь выраженными, возник новый симптом – средний диастолический шум, прослушиваемый сверху, когда пациента осматривали в положении лежа. Возможно, это было связано с аортальным обратным током крови, но также не исключалась возможность раннего митрального стеноза.

Спустя двадцать один месяц после первого приступа хореи у ребенка постепенно развивается ревматический полиартрит с отеком лодыжек. Она снова попадает в клинику на семь месяцев. После выхода из клиники девочка чувствует себя удовлетворительно.

Проходит тридцать два месяца после первого приступа, и у нее снова появляется хорея. Сейчас в наличии все признаки гипертрофии, расширенного митрального стеноза и аортального обратного тока крови; и, поскольку хорея ярко выражена, кардит также имеет место.

Вот так может протекать болезнь, несмотря на все возможное лечение и наблюдение.

Следующий пример иллюстрирует довольно распространенное развитие событий в случае непоседливого ребенка:

Дорис первоначально направил ко мне медицинский работник школы в возрасте пяти лет по причине «ревматизма», что всегда является веской причиной для периодического обследования и наблюдения за ребенком.

Прошлая история. Дважды болела скарлатиной, миндалины и аденоиды удалены на треть.

Семейная история. У матери дважды был ревматический полиартрит, тогда же отмечались явные проблемы с сердцем.

У девочки есть старшая сестра восьми лет, а младшему брату всего шесть месяцев.

В ходе наблюдения. Ребенок счастлив, подвижен и хорошо ест, но у нее все чаще возникают боли в тазобедренной части и ногах, и она очень часто болеет. У нее никогда не отмечалось опухания суставов. Тот факт, что у ребенка часто бывают боли, само по себе достаточно веское основание для подробного анализа.

Мать также жалуется, что ребенок непоседлив и часто строит гримасы. Довольно трудно сказать, когда впервые возникли эти странные симптомы; можно сказать, что они «выросли» вместе с ребенком. Опрос родителей выявил следующие факты: маленькая девочка спит достаточно хорошо, за исключением того, что она говорит во сне, но в такие дни она бывает очень нервной и сверхвозбужденной. Возбуждение приводит к тому, что она говорит без умолку и становится все более и более беспокойной. На самом деле она никогда не может усидеть на месте, из-за этого позывы к мочеиспусканию (и частота) увеличиваются (но это не энурез).

Непоседливость, выявленная в ходе осмотра ребенка, соответствует такого рода тревожному беспокойству и вряд ли это можно считать хореей. Никаких физиологических признаков заболевания не обнаружено, и сердце в норме. Когда ребенка просят лечь, ей приходится преодолеть достаточно сильную неприязнь, и тогда в сердце прослушиваются шумы.

Дальнейшие замечания. Мне удалось узнать, что такого рода непоседливость приняли за хорею (незадолго до нашей встречи), но

непоседливость, которая все равно остается (несмотря на хорею), настолько характерна, что я с полной уверенностью констатировал следующее: данный ребенок физически совершенно здоров. Она испытывает сильную тревогу, именно это и объясняет ее боли и непоседливость в целом.

Периодически ее отправляли домой из школы (она становилась бледной, как полотно, готовой упасть в обморок; у нее начиналась лихорадка, боли во всем теле и покалывания в руке). После нескольких дней проведенных в постели, она снова чувствовала себя хорошо. У тревожных детей подобные заболевания протекают без каких-то явных физических признаков.

В следующий раз я услышал о ней, что уже в другой клинике ей поставили диагноз хореи, и это никак не совпадало с моим диагнозом; но когда она снова пришла ко мне, я обнаружил, что в отношении ее непоседливости никаких изменений не произошло, и она была явно не хореического характера.

Ее положили в больницу из-за узелковой эритемы. Однако, как это часто бывает, кровоподтеки кожи в области голеней и в других местах в ее случае были наследственными (то же самое можно было наблюдать у ее брата и сестры), и диагноз «узелковой эритемы» был ложным. Одно время из-за фактических кровотечений у нее действительно образовались шишки под кожей и ревматические узелки. Сердце было увеличено, поэтому был поставлен диагноз «ревматизм и кардит». С этим диагнозом ее снова направили ко мне, но я нашел ее в точно таком состоянии, как и в тот раз, когда впервые увидел ее. С сердцем у нее все было в порядке.

На самом деле у девочки не было ни ревматизма, ни хореи.

Эпилог (1957)

С момента написания данной статьи прошло уже достаточно много времени. Ревматический полиартрит и хорея встречаются теперь крайне редко. Что касается общей непоседливости, связанной с тревогой, и тиками – здесь ситуация ничуть не изменилась.

ЧАСТЬ II

Глава III

Аппетит и эмоциональные нарушения[3] [1936]

В психоаналитической и иной психологической литературе, как правило общепризнанным фактом является то, что нарушения пищевого поведения достаточно распространены при психиатрических заболеваниях, но, возможно, вся важность еды до конца не признается при этом. Например, редко можно встретить слово «жадность» в психологических трудах, при этом слово жадность имеет совершенно определенный смысл, объединяя в себе психическую и физическую составляющие, любовь и ненависть, все то, что приемлемо и неприемлемо для Эго. Единственная известная мне психоаналитическая работа, в которой слово жадность полностью находит отражение в теме – это *Любовь, ненависть и компенсация* Мелани Кляйн и Джоан Ривьер (лекции 1936, опубликовано в 1937 г.).

Но здесь следует отметить, что в психологии по-прежнему не уделяется должного внимания взаимосвязи между аппетитом и жадностью. Мне хотелось бы высказать мысль, что жадность никогда не проявляется у человека, даже в младенчестве, в неприкрытой форме, а алчность, даже когда это проявляется как симптом, всегда является чем-то вторичным, подразумевающим тревогу. Жадность представляется мене чем-то настолько примитивным,

[3] Материал впервые представлен перед Британским Психологическим Сообществом, 1936.

что она не может проявляться в человеческом поведении, кроме как замаскированная и как часть комплекса симптомов.

В этом мнении мне помог утвердиться подробный анамнез, ибо у меня сложилась совершенно отчетливая картина непрерывности (клинической) нарушений пищевых расстройств, как они проявляются в раннем детстве, в подростковом возрасте и во взрослой жизни. Я уже неоднократно отмечал то, что анамнез указывает на отсутствие четкого разделения между следующими условиями: анорексия подросткового возраста; запреты, связанные с кормлением в детстве; нарушения пищевого поведения в детском возрасте, связанные с определенными кризисами; и запреты, связанные с кормлением (в младенчестве). Из кризисов можно выделить следующие: рождение ребенка в семье; замена первой няни, которая ухаживала за ребенком; переезд в другое место; начало кормления обоими родителями; попытки заставить ребенка есть самому; введение твердой пищи или просто видоизмененной; тревожные реакции (когда ребенок кусает грудь).

Эти случаи можно встретить в одной большой группе; на одном конце шкалы – трудности кормления младенцев, а на другом – меланхолия, наркотики, ипохондрия и суицид. Иными словами, в случае болезни (здесь возможны самые разные заболевания) так же, как и в случае нормы мы сталкиваемся с тем, что огромную роль, безусловно, играет еда.[4]

Благодаря анализу детей старшего возраста и взрослых у нас возникает очень четкое понимание того, как аппетит участвует в защите от беспокойства и депрессии. Поэтому можно только предположить, что психология маленького ребенка и младенца не так

[4] Тогда было довольно странным искать причину психологической болезни у младенца. Поэтому моя точка зрения была несколько оригинальной и не принималась теми аналитиками, которые видели только тревогу кастрации и Эдипов комплекс. В своих более поздних работах я довольно подробно занимался темой развития младенцев, эмоциональное развитие которых может быть здоровым или нарушенным в любом возрасте, даже еще до рождения. В настоящее время (1956) среди психоаналитиков существует общепринятое мнение о том, что можно говорить о таком понятии, как психология новорожденного младенца. Несмотря на то, что я все время испытывал на себе влияние Мелани Кляйн, в данной случае я просто следовал заданным мне ориентирам (внимательное изучение всех тех случаев, которые мне доводилось наблюдать).

проста, как это может показаться на первый взгляд, и даже у новорожденного младенца может быть достаточно сложная психическая структура.

Сначала в анализе оральной функции приходит признание орального инстинкта. «Я хочу сосать, есть, кусать. Мне нравится сосать, есть, кусать. Я чувствую себя удовлетворенным после сосания, еды, кусания».

Далее следует фантазия. «Когда я голоден, я думаю о еде, когда я ем, я думаю, как взять следующий кусок. Мои мысли о том, что мне нравится сдерживать что-то внутри, и я думаю о том, от чего мне бы хотелось избавиться; таким образом, я думаю об избавлении от всего этого».

Далее идет более сложная тема, а именно: объединение этой темы устной фантазии с «внутренним миром». Две составляющие этой фантазии очень тесно взаимосвязаны между собой (то, что происходит внутри, наряду с внешними событиями; представления о том, что находится внутри – в материнском теле). Я также думаю о том, что происходит в этом источнике снабжения. Когда я очень голоден, я думаю о том, чтобы напасть и даже избавиться от источника питания, но потом мне от этого только плохо, и все мои мысли о том, как избавиться от всего этого как можно быстрее.

Такого рода оральная фантазия четко прослеживается в процессе наблюдений за детьми и маленькими детьми, играющими с объектом, что я и надеюсь показать.

Именно это бесконечное развитие и представляет собой «внутренний мир». Слово «внутренний» в данном случае относится прежде всего к животу, а уже потом к голове, конечностям и любой части тела. Человек склонен помещать собственные фантазии внутрь, идентифицируя их с тем, что происходит внутри тела.

Этот внутренний мир можно считать живым миром движения и чувств. Если же человек испытывает тревогу, то мир становится безжизненным, а в случае болезни – чрезмерно управляемым и контролируемым.

Эта часть оральной фантазии представляется мне не столь существенной, а тот факт, что я настаиваю на ее признании, указывает на то обстоятельство, что я отношусь к этому как педиатр. Ни

один случай кишечного расстройства, рвоты или диареи у ребенка, анорексии или запоров невозможно до конца объяснить без учета сознательных и бессознательных фантазий ребенка о внутренней части тела.

Даже при желании ограничиться каким-то одним заболеванием (физиология), мы все равно должны отметить, что никакое исследование реакции ребенка на физическое заболевание не может быть полным без ссылки на фантазии ребенка о его внутренней жизни. Ребенку может показаться довольно забавным, когда его доктор, как выясняется, знает меньше о его внутреннем мире, чем он сам. Большинство врачей предпочитает придерживаться лишь факта боли без фантазийного контента, но факт остается фактом: дети часто рассказывают о собственном внутреннем мире, когда их спрашивают о внутреннем дискомфорте. Так, один ребенок отмечал, что между испанцами и англичанами идет война и они сражаются мечами. Другой приводил следующую фантазию: маленькие люди, сидящие за столом у него в животе в ожидании пищи. Маленький мальчик четырех лет рассказывал мне о том, что до него доносились звуки, как люди разбивали тарелки после того, как он сам заканчивал есть. Еще один ребенок признавался, что внутри матери ему виделось множество детей, и рождение происходило в тот самый момент, когда входил отец и сбивал его палкой.

Иногда художник, способный нарисовать обычную картину, может представить нам впечатляющие детали внутреннего мира с точки зрения некоего ядра.[5] То, что открывается нашему взору, представляется чем-то ужасным для большинства людей; им будет чудиться всякая всячина и, надо сказать, лавка мясника не самое худшее здесь. Подобное мужество художника действительно вызывает восхищение, даже если кому-то может и не понравиться такое бегство из мира фантазий к анатомии.

Следующий случай, как мне кажется, иллюстрирует то, как признание фантазии о некоем мире внутри (живота) становится возможным благодаря чувству юмора.

[5] Мне сразу же вспоминаются определенные сюрреалистические картины; некоторые из них изобилуют грубыми анатомическими подробностями.

Случай 1. Мать привела сына в больницу с подозрением на порок полового члена (гипоспадия). Вот что она рассказывает: «Доктор говорит, что это выглядит так, как будто у него и не было крайней плоти еще до рождения, и меня это очень страшит». У мальчика была очень темная кожа, и я попросил ее рассказать мне, проявилось ли это в последнее время или же так было всегда. Надо сказать, эта пигментация всегда очень беспокоила ее. Она попыталась это как-то объяснить летними каникулами (здесь явно не было никакой связи) и так далее. Наконец, она признается: «Да, я помню, он таким и родился; врач сказал, что он выглядит таким загорелым. А я ответила ему, что это вполне понятно – ведь он там провел столько времени».

Фантазии о беременности включают в себя грубые фантазии о происходящем внутри и позволяют избавиться от страхов по поводу деструктивных элементов, от которых ребенку иногда трудно отказаться. Но все дело в том, что матка не внутри. Мальчики принимают эту защиту наряду с девочками. Сначала мать беременеет, потом живот спадает и вот уже можно видеть миленькое человеческое существо. Таким образом, идея в целом принимается.

Случай 2. Маленького мальчика доставили в больницу из-за болей в животе. Меня часто просят осмотреть детей, локализация боли которых не совсем понятна. Этот мальчик пока еще не решил для себя, где именно у него болит, но это явно было связано с каким-то внутренним органом. На самом деле это была даже не боль, а что-то внутри него. И все это было связано с тем, что его мать только что родила ребенка. Он поверил в то, что и у его внутри тоже ребенок. Должно быть, это был мальчик. Он не хотел потерять ребенка, предпочитая сохранить его внутри. Это было так или иначе связано с его любовью к отцу.

Такого рода фантазии могут возникнуть достаточно легко, но я не думаю, что ребенку это что-то даст, если кто-то ему укажет на это. И, конечно же, в некоторых случаях ребенку может быть не очень приятно, если его секреты станут всем известны. Но подобного материала достаточно много.

Вот еще один случай, в котором девочка рассказывала мне о фантазиях в отношении ее тела.

Случай 3. Мой помощник обратился ко мне за советом. Речь шла о девочке Хизер, которая расчесывала половые органы (это началось у нее где-то в два года) настолько, что они постоянно воспалялись и болели. Не так давно она только попыталась это сделать, чем сразу же вызвала гнев учителей. Цистит или глисты не выявлены; иных заболеваний физиологического характера также не обнаружено. Может ли это быть психологического характера?

Я ответил своему помощнику, что подобное нарушение может быть действительно психологического характера. Поэтому я согласился встретиться с девочкой и ее матерью (довольно часто прибегающей к запретам). В моем распоряжении было всего несколько минут, поэтому я должен был поставить хоть какой-то диагноз. Передо мной была хорошенькая и здоровая девочка, довольно пухленькая, несмотря на плохой аппетит, и вполне счастливая, совсем не тревожная, пожалуй, немного задумчивая.

Я нахожу ее очень ухоженной. Она единственный ребенок в семье, а ее родители очень респектабельные люди. Поэтому ей не разрешается одной выходить на улицу, и она редко вообще с кем-либо играет. Тем не менее, в школе у Хизер есть друзья, если же говорить о нашей проблеме (компульсивное расчесывание гениталий), то ее корни гораздо глубже.

Я прошу мать выйти из комнаты, и Хизер тут же начинает рассказывать мне о своих страшных снах. Единственным спасением от них может быть только то, что ей приходится лежать с открытыми глазами. Теперь совершенно очевидно, что у девочки не только тревожные сны, но и визуальные галлюцинации, иногда совершенно ужасные, а порой – прекрасные. По ее словам, ей хотелось бы найти что-то хорошее, чтобы как-то сгладить весь этот негатив. Самое важное здесь то, что ей чудятся какие-то коричневые существа, выползающие из щелей. Ей бы хотелось дать название этим гротескным и плохим созданиям и странным животным. Также у нее есть фея с неким фантастическим именем: «Она хорошая, так хорошо, когда она здесь, она очень высокая; ее настоящее имя Хи-

зер». Казалось, для нее было довольно странным осознавать собственный реальный опыт, в то время как она более комфортно себя ощущала в некоем сказочном мире.

Ей все время кажется, что эти коричневые создания ползают прямо по ей, и ей нужно избавиться от них.

Я осмеливаюсь задать ей вопрос. «И как они проникают в тебя?»

«Ну, они попадают ко мне с едой. Вы же видите, я очень люблю печень и колбасу, и они тоже преимущественно коричневые.

Не так сложно предположить, что в бессознательных фантазиях она поглощала всех этих хороших и плохих людей и вообще самых разных лиц; а по законам любви и ненависти это было одновременно как обогащением, так и обременением со всеми этими приятными и ужасающей гротескными созданиями в ее внутреннем мире. В мечтаниях она наслаждалась своим сказочным миром, но за это ей приходилось платить соответствующую цену (насколько она плохая), поэтому она расчесывала половые органы.

Ее симптом, по сути служит указанием на то, насколько она плохая, что позволяет ей сохранять ее сказочный мир.

Проиллюстрировав смысл оральной фантазии и особых фантазий о происходящем внутри, мне бы хотелось привести несколько обычных историй с тем, чтобы показать, насколько часто в педиатрической практике нам приходится сталкиваться с нарушениями пищевого поведения.

Мне не требуется напоминание, что ценность всех моих наблюдений зависит от сферы распространения и пределов физического заболевания (инфекции, расстройства пищеварения и т.д.). Но для того, чтобы быть до конца уверенным в этом, я должен обязательно учитывать как физиологическую, так и психологическую составляющую. В связи с этим я могу высказать предположение, что наши психологические исследования потерпели фиаско из-за недостаточного контроля за физиологией и непониманием многих вопросов, связанных с питанием; и конечно же раньше было гораздо сложнее выявить психологические факторы, чем сегодня. Благодаря медицинской теории и практике мы располагаем самыми передовыми технологиями, и нам известно то, что менее чем в половине случаев, с которыми мы сталкиваемся в амбулаторных

условиях, вообще есть какие-либо физические заболевания. Так что теперь, я надеюсь, должны быть понятны всевозможные эмоциональные расстройства, приводящие к самым разным аномалиям личностного развития.

Кроме того, благодаря психоанализу мы можем исследовать и делать определенные выводы в отношении бессознательного. Таким образом, постепенно мы приходим к изучению психологии развивающегося младенца и ребенка.

Случаи из практики

Надо сказать, что мне не так просто выбирать случаи. Делая выбор в пользу того или иного случая, я так или иначе указываю на то, что следует остановиться отдельно на нарушениях пищевого поведения в случае психологических нарушений, в то время как особенно мне бы хотелось сделать акцент на том, что нарушения пищевого поведения достаточно распространенное явление. Довольно редко в истории болезни больного ребенка или даже нормального мы не сталкиваемся так или иначе с симптомами, связанными с кормлением.

Безусловно, в любом амбулаторном отделении довольно распространены случаи явных пищевых нарушений (недокармливание или переедание) или всевозможных извращений. Мы все больше и больше приходим к выводу, что многие из этих детей физически здоровы, тем не менее проблемы у них, возможно, именно с чувствами. Также существуют различные типы рвоты, от менее распространенного типа (истерическая рвота) до весьма распространенных приступов разлития желчи, иногда (врачам порой это удается предотвратить) это проявляется в циклических рвотах (когда ребенок оказывается в полной прострации). Кроме того, существуют всевозможные случаи непереносимости жира, от распространенной фобии молока до пищевой аллергии и так далее.

Сейчас мне бы хотелось обратить внимание на определенные детали, связанные с кормлением, представляющие для нас определенный интерес в любом случае: расстройства поведения, запрет

на любые достижения (интеллектуального характера), неприятие норм, общей тревожное беспокойство, фобии, тревожные состояния, депрессивные фазы и т.д.

Конечно же, вряд ли будет возможным проиллюстрировать все эти случаи. В трех нижеследующих описаниях детей мы сможем увидеть жадность (симптоматического характера), переключение от торможения к компульсивному состоянию и запреты на жадность.

Случай 4. Во-первых, мне бы хотелось рассказать о девочке в начале пубертата. У нее есть старшая сестра. Здесь мы имеем проблемы с трудностями характера. У нее и раньше отмечались проблемы с тем, что она ревновала свою старшую сестру к друзьям.

Две сестры неплохо ладили между собой, но их отношения всегда страдали из-за навязчивости младшей – отбить от сестры любого, кто оказался рядом с ней (будь то мальчик, девочка или взрослый человек, что-либо значащий для нее).

Когда девочка была в определенной возрастной категории (от шести до восьми лет) эта роль – довольно маленькой – казалась всем довольно забавной, но постепенно это привело к возникновению ситуации серьезной угрозы для партнерства, которую невозможно было решить, не причиняя вреда обеих сторонам.

Неудивительно, что алчность этой жадной девушки касалась не только людей. Она склонна к перееданию (очевидно, это ее защита от тревоги), иногда она страдает очень сильным избыточным весом. Любые попытки соблюдать диету вызывают у нее тревогу и эмоциональное расстройство, что явно очень сильно отличается от нормального здорового Я.

У сестры, напротив, ярко выраженная тенденция к аскетизму. Она явно депрессивного типа, и здесь опять же мы видим явный контраст с ее неумеренной во всех отношениях сестрой; периодически она вообще бывает совершенно равнодушной к еде, часто оставляя всю еду на тарелке.

Случай 5. Далее следует краткое описание случая мальчика, у которого отмечались следующие изменения (от замкнутости до

жадности). Тому (пятнадцать лет) угрожает исключение из государственной школы по причине того, что он плохо успевает в школе. При первом знакомстве он производит достаточно хорошее впечатление (что называется, все в меру – в его пользу). Его IQ равен 120, и в разговоре он кажется достаточно смышленым. У него есть младший брат и сестра.

У Тома изменился характер, когда он пошел в государственную школу в тринадцать лет. В подготовительной школе у него были хорошие отношения с одноклассниками, он вел себя ровно и достаточно открыто.

Как только он перешел в государственную школу, у него сразу же начались неприятности. Вот выдержки из накладных Директора школы: «Сначала это проявлялось в общей неопрятности; потом он стал крушить мебель и все подряд. Невнимательный на уроках и неспособный сконцентрироваться. Частые проблемы с учителями и никакого эффекта от наказаний. Директор школы в полной растерянности и не знает уже, как на него повлиять. (Надо сказать, что данный директор не так часто прибегает к наказаниям, но именно этот мальчик вообще никак и ни на что не реагирует – будь то просто беседы или наказание).

Иными словами, у Тома возникли проблемы с характером с тех пор, как он покинул подготовительную школу. По словам родителей, у него даже изменилось выражение лица; раньше он был таким открытым, а теперь – довольно капризным и все время норовящим обмануть. Также они обеспокоены тем, что он устроил какую-то вакханалию дома, испортив ножом мебель и многие вещи в собственной комнате. Здесь следует отметить, что свою комнату он всегда очень любил.

В том, что представляет для нас интерес здесь, – наряду с изменениями характера можно также видеть, как запрет на жадность сменился алчностью. Во время этих характерологических изменений он стал поправляться, – несмотря на то, что всегда был худым, – и у него появился более чем здоровый аппетит с компульсивным желанием переедания.

Подобные изменения аппетита могли пройти незамеченными, но это резко контрастирует с его отношением к еде, которое было

неизменным с самого раннего детства до конца периода подготовительной школы. Тогда его совсем не интересовала еда, и никто не мог привлечь его на свою сторону едой.

Для того, чтобы дойти до самых глубин (трудности с кормлением) нужно было вернуться к проблемам с грудью в три месяца, а затем в шесть месяцев – вторичные запоры. В девять месяцев ребенок весил всего девять фунтов; потом он стал развиваться вполне неплохо, хотя по-прежнему очень мало ел, а его масса тела была незначительное. Поэтому мы можем говорить о том, что болезнь этого мальчика началась именно тогда, когда ему было три месяца.

Няня, которая пришла в семью, когда мальчику было три года, описывает, что каждый из членов семьи пытался накормить его из ложечки; с другой стороны, это действительно было единственной возможностью хоть как-то его накормить.

Насколько мне известно, в педиатрии в случае такого рода проблем, связанных с кормлением, в дальнейшем также возможны сильнейшие осложнения!

Важность этого случая, – пусть в данном случае мы и имеем очень краткое описание, – состоит в том, что мы можем наглядно видеть, как на протяжении 10-12 лет мальчик был склонен к подавлению аппетита в качестве защиты от беспокойства. Посредством этих симптомов ему удавалось оставаться довольно милым и социальным существом, потому что он вполне мог обходиться без еды. Однако, без веры в собственную добродетель (или других) он не мог жить полной жизнью; по крайней мере он не мог жить и оставаться психически здоровым.

А теперь мне бы хотелось обратить внимание на очень ранний возраст, когда человек может попытаться решить проблему мнительности, став подозрительным к еде. Самые первые месяцы младенчества довольно сложны для понимания, но очевидно то, что в девять и десять месяцев этот механизм (сомнения по поводу еды, пытаясь скрыть неуверенность в отношении любви) может быть использован в полной мере.

В своем следующем описании я постараюсь привести детали именно в той последовательности, как я столкнулся с этим в кон-

сультации. В самом конце я расскажу о таких нарушениях, как расстройство аппетита.

Случай 6. Саймона привели ко мне в возрасте восьми лет. С ним же был и его брат Билл, пухлый, пышущий здоровьем парень, представляющий столь сильный контраст с крайне субтильным Саймоном. В семье двое детей. Супруги очень трогательно и нежно относятся друг к другу и, конечно же, они очень обеспокоены задержками физического развития одного из сыновей, а также прочими его симптомами, такими как: отсутствие аппетита, перевозбуждение, кошмары по ночам и другие важные моменты, которые мать постепенно вспоминает в беседе (сбор информации о пациенте).

Вне всякого сомнения, Саймон далеко не глуп; он неплохо успевает в школе, давно уже научился читать и умеет многие другие вещи, но большинство его интеллектуальных навыков остаются невостребованными.

У него плохая концентрация. В школе отмечают его гиперактивность, ему постоянно нужно что-то делать. Он может учиться кататься на велосипеде, в то же самое время наблюдая за самолетом. Сначала он что-то делает, а уже потом думает, если это происходит вообще. Он честный, щедрый, ласковый и чувствительный. Его родители не могут пока определиться с методами – стоит ли прибегать к суровым мерам или же обратить все в шутку, тем самым выиграв время.

Он очень медленный во всем, но если он захочет что-то быстро сделать, это не составит ему труда, ибо по натуре он довольно проворный. Например, одевается он всегда очень медленно, если только по какой-то причине он не захочет оказаться самым первым

в группе. Уборка также происходит невероятно медленно. Его матери, у которой нет помощниц, приходится убирать это все самой, но порой ей кажется, что она должна была настоять на том, чтобы он убирал за собой игрушки сам. Если ему потребуется какая-то книга, он может вытащить сразу все двадцать штук, но идея вернуть остальные девятнадцать штук на место никогда не приходим ему в голову. Он недоумевает: «А почему я, собственно, дол-

жен это делать». И создается такое впечатление, что он и правда не знает, почему.

Он обожает и восхищается собственным братом, но скорее все же ревнует его – например, если Билл болен, Саймону сразу потребуется больше всего, равно как и больше помощи (это касается всего), пока брат не поправится.

Его игра на первый взгляд кажется вполне нормальной, разве что в ней очень мало воображения. Здесь можно отметить все то, что связано с кораблями, моряками и зданиями; и его интересует (если говорить о чтении) лишь какая-то общая информация – о растениях, животных или замечательных открытиях. Иными словами, как в игре, так и в чтении можно увидеть определенное бегство из фантазии в реальность, пусть и в достаточно романтическую реальность. Этот мир фантазий, как мне кажется, вызывает страх у самой матери.

Мы вполне можем говорить о том, что у него присутствует определенный страх фантазий, – скажем, в молитвах нередки его обращения «О, Боже, только избавь меня от

кошмаров». Кошмары в основном связаны с животными, в тот же день, как правило, он много возился с животными. В процессе аналитической работы нам удалось выяснить, что тревога в отношении животных часто была связана с кусающимися животными, а на самом деле животные представлены здесь как некое облегчение, ибо в одной из самых ранних тревог, соответствующих этому состоянию, был только угрожающий рот. И животных можно приручить, но не их рот.

То обстоятельство, что у мальчика отсутствует страх, я думаю, следует рассматривать, как симптом, в особенности потому, что именно из-за этого он уже неоднократно сталкивался с опасностью. Уже три раза он попадал в самые неприятные истории, и в каждой из них он внес собственную лепту. Еще совсем маленьким он попал себе палкой в глаза; чуть позже его палец застрял в механизме швейной машины; а однажды он неудачно упал, и ему даже накладывали на голову швы.

Довольно любопытно, что он всегда знал, кем хочет быть (уже с года). Примерно тогда ему очень захотелось летать. И тогда он

запросто забирался на стол и прыгал с него (с явной угрозой для жизни и здоровья). У него всегда было такое чувство, что он может летать, как птица, и еще до того, как он научился плавать, он однажды совершил прыжок в воду (с довольно большой высоты), не испытывая при этом совершенно никакого страха. Со стороны родителей не отмечалось никаких попыток поощрять его бесстрашие; на самом деле с того самого момента, как ему исполнился год, они рассматривали это бесстрашие как некий симптом, считая, что их сын немного «не в себе».

Не так давно он правда оказался в самолете, и тогда его желание летать стало вообще непреодолимым (он захотел во что бы то ни стало стать летчиком), и теперь было только дело времени. Таким образом, его симптом трансформировался в некое призвание. На мой взгляд, это самая неустойчивая форма «нормы».

Родители постоянно испытывали тревогу в связи с тем, что у Саймона отсутствуют какие-то простые и обязательные страхи, и они понимали, что отсутствие чувства реальности у их ребенка делает его жизнь довольно опасной.

Теоретически мы знаем, что тревога в таких случаях присутствует. Мы могли бы совсем упростить это, объясняя подобную ситуацию следующим образом: «он боится испытать страх». Но здесь же можно отметить и другие сложные механизмы, а подробное объяснение его психологического состояния требует гораздо больше времени, чем я могу сейчас себе позволить. Можно было бы сказать, что он живет в своем внутреннем мире, где контроль скорее магического характера, и он больше не стремится умереть, прыгая со стола, в общем-то как и все остальные нормальные люди, когда они летают во снах.

Интересно отметить, – хотя сначала мне сказали, что он *никогда* не испытывал страха на людях, – мать вспоминала об этом позже, что, когда он был совсем крошечный (от шести недель до двух месяцев) он настолько всего боялся, что даже шелест бумаги вызывал у него беспокойство. Он сразу же начинал плакать и совершенно не мог всего этого выносить. Мать чувствовала тогда, что его страхи были колоссальными, поэтому она старалась делать все возможное, чтобы избежать повторения этой травмы.

Описывая период раннего младенчества, можно отметить, что он довольно рано стал выражать симпатии и антипатии к людям вообще, и это было его яркой отличительно чертой. В качестве примера можно отметить, что окружение в основном вызывало у него симпатию; правда, он возненавидел одну горничную, которая появилась в доме, когда ему было четыре месяца и все это время он крайне настороженно относился к ней вплоть до ее ухода. Для этого не было каких-то особых причин, просто он всегда любил или не любил людей без особых для того оснований. Его разделение мира на то, что «нравится» и «не нравится» всегда было скорее субъективным, чем объективным.

Считалось, что Саймон счастливый ребенок так же, как и его брат. Но довольно скоро стало понятно, что здесь мы скорее имеем дело с чем-то ирреальным. Он беспокойный, при этом ему постоянно необходимы какие-то изменения и на что-то отвлекаться. То, что он натянут, как пружина, особенно заметно по сравнению со спокойным темпераментом его брата, Билла.

Когда ему было два года, выяснилось, что он левша. Но это вполне допустимо.

Саймон достаточно много разговаривает. Можно даже сказать, что он все время говорит, если он не читает. В последнее время он начал грызть ногти, также у него стали отмечаться навязчивости (он издавал странные звуки) во время чтения, когда он просто сидел, ел и т.д. Во время чтения вслух в школе он также мог издавать подобные звуки или же компульсивно прикрывать рукой лицо.

Эти характерные черты лучше всего описать следующими примерами. Рассердившись на Саймона, вы могли сказать ему: «Нужно пораньше лечь спать». Он же мог ответить вам: «Хорошо, я устал» и отправиться, как ни в чем ни бывало. Или же вы могли сказать ему: «Сегодня никакого шоколада», а он отвечал вам: «Ну и хорошо, мне утром было плохо», и вам опять никак не удавалось донести до него мысль о наказании.

Еще одна характерная черта: Билла просят помочь, и он с радостью идет и делает, о чем его попросили. С другой стороны, Саймон сразу же понимает, что вы хотите от него; он может уточнить,

что именно нужно сделать, но не пройдет и минуты, как он уже будет занят чем-то другим.

Год назад он перестал ходить в школу. Это было сопоставимо с запретами. В случае принуждения его тут же начинало рвать. Я думаю, что первоначально рвота представляла собой бессознательную потребность избавиться от плохих вещей, но вскоре он обращается к рвоте с тем, чтобы обрести контроль над матерью. Ему не составляло труда заболеть. Матери стоило только угрожать ему сном, и результаты были тут как тут. В конце концов она отводила его в школу, и он уже болел там; после всего этого он мог снова ходить в школу.

А сейчас я перехожу к *пищевым нарушениям*. Один из постоянных симптомов мальчика заключался в отсутствии обычного желания поесть. Можно сказать, что он никогда не был жадным. Не было такой еды, которую бы он действительно любил, или же то, чем его можно было бы угостить. Он любит шоколад, но постоянно его забывает, ибо еде всегда предпочитает игру. Аппетит его брата можно считать нормальным для данного возраста и даже более чем. «Оказавшись на природе, Билл съедает все под чистую, в то время Саймон может ограничиться только одним бутербродом, приступив ко второму только после уговоров». Его интересы явно в чем-то другом.

С самого детства братья очень сильно отличались друг от друга, и по мнению матери «это довольно странно, потому что у нашего Саймона было такое хорошее начало, в то время как у спокойного сейчас и в целом более нормального Билла старт как раз был плохой». И здесь я подхожу к главному утверждению матери, что Саймон был «абсолютно нормальным» до девяти месяцев (когда его отлучили от груди). (Конечно же, мы понимаем, что его вряд ли можно назвать абсолютно нормальным, учитывая то, что даже шелест бумаги вызывал у ребенка беспокойство). Саймон получал наслаждение от груди, хорошо развиваясь физически и умственно, совершенно не давая поводов для беспокойства (до того момента, как его отлучили от груди). Он был не против, когда на протяжении двух месяцев контакт с грудью сохранялся (общее количество раз было сокращено), при этом вводилась какая-то новая пища,

но когда груди совсем не стало, он так и не смог это принять. Эта история довольно распространенная. Тем, кто имеет дело с детьми, она хорошо знакома. Отлучение от груди – один из важнейших критических периодов раннего детства.

Таким образом, состояние Саймона можно назвать запретом на жадность, что является вторичным по отношению к травме отнятия от груди, в свою очередь вторичной по отношению к более ранней инфантильной тревоге психотического характера.

Здесь можно добавить несколько довольно странных фактов: когда Саймону исполнилось восемнадцать месяцев, они с матерью как-то остались у тети (там все было очень плохо устроено, да и сама тетя оказалась крайне непрактичной). В общем, он очень плохо реагировал в ожидании приема пищи (его первый подобный опыт), и потом он начал заикаться и грызть ногти. Заикание прекратилось, как только они вернулись домой; правда он продолжал грызть ногти, но это никогда не было так ужасно, как в тот раз.

Здесь следует отметить, что у Саймона были огромные проблемы с опрятностью до

семнадцати месяцев. Он совершенно отказывался пользоваться горшком, и это не составляло для него никакого труда; а когда он стал постарше, он мог это сделать прямо на полу. Мать не пыталась что-то предпринять в этой связи. Но однажды он сам воскликнул: «Ах, какой грязный мальчик», после чего подобные проблемы прекратились.

До недавнего времени Саймон был крайне неопрятен в еде. Этот симптом несколько удивлял людей, которые пытались разобраться в данной ситуации. Но в последнее время все это прекратилось. Теперь Саймон ел, как обычный ребенок, ничего не проливая и даже не запачкав галстук. Правда дома все продолжалось точно так же. Когда ему сказали, что он не сможет пойти на вечеринку из-за неумения аккуратно есть, он ответил: «Так я не буду этого делать, если я пойду на вечеринку», но, конечно же, он не понимает того, насколько все это лишено логики с точки зрения его матери.

Мать говорит ему: «В воскресенье к нам придут гости, и вы сможете сидеть за другим столом». Он же ей отвечает: «В воскресенье я не буду создавать беспорядок вокруг себя». И действительно он

вел себя очень аккуратно. «Но он был совершенно невыносим», – добавила мать, – «так что я была рада, когда он снова стал мусорить повсюду, ведь тогда он был хотя бы более покладистым».

У него есть один довольно скучный друг, которого он презирает и в общем-то не любит. Когда его спросили, что ему понравилось дома у этого друга, он ответил: «У него был превосходный чай. Как будто он хотел этим сказать: «Он сам не имеет никакого значения, его можно съесть, не испытывая при этом совершенно никакого раскаяния». Это показывает нам то, как главный симптом – запрет жадности, что на самом деле привело к тому, что в сущности замедляло физический рост, – отчасти можно считать отношениями мальчика с внешним и внутренним миром, дифференцировать которые было для него не так просто.

В случае Саймона можно в очередной раз можно увидеть то огромное значение, связанное с запретом жадности, начиная от отнятия от груди; и точно так же в самом начале отношение к еде демонстрировало его отношение к человеку, матери, так что впоследствии симптомы, связанные с кормлением, варьировались в зависимости от отношения ребенка к разным людям.

Примеры взрослых

Хотя я и стараюсь приводить случаи детей, у взрослых зачастую можно встретить похожие ситуации. Например:

Случай 7. Мужчина и женщина обратились ко мне по поводу проблем в семейной жизни. Среди различных деталей я отмечаю следующее: «Мужчина ненавидит детей точно так же, как кто-то может ненавидеть кошек, и ему может вдруг стать плохо, если ребенок зайдет в комнату». Он сказал это сам. Его реакция на беременность жены очевидно была быть крайне антагонистичной, и он смог полюбить своего ребенка, мальчика, только через несколько лет. С девочкой, как ему казалось, все могло быть значительно проще. В этой связи следует отметить то, что в его собственной семье был еще один ребенок, брат, родившийся, когда

ему самому было два или три года. Есть масса доказательств, что сей факт (рождение брата) был крайне неприятен для него, так что впоследствии рождение его собственного ребенка было неким воспроизведением подобного опыта. Так что ему пришлось вернуться к своей прежней болезни (параноидальная депрессия) раннего возраста.

В своем нынешнем отношении к еде этот мужчина показывает, что он как младенец. Он вегетарианец, и у него такое ощущение, что он вынужден есть мясо вместе с женой, которая его не понимает. Постоянно происходит так, что жена заставляет его есть то, что он совсем не хочет; от этого он приходит в ярость, если, конечно, она не выражает безразличия и не пристает к нему. Но во время еды он ведет себя достаточно странно. Горничная забыла поставить для него стул, и поэтому он стоит, и ест еду стоя в знак «так называемого протеста» и все это перед его маленьким мальчиком (вряд ли здесь можно увидеть какое-то чувство юмора).

Согласно описанию его матери, подобное отношение к еде сейчас можно считать возвратом к его исходной позиции, связанной с кормлением.

Запреты жадности с самого раннего возраста часто приводили к симптоматическим актам жадности, что очень тревожило как его самого, так и жену. Например, его сын заболел корью, и ему назначили молочную диету. Для него выделялось специальное молоко. Мой пациент, отец ребенка, незаметно для всех выпивал это молоко, заменяя его обычным молоком. Когда его сын был совсем маленьким, и ему не хватало молока, он также тайно пил это молоко. Он всегда старается заполучить самый лучший кусок торта, лучшее пирожное, – все самое лучшее, будь то еда или напиток; причем это желание приобретает характер навязчивости.

Когда человеку чего-то не хватает, это совершенно естественно для Я, и это позволяет избавиться от инстинктивного напряжения.

Наблюдение за пациентами в амбулаторных условиях

В последующих шести случаях я постараюсь дать краткое описание по каждому из них, в том числе только то, что представляется необходимым, чтобы передать впечатление своеобразного ярчайшего зрелища.

Прежде всего мне бы хотелось рассказать о том, что делает ребенок, когда он сидит на коленях у матери, и нас с ними разделяет только стол.

Ребенок одного года ведет себя следующим образом. Он видит ланцет[6] и довольно быстро старается протянуть руки к нему; пару раз он может совершенно потерять к нему интерес, прежде чем ему удастся схватить ланцет, при этом он будет постоянно смотреть на нас, изучая наши отношения между собой. Рано или поздно он возьмет его в рот и начнет грызть. Сейчас он радуется тому, что ему удалось наконец заполучить ланцет, но в то же самое время он подбрасывает его и совершает всякие манипуляции. Он пока еще не готов к тому, что я могу забрать этот предмет у него. Вскоре ланцет падает на пол; на первый взгляд это может показаться случайностью, но как только ланцет попадает к ребенку, он снова повторяет свою ошибку; в конце концов он бросает его вниз в надежде, что он точно упадет. Он смотрит на него, и часто эти звуки (когда ланцет падает на пол) становятся новым источником радости для него. Он начинает неоднократно бросать его на пол, если я даю ему эту возможность. Теперь ему бы хотелось опуститься на пол, чтобы играть с ним там.

Итак, в целом можно говорить о том, что отклонения от этой средней нормы (поведение ребенка) указывают на отклонения нормального эмоционального развития; зачастую это дает нам возможность соотнести подобные отклонения с остальной клинической картиной. Бывают, конечно, и определенные возрастные различия. Дети старше одного года, как правило, идут до конца (весь этот процесс захвата, когда ребенок берет ланцет в рот), и их

[6] У меня в клинике всегда стоит металлическая чаша, полная стерилизованных ланцетов (такие особенные сверкающие предметы под определенным углом).

все больше и больше интересует то, что можно сделать с помощью ланцета в игре.

Случай 8. Через три месяца, как и было назначено, мать приносит ко мне совершенно здорового на первый взгляд ребенка. Ребенку, Филиппу, уже исполнилось одиннадцать месяцев, и сегодня он у меня в четвертый раз. Все его трудности позади, и теперь он хорошо развит физически и эмоционально.

У меня на столе стоит только чашка (без ланцетов), он пытается захватить ее, но мать всячески противится этому. Дело в том, что он пытается сразу же это захватить, видимо, вспоминая свои прошлые визиты.

Я протягиваю ему ланцет, и он тут же берет его, а мать замечает: «Теперь он будет гораздо шумнее, чем в прошлый раз». И она в общем-то права. Матери часто подсказывают мне, что скорее всего будет делать их ребенок, отмечая при этом, что дома ребенок может вести себя совершенно иначе. Конечно же, он сразу тянет ланцет в рот, а потом начинает стучать им по столу или миске. То же самое происходит и с чашкой. Он постоянно смотрит на меня, и конечно же я не могу говорить о собственной невовлеченности. Так или иначе он выражает свое отношение ко мне. Другие матери с детьми сидят в этой же комнате на каком-то расстоянии от нас, и общая атмосфера всей комнаты определяется настроением ребенка. Мать по ходу говорит: «Он себя ощущает, как на сцене». Ребенок рад такому успеху, и он старается еще больше привлечь к себе внимания. Теперь он стремится засунуть ланцет в рот и мне, и ему нравится, что я играю с ним в эту игру, претворяясь, что сейчас съем этот предмет; но он прекрасно понимает, что вообще-то я занят своим делом. Он предлагает его и матери, а потом и всем тем, кто встречается ему на пути.

Вскоре мы видим, как он уже играет с другим ребенком в этой комнате, которого он выбрал из достаточно большой группы детей, находящихся там. Всем теперь очень весело и совсем не похоже на то, что это клиника.

Мать опускает его, и он бросает ланцет на пол, играя с ним и стараясь передать его тому ребенку, с которым он только что играл.

Вы, наверное, заметили, что ему было интересно засунуть его не только в собственный рот, но и в рот матери, и мне. Мне кажется, у него было такое ощущение, что ему удалось накормить всех здесь. Это он делал ланцетом, но вряд ли бы это вообще было возможным, если бы он не чувствовал, что наконец завладел им.

Это то, что иногда называют «обладанием хорошей интернализированной грудью» или просто «доверием в отношениях с хорошей грудью, основываясь на определенном опыте».

Здесь мне бы хотелось отметить следующее: когда ребенок берет ланцет (физический акт), начинает играть с ним и бросает его в то же самое время, физически, он инкорпорирует его, обладает им и избавляется от него (от самой этой идеи).

То, что он делает с ланцетом (или чем-то еще), – когда он сначала берет это, а потом бросает, – можно считать определенным срезом его внутреннего мира, имеющего отношение как ко мне, так и его матери; и исходя из этого мы можем строить определенные предположения в отношении его внутреннего опыта отношений с миром в другие периоды и по отношению к другим людям и вещам.

В классификации случаев можно использовать определенную шкалу: в норме на одном конце шкалы мы имеем простую и приносящую удовлетворение игру, некую драматизацию внутреннего мира жизни; на другом конце (патология) мы имеем игру, содержащую в себе отрицание внутреннего мира, игра в таких случаях всегда компульсивная, возбужденная, вызывающая тревогу и скорее в ней больше чувств, чем ощущения счастья.

Случай 9. Далее мы поговорим о мальчике, Давиде. Ему восемнадцать месяцев, и его поведение имеет определенные отличительные черты.

Его мать садится передо мной (он у нее на коленях), я кладу ланцет в пределах его досягаемости, и вскоре он уже тянется за ним. Мать уже знает, что он будет делать с этим предметом (именно это и представляет проблему). И она говорит: «Сейчас он бросит это на пол». Ребенок действительно берет ланцет и сразу же бросает его на пол. Он поступает так со всем, что попадается ему.

Первый этап – осторожно нащупать почву, и второй – взять это в рот, а также какая-то игра с этим предметом вообще отсутствуют. Это симптом, известный всем нам, но в данном случае это действительно патология, и мать правильно сделала, что привела ребенка ко мне. Она позволяет ему следить за объектом, взять его, потащить его куда-то, в то же самое время другая его рука неизменно тянется вниз. В этот момент (пока он совершает все эти манипуляции) другие родители в комнате несколько озадачены увиденным, стараясь отвлечь внимание своих детей от подобного зрелища, что для них напрямую связано с мастурбацией. Маленький мальчик оказывается в ситуации, в которой он не получает никакого подкрепления, столь ему необходимого. Так что вскоре он оказывается на полу, ланцет уже давно выброшен, и он продолжает делать все то же, что и раньше, отчаянно пытаясь отрицать страдания, которые он испытывает, и чувство отторжения. Обратите внимание на то, как этот ребенок формирует вокруг себя ненормальное окружение.

Мне придется опустить некоторые детали его развития, упомянув лишь о том, что с самого раннего возраста он страдал расстройством желудка; на самом деле расстройство у него начиналось, как правило, сразу же после приема пищи. Кроме того, в возрасте одного года (шесть месяцев тому назад) у него появилось еще два симптома, навязчивые движения в паховой области и компульсивное желание избавиться от чего бы то ни было.

Итак, вполне естественно предположить определенную связь (психология и физиология) между его пост-параноидальной дефекацией и данной симптоматикой (постоянно все бросать).

Безусловно, незначительные расстройства после кормления можно наблюдать у любого ребенка; важно то, насколько это сильно выражено (определенная симптоматика).

В данном случае мы можем видеть определенную взаимосвязь между физическими и психологическими событиями; относительную скудость внутреннего мира наряду с подавлением оральных фантазий и последующим отсутствием удовольствия от любого удержания.

В данном случае я не собираюсь рассматривать здесь интересный и важный вопрос относительно причины такого рода тревоги по поводу объектов, которые психически инкорпорированы или физически съедены; разве что мне бы хотелось отметить то, что это так или иначе связано с фантазиями о происходящем внутри. Подобная фантазия в основном никогда не осознается, и рано или поздно то, что когда-то осознавалось, становится подавленным; или же фантазия остается, но связь между фантазией и функциональным опытом утрачивается.

У этого мальчика мы можем наблюдать отрицание внутреннего мира, влияющего на его отношения с внешним миром; и вместе с тем эксплуатация чувственности, обусловленная тревогой. Но чувственность здесь не оральная, т. е. он держит член и трет паховую область, но в области рта мы наблюдаем явное замешательство.

Далее я расскажу о мальчике, у которого произошли определенные изменения.

Случай 10. Норману два года. До настоящего визита ко мне, мы уже три раза встречались с его матерью. А сегодня они пришли просто потому, что я попросил их зайти ко мне после летнего отпуска. У мальчика явные улучшения во всем; он больше не испытывает страхов и ест практически все, что предлагается ему.

Он преодолел определенные трудности в эмоциональном развитии и восстановился (от меня не потребовалось какого-то специального лечения кроме того, что я полностью разделял ответственность с матерью).

В возрасте года и семи месяцев он начал худеть, и в течение последующих нескольких месяцев он часто падал. Его сон стал тревожным, и как правило, он рано просыпался.

Один из наиболее выраженных симптомов – в девятнадцать месяцев он совершенно перестал доверять новым людям (хотя раньше этого не наблюдалось); он даже не хотел идти к своей бабушке, которой раньше полностью доверял.

Если мать предлагала ему пищу, они никогда не отказывался от нее, но в этот период времени он стал крайне подозрительно относиться к любой *новой* пище, которую получал даже от нее.

В этой фазе, несмотря на все мои техники, он постоянно плачет, когда я осматриваю его. Он отворачивается от ланцета, хотя тот находится в пределах его досягаемости, и совершенно забывает о нем. Стоит мне положить перед ним бумажную катушку, он даже не понимает, чего от него хотят. Мать комментирует это следующим образом: «Я так и знала, что сейчас его вряд ли получиться чем-то заинтересовать; по крайней мере не в этом состоянии».

Эта клиническая картина сохранялась на протяжении месяца, но в последний раз мать сообщила о том, что наконец им удалось вернуться к нормальной жизни во всех отношениях. Сейчас ребенок хорошо спит и все больше доверяет окружению. Со мной он вполне комфортно себя чувствует, и когда я предлагаю ему бумажную катушку, он тут же вырывает ее у меня, чувствуя себя счастливым, и продолжает исследовать ее, забрав с собой.

Вы, должно быть, заметили, как в тот период – когда у ребенка было обострение подозрительности – у мальчика произошли определенные нарушения (отношение к еде и даже бумажной катушке). Его мать заметила тогда: «Я так и знала, что сейчас его вряд ли получиться чем-то заинтересовать; по крайней мере не в этом состоянии». Но как только ребенок снова пришел в норму, он тут же выхвати катушку у меня, начав исследовать ее, как поступил бы любой другой ребенок.

Случай 11. Перед нами мальчик двух лет. Здесь мы имеем запреты с едой. Раньше у него никогда не отмечалась жадность. Ему никогда не нравилась твердая пища или же он не стремился накормить себя сам. Кроме того, он подолгу не может заснуть. Его игра лишена воображения (здесь мы не увидим богатства и красок фантазий), в основном его тянет к инструментам отца или же что-то выкопать в саду. В восемнадцать месяцев мать столкнулась с определенной проблемой (он постоянно тянул грязь в рот), которую нужно было так или иначе решать. В описании этого маленького мальчика я должен показать вам ряд его оральных интересов. Со мной у него довольно нейтральные отношения. Его отношение к ланцету может дать нам ключ к его чувствам. Вот некоторые мои замечания: Он видит ланцет и не притрагивается к нему; касается

его «как бы по ошибке», в то же самое время немного играя с ним; потом он сразу же отворачивается от него; вдруг он неожиданно возвращается к нему, с недоумением смотрит на меня (пытаясь понять мое отношение), быстро отворачивается и начинает тереть по ноге; он смотрит на объект, а потом довольно шумно берет его в рот; теперь он начинает крутиться; потом старается быстро схватить ланцет, с грохотом бросает на стол и оставляет лежать его там (раньше он стоял). Как будто встревоженный собственными действиями, ребенок больше не притрагивается к ланцету, но потом уже прикасается к нему вновь достаточно настороженно.

Далее мы поговорим о конфликте, связанном с оральными инстинктами и фантазиями. Здесь можно выделить довольно широкий спектр, и, насколько я понимаю, Анна Фрейд посвятила подобным наблюдениям несколько лет своей жизни. Именно она указала мне на довольно интересный провал *непосредственной* корреляции между захватом, стремлением взять в рот и реальным запретом еды; и с этим я целиком и полностью согласен. Здесь соотношение является косвенным; кроме того, для нас здесь очень важен (гораздо больше, чем теоретические положения) эффект неожиданности.

Таким образом, ребенок может засунуть что-то в рот дома наедине с матерью или же не делать этого, например, с ланцетом; мое присутствие может напоминать ему отношения с отцом, в то время как данная фаза консультирования представляется довольно непростой. В этой фазе могут отмечаться такие симптомы, как рвота или запор, или какие-либо иные достаточно серьезные дисфункции, из-за которых ребенка приходится госпитализировать.

Появление отца можно проиллюстрировать следующим случаем:

Случай 12. Мальчика четырнадцати месяцев впервые кормит отец, который решил дать ему рыбу. Мать относится к этому достаточно невротично, чувствуя некоторую ревность, и говорит мужу: «Не давай ему рыбу, он может заболеть». В тот же вечер ребенка вырвало, и после этого началась достаточно интересная фобия, которая длилась несколько недель. У ребенка развилась непереносимость рыбы, а также яиц и бананов.

И, напротив, вот что делает этот мальчик, когда он приходит ко мне.

Случай 13. Лоренс – первый и единственный ребенок в семье, родившийся через два года и девять месяцев после свадьбы. Он выглядит вполне здоровым. До шести месяцев мальчик был на груди, а потом, буквально за один день его удалось отлучить от груди и перевести на бутылочку. С твердой пищей и едой самостоятельно также не было никаких проблем; он всегда проявлял достаточный интерес к еде и даже жадность. В его случае запретов на еду никогда не было; он всегда был довольно упитанным и хорошеньким.

Лоренс сидит на коленях у матери и в какой-то степени доминирует над нами (эти

отношения сложившегося треугольника в консультации), постоянно что-то говоря (достаточно громко). Он тянется за ланцетом, захватывает его и сразу же присваивает себе; затем кладет его в чашку, находящуюся рядом (там достаточно много этих предметов), отталкивает чашку в сторону и произносит «Та»; я снова кладу ланцет на стол, тогда его интерес быстро возвращается, и он с радостью вытаскивает все ланцеты из чашки, объясняя нам: «Я играю в поезда» (Его мать говорит, что это очень похоже на то, что обычно можно наблюдать ночью). Теперь он пытается поставить эти предметы рядом (он называет это поездом), совершая ими всевозможные манипуляции. Поезда двигаются, встречаются, присоединяются, расходятся, проходят под туннелями, через мосты, а иногда и сталкиваются между собой. Итак, фантазии ребенка относятся к первичной сцене. В данном случае детали для нас играют огромное значение, если мы действительно хотим понять тревогу, из-за которой ребенок плохо спит, заикается и играет в подобные игры. Ему нравится находиться одному, и дома он может вполне играть сам с собой. Стоит мне только прикоснуться к ланцету, как он говорит: «Не трогай». Это указывает нам на острую необходимость личного контроля, что мгновенно может привести к личной катастрофе. Он должен доминировать, чтобы сохранить контроль.

Здесь нет никаких запретов в отношении пищевого поведения, но особое внимание следует уделить тревоге; тревоге по поводу отношений между родителями, которые мальчик по-своему интерпретирует в собственных фантазиях.

В игре Лоренса с ланцетом можно увидеть качество его фантазий. Это те же самые тревоги, с которыми приходится иметь дело в случае запретов (таких примеров у меня огромное множество), связанных с жадностью. Запрет означает бедность инстинктивного опыта, бедность внутреннего мира, и как следствие, относительное отсутствие нормальной тревоги по поводу внутренних объектов и отношений.

Резюме

В истории всех этих психиатрических случаев мы могли видеть явные нарушения пищевого поведения, и эти расстройства могли быть напрямую связаны с другими симптомами.

Непосредственный контакт с детьми в рамках клиники дает широкие возможности наблюдений и терапии, а также применения принципов, полученных в результате анализа детей и взрослых.

Таким образом, теория психического заболевания может быть некоторым образом изменена, учитывая тот факт, что во многих случаях история отклонения от нормы уходит корнями в самые первые месяцы или даже в первые недели жизни ребенка.

Глава IV

Наблюдения за младенцами в заданной ситуации[7] [1941]

Около двадцати лет мне доводилось наблюдать за младенцами в клинике Паддингтон-Грин, и в большинстве случаев я записывал в мельчайших подробностях то, как ведут себя младенцы в той или иной ситуации, которую легко можно воспроизвести в обычной клинике. Я очень надеюсь, что постепенно мне удастся собрать воедино и представить самые разные вопросы практического и теоретического характера, которые я почерпнул из такой работы. В данной же статье мне бы хотелось ограничиться лишь описанием ситуации, указав возможность ее использования в качестве инструмента исследования. В этой связи я приведу пример и младенца семи месяцев, который начал нормально развиваться, преодолев приступ астмы, что представляет значительный интерес для психосоматики.

Итак, мне бы хотелось, насколько это возможно, описать тот сеттинг, в котором осуществляется наблюдение, а также очень важные для меня вещи (так называемся заданная ситуация), в которой оказывается любой ребенок в моей клинике.

В моей клинике матери и их дети ожидают приема в довольно большой комнате. Как только выходят одни, это является сигналом для входа другой семьи. Большая комната выбрана потому,

[7] На основании работы, представленной перед Британским психоаналитическим сообществом, 23 апреля 1941 г.

что многое можно увидеть и сделать за то время, пока мать и ребенок дойдут до меня с противоположного конца комнаты. Итак, пока мать с ребенком идут ко мне, у меня уже формируется с ними определенная взаимосвязь (по выражению лица и проч. признакам), и я имею возможность запомнить этот случай, если это не новый пациент.

Если это младенец, я прошу мать сесть напротив меня под углом стола между нами. Она держит ребенка на коленках. Как правило, на краю стола лежит шпатель, и я предлагаю матери посадить ребенка таким образом, чтобы он мог дотянуться до шпателя, если он захочет его потрогать. Любая мать поймет, о чем я говорю, да и мне проще постепенно объяснить ей, что сейчас потребуется как можно меньше нашего вмешательства в ситуацию, а то, что будет происходить, вряд ли стоит относить на счет ребенка. То обстоятельство, последует ли мать этому призыву или нет, будет указывать нам на то, как она ведет себя с ребенком дома; если ее беспокоит то, что ребенок может заразиться (засовывая что-то в рот), если она куда-то торопится или же мы видим какие-то импульсивные движения, все это так или иначе проявится.

Итак, очень важно понимать, какая это мать. Вот перед нами ребенок, сидящий у матери на коленях. Напротив – новый человек (мужчина), а где-то на краю стола лежит ланцет. К этому я могу добавить, что если здесь будет присутствовать кто-то еще, мне придется готовить их более обстоятельно, чем мать, потому что они, как правило, будут улыбаться и предпринимать активные шаги по отношению к ребенку – пытаться продемонстрировать ему свою любовь или, по крайней мере, дружелюбное расположение. Если этот человек откажется принять мои условия, вряд ли будет какой-то смысл в дальнейшем наблюдении, которое тут же становится невероятно сложным.

Поведение ребенка

Ребенка неизбежно привлекает сияющий, возможно периодически меняющий свое положение металлический предмет. В при-

сутствии других детей это стремление будет особенно заметным. (Зачастую для них совершенно невыносимо видеть колебания ребенка, поэтому схватив шпатель, они стараются засунуть его ребенку прямо в рот). Итак, перед нами младенец, которого привлекает очень интересный объект, и сейчас я постараюсь описать то, что, на мой взгляд, является нормальной последовательностью событий. Я считаю, что любое отклонение от этого, – то, что я называю нормой, – довольно значительное.

Этап 1. Ребенок кладет руку на ланцет, но в этот момент неожиданно понимает, что нужно хорошенько подумать. Он в затруднительной ситуации. Или же он кладет руку на ланцет, а сам замирает и смотрит пристально на меня и мать; смотрит и ждет, а в некоторых случаях совершенно теряет интерес и стремится спрятаться за материнской блузкой. Обычно не составляет труда справиться с данной ситуацией, не прибегая к каким-то увещеваниям, и очень интересно наблюдать, как постепенно и спонтанно возвращается интерес ребенка к ланцету.

Этап 2. Все это время, «период сомнений» (как я это называю), ребенок держится довольно прямо (но не ригидно). Постепенно у него хватает смелости дать волю своим чувствам, и тогда картина меняется прямо на глазах. Момент, когда первый этап сменяется вторым, совершенно очевиден, и принятие ребенком реальности (учитывая его желание ланцета) подтверждается физиологическими изменениями (рот увлажняется, и начинает обильно течь слюна). Вскоре он засовывает ланцет в рот и начинает жевать его, как будто бы копируя действия отца (когда он курит трубку). Одна из ярких отличительных черт – изменения в поведении ребенка. Вместо выжидательной позиции и неподвижности теперь развивается некая уверенность в себе; ребенок уже двигается достаточно свободно, и последнее связано именно с манипуляциями ланцетом.

Я часто проводил эксперимент, стараясь засунуть ланцет в рот ребенка на стадии нерешительности. Если подобная нерешительность в пределах нормы или же несколько отличается от нее по степени или качеству, на мой взгляд, на данном этапе невозможно засунуть ланцет ребенку в рот, не прибегая к грубой силе. В некоторых случаях, когда запреты довольно сильные, любые усилия

с моей стороны (манипуляции ланцетом) заканчиваются криком, психическими нарушениями или коликами.

В данный момент ребенок, очевидно, чувствует, что ланцет целиком и полностью принадлежит ему, возможно, находится в его власти, и конечно же он может использовать его в целях самовыражения. Он стучит им по столу или металлической чашке рядом, создавая вокруг себя невероятный шум; или же пытается засунуть его мне в рот или в рот матери, очень радуясь тому, если мы *претворяемся*, что невероятно довольны. Он определенно хочет поиграть с нами в игру, что он нас накормил, и невероятно расстраивается, если у нас не хватает ума взять вещь в рот и мы испортили ему всю игру.

Я могу сказать, что я никогда не сталкивался с тем, что ребенок оказывался разочарованным, когда ланцет в действительности оказывался вовсе никакой ни едой или контейнером для еды.

Этап 3. Существует и третий этап. На третьем этапе ребенок прежде всего пытается схватить ланцет, как будто по ошибке. Если ему это удастся, он снова начинает с ним играть и снова роняет его, как будто по ошибке. Завладев им вновь, он уже бросает его специально, и ему доставляет огромное удовольствие, когда он – довольно агрессивно – пытается избавиться от него, и ему особенно нравится, когда раздаются какие-то звуки от соприкосновения с полом.

Третий этап подходит к концу, когда ребенок хочет либо опуститься на пол за ланцетом – сразу же начинает тянуть в рот и пытается играть с ним – либо ему надоела игра с ним, и он пытается дотянуться до других предметов в поле его зрения.

Все это вполне соответствует развитию ребенка в возрасте от пяти до тринадцать месяцев. Как только ребенку исполняется тринадцать месяцев, интерес к объектам настолько возрастает, что если ланцет игнорируется, а ребенок тянется к блокноту, я не уверен в том, что здесь подействовали какие-то запреты в отношении того, что представляло первичный интерес.

Иными словами, ситуация довольно быстро усложняется и приближается к обычной аналитической ситуации, которая складывается в анализе двухлетнего ребенка с определенными неу-

добствами (в анализе), а именно: ребенок пока еще слишком мал, чтобы обсуждать с ним аналитический материал и, соответственно, его очень трудно понять. Однако, до того, как ему исполнится тринадцать месяцев, в подобной «заданной ситуации» отсутствие речи у младенца совсем не помеха.

После тринадцати месяцев с *тревогой* младенца следует работать в специально заданной ситуации. Но его *позитивный интерес* становится слишком обширным для этого сеттинга.

Я считаю, что терапевтическая работа может быть сделано в этом наборе ситуации, хотя это не мой объект в этой статье, чтобы проследить терапевтические возможности этой работы. На мой взгляд, в подобной заданной ситуации также может проводиться терапевтическая работа, хотя в данной статье я вовсе не ставлю своей целью проследить такие терапевтические возможности. Мне бы хотелось привести случай, опубликованный в 1931 году, в котором я показываю, как подобную работу удалось осуществить. В последующие годы мое мнение, сформированное тогда, лишь укрепилось.

Это был случай девочки, которую я наблюдал на протяжении двух месяцев (от 6до 8 месяцев). У нее были пищевые нарушения, предположительно вызванные гастроэнтеритом. Данное заболевание повлияло и на эмоциональное развитие ребенка; она была крайне раздражительной, неудовлетворенной и после еды ей всегда становилось плохо. Она перестала проявлять какой бы то ни было интерес к игре, а к девяти месяцам не только ее взаимоотношения с людьми можно было назвать совершенно неудовлетворительными, но и у нее начались припадки. В возрасте одиннадцати месяцев эти припадки участились.

В двенадцать месяцев припадки были крайне тяжелыми, после чего она сразу же засыпала. На данном этапе я стал работать с ней раз в несколько дней, уделяя ей двадцать минут личного внимания, и не в формате заданной ситуации, но сажая ее к себе на колени.

На одной консультации у меня на коленях сидел ребенок, наблюдающей за ней. Она же пыталась украдкой укусить мне палец.

Через три дня она снова сидела у меня на коленях, а я ждал, что же она будет делать дальше. Она настолько сильно прокусила мне руку, что на коже остался шрам. Затем она стала играть в игру, бросая на пол ланцет, и она это делала не переставая в течение пятнадцати минут. Все это время она плакала, как будто действительно была глубоко несчастной. Через два дня она уже сидела у меня на коленях целых полчаса. В предыдущие несколько дней у нее целых четыре раза случались судороги.

Сначала она плакала, как обычно. Она снова очень сильно прокусила мне руку, на этот раз не испытывая никакого чувства вины; потом она лишь продолжила свою игру (кусать меня и выбрасывать ланцет). Сидя у меня на коленях, она имела возможность наслаждаться игрой. Через какое-то время она стала перебирать пальцы своих ног.

Потом пришла ее мать и отметила, что после последней консультации ребенок стал совершенно «другим». У нее не только не было судорог, но и всю ночь она спала как убитая – днем у нее было прекрасное настроение, и не было нужды давать ей бромид. Через одиннадцать дней улучшение стабилизировалось, препаратов девочке по-прежнему не давали; у нее не было ни единого припадки в течение четырнадцати дней, и мать попросила их выписать.

Навестив девочку через год, я по-прежнему не обнаружил никаких симптомов. Я нашел ее совершенно здоровым, счастливым, умным и дружелюбным ребенком, которому нравится играть и лишенной какой бы то ни было тревоги.

Подвижность личности ребенка, а также тот факт, что чувства и бессознательные процессы настолько близки к ранним этапам младенчества, делают изменения вполне возможными даже в ходе нескольких интервью. Однако, эта подвижность также, очевидно, означает то, что ребенок, у которого все в норме в год, или благоприятный прогноз лечения на данный момент, уже точно вне опасности. Он может быть подвержен неврозу и заболеть на более поздних этапах в случае неблагоприятных факторов окружения. Тем не менее, это хороший прогностический признак, если на первом году жизни ребенка все идет хорошо.

Отклонения от нормы

Я уже говорил о том, что для нас крайне важным является любое отклонение от того, что принято считать нормой в заданной ситуации.

Наиболее важной и интересной для нас будет первоначальная нерешительность, которая может быть либо преувеличенной, либо вообще отсутствовать. Один ребенок не будет проявлять совершенно никакого интереса к ланцету, и пройдет достаточно много времени, прежде чем станет известно о его интересах или же когда ему хватит смелости проявить этот интерес. Другой ребенок, напротив, буквально за секунду схватит этот ланцет и сразу же потянет его в рот. И в том, и в другом случае мы имеем некоторое отклонение от нормы. Если запрет ярко выраженный, для ребенка это довольно травматично при том, что запрет может быть действительно довольно жестким.

В другом случае отклонения от нормы ребенок старается схватить ланцет и сразу же бросить его на пол, и повторяется это ровно столько раз, сколько ланцет возвращают на место.

Наверняка существует некая корреляция между этими и другими отклонениями от нормы, а также отношением младенца к еде и к людям.

Использованные техники в иллюстрируемом случае

Итак, заданная ситуация является своеобразным инструментарием, который может быть адаптирован любым наблюдателем в процессе наблюдения за любым младенцем, который оказывается в его клиники. Прежде чем перейти к обсуждению теории нормального поведения младенца в заданном сеттинге, в качестве примера я приведу один случай (ребенок, страдающий астмой).

Поведение астматика – дважды был приступ, который внезапно начинался, а потом проходил, пока ребенок находился под наблюдением, – возможно, покажется довольно хаотичным, если бы не тот факт, что ребенок постоянно находился под наблюдением и ее поведение можно было сравнить с поведением других детей в том

же сеттинге. Благодаря специальной технике мы смогли увидеть, что астма была связана с определенным чувствами и неким важным этапом в знакомой последовательности событий.

Маргарет, девочка семи месяцев, которую приносит ко мне мать, потому что предыдущей ночью у нее было крайне затрудненное дыхание. А вообще это довольно жизнерадостный ребенок, у которого нет проблем со сном или едой. У нее хорошие отношения с обоими родителями, особенно с отцом, который работает в ночную смену и поэтому много занимается девочкой. Она уже произносит «па-па», но не «ма-ма». Когда я интересуюсь: «К кому она обращается за помощью?» мать отвечает: «Она бежит к отцу; он может заставить ее лечь спать». У девочки есть сестра, на шестнадцать месяцев старше. Она вполне здорова, и детям нравится быть вместе и играть между собой, хотя рождение младшей дочки в свое время вызвало некоторую ревность у старшей.

Мать рассказывает, что у нее самой началась астма, когда она только забеременела этой девочкой, а второй было всего семь месяцев. Буквально за месяц до консультации она была в ужасном состоянии, но после того случая астма не возвращалась. У ее собственной матери также началась астма во время беременности. Отношения между Маргарет и матерью хорошие, девочка давно находится (удовлетворительно) на грудном вскармливании.

Такой симптом, как астма, не может быть ни с чем связан. Мать рассказывает, что в течение трех дней Маргарет постоянно ворочается во сне, спит по десять минут, а просыпаясь, сразу кричит. Вот уже месяц, как она не вытаскивает кулака изо рта, а в последнее время во всем этом проявляется некая компульсивность и тревога. В течение трех дней у нее сохраняется небольшой кашель, но свистящее дыхание появилось только в ночь перед консультацией.

Интересно отметить поведение ребенка в заданной ситуации. Тогда я делал очень подробные записи. «Я положил на столе ланцет под углом 90 градусов, и ребенок сразу же заинтересовался им; она стала рассматривать его, затем посмотрела на меня и тяжело вздохнула. Это продолжалось в течение пяти минут, пока ребенок смог наконец решиться и взять в руки ланцет. Наконец, все-таки

взяв его, сначала она никак не могла решиться засунуть его в рот, несмотря на то, что ей очень этого хотелось. Через какое-то время она понимает, что все-таки может взять его, как будто у нее появляется некая уверенность. Как только она начинает тянуть в рот ланцет, я замечаю обильное слюноотделение у нее изо рта, и вот наконец долгожданное удовольствие». Следует отметить, что такое поведение соответствует тому, что я называю нормой.

На второй консультации Маргарет уже протягивает ручку, чтобы взять ланцет, но опять же проявляет нерешительность точно так же, как и при первом посещении, и снова только постепенно она берет его в рот, получая от этого удовольствие. Сейчас ей уже больше нравится облизывать его, и она издает определенные звуки при жевании. Вскоре она специально бросает его, а потом берет снова, издавая при этом громкие и радостные звуки. Сначала она играет с ним, потом бросает, затем снова берет в рот, крутит в руках и уже начинает интересоваться другими объектами, лежащими под рукой, в том числе чашкой. В конце концов чашка выскальзывает у нее из рук, и поскольку очевидно, что ей хотелось бы спуститься вниз, мы опускаем ее на пол (чашка и ланцет тоже уже внизу). И вот уже мы можем наблюдать, как она играет с ними – с пальчиками ног, ланцетом и чашкой, но не ланцетом и чашкой одновременно. Наконец, ей удается захватить ланцет и уже кажется, что она будет играть с ними вместе, но она уже устремляется с ланцетом совершенно другом направлении от чашки. Как только ланцет возвращается на место, она сразу же начинает издавать им громкие звуки, ударяя об чашку.

(В данном случае основная часть содержится в первой части описания, но я все же представляю весь случай целиком, поскольку каждая деталь здесь может представлять огромный интерес. Например, ребенок лишь постепенно помещает два объекта вместе. Это очень интересно и указывает на сложности, с которыми она сталкивается, а также говорит о том, что теперь ей легче общаться с двумя *людьми* одновременно. В целях более подробного объяснения я еще вернусь к этому вопросу позже)

Описывая поведение ребенка в заданной ситуации, я пока еще ничего не сказал о том, когда в действительности стала развивать-

ся астма. Итак, ребенок сидел на коленях у матери, нас разделял только стол. Мать поддерживает девочку за спину обеими руками.

Поэтому не составляло труда догадаться, когда именно у ребенка возникли первые астматические проявления. Мать старалась держать именно в местах преувеличенного движения грудной клетки (у нее было учащенное дыхание, и выдох давался ей также с большим трудом). Так что мать так же, как и я, сразу могла обратить на это внимание. *Астматические проявления можно было видеть в обоих случаях, когда ребенок проявлял нерешительность, взять ли ей ланцет.* Она прикладывает руку к ланцету, и вдруг – уже контролируя тело, руку и то, что находится рядом, –у нее начинается астматический приступ, когда любой контроль становится уже невозможен. Как только у нее появляется хоть какая-то уверенность (ланцет уже во рту, начинается слюноотделение, неподвижность сменяется радостью от активности, а наблюдение переходит в самоуверенность) в этот момент приступ астмы прекращается.

Через две недели у ребенка уже нет никаких признаков астмы (кроме тех двух случаев в рамках консультации)..[8] За последнее время (в течение 21 месяца после описанного мной эпизода) у ребенка не случалось приступов астмы, хотя, конечно, же риск по-прежнему остается.[9]

Взяв за основу данный способ наблюдения, теперь я могу сделать некоторые выводы относительно приступов астмы и взаимосвязи с чувствами ребенка. Основной вывод, который я бы сделал здесь, – это достаточно тесная взаимосвязь между бронхоспазмами и тревогой, и эта связь бесспорна. И поскольку мы наблюдали ребенка в известных условиях, для него астма была связана именно с тем моментом, когда имеет место нерешительность, а всякая нерешительность предполагает психический конфликт. Итак, мы можем видеть возбуждение импульса. Этот импульс временно контролируется, и астма совпадает в обоих случаях с периодом контроля импульса. Данное наблюдение, в особенности если оно подтверждено аналогичными наблюдениями, может послужить

[8] Но мать говорит обратное.

[9] Мать опять же утверждает, что все не столь радужно и это так и будет преследовать их.

основой для дальнейшего обсуждения эмоционального аспекта астмы, особенно наряду с наблюдениями, сделанными в ходе психоаналитического лечения астмы.

Обсуждение теории

Нерешительность, в первую очередь, это явный признак тревоги, хотя это и считается нормой.

Как заметил Фрейд (1926): «тревога по поводу чего-то». Итак, здесь есть две вещи, которые следует обсудить: все то, что происходит в теле и сознании в состоянии тревоги, и то, по поводу чего человек тревожится.

Если мы зададимся вопросом, почему ребенок проявляет нерешительность – самый первый импульсивный жест, – наверное, все мы сойдемся во мнении, что это проявление Супер-эго. Размышляя о том, как это формируется, я пришел к выводу, что, вообще естественная нерешительность ребенка не может объясняться родительским отношением. Но это не значит, что я не учитываю возможность того, что ребенок так поступает потому, что он научился ждать (ведь мать может не одобрить его поступка или даже рассердиться), когда он за чем-то тянется или пытается схватить в рот. В некоторых случаях родительское отношение крайне важно.

Я научился довольно быстро дифференцировать матерей, строго-настрого запрещающих своим детям брать что-то грязное в рот; при этом в целом я могу сказать то, что матери, которые приходят в мою клинику, как правило не стараются препятствовать естественному интересу ребенка. Среди этих матерей есть и такие, которые приносят своих детей, потому что они замечают, что дети перестали что-то тянуть в рот, признавая это определенным симптомом.

Кроме того, в этом довольно раннем возрасте, когда ребенку еще не исполнилось четырнадцати месяцев, имеет место эта подвижность характера, из-за чего такого рода запреты матери воспринимаются как чрезмерные. Я говорю матери: «Он может это сделать, если хочет, но не нужно поощрять его. Я уже давно при-

шел к выводу, что если ребенок не испытывает тревоги, в целом он может приспособиться к любым изменениям среды.

Но размышляя о том, что является определяющим в поведении ребенка, мне кажется, нерешительность означает, что младенец ожидает, что он вызовет своим поведением гнев и возможно месть со стороны матери. Для того, чтобы ребенок почувствовал реальную угрозу – даже если мать явно и по-настоящему сердится, – у него должен быть образ разъяренной матери. Как говорит Фрейд (1926): «С другой стороны, внешняя (объективная) опасность должна стать интернализованной, чтобы это стало важным для Эго».

Если мать действительно очень сильно рассердилась, и у ребенка есть все основания полагать, что она рассердится и во время консультации, когда он потянется за ланцетом, здесь мы уже имеем дело с фантазиями младенца (некие нехорошие предчувствия), как и в обычном случае, когда ребенок проявляет нерешительность, несмотря на то, что мать вполне терпима к такому поведению и даже ожидает его. «Нечто», в отношении чего ребенок испытывает тревогу, – все это в сознании ребенка, в его представлении о зле или строгости; и уже в какой-то новой ситуации все эти представления ребенка могут быть просто спроецированы. Когда у ребенка нет опыта запретов, нерешительность предполагает конфликт, или же наличие в его сознании *фантазии*, соответствующей *воспоминаниям* о реально строгой матери. В любом случае ему необходимо сначала обуздать свой интерес и желание, и только потом он сможет вернуться к своему желанию постольку, поскольку проверка окружения дала ему удовлетворительные результаты. Для этого же должен быть соответствующий сеттинг.

Итак, можно сделать вывод, что это «нечто», в отношении чего ребенок испытывает столь сильную тревогу, имеет огромное значение для младенца. Для того, чтобы как можно больше понять об этом «нечто», нам необходимо опираться на знания, полученные в ходе анализа детей в возрасте от двух до четырех лет. Я отмечаю именно этот возраст, потому что как раз с такими детьми работала Мелани Кляйн; и на мой взгляд любой, кому доводилось работать с двухлетками, согласится со мной, что есть нечто в такого рода

анализе, что невозможно получить даже в анализе детей 3,5-4, 5 лет и уж точно в анализе детей в латентный период. Одна из характерных черт двухлетнего ребенка – это то, что первичные оральные фантазии, а также связанные с этим тревоги и защиты, четко разграничены с вторичными и высоко организованными психическими процессами.

Представление о том, что у младенцев также есть фантазии, разделяется далеко не всеми, но наверное все, кому доводилось анализировать детей в возрасте двух лет, согласятся с тем, что даже у младенца семи месяцев, как в случае с астмой у ребенка, есть фантазии. Они пока еще не привязаны к каким бы то ни было словесным презентациям, но при этом полны содержания и эмоций, и можно говорить о том, что они обеспечивают некий фундамент, на котором будет строиться вся дальнейшая фантазийная жизнь ребенка.

Эти фантазии ребенка связаны не только с внешним окружением, но и всеми теми людьми, которые принимают участие в его жизни и судьбе, – сначала давая ему пищу, а впоследствии уже в процессах иного порядка, – помогая ему в формировании этой внутренней реальности. Ребенок чувствует какие-то вещи внутри (хорошо это или плохо) точно так же, как он воспринимает внешнее окружение. То, какими качествами он наделяет эти предметы, зависит от относительной приемлемости цели в общем процессе. Это, в свою очередь, зависит от силы деструктивных импульсов по отношению к позитивным импульсам, а также от способности ребенка переносить тревогу, связанную с деструктивными тенденциями. Кроме того, учитывая вышесказанное, характер защит ребенка также следует принимать во внимание, в том числе то, насколько у него развита способность пересматривать собственные решения. Здесь мы могли бы подвести некоторый итог, утверждая, что способность ребенка удерживать то, что для него дорого, –сохраняя при этом веру в объект собственной любви, – очень важно для того, насколько хорошо или плохо он воспринимает какие-то вещи (внутренние или внешние); это же отчасти верно даже младенца, которому всего несколько месяцев от роду. Кроме того, как неоднократно показывала Мелани Кляйн, у ребенка постоянно

происходит взаимный обмен и тестирование внутренней и внешней реальности; внутренняя реальность постоянно наращивается и обогащается благодаря инстинктивному опыту по отношению к внешним объектам и взаимодействию с внешними объектами (как ребенок воспринимает это взаимодействие); в восприятии же внешнего мира немаловажную роль играет внутренний мир ребенка.

Те убеждения и взгляды, накопленные нами благодаря анализу детей младшего возраста, могут быть применены и в обратном направлении – в работе с детьми первого года жизни; точно так же, как и Фрейд применял открытия, сделанные им в ходе анализа взрослых, в работе с детьми, и не только в случае с конкретным пациентом, но и с детьми в целом.

На самом деле за младенцами наблюдать очень полезно и даже необходимо. Хотя иногда анализ двухлетних детей говорит нам гораздо больше о ребенке, чем мы могли бы получить в ходе непосредственного наблюдения за младенцем. И это неудивительно; уникальность психоанализа, как инструмента исследования, насколько нам известно, заключается в его способности обнаружить бессознательную часть, связав ее с сознательной и, таким образом, дает нам полное понимание человека, который находится в анализе. Это применимо даже к младенцу и маленькому ребенку, хотя прямое наблюдение, конечно же, может многое сказать нам, если мы действительно знаем, куда смотреть и что искать. Наиболее правильным будет получить как можно больше как из наблюдения, так и анализа, делая этот процесс взаимозаменяемым.

А теперь мне бы хотелось сказать несколько слов о физиологии тревоги. Разве мы не упоминали о том, – говоря о задержках развития, – что физиологию тревоги невозможно

описать простой терминологией просто потому, что она совершенно разная в разных случаях и в разное время? Дело в том, что тревога может выражаться и в бледности, и потливости, и рвоте, и диарее и тахикардии. При этом мне было довольно интересно отметить у себя в клинике, что на самом деле существует несколько взаимоисключающих проявлений тревоги, независимо от того, какой орган или функцию мы рассматриваем. У тревожного ребен-

ка во время физического обследования сердца в клинике сердце может начать учащенно биться или же практически остановиться (одна или другая крайность). Для того, чтобы понять происходящее, наблюдая за этими симптомами, мне кажется, мы должны знать кое-что о чувствах и фантазиях ребенка, и, соответственно, волнении и гневе, а также возможности защититься от них.

Диарея, как известно, не всегда вопрос только физиологии. Аналитический опыт работы с детьми и взрослыми показывает, что часто процесс, сопровождающий бессознательный страх каких-то определенных вещей, того, что находится внутри, будет вредить человеку, если это так и не выйдет наружу. Человек может знать, что он боится каких-то импульсов, хотя, конечно же, это только часть истории, потому что также верно и то, что он подсознательно боится каких-то конкретных плохих вещей, где-то существующих для него. «Где-то» означает либо снаружи, либо внутри – как правило, как снаружи, так и внутри. Конечно же, эти фантазии могут в некоторых случаях и осознаваться (придавая яркость ипохондрическим описаниям боли и всевозможных ощущений).

Если мы рассматриваем нерешительность младенца в заданной ситуации, мы можем сказать, что психические процессы, лежащие в основе колебаний, похожи на те, которые лежат в основе диареи, хотя и противоположны по своему действию. В данном случае я говорю о диарее, хотя можно взять и любой другой физиологический процесс, который может оказаться преувеличенным или угнетенным бессознательной фантазией о происходящем, чтобы повлиять на конкретную функцию или орган. Точно так же, говоря о

нерешительности младенца в заданной ситуации, можно сказать, что даже если поведение ребенка является проявлением страха, мы можем описать ту же нерешительность с точки зрения бессознательных фантазий. То, что мы видим, является результатом того, что импульс младенца – протянуть руку и взять предмет – подвергается контролю вплоть до временного отказа от импульса. Мы можем пойти еще дальше и попробовать описать то, что в сознании младенца не может быть предметом непосредственного наблюдения; но, как я уже сказал, это не значит, что в сознании младенца нет ничего такого, что бы соответствовало его бессоз-

нательной фантазии, которая, благодаря психоанализу, может доказать свое существование в сознании ребенка более старшего возраста или взрослого человека, проявляющих нерешительность в подобной ситуации.

В моем случае, представленном здесь для иллюстрации определенной методики, контроль затрагивает бронхиальную трубку. Было бы интересно обсудить относительную важность контроля бронхов как органа (замещение контроля, скажем, мочевого пузыря) и контроль за выдохом или дыханием, которых бы вообще могло не быть, если бы они не контролировались. Выдох вообще может восприниматься ребенком как нечто опасное, если это связано с какой-то опасной идеей – например, идея, чтобы *дотянуться* и взять. Для младенца, столь тесно находящегося в контакте с материнским телом и содержанием груди, что он воспринимает это как должное, идея дотянуться до груди никоим образом не является удаленной, а страх дотянуться куда-то внутрь (материнского тела) может достаточно легко ассоциироваться в сознании ребенка вовсе не с дыханием.[10]

Итак, мы можем видеть, что понятие опасного дыхания или опасного вдоха или органа (связанного с опасным дыханием) еще раз приводит нас к фантазиям ребенка.

Я совершенно убежден в том, – и это совсем не случайно, – что ребенок может заболеть астмой, а потом она у него проходит (это явно связано с контролем за импульсом в двух разных случаях, поэтому имеет смысл рассматривать каждую деталь наблюдения отдельно).

Не затрагивая сейчас отдельного случая младенца с астмой и возвращаясь к нормальной нерешительности младенца заполучить ланцет, мы видим, что эта опасность существует в сознании младенца и может быть объяснена только предположением, что у ребенка есть фантазии или нечто, соответствующее им.

[10] Так, при виде чего-то необычного, мы обычно говорим: «Буквально захватывает дух». Это и другие аналогичные высказывания, включающие в себя всевозможные модификации физиологии дыхания, следует учитывать в объяснении любой теории астмы, заслуживающей уважения.

А теперь давайте разберемся, что же означает ланцет? Ответ на этот вопрос будет довольно сложным, так как ланцет означает совершенно разные вещи.

То, что ланцет может означать грудь, не вызывает никаких сомнений. Легко сказать, что ланцет означает и пенис, но это все же совершенно другое, никак не похожее на грудь; ибо ребенок, столь хорошо знакомый с грудью или бутылкой, очень редко может что-то знать о пенисе у взрослых. В подавляющем большинстве случаев пенис – это фантазии младенца о том, что должно быть у мужчины. Иными словами, мы называем это пенисом, а на самом деле это могут быть просто фантазии ребенка о том, что у отца тоже есть что-то, напоминающее материнскую грудь, просто это больше связано с отцом, чем с матерью.

Ребенок может также основываться на собственных генитальных ощущениях, а также фантазийном материале.

На самом деле, как мне кажется, то, что ребенок позже узнает, что значит пенис, ранее он воспринимает как некое материнское качество, например, жизнерадостность, пунктуальность с кормлением, надежность и так далее, или же нечто такое в ее груди, что обращает на себя внимание или ее наполненность, или в ее теле это связано с позой, или сотни других вещей, в сущности не столь важных. Это как если бы ребенок, пока он сосет молоко, в своих фантазиях опускал руку, или проникал вглубь, или пытался прорваться в материнское тело, в зависимости от силы импульса и его агрессивности, забирая от груди все то хорошее, что там есть. В бессознательном этот объект, связанный с достижением импульса, можно сравнить с тем, что впоследствии будет известно ему как пенис.

Кроме того, помимо груди и полового члена (что может означать ланцет) ланцет может также означать людей; наблюдения за детьми очень точно показывают, что ребенок четырех-пяти месяцев уже в состоянии воспринимать людей в целом (через глаза), чувствуя настроение человека, его одобрение или неодобрение, или же улавливая определенную разницу между одним человеком и другим.

Еще бы мне хотелось отметить, объясняя нерешительность младенца по отношению к фактическому опыту, связанному с неодобрением матери, что вполне можно предположить следующее: нормальный или уже достаточно развитый ребенок способен воспринимать людей в целом. Это далеко не всегда так, и некоторые дети, явно проявляющие интерес и страх перед ланцетом, тем не менее не могут составить представления о человеке в целом.

Ежедневное наблюдение за детьми показывает, что дети с возрастом – конечно же в обсуждаемой нами возрастной группе от пяти до тринадцати месяцев это происходит гораздо реже – как правило, не только узнают людей, но и ведут себя по-разному по отношению к разным людям.

В заданной ситуации ребенок, которого я наблюдаю, дает мне важный ключ к пониманию состояния его эмоционального развития. Он может видеть в ланцете только вещь, которую он берет или бросает, но при этом никак не связывает с человеческим существом. Это означает, что у него пока еще не развита эта способность или же он утратил ее (способность видеть человека в целом за частью какого-то объекта). Или же он может показать, что он видит меня или мать за этим ланцетом, и он ведет себя так, как если бы это было частью меня (или матери). В данном случае, если он берет ланцет, – это сродни тому, что ему удалось захватить грудь собственной матери. Или, наконец, он может видеть мать и меня, думая при этом о ланцете (в его представлении это может быть нечто взаимосвязанное одновременно с матерью и со мной). И в этом случае, забирая или оставляя ланцет, он дифференцирует отношения между двумя людьми – отцом и матерью.

Существуют и промежуточные стадии. Например, некоторые дети явно предпочитают рассматривать ланцет, как нечто, связанное с миской, и они неоднократно пытаются достать его из миски, пытаясь чем-то заменить (и делают это с явным интересом, удовольствием и, возможно, возбуждением).

Они, кажется, находят интерес к двум объектам одновременно более естественным, чем интерес к шпателем, как вещь, ко-

торую можно взять от меня, кормили матери, или хлопнула по столу.

Только реальные наблюдения позволяют нам оценить должным образом то многообразие вариаций, которые мы можем видеть у большинства детей в достаточно простом сеттинге, который так легко обеспечить.

Ребенок, если у него хватает для этого возможностей, может общаться с двумя людьми одновременно, со мной и с матерью. Это требует определенного эмоционального развития выше, чем признание одного человека в целом, и это действительно правда, что невротикам крайне тяжело устанавливать связь с двумя людьми одновременно. Так, неоднократно отмечалось то, что взрослым невротикам удается установить хорошие отношения с одним из родителей, в то время как он испытывает трудности в отношениях с обоими. Этот шаг в развитии младенца, когда он становится способен выдерживать отношения с двумя одинаково значимыми людьми (как правило, речь идет об обоих родителях), очень важен для него; и пока он не пройдет этот этап, он не сможет продолжать удовлетворительное развитие в социуме или семье. По моим наблюдениям, этот важный шаг впервые проходится в течение первого года жизни.

До того, как ребенку исполнится год, у него может возникать такое чувство, что он лишает других вещей, которые являются хорошими или даже необходимыми из жадности, вызванной его любви. Это чувство соответствует его страх, который может легко подтверждаться его опытом, когда он лишен груди или бутылки, а также любви и материнского внимания, когда ее обществом наслаждается кто-то другой. На самом деле это может быть отец или другой ребенок. Ревность и зависть – по сути прежде всего оральные – увеличивают жадность, но также стимулируют и генитальные желания и фантазии, способствуя тем самым расширению либидинозных желаний и любви, равно как и ненависти. Все эти чувства сопровождают первые шаги в установлении отношений с обоим родителями у грудного ребенка – шаги, которые также представляют собой первые шаги его Эдиповой ситуации, как прямой, так и инвертированной. Конфликт между любовью

и ненавистью, что влечет за собой чувство вины и страх потерять любимый объект сначала только в отношениях с матерью, потом распространяется и на отношения ребенка с обоими родителями и очень скоро – с братьями и сестрами. Страх и чувство вины, вызванные деструктивными импульсами и фантазий младенца (к этому добавляется опыт фрустраций и несчастий), свидетельствуют о том, что если он будет слишком сильно желать грудь матери, тем самым он будет лишать ее отца и других детей, а если он захочет какую-то часть отцовского тела, соответствующую материнской груди, тем самым он будет лишать мать и других. Именно в этом и состоит одна из трудностей в создании счастливых отношений между ребенком и обоими родителями. Я так и не смог решить этот непростой вопрос взаимосвязи между жадностью ребенка и теми различными способами, позволяющими ему контролировать эту жадность или как-то противодействовать ей, постоянно что-то меня и восстанавливая, но совершенно очевидно то, что это очень непросто дается ребенку, когда ему приходится устанавливать отношения сразу с двумя людьми, а не с одной только матерью.

Мы хорошо помним, что в случае с астмой, я говорил именно о взаимосвязи между возрастающей способностью ребенка использовать одновременно ланцет и миску в конце игры, а также одновременном желании и страхе в отношениях с двумя людьми.

А теперь возьмем ситуацию, когда младенец колеблется, сможет он или нет удовлетворить свою жадность, не вызывая при этом гнева и недовольства по крайней мере одного из двух родителей, которая будет проиллюстрирована в заданной ситуации (мои наблюдения, очевидные для всех). Для любого нормального ребенка одна из самых больших проблем – установление отношений с двумя людьми одновременно. В такого рода заданной ситуации мне удалось быть свидетелем первого успеха в этом направлении. Бывают периоды, когда я вижу в поведении младенца успехи и неудачи, испытываемые им в его попытках установить отношения с двумя людьми одновременно у себя дома. Иногда я становлюсь

свидетелем начала непростой фазы, а иногда и спонтанного выздоровления.[11]

Это как если бы оба родителя позволили младенцу удовлетворить его желания, в отношении которых он испытывает довольно противоречивые чувства, терпя при этом его чувства в отношении их самих. В моем присутствии он не всегда способен использовать то, что я учитываю его интересы, или же он может это делать только постепенно.

Когда ребенок отваживается, наконец, взять ланцет и присвоить его себе, при этом в общем-то не нарушая стабильности непосредственного окружения, это действует как своего рода наглядный урок, который имеет терапевтическое значение для ребенка. В рассматриваемом нами возрасте, да и вообще в детстве подобный опыт является не просто временно обнадеживающим: кумулятивный эффект счастливых переживаний и стабильной и дружественной атмосферы, окружающей ребенка, формирует у него уверенность в людях и внешнем мире, а также общее чувство безопасности. Вера ребенка в хорошее, а также отношения внутри себя, тоже усиливается. Подобные маленькие шаги в решении основополагающих проблем постоянно происходят в жизни детей грудного и ясельного возраста, и всякий раз, когда проблема решается, что-то добавляется к общей стабильности ребенка, а его

[11] Я наблюдал эту болезнь от начала до конца у девятимесячной девочки. Прежде всего ее беспокоили боли в ухе, а вторичным было психологическое расстройство, связанное не только с отсутствием аппетита, но и тем, что она вообще перестала что-либо тянуть и брать в рот. В заданной ситуации ребенку было достаточно только увидеть ланцет, чтобы у нее начались тяжелейшие нарушения. Она сразу отталкивала его, как будто это вызывало у нее страх. В течение нескольких дней, в подобной заданной ситуации было ощущение острой боли (у нее начинались острые колики там, где обычно мы имеем дело с нерешительностью), и было бы неправильным, чтобы достаточно долгое время ребенок находился в такой болезненной ситуации. Боли в ухе вскоре прошли, но прошло еще две недели, прежде чем к младенцу снова вернулся интерес к объектам. Последний этап выздоровления наступил в тот момент, когда ребенок находился со мной. Она схватила ланцет, украдкой пытаясь засунуть его в рот. Потом она набралась смелости, засунув его в рот полностью, и у нее началось обильное слюноотделение. Таким образом, вторичную психологическую болезнь также удалось побороть, и мне рассказывали, что дома она снова все тянет в рот, как это было до начала болезни.

эмоциональное развитие укрепляется все больше и больше. Так что вряд ли вас удивит мое замечание, что в процессе собственных наблюдений я также способствую определенным изменениям в направлении здоровья.

Весь опыт

На мой взгляд, терапевтичным в данной работе будет именно то, что здесь *допускается опыт в целом*. Из этого можно сделать вывод о тех вещах, которые составляют хорошее окружение для ребенка. Интуитивно ухаживая за ребенком, мать, естественно, пробует самые разные вещи, и так будет продолжаться до тех пор, пока младенец не подрастет и не сможет понимать ее точку зрения. Любые вторжения в такие процессы, как кормление, сон или дефекация, крайне тяжелы для нее. Наблюдая за ребенком, я искусственно даю ребенку это право на получение полного опыта, который имеет особое значение для него в качестве урока с объектом.

В психоанализе также есть нечто похожее на это. Аналитик позволяет пациенту установить темп, а дальше он разрешает пациенту самому решать, когда приходить или уходить; а проявляется это в том, что он фиксирует время и продолжительность сессии, и старается придерживаться этого фиксированного времени. Психоанализ отличается от этой работы с грудными детьми в том, что аналитик всегда старается нащупать нечто особенное, – среди того многообразия материалов, – пытаясь выяснить, что на данный момент, является самым важным, что бы он мог предложить пациенту; то, что мы называем интерпретациями. Иногда аналитику удается учитывать самые разные детали, анализируя, насколько далеко продвинулся психоанализ, – с точки зрения описываемой мной заданной ситуации. Любая интерпретация сродни какому-то невероятному объект, возбуждающему жадность пациента.

Замечания о третьем этапе

Я достаточно произвольно разделил свои наблюдения на три этапа. Основное внимание я уделил первому этапа, показывая нерешительность ребенка и последующий конфликт. Второй этап также представляется мне достаточно интересным. Здесь ребенок чувствует, что он является счастливым обладателем ланцета и теперь он может подчинить его своей воле или использовать его в качестве продолжения собственной личности. В данной статье я не касался этой темы. На третьем этапе младенец стремится избавиться от ланцета, и я хотел бы прокомментировать это (показать истинный смысл).

Итак, на третьем этапе ребенок набирается смелости бросить ланцет, получая удовольствие от того, что он избавился от него. И здесь мне бы хотелось показать, как это взаимосвязано с игрой, описанной некогда Фрейдом (1920), когда мальчик пытается справиться с собственными чувства по поводу отъезда матери. Довольно долгое время я наблюдал детей в подобном сеттинге, не замечая или не признавая всей важности данного третьего этапа. Для меня был определенный практический смысл в открытии важности этого этапа, ведь когда младенец на втором этапе испытывает разочарование от утраты ланцета, при достижении им третьего этапа ребенка уже можно отвлечь, и ланцет перестает быть чем-то важным для него.

Хотя я всегда знал о существовании игры с бобиной (описанной Фрейдом), и это неоднократно подталкивало меня к тому, чтобы подробно рассказать о детской игре, лишь в последние годы я смог увидеть непосредственную связь между своей третьей фазой и замечаниями Фрейда.

Теперь мне кажется, что мои наблюдения можно рассматривать как явный поворот назад, исходя из конкретных наблюдений Фрейда. Я думаю, что бобина, олицетворяющая мать ребенка, выбрасывается им, чтобы показать то, что он избавляется от матери, потому что бобина *в его распоряжении* – не что иное, как мать. Изучив этот полный цикл инкорпорирования, удержания и избавления, я теперь рассматриваю избавление от бобины как часть игры, все же остальное подразумевается или воспроизво-

дится на более ранней стадии. Иными словами, когда мать уходит, это не только потеря для ребенка внешней реальной матери, но и проверка его отношений с *внутренней* матерью. Эта внутренняя мать в значительной степени отражает его собственные чувства и может быть любящей или вызывающей ужас, или же быстро меняющей одни отношения на другие. Когда он начинает понимать, что может контролировать отношение к своей внутренней матери, включая его агрессивное избавление от нее (Фрейд очень наглядно это показывает), он может допустить исчезновение своей *внешней* матери, не слишком опасаясь, вернется она или нет.

В частности, не так давно (благодаря работе Мелани Клейн) я осознал ту роль, которую играет для младенца страх потери матери или обоих родителей как ценного внутреннего обладания. Когда мать покидает ребенка, он чувствует, что потерял не только реального человека, но и некую важную составляющую в своем сознании, ибо мать во внешнем и во внутреннем мире по-прежнему очень тесно связаны между собой в сознании младенца и более или менее взаимозаменяемы. Утрата внутренней матери, успевшей стать для младенца чем-то невероятно важным (внутренний источник любви, защиты, да и самой жизни), значительно усиливает угрозу потери реальной матери. Кроме того, младенец, выбрасывающий ланцет (на мой взгляд то же самое относится к мальчику с бобиной), не только избавляется от внешней и внутренней матери, которая вызвала его агрессию и была изгнана, но при этом может вернуться; я думаю, что он также интернализирует внутреннюю мать, потерять которую он так страшится, чтобы доказать себе, что эта внутренняя мать, теперь представленная через игрушку на полу, не исчезла из его внутреннего мира, не была уничтожена, но по-прежнему дружелюбно настроена и готова к игре. Все это позволяет ребенку пересмотреть свои отношения с вещами и людьми как внутри, так и снаружи.

Итак, один из самых глубоких смыслов третьей фазы в заданной ситуации заключается в том, что у ребенка появляется некая уверенность в судьбе собственной внутренней матери и ее отношении к нему; депрессивное настроение, связанное с тревогой по поводу внутренней матери, исчезает, и ребенок снова становится

счастливым. Эти выводы, конечно, никогда бы не были сделаны только на основании наблюдений. В процессе анализа маленьких детей (в ходе игры) мы можем видеть, что разрушительные тенденции, угрожающие людям, которых ребенок любит во внешней реальности и в своем внутреннем мире, приводят к страху, чувству вины и печали. Ребенку так и будет чего-то не хватать, пока он не почувствует, что благодаря его активности в игре он что-то изменил и вернул тех людей, потерять которых он так боится.

Резюме

В данной статье я попытался описать способ, с помощью которого можно объективно наблюдать за младенцами; способ, основанный на объективном наблюдении за пациентами в ходе анализа и в то же время достаточно приближенный к ситуации дома. Я описал некую заданную ситуацию, представив то, что я считаю нормой (я имею в виду здорового ребенка), а также последовательность событий в такой заданной ситуации. В этой последовательности есть много моментов, когда может проявиться или подразумевается тревога; и на один из таких моментов, названный мной моментом нерешительности, я обратил особое внимание, приведя в качестве примера случай семимесячной девочки, у которой дважды развилась астма на данном этапе. Мне удалось показать, что нерешительность указывает на тревогу и существование Супер-эго в сознании младенца. Таким образом, я предположил, что анализируя поведение ребенка, мы не можем не учитывать и детские фантазии.

Думаю, нам не составит труда разработать и другие заданные ситуации, в которых мы могли бы рассмотреть иные детские интересы, иллюстрируя прочие инфантильные тревоги. Описанный мной сеттинг, как мне кажется, универсален, так как любой врач сможет использовать его. Конечно же, мои наблюдения могут быть подтверждены или видоизменены; но наряду с этим это некий практический метод, с помощью которого некоторые принципы психологии могут быть доказаны клинически, без причинения вреда пациентам.

Глава V

Консультации в детском отделении[12] [1942]

Ниже будет представлено несколько случаев, с которыми мне довелось работать в детском отделении Института психоанализа в Лондоне в течение одного года. Таким образом, то, о чем я собираюсь говорить, не имеет прямого отношения к анализу, хотя, как мне кажется, это будет представлять определенный интерес для аналитиков.

Одной из причин создания клиники – детское отделение – были многочисленные случаи (дети, которых приводили ко мне на консультацию). Уже тогда не составляло труда увидеть все те сложности и разочарования, которые будут неизбежны в работе детского отделения, о чем и свидетельствует мое описание. Эти случаи не столь сильно отличаются от многих других (их было не меньше тысячи) за все те годы, когда я работал в должности врача в детской больнице.

Эта работа (с каждым из этих случаев) продолжалась в течение года; я кропотливо изучал каждый из них с тем, чтобы предоставить впоследствии этот отчет Обществу.

Должно быть понятно, что я рассказываю о тех случаях, которые мне фактически доводилось наблюдать в детском отделении в течение года, и я не включаю сюда случаи, представленные для анализа студентам (это уже было взято из других источников).

---

[12] Материал впервые представлен перед Британским Психоаналитическим Сообществом 3 июня1942 г.

В некоторых случаях дети вообще не приходили на консультацию. Например, один доктор позвонил и сообщил, что у его маленькой дочери не так давно началось заикание.

Она была единственным ребенком в семье. Оказалось, что ребенок очень привязался к тете, которая присматривала за ней, пока ее мать и отец отсутствовали. То, что она так сильно горевала о тете, не проявлялось до тех пор, пока ее подружка тоже не уехала. Вскоре у нее началась депрессия, а потом заикание. Опрос показал, что эмоциональное развитие ребенка было нормальным до этих событий, а дома были любящие родители и прочные отношения между ними. Поскольку до анализа у ребенка было все в порядке, я попытался объяснить отцу (относительно необходимости анализа), что, на мой взгляд, для ребенка были совершенно нормальными эти тяжелые симптомы, а поскольку развитие в целом было удовлетворительным, в других вопросах лучше вообще игнорировать симптом, не прибегая сейчас к психоанализу. Через неделю доктор снова позвонил мне и сообщил, что симптом ребенка исчез.

Наверное, вы согласитесь со мной, что не стоит превозносить ценность анализа тогда, когда он не применим. Родители, приходящие на консультации, чувствуют себя виноватыми в симптомах или заболеваниях собственного ребенка, и то, как ведет себя врач, будет определять то, насколько спокойно они смогут снова взять на себя ответственность или справиться с тревогой, связанной с передачей этой ответственности врачу или клинике. Лучше, чтобы у родителей сохранялась эта ответственность; особенно в случаях, когда анализ вряд ли поможет в решении проблемы (уменьшить заболевание ребенка).

Случай 1. Эллен, десять лет, проживает в Лондоне. Первый и единственный ребенок в семье. Я не мог полностью собрать информацию (менее чем за час), а в целом на этот случай у меня ушло четыре часа. Вот некоторые подробности.

Можно предположить, что этот ребенок физически, эмоционально и интеллектуально был нормальным в течение года. Однако, вскоре мать ребенка решает уйти от мужа и забирает ребенка

с собой, после чего отец видел ребенка только урывками. Когда девочке исполнилось шесть с половиной лет, без всякого предупреждения вернулся ее отец, и когда она возвращалась из школы, посадил ее в машину и увез. У девочки это не вызвало никаких возражений, и она с радостью вернулась в Лондон. После этого отец начал процедуру развода. Когда ей было девять, отец снова женился. На сей раз это был прекрасный выбор. Атмосфера в семье снова стала благополучной впервые после того, как ей исполнился год.

Жалоба заключалась в том, что Эллен не была настоящей. Это была милая, хорошая и умная девочка. Единственное, что «не представлялось возможным получить от нее – это искренность», как объяснял ее отец. Кроме того, она вела себя очень по-детски для своего возраста, и невозможно было предсказать ее настроение, а также то, что может произойти в течение дня. В школе наблюдались взлеты и падения, но в консультацию ее привели из-за одного случая воровства, который выделялся больше, чем обычное мелкое воровство в школах (возможно, из-за того, что она не чувствовала позора). Так или иначе с ней уже пытались работать, но это не давало никаких результатов, потому что она становилась крайне подавленной или раздражительной. По словам родителей, когда ее заставали на месте преступления, она выглядела очень расстроенной. Общий настрой ее реальной матери также был очень ненадежный.

На первый взгляд казалось, что ребенку очень хорошо с отцом и особенно с прекрасной мачехой, от которой она не отходила ни на шаг. Однако довольно легко можно было увидеть, что она оплакивает потерю своей настоящей матери, которая была для нее не более, чем вполне удовлетворительным родителем.

Итак, анализ невозможно было организовать. Одна из причин заключалась в том, что ни один аналитик, способный справиться с этим делом, не работал в клинике. И эта тема, я боюсь, будет повторяться неоднократно. Я также отметил и то, что для ребенка было важным продолжать и дальше обучение в школе, где она украла конфеты; у нее там были очень неплохие отношения, во всяком случае, с персоналом, и она могла еще произвести хорошее

впечатление. Ее по-прежнему ждали там, несмотря на то, что она и была проблемным ребенком. В составленном мной письме в школу я попросил оставить всякие попытки «вылечить» ее или сделать нормальной; ее просто следует считать хорошей, если основные проблемы удалось преодолеть.

Возникает особая проблема в отношении возможности анализа такого ребенка. Я всегда знал и до сих пор знаю крайне подозрительных детей, но нет большей опасности, чем та, когда ребенок отказывается проходить лечение на ранней стадии.

Таким образом, я должен быть готов к тому, что мне придется снова увидеть этого ребенка, когда у него случится новый кризис.

Похожее подозрение можно было наблюдать и в *Случае 2*. Нора, 13 лет, живет в Лондоне. Ее привела ко мне очень умная сестра, потому что девочка отказывается ходить в школу. Она была самой маленькой (в семье несколько человек детей).

Я пригласил Нору прийти ко мне несколько раз. Итак, она пришла ко мне и принесла с собой фотографии. После двух визитов ко мне она прислала трогательное письмо, в котором говорилось о том, что она не хочет больше приходить ко мне. В данном случае я воздержался от каких бы то ни было комментариев, потому что знал, что если мне удастся справиться с подозрением, то анализ придется продолжить. А я был не в состоянии это сделать.

Зная, насколько тревожен этот ребенок, я решил перенаправить ее в детскую больницу Паддингтон-Грин; кроме того, было решено прикрепить к ней Социального Работника (из отделения психиатрии). У них сложились очень неплохие отношения, даже лучше, чем у меня с ней. Но вскоре этот социальный работник, – друг, которого она так ценила, – столкнулся с другой разновидностью абсолютного барьера, который мне пришлось преодолеть когда-то. Для полноценного анализа в данном случае аналитик должен был ежедневно посещать ребенка, проводя первую часть анализа дома, а потом отправляясь на прогулку с ним, посещая музеи и проч. Естественно, клиника не может обеспечить всего этого, хотя многие из нас могут вспомнить подобные случаи (те неожиданные вещи, которые происходили с нами в частной практике).

Социальный работник оказал огромную помощь ребенку, но она так и не вернулась в школу. Сейчас она уже достигла возраста окончания школы. Ей удалось отдохнуть вдали от дома и, кажется, она вполне счастлива начать работать.[13]

Самые разные скрытые чувства и фантазии удалось выявить в ходе обсуждения этих всем известных работ, а также анализа значительных художественных наклонностей самого ребенка, но этот богатый мир ее фантазий был в действительности тайным внутренним миром, и она считала опасным пускать в него даже для социального работника (который вообще ничего не форсировал).

По моему опыту, многие из этих детей-подростков, консультирование которых было не столь удачным, обращаются за помощью или даже приходят в анализ, когда они уже оказываются в свободном плавании, скажем, в 18 или 20 лет; кроме того, дети, которые пытаются справиться с острой проблемой раннего полового созревания, могут получить пользу от поддержки, которая поступает вне семьи, особенно когда сама семья достаточно неустойчивая.

Случай 3. Мэйси, три года. Острый случай. Мейси была очень неспокойной; у нее стали развиваться компульсивные вращательные движения и невротическая тревога в связи с тем, что мать должна была скоро родить (это уже была ее вторая беременность). Ребенок был переношенным, и мои контакты с ребенком продолжались вплоть до рождения. Напряжение значительно снизилось фактическим рождением ребенка. Было бы логично организовать анализ именно в тот момент, но никто не мог возить ребенка ежедневно на прием туда и обратно. Кстати, ребенок очень сильно страдал от того, что с ней даже некому было гулять.

Единственное, чем я мог ей помочь, – это навещать ее в собственном доме. Мне позволялось быть с ребенком наедине, и нам даже не требовались игрушки. Я находил ее настолько маниакальной, что сначала до нее вообще невозможно было достучаться; но она слышала и замечала мои интерпретации и ценила мои визиты к ней.

[13] Сейчас Нора уже работает, у нее все в порядке. Очевидно, она успешно преодолела тот непростой кризис, связанный с пубертатом.

Ее проблемы явно были связаны с фантазиями о рождении, а впоследствии и с различными фантазиями, касающимися отношений между родителями. В течение пяти посещений, на протяжении двух недель, у меня накопилось огромное количество материала для интерпретаций, которые я давал в полной мере, обращаясь к переносу с самого начала.

Конечно же, трудно оценивать результаты. Естественно, никаких постоянных изменений в личности ребенка не наблюдалось, но я с удовлетворением наблюдал, как хаос фэнтазийного мира ребенка постепенно сменяется порядком, а маниакальное поведение переходит в игру с определенной последовательностью в ней, как в случае с удовлетворительным анализом. Фантазии были четко выражены и касались многих аспектов тревоги ребенка по поводу беременности ее матери, которая, казалось, никогда не кончится. Наиболее важной была тревога, что это может причинить вред ее матери. Очень много говорилось о том, что есть плохой человек, подвергающий ее мать такой опасности, и хороший человек (ее отец был врач), помогающий ей преодолеть эту опасность.

Фантазии включения аналитика были сильными и были связаны с ее реальной потребностью для меня все время.

Ребенок, естественно, избавился от фактического рождения и вскоре нашел нормальное отношение к сестре-младенцу. Она все еще нуждается в анализе, и если бы кто-то мог найти ее в клинику, я должен был теперь организовать ее анализ как острый случай, но не обязательно очень сложный.

Случай 4. Томми, двенадцать лет, проживающий в Лондоне. С моей точки зрения, состояние неудовлетворительное. Этот мальчик пришел по направлению из клиники. Возможно ли в его случае психоаналитическое лечение? Ответ был: нет. Ведь для того, чтобы такое лечение стало возможным, кто-то должен был ежедневно привозить его сюда из очень удаленного района Лондона. Кроме того, это был явно психотический случай, по типу личности ребенок был явно склонен к шизофрении, поэтому работать с ним мог только опытный детский аналитик; но у такого специалиста не будет возможности заниматься подобным случаем бесплатно.

Я встречался с матерью и мальчиком, и это заняло у меня около часа. Мать была очень подозрительной, и отсутствие явного результата (визит ко мне) только увеличивало ее обиду на всевозможные клиники и больницы.

Я отмечаю это вновь и вновь, потому что нет смысла притворяться в том, что мы делаем что-то хорошо, когда мы не в состоянии это сделать. Бессмысленно просить нас рассмотреть какой-то случай, если это слишком далеко, условий для таких поездок нет, а ребенок самостоятельно перемещаться не может. Тогда, конечно, редко можно изыскать для этого какие-то возможности. Но даже если такая возможность появляется, мы не можем поручить столь трудное дело, – а оно явно непростое – студенту. Именно поэтому бесполезно начинать консультацию до тех пор, пока не будут проанализированы все обязанности консультанта.

Случай 5 одинаково бесполезный: Макс, девять лет, проживает в Лондоне. Беженец из Германии.

Родители этого ребенка имели представление об анализе, и увидев нарушения у собственного ребенка, они, конечно же, решили отвести его в анализ. Мальчик, безусловно, нуждался в этом, но для того чтобы работать с ним, сначала мне нужно было найти интернат или школу, где бы он мог жить. Родители не смогли заранее предусмотреть эти трудности, и я боюсь, что они были очень разочарованы. Если в обозримом будущем мы планируем такого рода работу (аналитики, работающие в рамках детского анализа), должен быть предусмотрен небольшой дом, где дети разных возрастов смогут жить, как в семье и учиться (точно так же, как это происходит в клиническом анализе).

У этого мальчика было много физиологических изменений и он плохо реагировал на каждое такое изменение. Говорили, что у него проблемы с концентрацией, резкие перепады настроения, он подозрительно относится к еде и детям своего возраста и считает, что его никто не любит. А еще он был евреем, и сей факт тщательно скрывался от него. Родители остро нуждались в помощи с ним, и мне бы очень хотелось им помочь. Но мне потребовалось больше

часа, чтобы вникнуть в эту историю и дать понять матери, что мне нечего ей предложить.

Случай 6 был менее неудовлетворительным. Тесса, тринадцать лет. Живет в пригороде.

Отец девочки попросил организовать для нее психоанализ, потому что ее результаты в школе не соответствовали их ожиданиям. В коротком интервью я высказал мнение, что девушка не была психически больной. У нее действительно были трудности, в том числе необоснованные ожидания со стороны отца. Он хотел, чтобы она вышла в люди, став врачом, но у нее не было совершенно никакого энтузиазма по этому поводу. Я передал это дело одному из коллег, который постарался вникнуть во все детали, дав родителям совет относительно обучения (там, где она действительно сможет учиться). Тогда не было возможности для анализа, но в любом случае девочка не могла оставаться в школе, а также каждый день ездить в клинику.

Случай 7 совершенно другой. Куини, три года, живет в Лондоне.

Кто-то из моих друзей, хорошо знакомых с психоанализом, направил этого ребенка – дочь их уборщицы – ко мне, потому что девочка начала воровать. С девочкой работал лично я два или три раза в неделю в течение шести месяцев. Это было довольно сложно для матери, и как только она забеременела, визиты ко мне сразу же прекратились. Всегда было понятно, что я не могу рассчитывать на ежедневные посещения в данном случае, равно как и то, что им разрешат длительное лечение. Тем не менее, я просто шел вперед, как если бы это был подлинный анализ, признавая ограничения, но не желая отказывать им, направляя их на бессмысленную консультацию в клинику.

В действительности была проделана очень важная работа, ибо материал, представленный ребенком, позволил мне показать определенную последовательность и структуру в нем, и я получил конкретные результаты интерпретаций, как и в случае реального анализа. Всевозможные игры с игрушками, рисование и аппликации позволили мне интерпретировать и показать то, что я в состоянии

выдержать зависть к пенису, а также фантазии о жестоких нападениях на материнское тело, пенис отца и нерожденных младенцев. Она рассказывала мне о сексуальных играх со своим братом.

Кражи прекратились, и мать, как это часто бывает, вообще забыла о том, что ребенок когда-то что-о крал.

Я бы сказал, что начался настоящий анализ, и была проделана огромная работа в отношении реакции ребенка на выходные и праздничные дни и т.д., чтобы дать ей возможность справиться с завершением лечения, когда визиты ко мне стали невозможны. То, что делал я, – хотя это был не анализ, – мог сделать только аналитик, имеющий соответствующий опыт долгого неспешного анализа, когда аналитик имеет возможность обратить внимание на материал, пока он постепенно учится его понимать.

Случай 8 – возможный аналитический случай: Норрис, шесть лет. Проживает в пригороде.

В данном случае оба родителя врачи. Ко мне обратилась мать. Мы обсудили проблемы, возникшие в воспитании мальчика, и это заняло в общей сложности не менее часа. Оказалось, что отец всю жизнь был робким человеком и надеялся, что его сын реализует все то, что он сам не смог. Он женился на очень сильной женщине, и это их единственный сын – практически такой же робкий, как и его отец. Было очевидно, что родители могли бы неплохо ладить с этим ребенком, если бы они признали то, что он действительно робкий. На самом деле пассивно-мазохистская организация мальчика была близка к патологии. Мне бы хотелось организовать анализ, но пока целесообразность анализа была не очень понятна. И хотя я надеюсь, что мне удастся направить родителей к аналитику, мне бы не хотелось, чтобы они продолжали считать, что анализ – это их единственное спасение. Они должны попытаться адаптироваться к ситуации, не рассчитывая на анализ, который я буду предлагать им только тогда, когда буду уверен в его доступности. Я имею в виду, что по возможности нужно избегать всего этого: «Да, психоанализ действительно вылечит его, то есть сделает его так, как вы хотите, без каких-либо дополнительных усилий с вашей стороны». Мальчика я пока еще не видел.

В данном случае я говорю про себя. Раньше, на консультациях, я всегда рассматривал психоанализ как лечение по собственному выбору, и я испытывал радость от того, что занимаюсь всем этим. Но консультации могут иметь и отрицательную ценность, если нет четкой уверенности в том, что анализ действительно возможен. Если в дополнение к тому, что рекомендуется и к другим возможностям, может быть предложен психоанализ и *фактически претворен в жизнь*, тогда другое дело.

Следующий случай был явно более удовлетворительным, хотя его удовлетворительность зависела от того, что я мог что-то сделать незамедлительно. Я не знаю, удастся ли нам когда-то разрешить эту проблему – готовность в любой момент приступить к работе. Но непростой материал представляет особый интерес, и аналитику, который никогда не сталкивался с этим, будет не хватать ценного опыта.

Случай 9. Фрэнсис, одиннадцать лет. Мальчика привела в клинику мать, настаивая на том, что ему необходима срочная помощь. Фрэнсис был жестоким и часто это была явная патология; надо сказать, что его расстраивало это состояние и он часто обращался за помощью.

Для первоначальной консультации с матерью потребовалось два часа, и она имела огромное значение. Я обнаружил, что здесь больных было двое – мать и сын. В данном случае была масса интересных деталей, перечисление которых не входит в мою цель здесь.

Я бы сказал, что особенно интересно то, что мания мальчика была напрямую связана с депрессией его матери: нетерпимость к ее депрессии делала его еще более маниакальным. Чтобы помочь ей, мне пришлось тут же начать с лечения сына. И уже в течение первых нескольких недель был явный результат (он вел себя как беспокойный взрослый и лежал на диване, вместо того, чтобы рисовать или играть), который заключался в том, что он изменил свое отношение к реальному отцу. Он смог снова поверить в него, следуя непосредственным интерпретациям Эдипова материала, полученного во время сильного физического напряжения (его игры с сестрой). В его фантазиях отец (в сексуальном контексте)

был плохим и причиняющим вред матери, так что получается, что Гестапо действовало от его имени, когда они забрали отца силой, и он очень сильно отождествлял его с ними. Вскоре он начал воспринимать меня как хорошего отца, полезного, но несексуального, попросив меня иногда встречаться с его матерью, тем более, что она казалась ему менее депрессивной, как только я появился в их жизни. Примечательно, что он не рассматривал меня как «влюбленного в его мать», что соответствовало его паттерну со всеми мужчинами, которым он симпатизировал еще до начала анализа.

Итак, не стоит испытывать разочарование, когда вы слышите, что депрессия матери зашла столь далеко, что она решает поместить ребенка в школу-интернат. Это обстоятельство стало реальным прогрессом в их домашней ситуации и означало, что отец вернулся домой. Анализ дал свои плоды. Мальчик приходит ко мне всякий раз, как только появляется такая возможность (каникулы и проч.), и использует лечение в подобных обстоятельствах по максимуму.

Случай 10. Нелли, 17 лет.

У Нелли есть брат на два года младше ее. Ее отец врач, и он и его друзья много делали для нее. Но когда ей было четыре года, умирает отец. Тогда мать вместе с детьми

переезжает в город, где у них начинается совершенно другая жизнь: взрослые преимущественно женщины, а центром всеобщего интереса теперь является мальчик. Возможно, именно изменение окружения, кульминацией которого стала смерть ее отца, оказалось для нее непереносимым; что естественно повлияло на удовлетворительное интеллектуальное и эмоциональное развитие. В 16 лет у нее начинается какая-то болезнь, похожая на хорею (такие же движения). Их знакомый врач, друг ее покойного отца, сказал, что никакая это не хорея, а все это обусловлено явными и длительными психологическими трудностями. Однако, при более тщательном рассмотрении я бы все же был склонен к диагнозу «хорея», что значительно облегчило те консультации, которые я давал впоследствии педагогам в школе. Ведь учителю проще сказать, что ребенок так плохо пишет из-за хореи, нежели это обусловлено за-

держками эмоционального развития. Однако, основные жалобы вряд ли можно было объяснить только хореей, и среди них были трудности в установлении контактов. Один из педагогов объяснял это следующим образом: «Это явный уход, а не поворот к чему-то; и это вряд ли можно считать нормой в подростковом периоде, равно как и характеристикой нормальной «интроверсии». Я видел эту девочку несколько раз, и новый врач был ей явно интересен; но она по-прежнему оставалась в своем коконе, и мне ничего не оставалось, как обратить внимание на то, что девочка страдает хореей, но уже идет на поправку.

Анализ в данном случае не представлялся возможным, и даже если бы кто-то решился на это, я бы рекомендовал это только в целях исследования. В любом случае это не может быть анализом для студента.

Случай 11: Нэнси, 20 лет. Живет в Лондоне, в районе, знакомом ей с детства. Я решил привести следующий случай, ибо, несмотря на то, что девушке 20 лет, в клиническом отношении она как подросток.

Нэнси пришла ко мне с целым пакетом документов из Колледжа, и мне потребовалось целых полчаса, чтобы изучить весь этот материал. Мне пришлось долго беседовать с матерью и прочитать множество писем от нее, с самой же девушкой я встречался урывками на протяжении шести месяцев, возможно, раз десять. Отец Нэнси умер, когда ей было шесть лет, и мать полностью посвятила себя детям. У Нэнси есть брат, здоровый и умный юноша 17 лет.

В двух словах можно сказать, что Нэнси была красиво и аккуратно одета и выглядела как подросток (отсроченный подростковый кризис). Атмосфера в ее собственном доме (прежде столь радужная), а также ее внутренние трудности не позволяли ей сделать следующий шаг в ее развитии, а именно: самоутвердится. Поэтому она не нашла ничего лучшего, – выражаясь психиатрическим языком, – как начать притеснять девушку, которая жила вместе с ней, однокурсницей из педагогического Колледжа. Этот «симптом» был настолько очевиден, что педагогический состав школы принимает решение, что они не могут рекомендовать ее в качестве учителя

из-за этого симптома, если только я не готов взять на себя ответственность за это. Я был не против. Ее считали импульсивной, и это могло представлять опасность – «она может ударить ребенка!»

Мы не можем сказать ничего определенного в этой связи: возможно у Нэнси навсегда прекратится эта импульсивная агрессия, или же она пойдет по пути, который приведет к полному крушению, или же она сможет смело противостоять всему тому неприглядному, что есть у всех людей. С последним, я думаю, мне удалось ей помочь, но для этого я должен был ее видеть; и мне также приходилось неоднократно встречаться с ее матерью, чтобы она перестала писать гневные письма в защиту своего идеального потомства; и идти дальше, пытаясь найти ей место, то есть место, не имеющее никакого отношения к педагогическому колледжу. Преподавательский состав в колледже (на самом деле, довольно «продвинутое» учреждение) единогласно пришел к заключению, что девушка представляет опасность. На самом деле она может стать неплохим воспитателем (совсем маленьких детей), если решится жить вдали от матери, тем самым причинив ей боль.

Данный случай вполне подходил для анализа, но я не поставил ее в лист ожидания. Я познакомил ее с психоанализом и очень надеюсь на то, что когда-нибудь она начнет преподавать в Лондоне, а потом займется анализом. Проблема может заключаться в том, что в тот момент, когда она примет такое решение, бесплатный психоанализ может оказаться недоступным.

Ниже я расскажу о ребенке, которому я смог оказать помощь, хотя она и не проходила у меня анализ.

Случай 12: Кейт, три с половиной года, проживает в пригороде.

Кейт направил ко мне один мой друг. Этот доктор немного знаком с психологией, и он обратил мое внимание на то, что мать ребенка (эта девушка сама не еврейка, но она вышла замуж за еврея и теперь принадлежит к этому большому клану) не уделяет ребенку должного внимания. Изучив подробно материалы дела, я понял, что в данном случае проблема была в столкновении двух методов воспитания детей. Мать сама крайне нуждалась в поддержке. Она уже испытала некоторое облегчение, когда я позволил ей подроб-

но рассказать мне свою историю, что обычно занимает у меня не менее часа.

Проблем с грудью не было (сейчас мальчику шесть месяцев) и сначала все было довольно легко. Трудности возникли, когда начался прикорм. Он всегда был довольно смышленым. Ребенком он был довольно пассивным, он мог просто лежать и улыбаться. Он практически никогда не плакал, в отличие от своего новорожденного брата (девять месяцев), который ведет себя, как обычный ребенок. Среди жалоб можно выделить следующие: не спит, даже со снотворным; постоянно плачет, с двух лет все воспринимает в штыки; постоянные проблемы с кормлением после введения твердой пищи; не обладает «выдержкой» по сравнению с другими детьми, поэтому любого ребенка он считает задирой; не может сказать «нет»; также невозможно оставить наедине с маленьким ребенком из-за ревности, которая не проявлялась примерно до восьми месяцев (после рождения ребенка).

Я встречался с этим мальчиком один раз в неделю, так как анализ был невозможен. До тех пор, пока это было невозможно, я работал с ним точно так же, как если бы он находился в анализе, и он воспроизводил материал в анализе, имеющий отношение, по его ощущениям, к родителям (матери и отцу). Результатом нашей работы было то, что его отношение к матери улучшилось, он стремился всячески это продемонстрировать и впервые сказал: «Я люблю тебя, и я хочу тебя поцеловать». У него восстановился сон (после двух лет), и он достаточно хорошо воспринял новость, что отца забрали в армию. Когда матери стало трудно возить мальчика ко мне, я поддержал ее в необходимости прекратить лечение, ибо в противном случае пришлось бы признаться семье отца, что ребенок нуждается в большем внимании, чем она способна предоставить ему, что еще больше могло подорвать ее уверенность в себе.

Если бы я сказал, что здесь ничего невозможно сделать, кроме анализа, я упустил бы неплохую возможность терапии, а если бы сосредоточился только на советах матери, тогда вряд ли бы смог увидеть эту зарождающуюся способность ребенка (сказать ей о том, как он ее любит), что в общем-то и было результатом лечения. Наиболее враждебным внешним фактором была довольно

сильная, хотя и не патологичная гомосексуальность отца, что для этого конкретного ребенка было совершенно непереносимо, пока он не попытался выразить эту враждебность к отцу в игре. Он инсценировал это с игрушечным персонажем, представляя, как другая игрушка пытается соприкоснуться с анусом, аккуратно демонстрируя мне весь смысл, называя игрушку «папочка». Он избавился от гомосексуального отца в игре, и тогда его отношения с реальными отцом и матерью сразу же наладились.

И другой девушке мне также удалось немного помочь.

Случай 13. Герти, 17 лет, живет в Лондоне.

Эту девушку направил ко мне директор средней школы. Речь шла о крайне низкой успеваемости в школе, что она выглядела очень подавленной, у нее не было друзей – в действительности, она была невероятно одинокой. Она могла давать прямые ответы на вопросы, но у нее были огромные трудности с речью. Некоторое время назад она проходила лечение в другой клинике, но безрезультатно. Все это обсуждалось по телефону с директором школы.

Мне потребовался целый час, чтобы узнать всю историю у матери, которая добилась значительных успехов в воспитании сына (на четыре года старше Герти). Мать была нервной еще тогда, когда носила Герти, а уже после рождения ребенка она не могла не беспокоиться о ней. Она собиралась отлучить девочку от груди, но врач общей практики (вероятно, в данном случае совершенно неоправданно) убедил ее сохранять грудь. Таким образом, она кормила полных девять месяцев.

Первые признаки интеллекта проявлялись нормально, поэтому ребенок не может считаться отсталым из-за дефекта ткани мозга. В ходе рассказа мать вспомнила, что в пять лет девочка ударила брата по голове (до крови). Возможно, это и стало поворотным моментом. Примерно с этого момента Герти перестала нормально интеллектуально развиваться. Семья достаточно умная.

Ребенок рассказал мне, что у нее «страх врачей», и ей действительно довелось повидать очень многих. У нас получился целый список того, что нуждается в лечении: прыщи, гнойные выделения, чрезмерное потоотделение, плохие оценки на экзаменах, неу-

мение выражать свои мысли как устно, так и на письме, трудности с установлением контактов, трудности с пониманием того, что необходимо делать, а также ипохондрические тревоги матери.

Казалось, все что ей нужно, – чтобы доктор сказал решительно и твердо ее матери, что ей больше не нужны никакие врачи. Именно так я и поступил. Через месяц она пришла ко мне и с радостью сообщила, что устроилась на работу, у нее теперь есть друзья и она чувствует себя более уверенно.

Если бы я поместил ее в лист ожидания, я был бы плохим врачом. Я хочу, чтобы вы меня поняли здесь правильно. На мой взгляд нет такой терапии, которая может быть сравнима с анализом. Но поскольку в данном случае это было невозможно, в качестве альтернативы я выбрал именно это, действуя за рамками психоанализа и вообще не призывая девушку ни к какой терапии.

Следующего ребенка направил ко мне врач, с которым нам довелось встречаться в детской клинике консультирования.

Случай 14, мальчик десяти лет, живет у себя на родине. Этот мальчик нуждается в срочной помощи и осознает эту потребность. Анализ с ним возможен только в том случае, если бы ему было где оставаться (специальное место), откуда его могли приводить в клинику. Я надеюсь, что когда-нибудь у нас появятся такие места, ибо благодаря самым последним достижениям в психоанализе теперь могут проводиться исследования психически нездоровых детей.

Мне потребовался час, чтобы узнать всю историю, и еще час, чтобы установить контакт с мальчиком; этот контакт был мне необходим, чтобы сделать вывод о его интеллекте, эмоциональном развитии, болезни и ее прогнозировании. Я встречался с мальчиком раз десять. Он умолял меня об этом это из-за очень сильной психотической тревоги, которую он никак не мог преодолеть.

Его проблемы начались с очень непростого рождения. Его мать переходила целый месяц, поэтому он родился очень крупным. Он родился весь синий, и ему плохо перерезали пуповину. Думали, что он мертвый, но потом вдруг врачи обнаружили признаки жизни. Врач сказал матери: «Ну вот, теперь у вас есть

ребенок, и он доставит вам массу неприятностей» – совершенно точный прогноз. В пять лет его признали умственно неполноценным в одной известной детской больнице. На самом деле он вовсе не интеллектуально отсталый, но больной ребенок, что мешает его отношениям. В школе его считают странным, но все же любят его.

Он часто ощущает угрозу извне (без видимых на то причин), периодически он не в состоянии контролировать себя, и у него часто возникают всевозможные сумасшедшие идеи. Например, однажды он пришел ко мне с танком в руках. И здесь я не имею в виду, что у него был игрушечный танк или какие-то мысли о танке, я хочу сказать то, что он себя действительно чувствовал так, как будто у него в руках танк. Он постоянно пытался избавиться от него, сжимая его между ног или обхватив обеими руками. Это была картина того, что он чувствовал. Кроме того, всякий раз, когда он ходил в уборную, – и так продолжалось достаточно долго, – ему казалось, что в какой-то момент кирпич может выскочить из стены и начать перемещаться сам по себе.

Более подробная информация об этом случае была бы здесь излишней, но стоило сделать что-то еще, чем просто работать с этим мальчиком в рамках консультации. Пока я работаю с ним (сначала это происходило каждый день, но теперь интервал можно увеличить до месяца), ему удается избежать неприятностей в школе, и у него не такие серьезные приступы паники. Это не связано с чем-то конкретным, что я делаю.

Ему нравится мастерить своими руками и клеить; все, что связано с сельским хозяйством, также ему очень близко. Он подробно изучает конструкцию аэропланов из книг и у него есть все задатки к тому, чтобы когда-нибудь стать взрослым с разносторонними интересами.

***

Моя цель, как я и отмечал в начале, состояла в том, чтобы рассказать вам о нескольких совершенно разных случаях. Здесь вряд ли можно выделить что-то особенно интересное, за исключением того, что мы можем видеть все те случаи, перенаправленные в от-

деление в течение определенного периода времени и предположительно можно видеть тип ожидаемого случая, если будет предпринята попытка расширить отделение и создать специальную клинику для консультаций.

Возможно, некоторые из этих неаналитических материалов оказались совершенно интересными для аналитиков. Но мне кажется, что именно неаналитический материал как раз и представляет интерес для аналитиков. Например, когда мать постепенно старается собрать воедино почти все детали эмоционального развития собственного ребенка, кто, как не аналитик, сможет понять, к чему именно она стремится, что и будет истинным признанием того, что все части действительно составляют единое целое?

Кроме того, самые разные инсайты – как родителя, так и ребенка – напоминают аналитику материал, терпеливо приобретенный в ходе аналитической работе. Мне бы хотелось пойти чуть дальше, признавшись в том, что я многому научился в анализе в процессе терапевтического консультирования и изучения других неаналитических материалов.

Здесь возникает один практический момент. Основной целью консультаций в Институте, как мне это видится, должно быть предоставление соответствующих случаев для студентов или для аналитиков, работающих со взрослыми, которые хотели бы продолжить в дальнейшем детский анализ. Я никогда не ожидал, что эта цель будет достигнута, и я думаю, что мои опасения были оправданы (то, о чем я говорил здесь). Этот вопрос требует постепенного рассмотрения, но мне все же кажется, что подходящим местом для поиска соответствующих случаев для студентов следует считать педиатрическое отделение больницы.

Существуют две возможные точки зрения. В первом случае, мы можем поощрять то огромное количество случаев, которые перенаправляют в Институт, сохраняя при этом определенный процент (для целей тренинга), в то время как другие могут отпадать сами собой, когда они больше не в состоянии ожидать дальше (лист ожидания), что составляло их единственную надежду. Во втором случае предполагается, что кто-то будет отслеживать и работать с огромным числом самых разных психиатрических случаев; та-

ким образом, возможно удастся снизить социальное давление, а иногда, по мере необходимости, в рамках обучающей программы, соответствующие случаи могут быть перенаправлены в анализ.

В случае с детьми, второй, очевидно, единственный из всех возможных методов, поскольку взрослые, приводящие к нам детей, в большинстве случаев обычные нормальные здоровые взрослые; и если ребенка просто поместить в список ожидания, взрослый все равно будет обращаться за помощью дальше. Даже двухнедельного ожидания может быть достаточно, чтобы отбить всякое желание у родителя или опекуна. Всего несколько детей, так и ожидающих своей очереди в листе ожидания, постоянно будет служить нам укором и мешать налаживанию нормальных отношений Общества с внешним миром.

Итак, мое видение данной ситуации следующее: поскольку у нас по-прежнему есть необходимость в том, чтобы кто-то присутствовал на консультациях в Институте, также следует привлекать и другие клиники для получения хороших аналитических материалов в учебных целях, тем более, что лучший способ начать обучение детскому анализу – это ребенок лет трех, не очень больной.

Возможно, будет не совсем правильно ставить перед студентом целый список условий, которые должны быть соблюдены, когда я пытаюсь передать ему пациента (в данном случае ребенка). Я должен буду найти ребенка соответствующего возраста и пола; правильной диагностической группы и степени заболевания; мать которого действительно, а не ипохондрически волнуется о расстройстве ребенка, и они живут не так далеко от клиники; внешние обстоятельства должны позволять матери посвящать два или три часа в день одному ребенку; истинная вера родителей в доктора должна помочь им преодолеть все тяготы (когда у них мало надежды на изменение симптомов ребенка); и социальный статус семьи должен позволять матери ежедневно тратить деньги на проезд и проч.

Надо сказать, что не так часто все эти требования могут быть соблюдены. В настоящее время мы с трудом можем рассчитывать на это (все вышеизложенное) в случаях, которые мы имеем в нашей клинике, и я глубоко сомневаюсь, стоит ли нам вообще ставить перед собой такую цель.

Вы можете сказать, что во всем этом чувствуется некоторое разочарование. Я не отрицаю этого. Я всегда стремлюсь к тому, чтобы пациент прошел анализ, хорошо зная, что ничто иное не подходит или не может сравниться с результатами анализа. В то же время я, как никто другой, осознаю, что анализ очень редко применим и вообще доступен. Часто пациента невозможно поместить в клинику или ему придется для этого преодолеть слишком сложные внешние обстоятельства; как правило, даже если случай подлежит лечению, это не подходит для студента. Также следует помнить и о том, что для анализа довольно редко требуется даже один ребенок. Может пройти целых три месяца, и меня никто не попросит об этом.

Итак, я рассчитываю на ваше сочувствие, делясь с вами собственными опасениями. Понятно, что единственным решением для большинства аналитиков будет соответствующее образование и определенные навыки в детском анализе.

В качестве заключения (1957)

С момента написания данной статьи и по сегодняшний день в Институте так 3ребенок для анализа, такого ребенка приводят из специальной клиники.

К счастью, за последнее время произошло несколько изменений; сейчас есть множество клиник, в которые можно обратиться с вопросами детского анализа, а кроме того 30 вместо 2-6 аналитиков, проходящих дополнительное обучение в области детского анализа.

Глава VI

Офтальмологические психоневрозы в детстве[14] [1944]

Достаточно легко утверждать, что для ребенка важно то, что он видит, или же он просто боится слепоты, в то же самое время не справляясь с самыми разными страхами и надеждами.

Офтальмологи, работающие с детьми, обращают внимание на то, что к детям требуется особый подход. От знания анатомии, физиологии и патологии глаза будет мало пользы клиницисту, который не знает, как найти подход к ребенку; а этот навык во многом зависит от понимания офтальмологом чувств ребенка, а также его веры в надежды ребенка, подозрения и страхи. Ребенок очень быстро понимает, верит в него врач или нет, поэтому он разрешает врачу обследовать себя и даже эффективно сотрудничает с ним. Так что врач, доверяющий чувствам детей, кроме того, и хороший психолог.

Итак, в подавляющем большинстве случаев успешная психотерапия – именно такой рутинный процесс. С другой стороны, здесь можно нанести и вред. В качестве довольно яркого примера мне бы хотелось привести случай одной моей подруги, чье детство было омрачено вынесенным вердиктом некоего глазного хирурга, который во время осмотра констатировал следующее: «Она страдает от пигментной дистрофии сетчатки и скорее всего совсем потеряет зрение, когда вырастет». Безусловно, данный прогноз оказался неверным, но хирург не мог предположить, что это окажется

[14] Собрание сочинений офтальмологического сообщества, Том. LXIV, 1944 г.

столь важным для такого маленького ребенка. Все детство девочки прошло в ожидании того, что она вот-вот ослепнет, она была вынуждена читать все, что попадалось ей под руку, и все время проверяла зрение. И только сейчас, когда ей уже благополучно минуло пятьдесят, она начинает верить в то, что несмотря на страшный прогноз врача, ей все же удастся избежать слепоты. Ребенок естественно чувствует, что он страж собственного зрения или любой другой части тела, и если он не позаботился о них должным образом, значит он не заслуживает доверия.

Я мог бы здесь ограничиться исключительно общими случаями, но мне необходимо описать психологическую болезнь (как это влияет на глаза). Итак, я перехожу к каким-то общим случаям.

Здесь необходимо описать три группы психологических симптомов. Во-первых, это группа симптомов, которые проявляются у детей, структура личности которых вполне удовлетворительна. На другом полюсе мы имеем группу симптомов, связанных с дефективной личностной структурой (первичной или же вследствие регресса). Между ними можно выделить некую группу симптомов, связанную с депрессией. Конечно же, есть и иные разновидности, но я не имею возможности подробно рассмотреть здесь.

Психоневроз

Даже ребенок, у которого не было проблем с ранним эмоциональным развитием, а его структура личности удовлетворительная, подвержен всевозможным симптомам, порой очень серьезным; некоторые из них могут быть связаны со зрением. В качестве примера можно привести трение глаз. Как известно, ребенок может начать тереть глаза из-за блефарита, после кори или какой-либо другой инфекции, но здесь всегда будет какая-то дополнительная эмоциональная причина, а в некоторых случаях это может быть психологически предопределено. Но я здесь передо мной стоит одна из главных проблем: я не решаюсь описывать психологические вопросы перед аудиторией врачей. Врач, очевидно, должен *лечить и устранять* симптом. Но в психологии это можно

назвать своеобразной ловушкой и заблуждением. Нужно уметь замечать симптомы, не пытаясь вылечить их, ибо каждый симптом имеет свою ценность для пациента и зачастую лучше его вообще не трогать. В любом случае нужно уметь описывать психологические аспекты, не требуя сразу ответа на вопрос, как это можно вылечить. Чтобы лечить пациента с пользой, обычно приходится выполнять большую работу или делиться тяжелым бременем, и нелогично атаковать симптом, если не будет признан и не будет рассмотрен основной психический конфликт. Так или иначе ребенок может быть одиноким или депрессивным, а раздражение глаз может быть вызвано глазным зудом, что обычно связывают с сонливостью, как естественной защитой ребенка от непереносимых чувств. Или же, быть может, ребенок перевозбужден, и теперь ему нужно как-то справиться с этими непонятными для него ощущения, в том числе и возможным жжением век.

Я лучше остановлюсь на том, что ребенок воспринимает как отрицательное. Это ношение очков (что не позволяет им хорошо выглядеть). Многие дети не просто носят очки, но воспринимают это как наказание за их стремление хорошо выглядеть. Очки очень быстро приобретают некий смысл для ребенка, который их носит. Очки точно так же, как и какое-то приспособление во рту, или лонгет, или одежда, становятся частью индивидуальности ребенка, и очень часто очки воспринимаются как фетиш, но это скорее касается взрослых. Иногда можно встретить всевозможные перверсии, когда так важны глаза и очки, в реакциях детей на очки и осмотр глаз.

А теперь перейдем к самим глазам. Даже в обычной жизни, если говорить о функциях глаза, – это очень непростые функции; но что если глаз используется (бессознательно) *вместо другого органа* тела? Что если глаз подразумевает орган, содержащий в себе эректильную ткань и поэтому способный к изменению при возбуждении? В таком случае глаз становится не только органом зрения, но и частью тела, способной испытывать возбуждение. Тогда могут возникнуть различные симптомы. Одно из главных изменений – это кровоснабжение, пропорциональное такого рода потребностям, что в результате приводит к усталости глаз. Страхи,

связанные с другим частям тела, становятся совершенно непереносимыми (когда речь идет о глазах), а за очками ребенка скрывается возбуждение, которое он всячески старается скрыть, чтобы не вызвать подозрение. Истерическая слепота связана с виной за то, что видит ребенок, особенно когда глаз делает нечто больше, чем просто наблюдает и контролирует. Вряд ли нам стоит ожидать от пациента осознания происходящего, да и нет никакого смысла в каких бы то ни было объяснениях или представлении о том, что ребенок должен силой воли преодолеть истерические симптомы. Лечение подобного случая – в том числе анализ психологических аспектов – должно включать в себя исследование причин смещения интереса от обычного органа (способного испытывать возбуждение) к глазу, как правило, не подверженному возбуждению. Всевозможное подавление воспоминаний, особенно там, где по-прежнему имеют место попытки контролировать исходную ужасающую ситуацию, может привести к параличу аккомодации. На мой взгляд, многие незначительные симптомы глаз, – например, моргание и общая усталость, – не имеющие определенной причины при ошибках в результате неадекватной рефракции, связаны с бессознательной виной за все то, что, очевидно, составляло табу.

Депрессия

Итак, мы подошли к депрессии и той роли, которую она может сыграть в возникновении проблем с глазами. У детей, как и у взрослых, депрессия может быть общим фоном. Если же говорить о ее клинических проявлениях, то, как правило, это тревожное беспокойство в целом или отрицание депрессии, что может выражаться в чрезмерной активности и жизнерадостности. Наряду с этим, как и в депрессивных фазах у взрослых, мы можем наблюдать определенные поступки, направленные на саморазрушение, преднамеренные или случайные, а также ипохондрическую тревогу в отношении тела или определенных его участков. Надо сказать, что депрессия вовсе не редкость. Это довольно распространенное

состояние как у детей, так и у взрослых, и далеко не всегда указывает на патологию; ипохондрическую тревогу вполне можно отнести к норме. Нормальный аспект депрессии заключается в том, что человек должен быть способен заботиться о своем теле, получать о него удовольствие, когда все в порядке, и стараться исправить ситуацию, если возникают какие-то проблемы. Слезы в таких случаях (когда человеку грустно) также представляются ценными с точки зрения физиологии, ибо сухие глаза – скорее это бегство от грусти – способствуют всевозможным инфекциям (конъюнктивиты) и раздражению.

Врачу глазного отделения так же, как и любому другому специалисту довольно часто приходится сталкиваться с ипохондрией. Прежде всего он должен уметь различать ипохондрию матери и ребенка. Многие дети носят очки или, по крайней мере, их часто водят проверять зрение из-за ипохондрии их матерей. Довольно сложно провести четкое разделение между ипохондрией матери и естественной заботой о ребенке, поэтому врач должен находить возможность позволять матери испытывать беспокойство, объясняя ей, когда это необходимо: «Попробуйте разделить ответственность со мной, приходите ко мне с определенной периодичностью; сейчас с глазами у ребенка все в норме». Если же врач скажет матери, страдающей ипохондрией: «Я думаю, что у ребенка все в порядке, но все же нужно посмотреть реакцию Вассермана, сделать анализ крови и манту, а кроме того – показать ребенка психологу»; мать, которая и так вся на взводе, будет убеждена в том, что теперь ее главная задача по жизни – это беспокоиться о здоровье собственного ребенка. С ипохондрией самого ребенка следует быть еще более осторожным, и важнейшее правило здесь заключается в том, что ребенок должен услышать правду. В большинстве случаев врач может озвучить свои подозрения как ребенку, так и матери; что он предлагает делать дальше и как он видит дальнейшее развитие событий. Подлинная уверенность приходит после констатации факта, а не слов утешения и поддержки, имеющих смысл для ребенка, что ему угрожает опасность. Принимая во внимание то обстоятельство, что большинство детей, приходящих к окулисту, способны принять довод, что у них все в порядке со зрением или

же они нуждаются в очках, есть и такие дети, которым этого будет недостаточно или у них может возникнуть подозрение, что от них что-то скрывают; в таких случаях требуется особый подход, подробное рассмотрение которого не представляется здесь возможным, хотя эта тема и очень важна.

Суицидальные наклонности при инфантильной и детской депрессии довольно легко не заметить, хотя это вполне реально. Ребенок чувствует, что с ним что-то не так или же он ощущает себя каким-то порочным. Ему не так просто отделить физическое от телесного, поэтому он либо болен, либо у него понос, либо с ним происходят несчастные случаи, или же он падает, или проливает на себя горячий чай, или трет глаза, когда туда попадает какая-то соринка, пока не поцарапает их и не занесет туда инфекцию.

Глаза иногда выполняют ту же функцию, что и большой палец (когда ребенок сосет его), пытаясь таким образом справиться с депрессией. Большой палец представляет собой грудь или бутылку, которую тревожный или одинокий младенец должен держать во рту или просто где-то рядом. Так и глаза дают ребенку некую уверенность точно так же, как и во младенчестве это позволяло ему подробно рассмотреть материнскую грудь и лицо, находясь в непосредственной близости от нее.

Все это можно охарактеризовать как некий компромисс между субъективным взглядом и объективным восприятием. Отнюдь не всегда нам приходится иметь дело с косоглазием, но глаза непосредственно связаны с постоянным напряжением (принуждением), что часто приводит к ярко выраженной потребности к чтению.

Одна моя пациентка, у которой стала развиваться близорукость где-то в одиннадцати лет, рассказывает, что обычно она засыпала следующим образом: перед тем, как лечь спать,

она берет хорошо известную ей книгу и подносит ее очень близко к глазам, чтобы она могла читать без сильных очков. Но вскоре выясняется, что она читает и перечитывает знакомые ей строки, пока совсем не засыпает. Естественно, свет она так никогда и не выключает. И перед пробуждением ей требуется тот же самый ритуал, только на сей раз она представляет книгу и страницу, а также

тему и предмет. Правда, когда она просыпается, оказывается, что реальная книга уже давно упала. На мой взгляд, в таких случаях требуется найти хоть какой-то компромисс во время неглубокого сна.

Тема, связанная со сном (что происходит с глазами), представляет для меня огромный интерес. Я считаю, что у многих людей во сне происходит работа (глазами), а чтобы дать глазам отдых, пробуждаясь, они смотрят на объект. Во всяком случае ни для кого не секрет, что те дети, о которых я говорю, – в некотором роде рабы собственных глаз, и любая попытка заставить их прекратить читать (держать книгу к глазам так близко) может быть обречена на провал, когда они будут чувствовать себя беспомощными и проигравшими. Все это может проявиться очень рано в жизни ребенка, но, с другой стороны, это может возникнуть в начале полового созревания или в любое другое время. И, конечно же, до конца разобраться в том, что происходит с глазами, может только офтальмолог.

Психоз

Тема косоглазия, вне всякого сомнения, требует анализа психологических аспектов. Я располагаю фактами, подтверждающими то, что косоглазие может быть обусловлено чисто психологическими причинами, и я думаю, что большинство офтальмологов согласятся в этом со мной. Однако, когда речь заходит о реальных механизмах, *у меня нет твердой почвы под ногами*. Я уже упоминал внутреннее косоглазие, напрямую связанное с первоначальным отношением с грудью и сосанием большого пальца в качестве успокоения. Бывает такое косоглазие, как правило, это внешнее косоглазие, когда проблема заключается в том, что два глаза не могут работать с одной целью, что связано с разделением личности.

Как будто человек драматизирует раскол Эго отсутствием координации между глазами. В качестве иллюстрации мне бы хотелось привести пример одной очень умной женщины, директора довольно большой школы, у которой два глаза существовали

отдельно, поскольку у нее было внешнее косоглазие. Левый глаз представлял ее хорошие отношения с отцом, который говорил только по-английски, тогда как ее правый глаз был связан с ее отношением к матери, говорящей только по-французски. У родителей этой женщины было очень мало общего, и пациентка развивалась совершенно по-разному в своих отношениях с одним и с другим. Она была левшой, и ее очень интересовали дети в школе, которые тоже были левшами. Ее левая рука отражала явно деловую сторону и ее идентификацию с отцом. Ее религиозные чувства были полностью связаны с матерью, а при написании такого рода письма она могла это сделать только правой рукой. Это может некоторым образом проиллюстрировать происходящее, когда имеет место явное разделение личности. Но часто происходит более серьезная дезинтеграция, и в таком случае, как мне кажется, один глаз отождествляется с самой сильной частью личности, а другой, безнадежно блуждающий глаз, представляет другие части. Внешнее косоглазие, явно не связанное с физическими причинами, довольно трудно поддается лечению, если не происходит реинтеграция личности. Такая интеграция может происходить спонтанно или под воздействием другой сильной личности ребенок может достичь некой интеграции, которая позволит исчезнуть косоглазию, во всяком случае на какое-то время. Этот фактор не следует упускать из виду, когда рассматривается физическая причина той или иной формы косоглазия. Я, конечно же, никоим образом не отношусь свысока и не критикую физическую сторону, стараясь обратить внимание лишь на психологическую сторону.

Третий психологический тип косоглазия, который может проявиться очень рано, очевидно, сопровождает острую фазу интроверсии, некое внутреннее косоглазие – своеобразная драматизация озабоченности внутренними явлениями или собственной внутренней реальностью. В качестве альтернативы в таких случаях используется зеркало, к которому некоторые интровертированные дети часто прибегают.

Глаза как символ

Следует не забывать о том, что с точки зрения психологии, глаз – это не просто орган зрения. В то время как в различных телесных функциях вещи берутся в рот и выводятся экскреторными органами, в процессе формирования личности то же самое происходит при участии всех органов тела, таких как: глаза, кожа, уши, нос и т. д. Глаза всегда выполняют огромную работу. Глаза также представляют собой орган экскреции. Мы увидели, как наш друг «садится в автобус», и в некотором роде все то, что мы видим, – это наши представления об объекте. Я уже рассказывал про девочку, представляющую себе страницу, как только она просыпалась. Есть люди, которые действительно читают новости, чтобы получить информацию, но для многих из нас газета – это нечто, позволяющее нам визуально представить то, о чем мы уже неоднократно думали и чувствовали; так что, по сути, нельзя сказать, что мы так уж обращаем внимание на фактическую сторону информации, которая не более чем корректива в нашем воображении.

Было бы интересно выяснить, насколько внутренние мышцы и ткани глаза вовлечены в обычные визуальные образы и галлюцинаторную активность. Возможно, такие исследования уже проводились, но мне о них ничего не известно.

Глава VII

Компенсация специальных материнских защит, связанных с депрессией[15] [1948]

Концепция депрессивной позиции обычно рассматривается как нечто крайне важное в реальной аналитической работе, а также в разного рода попытках описать ход нормального эмоционального развития. В осуществляемом нами анализе мы можем соприкоснуться с чувством вины по отношению к агрессивным и разрушительным импульсам и идеям, и мы можем наблюдать, как появляется желание репарации по мере того, как пациент становится способен учитывать, терпеть и сдерживать чувство вины. Для созидательной деятельности есть и другие глубинные причины, но репарация обеспечивает важную связь между творческим импульсом и жизнью, которую ведет пациент. Обретение способности к репарации в отношении личной вины – один из важнейших шагов в развитии здорового человека. Поэтому теперь нам нужно просто понять, как мы к этому пришли в ходе анализа, прежде чем мы начали осознавать эту простую истину.

Однако, в клинике нам часто приходится сталкиваться с ложной репарацией, что в общем-то не связано с чувством вины пациента, и именно на это я и хотел бы обратить внимание. Эта ложная репарация возникает вследствие идентификации пациента с матерью,

[15] Материал впервые представлен перед Британским Психоаналитическим Сообществом 7 января1948 г. Последующая доработка – август 1954 г.

а доминирующим фактором будет не собственное чувство вины пациента, но организованная материнская защита от депрессии и бессознательной вины.

Возможно, такого объяснения будет вполне достаточно: безусловно, я вовсе не претендую на оригинальность суждения или не хочу сказать, что это требует подробного анализа. Тем не менее я попытаюсь кратко проиллюстрировать то, что я имею в виду.

На протяжении двадцати пяти лет работы в клинике (амбулаторное отделение) перед моими глазами проходит самый разный клинический материал. Но за все это время в общем паттерне не было выявлено каких-то существенных изменений. Один тип ребенка я хорошо помню с самого начала. Такой ребенок особенно яркий и зачастую талантлив по сравнению с остальными. Если это девочка, она непременно очень чистенькая и красиво одетая.

Самое важным, на что я хотел бы обратить внимание, – это особая жизнерадостность, которая сразу же ощущается так, что и другой человек чувствует эту легкость. Мы ничуть не удивимся, узнав, что она танцует, или рисует или пишет стихи. Она может написать стихотворение или даже несколько, ожидая своей очереди. Если это нарисованная картина, то там обязательно будут яркие цвета и интересные детали, а фигуры – как будто живые или в движении. Возможен и сильный юмористический подтекст.

Мать приводит ребенка ко мне, потому что дома она раздражительна, капризна, порой ведет себя вызывающе или явно чем-то подавлена. Быть может, многие врачи просто не обращают внимание на то, что ребенок особенный. Мать рассказывает мне о разного рода проблемах и болях, на которые жалуется ребенок и которые в свое время были диагностированы врачами как боли ревматического характера, но на самом деле это явная ипохондрия.

Когда-то давно, еще в самом начале моей карьеры, ко мне привели мальчика, который заявил буквально следующее: «Доктор, мама жалуется на то, что у меня болит животе»; совершенно естественно, я обратил внимание на то, что мать тоже может играть определенную роль. Также немаловажен и тот факт, что ребенок, у которого предполагается боль, часто вообще не понимает, что именно у него болит. Если его удастся вывести на разговор с мате-

рью, все же пытаясь выяснить, что она имела в виду, быть может он просто смутится и пробурчит что-то типа «да это просто боль внутри». Но самое важное здесь то, что действительно что-то не так или так быть не должно.

Вероятно, в этом амбулаторном отделении у меня сложилась наиболее отчетливая картина происходящего, поскольку данное отделение скорее можно назвать *клиникой для матерей, страдающих ипохондрией*. На самом деле очень трудно провести четкое разделение между явной ипохондрией депрессивной женщины и искренней заботой матери о своем ребенке. Мать должна быть способна к ипохондрии, если для нее действительно важны симптомы ребенка, о чем всегда просят врачи, стараясь диагностировать болезнь на ранней стадии. Врач, которому ничего не известно о психиатрии или антидепрессивных защитах, и который не знает, что ребенок может испытывать депрессию, обязан сказать матери об этом, когда ее беспокоит какой-то симптом у ребенка, но при этом явных психиатрических проблем не наблюдается. С другой стороны, психоаналитик, благодаря этому новому пониманию детской депрессии, вполне может не заметить, что это скорее мать больна, чем ее ребенок. Непрерывное наблюдение самых разных случаев на протяжении десяти или даже двадцати лет позволяет мне констатировать, что депрессия ребенка на самом деле может быть депрессией матери (как некое отражение). Ребенок использует материнскую депрессию как уход от собственной депрессии; это обеспечивает ложную реституцию и репарацию по отношению к матери, и, в свою очередь, мешает развитию личного реституционного потенциала, поскольку реституция никак не связана с чувством вины самого ребенка. Многим довольно перспективным студентам так и не удается дойти до самого конца, так как они связывают репарацию с депрессией матери, а вовсе не с той депрессии, которая является личностной. Если у ребенка отмечаются какие-то особые таланты или даже в чем-то он был успешен, все равно имеет место нестабильность, связанная с зависимостью ребенка от матери. Во всем этом может быть определенный гомосексуальный элемент или же его может и не быть. В одной из книг, посвященных балету, Арнольд Хаскелл говорит: «Нам следу-

ет помнить о том, что у любой балерины есть мать». И у тех детей, о которых я говорю, также, конечно же, есть матери и отцы. Безусловно, речь идет не только о матери. Так у многих подростков (как мальчиков, так и девочек), у которых раньше все было нормально, неожиданно происходит сбой, когда они сталкиваются с потребностями того или другого или обоих родителей. Поэтому для подростка, пытающегося установить личную идентичность, единственным решением будет именно сбой; особенно это касается мальчика, который, скорее всего, пойдет точно по стопам отца и вряд ли отважится посягнуть на отцовский контроль.

Мы сможем увидеть, что у этих детей в самых крайних случаях имеется задача, которая никогда не может быть достигнута. Их первостепенная задача – это настроение матери. И если они справятся с ней, то они всего-навсего преуспеют в создании атмосферы, в которой смогут *начать собственную жизнь*. Понятно, что эта ситуация может быть использована человеком как уход от принятия на себя личной ответственности, что является неотъемлемой частью индивидуального развития. Если у ребенка появляется возможность дойти до самых глубин (личная вина) в ходе анализа, тогда нам также придется учитывать и настроение матери (или отца). Таким образом, аналитик либо распознает эти знаки (в ходе переноса), либо анализ терпит фиаско. Все эти вещи довольно очевидные.

Как правило, мать (или отец) ребенка имеют доминирующую личность. Как аналитики, мы бы сказали то, что ребенок живет в этом круге, представляющем собой личность родителя, и в этом круге можно видеть все патологические черты. В типичном случае с яркой девочкой, потребность матери – безжизненность и бесцветность ее собственного внутреннего мира – находит выражение в жизнерадостности и яркости девочки.

В подавляющем большинстве случаев это не столь ярко выражено. Так что действия ребенка, связанные с репарацией, могут быть личностного характера, несмотря на постоянную угрозу, что мать может украсть успех у ребенка и, соответственно, глубинное чувство вины. В таких случаях не составляет труда получить достаточно внушительные клинические результаты, неизменно

возвращая родителя на ранние этапы психотерапии с ребенком. В благоприятных случаях возможно занять сторону ребенка против родителя, *в то же самое время* поддерживая и защищая уверенность родителя в себе.

Однажды меня попросили поработать с одной из студенток колледжа, которой грозило отчисление. Ни с того ни с сего она ударила одну девочку в классе по ноге. Оказалось, что мать этой девочки всю жизнь страдает депрессией, а сама девочка, приближаясь к концу обучения, наконец, столкнулась с проблемой – ее собственная жизнь или мать? Мне удалось так или иначе заставить мать поверить в меня, в то время как на самом деле я оказался между двух огней. Дочь вернулась в Колледж, успешно закончила его и нашла работу вдали от дома. Она хорошо справляется со своими обязанностями и теперь является старшим преподавателем. Это был пограничный случай, и без моего вмешательства девушка вряд ли бы справилась или же она могла пойти по ложному пути успеха, отказавшись от всякой надежды на обособленное существование, постоянно завися от сильных перепадов настроения своей матери.

Наиболее впечатляющих успехов нам удалось достичь в профессиональном плане именно в такого рода работе. Здесь начинающий психоаналитик может извлечь для себя очень важный урок: успешное лечение может быть обусловлено не столько интерпретациями, сколько замещением хорошего, но при этом депрессивного родитель. И несмотря на достигнутые результаты впереди неизбежны обычные трудности, в том числе открытое самим пациентом чувство вины. Первоначально для нас важно то, что аналитик не подавлен, а пациент обретает себя, потому что аналитику вовсе не нужно, чтобы пациент был хорошим, или ровным, или во всем соглашающимся с ним или же чему-то учить пациента. Пациент может работать в привычном для него ритме. Он может потерпеть неудачу, если ему это необходимо, и у него будет для этого время и соответствующая безопасность. Эти внешние факторы являются необходимыми предпосылками для того, чтобы пациент открыл для себя, что такое любовь, с неизбежными дальнейшими сложностями (агрессия и чувство вины), каждый из которых имеет

смысл репарации и реституции. В крайних случаях пациент приходит в анализ, едва только приступив к этой задаче (справиться с чувством вины) или же еще не достигнув агрессии, связанной с примитивной любовью, и это несмотря на то, что у него не было проблем с миром.

Тех, кто работает с группами, очень беспокоит это отношение пациента к настроению окружения. В некоторых случаях может быть полезно сравнение между настроением группы, над которым у пациента может быть определенный контроль, и настроением его матери, когда он был младенцем и никак не мог это контролировать, а лишь принимать факт настроения матери (и ему приходилось противостоять контр-депрессивным материнским защитам). В других случаях групповое настроение не может быть задано одним из членов группы, поскольку он так остро нуждается в том, чтобы защищаться или бороться за свою индивидуальность.

Группа может быть семьей. Я бы сказал, что это, несомненно, имеет большое значение для семейной жизни, когда депрессивная позиция пробуется достаточно безопасно в личностном формате так, что настроение семьи может также иметь право на существование, являясь неким общим фактором в жизни ее отдельных членов. Это так же, как и в любой культуре. Очевидно, в этом есть нечто патологичное или же можно говорить об обнищании семьи или группы, если кто-то не может участвовать в действиях группы, направленных на восстановление. И, напротив, это серьезный пробел для члена группы, если он может принимать участие только в мероприятиях, которые относятся конкретно к групповой деятельности. В первом случае, когда этот шеринг невозможен, человек должен выбрать близкий для него подход перед шерингом. Во втором случае, когда группа ему необходима, поначалу он принимает в ней самое активное участие, но в конце концов он перестает столь активно сотрудничать и в какой-то степени остается в положении ребенка, пребывающего во внутреннем мире матери, с последующей утратой личной ответственности.

На мой взгляд, можно говорить о практическом применении этих идей в Психоаналитическом сообществе. В частности, я могу оперировать мнением Гловера (Glover, 1945, 1949). Он считает, что

некоторые аналитики (Мелани Клейн и ее ученики) описывают некоторые фантазии так, как если бы это были фантазии их пациентов, в то время как в действительности это фантазии самих аналитиков. Любому аналитику хорошо знакома задача разобраться с собственными фантазиями (в работе с пациентами), но, как правило, считается, что именно психоаналитикам лучше всего это удается. Мне очень трудно поверить в то, что идеи, которые регулярно появляются в моей аналитической и неаналитической работе, субъективны. Тем не менее я признаю, что, если идеи не субъективны, их очень трудно объективно наблюдать; (см. Уайтхед: «Материал и условия, из которых клинический исследователь должен фальсифицировать ожидаемую от него информацию, неизменно представляют собой некий вызов его способности к концептуальному мышлению, а также наблюдению»). Однако, нам все-таки важно разобраться, почему эти фантазии, – то, о чем говорит Гловер, – являются исключительно субъективными и их нельзя встретить у наших пациентов. Во-первых, следует задать вопрос: может ли анализ депрессивной позиции оказаться неэффективным (так, что эти идеи окажутся неприемлемыми из-за того, как они были представлены) (Brierley, 1951.) Например, уделялось ли должное внимание необходимости все открывать заново в случае с каждым отдельным аналитиком? Во всяком случае необходимо четко дифференцировать ценность идей и те чувства, которые они вызывают.

Как бы то ни было, к этой проблеме нам еще предстоит вернуться наряду с теми соображениями, которые были высказаны в этой статье.

В данном случае вполне ожидаемо, что вы можете задать мне следующий вопрос: если я настаиваю на том, что мне известны фантазии собственных пациентов, я также должен знать, что у пациентов иногда случаются *такие вещи, которые они – как будто – делают специально для меня.* Тем более, если мои ожидания не осознанны. Не так давно один мой пациент был совершенно убежден в том, что я получаю удовольствие от анального материала, и, конечно же, предоставил мне этого в избытке; прошло какое-то время, прежде чем это открылось, и до того, как он получил свои

истинные анальные ощущения. Точно так же у пациентов возникают (и они могут это скрывать) фантазии, связанные с внутренним миром, потому что они чувствуют потребность избавить меня от предполагаемой депрессии или усугубить ее. В ходе переноса нам удалось восстановить родительскую депрессию. Я должен уметь это распознавать. Говоря о том, что я стараюсь придерживаться объективности в отношении идей, возникающих у пациентов по поводу того, что у них внутри, а также конфликте этих внутренних хороших и плохих объектов, я должен уметь различать то, что относится лично ко мне, и все остальное – только к пациенту. На мой взгляд, юнгианским аналитикам не составляет труда получить такого рода «юнгианские сновидения», в то время как фрейдистам подобные образования даются сложнее.

В данной научной группе мы имеем доступ к общей теоретической базе, и мы предлагаем группу или сеттинг для репарации в отношении общей территории вины. На каждого из членов группы влияет настроение Общества в целом, и он также вносит свой вклад в общий восстановительный процесс, что связано с тревогой и депрессией группы. Но для подобной реституции в группе должно произойти нечто важное, чтобы каждый из членов группы мог дойти сам до собственного чувства вины и депрессивной тревоги. Каждый из членов нашего Общества должен стремиться к собственному росту в удобном для него темпе, развивая при этом чувство ответственности, основанное на подлинной заботе о собственных импульсах любви и их последствиях.

Резюме

Стремление к репарации может быть в меньшей степени связано с личным чувством вины, нежели ощущением вины или депрессивным настроем родителя. Общий вклад человека в групповые процессы зависит от относительного успеха или неудачи индивида в установлении личной, а не родительской вины в качестве основы репарации и конструктивных результатов.

Глава VIII

Тревога, связанная с небезопасностью[16] [1952]

Ниже будет приведена цитата из работы Д-ра С.Ф. Рикрофта «Наблюдения в случае головокружения» (Rycroft, 1953). В данной статье Рикрофт останавливается на двух важных моментах, которые я хотел бы здесь привести: «В своей предыдущей статье я подробно рассматривал теоретические последствия способности [пациента] вызывать галлюцинации определенных объектов, одновременно признавая их иллюзиями. Здесь мне бы хотелось обратить внимание на то, что он очень четко показывает как глубину его регресса, который имел место еще до момента прочной проверки реальности, так и неполноту регресса, поскольку отчасти его Эго по-прежнему способно проверять реальность, активно способствуя анализу». Опять же, «Головокружение – это чувство, возникающее у человека, когда его равновесие находится под угрозой. Для взрослого это чувство обычно – хотя далеко не всегда – связано с угрозой утраты равновесия, поэтому, как правило, думая о головокружении, сразу же возникают такие зрелые тревоги, как страх упасть или страх высоты, при этом мы забываем о том, что младенец, задолго до того, как он научится стоять, также испытывает угрозу утраты равновесия и что некоторые виды его ранней активности, например, схватить что-то и удержать, представляют собой попытки сохранить чувство безопас-

[16] Материал впервые представлен перед Британским Психоаналитическим Сообществом 5 ноября1952 г.

ности при поддержке матери. Поскольку ребенок сначала учится ползать и только потом ходить, поддерживающая функция матери все больше сменяется землей; должно быть, это одна из основных причин, почему земля бессознательно воспринимается как мать и почему невротические нарушения равновесия зачастую относятся именно к конфликтам, связанным с зависимостью от матери».

Итак, дальнейшее развитие теории я вижу именно в этом направлении – материнская функция, обеспечивающая безопасность. Поэтому мне бы очень хотелось, чтобы доктор Рикрофт написал еще одну статью на заданную тему, что он, очевидно, давно собирается сделать, ибо он уже неоднократно обращался в своих работах к таким авторам, как Алиса Балинт, Герман и Шильдер.

Следует отметить, что между ребенком и матерью существуют отношения, которые имеют жизненно важное значение, и все же вряд ли это можно считать производной инстинктивного опыта, а также объектных отношений, возникающих благодаря инстинктивному опыту. Эти отношения предшествуют инстинктивному опыту, а также развиваются наряду с ним, поэтому они так взаимосвязаны между собой.

Итак, мы подходим к достаточно известному наблюдению, что самое ранняя тревога связана с тем, что человек чувствует себя небезопасно.

Аналитики – и даже те, кто видит человеческое существо в младенце с момента его рождения, – часто говорят о том, что жизнь младенца как будто начинается с орального инстинктивного опыта и возникающих объектных отношений, связанных с инстинктивным опытом. Однако, ни для кого не секрет, что у младенца есть эта способность чувствовать себя ужасно, когда он не справляется с чем-то в какой-то иной области, скажем, в области ухода за детьми. Благодаря акценту г-жи Фрейд именно на этих *техниках* мы уделяем этому вопросу особое внимание. По крайней мере, это мое мнение, и я склонен считать, что нам не стоит обсуждать смысл тревоги, когда причина кроется в неверных техниках ухода за младенцами, например, постоянная поддержка младенца, – все то, что свойственно материнству.

Мы знаем, что эта тема может вернуть нас к моменту непосредственно рождения, то есть к тому времени, когда плод готов родиться – примерно на тридцать шестой неделе внутриутробной жизни.

В данном случае мне бы хотелось задать следующий вопрос: можем ли мы здесь что-то говорить об этой тревоге или же это исключительно физиология и не более того? На первый взгляд может показаться, что Райкрофт говорит о том, что такая ранняя тревога – это вопрос полукружных каналов (вестибулярный аппарат) и физиологии. Но мы чувствуем, что здесь есть что-то еще. Факт физиологического головокружения бесспорен, но (как при морской болезни) физиология может вступать в силу лишь при определенных обстоятельствах. Какие же это обстоятельства?

Вместо того, чтобы по-прежнему задавать этот вопрос, мне бы хотелось попытаться кратко ответить на него.

На мой взгляд, в раннем детстве есть некоторые виды тревог, которые можно предотвратить достаточно хорошей заботой. Именно к ним мы и могли бы обратиться.

Простым примером может быть состояние дезинтеграции. При хорошем уходе за ребенком это состояние является естественным, и ни у кого не возникает в этом сомнений. Хороший уход, вне всякого сомнения, способствует интеграции. Точно так же и недостаточный уход приводит к дезинтеграции, а не к тому, что было до интеграции. Дезинтеграция воспринимается как угроза, потому что (по определению) есть кто-то, кто ощущает эту угрозу. Также это и своего рода защита.

Можно выделить следующие три основных вида тревоги (из-за неправильного ухода за детьми): отсутствие интеграции, чувство дезинтеграции; отсутствие взаимосвязи между психе и сомой, чувство деперсонализации; также такое ощущение, что центр тяжести сознания смещается от ядра к оболочке, от человека к вопросам, связанным с уходом.

Чтобы это стало более понятным, мне бы хотелось остановиться на том, что происходит в самом начале любой человеческой жизни.

Начнем с отношений двух тел (Rickman, 1951), а отсюда уже перейдем к объектным отношениям (которые по-прежнему имеют характер отношений двух тел, но объект – это частичный объект).

Итак, что же предшествует этому? Нам иногда кажется, что двухсторонним отношениям предшествуют односторонние отношения, но это не так; а если присмотреться внимательно, то это совсем не так. Способность к односторонним отношениям следует за двухсторонними отношениями посредством интроекции объекта. (Здесь подразумевается внешний мир, к которому отношение отрицательное).

Что же тогда предшествует первым объектным отношениям? Лично я долго не мог разрешить для себя эту проблему. Это началось в тот момент, когда я выступал перед Сообществом (около десяти лет назад), и тогда у меня эмоционально вырвалось: «*Нет такого понятия, как ребенок*». Надо сказать, что я и сам несколько удивился этому. Тогда я попытался некоторым образом оправдать себя, сказав следующее: «если вы покажете мне ребенка, вы, конечно же, покажете мне и того, кто заботится о нем, или по крайней мере рядом с коляской всегда будет кто-то, не отходящий от него ни на секунду». Иными словами, все, что мы видим, – это «пара» (мать, кормящая грудью младенца).

Сегодня я бы наверное сказал то, что объектным отношениям предшествует следующее: отдельная единица еще не человек, единица – это неотъемлемая часть сеттинга (индивид и окружение). Центр тяжести бытия – это не сам человек. Это его общий сеттинг. При достаточно хорошем уходе за ребенком, соответствующих техниках, холдинге и общем уходе оболочка постепенно переходит в исходное состояние, и ядро (которое мы всегда воспринимали как человеческое существо) может стать индивидуумом. Этот процесс в самом начале представляется довольно непростым из-за тревог, о которых я уже говорил, и параноидального состояния, следующего за первой интеграцией, а также в первые инстинктивные моменты, которые дают ребенку совершенно новый смысл объектных отношений. Достаточно хорошие техники ухода за младенцами нейтрализуют внешние вторжения, предотвращая чувство распада и утрату контакта между психикой и сомой.

Иными словами, без достаточно хороших техник ухода за младенцем у новорожденного нет никаких шансов. При достаточно хороших техниках центр тяжести бытия в специально организованном сеттинге (человек-окружение) может переместиться в центр, скорее ближе к ядру, чем оболочке. И теперь центр локализации может быть в теле ребенка, поэтому он может начать формировать внешний мир наряду со всеми внутренними ограничениями. Согласно этой теории, первоначально не было никакого внешнего мира, хотя мы, *как наблюдатели*, могли наблюдать младенца в окружающей среде. Моя следующая мысль может показать нам то, насколько все это обманчиво. Нам часто кажется, что мы видим именно младенца. Но впоследствии в ходе анализа мы нередко узнаем следующее: все то, что мы видели, – не что иное, как среда, ложно поглощающая человека, скрывая в себе его потенциальное Я.

Следуя в том же догматическом направлении мне бы хотелось прокомментировать клиническое состояние, известное как истерика. Термин «невроз» очень близок к этому.

Это нормально для младенца, что он испытывает тревогу, если о нем не заботятся должным образом. Однако, в самом начале младенец, как правило, еще не способен к интеграции или же он утрачивает контакт с телом или же переходит в состояние некой емкости вместо содержимого, причем происходит это достаточно *безболезненно*.

Таким образом, в процессе роста неизбежны боль и тревога в отношении этих самых разных вещей, возникающих вследствие ненадлежащего ухода за ребенком. В состоянии нормы окружение (мать или медсестра) лишь постепенно позволяет себе допустить какие-то огрехи, демонстрируя в самом начале почти идеальную адаптацию.

Бывает и страх безумия, то есть страх *отсутствия тревоги при регрессе* в состояние, предшествующее интеграции, когда тело не воспринимается живым и т.д. Страх заключается в том, что вообще не будет никакой тревоги, т.е будет регресс, из которого возврата может не быть.

В результате это приводит к повторному тестированию способности испытывать тревогу и временному облегчению всякий раз, когда возникает чувство тревоги; т.е чем хуже, тем лучше (Balint, 1955).

Анализ истерии (популярный термин) своего рода анализ безумия, которого так страшатся; но здесь невозможно движение вперед без предоставления нового примера ухода за новорожденным, лучшего ухода за младенцем в анализе, чем реального ухода когда-то. Только, пожалуйста, обратите внимание на то, что в анализе как раз необходимо дойти до самого безумия, хотя мы по-прежнему имеем диагноз «невроз», а не «психоз».

Интересно, согласился бы доктор Рикрофт с тем, что пациент способен воспроизвести свой ранний инфантильный опыт физиологического головокружения, наряду с этим используя воспоминания, помогающие ему справиться с тревогой, связанной с ненадлежащим уходом в раннем детстве; тревога, которая воспринимается пациентом (хотя он совсем не сумасшедший) как угроза безумия?

Глава IX

Толерантность к симптому в педиатрии[17]. Случай из практики [1953]

Итак, тема, представленная в названии, может направить нас в двух разных направлениях. В данном случае я постараюсь придерживаться только одного из них. Я не могу не обратить внимание на тот факт, что естественные телесные процессы, способствующие здоровому состоянию организма и помогающие справиться с болезнями, в последнее время игнорируются всевозможными новейшими течениями фармакотерапии. Сегодня терапевту довольно сложно обойтись без помощи медицинского персонала (скажем, в случае с пневмонией). А ведь тридцать лет назад речь могла идти только о лечении. Сегодня даже фурункул не заслуживает отдельного внимания, и это ни для кого не секрет. На мой взгляд, в лучших медицинских учреждениях прежде всего стараются обратить внимание на тот факт, что дети справлялись с болезнью и до пенициллина; как раз сам ребенок и живая ткань – именно то, что в конечном счете позволяет справиться с болезнью, но вовсе не антибиотики.

Я не пошел по этому важному направлению потому, что эта тема неоднократно поднималась студентами медицинских учреждений, которые еще помнят прежние непростые времена. Я же призываю

[17] Впервые представлено перед Медицинским Сообществом 27 февраля 1953 г. (Из собрания сочинений, том 46, No. 8 от 8 августа 1953)

здесь пойти по иному пути, который, я надеюсь, будет оправдан, ибо опять же речь идет о естественной тенденции к здоровью и той пользе, которую мы можем извлечь из этого мы, врачи. В области психологии принцип, связанный с естественной тенденцией к здоровью или зрелости в процессе развития, представляется наиболее важным. Можно даже сказать, что болезнь во многом обусловлена вторжением окружения или дефицитом окружения, а не только проблемами, связанными с развитием. И напротив психологические проблемы всегда можно описать с точки зрения эмоционального развития или же его задержек или чего-то еще, что так или иначе препятствует достижению зрелости ребенком в определенном возрасте. Таким образом, в психологической медицине можно отметить еще более тесную взаимосвязь между физиологией и патологическими процессами тканей и функций. На самом деле, когда мы имеем только нарушение физиологии, болезнь обычно психогенна.

Размышляя о взаимосвязи между педиатрией и детской психиатрией, мне пришло в голову, что эти отношения связаны не только с разницей между областями, но и разным эмоциональным отношением между сторонниками этих подходов. Педиатр воспринимает симптом как некий вызов своему терапевтическому арсеналу. И он думает, что так будет всегда. Если у ребенка что-то болит, то чем раньше будет поставлен диагноз, тем быстрее получится устранить проблему. Напротив, детский психиатр рассматривает симптом как невероятно сложную организацию, которая создается и поддерживается из-за ее ценности. Ребенок нуждается в такого рода симптоме из-за определенных заминок в эмоциональном развитии.

(В целях четкой аргументации важно предположить, что наш физически больной ребенок психически здоров, а наш психически больной ребенок физически сохранен. Хотя зачастую это и не совсем верно, и это будет слишком упрощенный подход.)

Поэтому психиатр не старается устранить симптом; он признает симптом как некий вызов SOS, оправдывающий всестороннее исследование истории эмоционального развития ребенка в отношении его окружения и культуры. Лечение же будет направлено

на то, чтобы избавить ребенка от необходимости дальше отправлять этот SOS.

Как я уже говорил, во всех этих контрастах можно увидеть определенную искусственность. Лучшие врачи-терапевты также стараются найти причины и, когда это возможно, используют в качестве своего главного терапевтического средства естественную тенденцию организма к тому, чтобы быть здоровым. Но даже врачи, работающие с соматикой, которые прежде всего стараются найти причины, сталкиваясь с физическим заболеванием, как правило, испытывают своеобразную аллергию к симптомам перед синдромом психологической этиологии. Они склонны тотчас же приступить к лечению, едва сталкиваются с истерическим симптомом конверсии, или фобией, явно не имеющей никакого смысла, или чувствительностью к шуму, или каким-то обсессивным ритуалом, регрессией в поведении, нарушениями настроений, антисоциальными тенденциями или беспокойством общего характера, что вызывает у них общее замешательство (в отношении того, что составляет ядро личности).

Я убежден, что интолерантность к симптому возникает просто потому, что педиатр, работающий с соматикой, мало что знает о такой науке, как динамическая психология (психоанализ для меня), позволяющей увидеть смысл в симптоматике. Зная, что эта наука насчитывает не менее пятидесяти лет (как и физиология, включая в себя новейшие исследования человеческой личности) не стоит удивляться, если утомленный аспирант, достигший определенных высот педиатрической практики, будет с опасением относиться к постижению какой-то новой дисциплины, имеющей отношение к психотерапии.

Эта проблема двойного обучения должна будет решиться с течением времени сама по себе; тем не менее, мы должны ожидать и приветствовать два подхода – как соматический, так и психологический, стараясь ассимилировать то, чем каждый из них может быть полезен для педиатрии.

К сожалению, теперь мне придется несколько сузить тему, которая может быть почти бесконечной по глубине и широте. Я решил поговорить здесь об энурезе, хотя, признаюсь, мне трудно оста-

вить в стороне так много, что могло быть интересно как мне, так и любой педиатрической аудитории.

Существуют специальные клиники для лечения энуреза, где работают в основном педиатры, и, как правило, основная цель в такого рода клиниках – это лечение симптома. В конечном счете, матери и дети испытывают огромную благодарность. Вряд ли мы можем сказать что-то против таких клиник, за исключением того, что они в общем-то уходят от решения проблемы этиологии, энуреза как симптома, который означает нечто, сохранение инфантильных отношений, столь важных для ребенка. В большинстве случаев лечение симптомов не причиняет вреда, и когда лечение может действительно нанести вред, ребенку, как правило, удается посредством бессознательных процессов либо сопротивляться лечению, либо принять альтернативное SOS сообщение, что позволит ему совершить переход в другого рода клинику.

И хотя такого рода педиатрические клиники постоянно возникают и исчезают, детским психиатрам все время приходится сталкиваться с таким симптомом, как энурез, и зачастую симптом воспринимается как нечто вспомогательное, связанное с той огромной проблемой человека, который пытается достичь зрелости, несмотря на возникающие на его пути трудности.

Я смогу привести здесь только один случай из сотни других; и в этом случае я постараюсь показать, как возник энурез в ходе психиатрической болезни.

Мой рассказ будет о мальчике, которому не был доступен психоанализ, но лечение которого (если это можно назвать лечением) отчасти зависело от трех сессий психотерапии.

На этих трех сессиях мальчик все время рисовал, а я мог делать определенные пометки для себя; разве что в самые критические моменты, когда чувства переполняли его, я не мог этого делать.

Данный случай, – я бы сказал достаточно рядовой – вполне подходит для презентации, потому что лечение ребенка в основном осуществлялось родителями, которым удалось привести в надлежащее состояние дом, некогда разрушенный войной; я надеюсь, что вы сможете увидеть в этой части описания, где родители выполнили свою работу, определенную болезнь и выздоровление, –

все то, что вы могли и у собственных пациентов, использующих физическое заболевание как возможность замедлить личностный рост. Этому мальчику повезло; он смог получить то, что ему было нужно, без болезни.

Пример: случай с энурезом

Филипп, девять лет, один из трех детей в хорошей семье. Отец долгое время отсутствовал во время войны, но в конце войны он возвращается домой и организует свое небольшое фермерское хозяйство. Два мальчика обучались в достаточно известной подготовительной школе. Директор школы написал родителям (октябрь 1947 г.), что он советует им забрать Филиппа из школы. Несмотря на то, что он никогда не наблюдал у мальчика каких-то аномалий развития, сейчас он считает, что проблема именно в нем (участившиеся случаи воровства). Вот что он пишет в своем письме: «Я смогу легко решить эту проблему, если Филипп будет удален». И он в общем-то мудро заметил, что Филипп действительно болен и не сможет реагировать должным образом на необходимое лечение. Данное письмо стало огромным шоком для родителей. Сначала они обратились к своему педиатру, а уже он направил их ко мне.

Все эти детали показывают нам, насколько тонким является этот момент (вовремя направить психически больного ребенка, пока не станет слишком поздно). Надо сказать, тогда это была чистая случайность, что я располагал временем и мог оказать необходимую помощь в самом начале – до того, как отношение к делинквентности мальчика еще не успело сформироваться, а нетерпимость к симптомам не развилась настолько, что терапия могла потребоваться в срочном порядке.

Сначала я пригласил мать, и в достаточно долгой беседе мне удалось узнать следующую подробную историю. Как потом оказалось, история была верной (за исключением одной важной детали, прояснить которую мне удалось только после встречи с ребенком).

Из беседы я узнал, что мать и отец вполне неплохо справляются со своими функциями (создание тепла и уюта в семье), тем не ме-

нее, тяготы и проблемы, связанные с войной, в значительной степени повлияли именно на Филиппа, в отличие от его брата. Младшая сестра, очевидно, развивалась вполне нормально. Родители тяготели к духовности, но они ясно дали мне понять, что они никоим образом не пытались навязать детям собственные представления. Мать не очень доверяла психологии, утверждая, что она ничего об этом не знает. И это в общем-то оказалось очень ценным для меня, поскольку я мог опираться на ее чувства и естественное или интуитивное понимание человеческой природы, а не какие-то обрывочные сведения.

Брата на протяжении пяти месяцев кормили грудью, и с самого начала он был довольно открытым. Он преклонялся перед Филиппом.

Рождение Филиппа было очень трудным; мать вспоминает, как непросто ей это далось. Околоплодные воды отошли за десять дней до рождения, и с точки зрения матери рождение начиналось и останавливалось дважды, прежде чем мальчик появился на свет под воздействием хлороформа. Филипп был на грудном вскармливании в течение шести недель; первоначальной потери веса не было, и его легко перевели на бутылку. Это был очень хорошенький ребенок (где-то до двух лет), но потом в жизнь неожиданно врывается война. И с этого момента детство для него прекращается; он превращается в довольно спокойного ребенка, с которым, возможно, слишком легко справиться. Теперь ему приходится соприкасаться с грубыми и довольно странными детьми. В этот период он часто заболевает, особенно были выражены проблемы с носом. Простуды продолжаются и дальше, а удаление миндалин в возрасте шести лет также ни к чему не привело. Мать страдает астмой, и как ей кажется, у мальчика тоже небольшая астма. Филиппу мать явно уделяла больше времени (хотя ей и помогала няня), и она довольно рано заметила определенную разницу между двумя мальчиками. Мало того, что Филип был не очень здоров из-за постоянных простуд, но и его координация была бедной.

Когда Филиппу было два года и четыре месяца, матери пришлось покинуть дом вместе с детьми. Но дом так и не был восстановлен, пока не вернулся отец (незадолго до консультации со

мной). Повсюду были разбросаны детские вещи, среди которых с трудом можно было найти что-то нужное. По сравнению с братом Филипп не был демонстративным. При этом он был достаточно ласков с матерью и сестрой. Мать видела, что он ощущает себя, как посторонний, а имеющиеся у него вещи были невероятно дороги ему. Однако реальных трудностей не наблюдалось, пока ему не исполнилось шесть лет. Что касается туалета, то здесь у него никогда не было проблем.

Когда Филиппу исполнилось шесть лет (именно тогда ему удалили миндалины), он вернулся домой с часами медсестры. На протяжении последующих трех лет им были украдены другие часы; также он крал и деньги, которые сразу же тратил. Он воровал и другие предметы и сразу же ломал их. Поскольку у него всегда были карманные деньги, вскоре он стал скупать книги. И хотя он правда читал эти книги, все же покупка книг для него была гораздо важнее. Это были в основном маленькие книги (для общего развития) о бабочках, растительном мире и собаках. Однажды он заплатил целых 15 центов за одну маленькую книгу о кораблях, не заметив, что это в общем-то дорого. Наряду с этими симптомами родители стали замечать изменения в характере мальчика, но это было не так просто описать. Родители были действительно обеспокоены, когда произошел следующий инцидент: в Доме отдыха он украл книгу регистрации, принадлежавшую владельцам этого Дома. Он не пытался скрыть этого, и родители объяснили эту кражу его бесспорной любовью к всевозможным документам. Оглядываясь назад, они отмечают и то, что он стал крайне неряшливым. Его все меньше и меньше интересовали какие-то новые вещи, кроме книг, которые он также стремился как можно быстрее отдать своей сестре, которую очень любил. Это было в тот период, когда ему было от шести до восьми лет, вплоть до того момента, когда я начал с ним работать.

Когда родилась сестра (Филиппу тогда было шесть лет), по словам матери сначала он был крайне обеспокоен и открыто ревновал ее к девочке, но вскоре полюбил ее и отношения с матерью также стали довольно ровными, хотя и не такими, как до рождения. Примерно в это же время отец стал также проявлять все

больший интерес к детям; отчасти это можно было объяснить рождением дочери, немаловажную роль играло и то, что теперь он мог все больше времени проводить дома. Как-то мать обронила фразу, что ожидая второго ребенка, они надеялись, что это будет девочка. Когда родился Филипп, им потребовалось какое-то время, что свыкнуться с этой мыслью (что теперь у них два мальчика). Рождение дочери решило, наконец, данную проблему, избавив Филиппа от этого бремени (что он совсем не тот, кем его хотели видеть). Я специально отметил, что удаление миндалин (как мы могли видеть, это привело к определенным личностным изменениям у мальчика) произошло вскоре после рождения сестры, но чуть позже я выяснил, что самым большим потрясением для него было именно рождение сестры. Примерно в это время (ему было восемь лет) он стеснялся всего того, что могло вызвать смех у людей. В качестве примера мать рассказала, что у него на лице вскочила шишка (его кто-то укусил). Он не мог допустить, чтобы над ним смеялись, поэтому предпочел сказаться больным. Стараясь защититься от всевозможных насмешек в свой адрес, он невероятно преуспел в искусстве мимикрии, таким образом контролируя реакцию окружения. Он придумывал множество забавных историй, что позволяло ему еще больше защищаться. Рассказывая все это мне, мать чувствовала себя в отчаянии, признавая то, что она в общем-то зашла в тупик в отношениях с этим ребенком, в то время как ничего подобного с его братом и сестрой не возникало. Она вполне справлялась с нормальным ребенком, но не с тем, который был болен, и для меня было очень важным это признание, поскольку мне необходима была ее помощь. Чуть позже я постарался описать ей, в чем мальчик так сильно нуждался (не с точки зрения потребностей – психиатрический случай, но с точки зрения потребностей нормального младенца, объясняя, что мальчику нужно будет позволить вернуться и стать младенцем в отношениях с ней, чтобы он мог ощутить этот заново обретенный дом). Поэтому я старался избегать – против ее воли – каких бы то ни было упоминаний психопатологии.

Проблемы с носом всегда влияют на сон ребенка. Филипп часто просыпался, и ему требовалась помощь матери; так что вполне

вероятно, что он мог использовать эти физические затруднения, не зная об этом, просто чтобы ночью рядом с ним была мать; если бы у него не было этих проблем с носом, матери все равно бы пришлось находиться рядом с ним (это могли быть кошмары или фобии). У него была фобия, что ему могут причинить боль, а после удаления миндалин у него была фобия врачей.

Когда я поинтересовался, что случилось, заболел ли он или же это просто какой-то сбой? – мать объяснила мне: «Когда вам кажется, что с ним что-то не так, он вдруг успокаивается и постоянно интересуется: «А что я должен делать? Разве что-то не так?» Мать обратила внимание на то, что для него очень важно какое-то время быть одному. Он мог использовать и всевозможные отвлекающие факторы; например, в Швейцарию, он очень быстро научился кататься на лыжах, но это произошло скорее благодаря усилию воли, чем естественно.

Мать рассказывает, что у него стали отмечаться проблемы с мочеиспусканием (частота позывов и болезненность), что она связывает с носовой непроходимостью. В школе мальчика считали вполне здоровым, и проблемы с носом были не столь заметны. Все вместе (с матерью и мальчиком) мы посетили отоларинголога, который не только дал ценную консультацию, но и также обратил наше внимание на целый ряд симптомов, с которыми нужно было работать.

В школе Филиппа считали способным, но ленивым. Директор дает ему не очень лестную характеристику, но в письме ко мне он отмечает, что никогда не считал этого мальчика ненормальным, пока он не начал воровать. Лень для него вполне обычное явление, и он очень надеялся, что в конце концов все образуется. Эта небольшая деталь позволяет нам увидеть, как и в хорошей школе вполне может остаться незамеченной психиатрическая болезнь.

Филиппу нравилось бывать за городом. У них была борзая, и это, как оказалось, сыграло существенную роль в лечении. Когда в школе у него были проблемы, он написал письмо, в котором не было никаких признаков того, что у него что-то не так.

Резюме истории болезни

Эта история, которую мать смогла рассказать мне, показывает, что в самом начале у мальчика все было неплохо, но начиная с двух лет у мальчика стали отмечаться явные нарушения эмоционального характера. Проблемы с окружением привели к тому, что его пришлось забрать из школы и он находился дома. В шесть лет у него отмечаются явные признаки личностной деградации (прогрессирующей), что приводит к ярко-выраженной симптоматологии в девять (именно это и послужило причиной обращения семьи ко мне).

Лечение

Хотя я еще и не видел мальчика, основные моменты мне уже были понятны. Было очевидно, что о психоанализе речи не шло, так как поездки в Лондон (пусть и не каждый день) вряд ли можно было считать чем-то позитивным, принимая во внимание то, что у них дома явно отмечались определенные улучшения.

Я объяснил матери, что мальчик нуждается в ее помощи, поскольку было очевидно, что ему явно что-то недоставало в возрасте двух лет, поэтому придется вернуться туда и постараться это найти. Она быстро поняла меня и заметила: «Ну, если он должен быть ребенком, пусть будет так, и пока вы помогаете мне понять происходящее, я смогу с этим так или иначе справиться». Она смогла доказать, что это вовсе не праздное бахвальство, и в конце концов она смогла поставить себе в заслугу то, что ей удалось провести ребенка через психическое заболевание; дом был для него своеобразной психиатрической лечебницей, в которой нуждался этот мальчик, убежище в истинном смысле этого слова.

Формально мальчик регрессировал. В эмоциональном развитии у него произошел возврат назад (именно так, как я это описываю), а потом снова движение вперед. Именно в глубине этой регрессии и был энурез (некое связующее звено между тем, о чем я говорю сейчас, и всем тем, что было сказано ранее).

Моей следующей задачей было увидеть мальчика. Мне было необходимо это интервью, чтобы понять, насколько далеко мы продвинулись за последние несколько месяцев (в основном по телефону), а также поскольку мальчик был готов к определенным инсайтам (все то, что предполагает психоаналитическая работа).

Первое интервью с Филиппом

Сначала трудностей не возникало. Это был достаточно приятный и умный мальчик; довольно замкнутый, не сильно обращающий внимание на меня. Очевидно, он был поглощен своими делами и слегка смущен. Его сестра пришла вместе с ним, и он вел себя совершенно естественно с ней, оставив ее с матерью, когда мы с ним отправились в игровую комнату. Я старался следовать технике, подходящей для подобных случаев, своего рода проективный тест, в котором я играю определенную роль. Рис. 1-8 – примеры рисунков. Это игра, в которой сначала я рисую каракули, а он их потом во что-то превращает, потом он что-то рисует, а я уже дорисовываю.

Мои каракули (рис.1). Он делает круг и сразу же называет это картой Англии, добавив линию, которая была необходима в районе Корнвелла.

Я сразу понял, что это довольно образное видение, а полученные результаты будут личностного характера, так как подобные закорючки могут превратиться практически во все.

Его каракули. В данном случае я не торопился что-либо дорисовывать, опять же предоставляя ему возможность вновь показать свои творческие способности. Он сразу же сказал, что это веревка в воздухе, и он изобразил воздух тонкими штрихами, пересекающими толстые штрихи веревки.

(3) *Он* снова рисует каракули (рис.2), и я быстро превращаю это в лицо, которое он называет рыбой. Опять же это еще раз указывает на то, что он озабочен личной или внутренней реальностью и его не особенно интересует объективность.

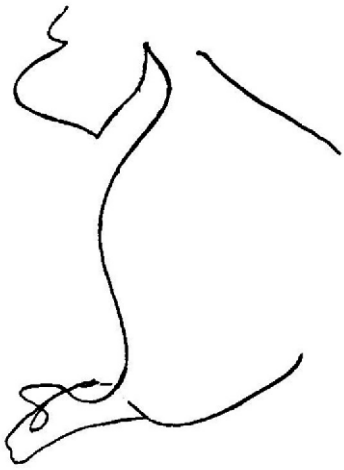


Рис. 1



Рис. 2

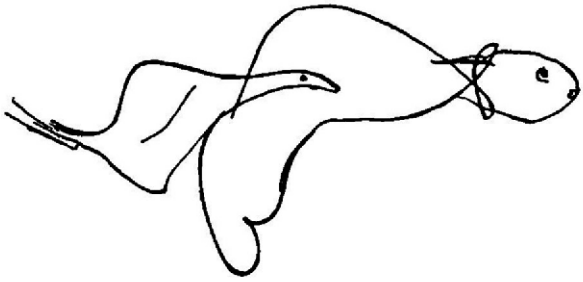


Рис. 3

(4) *Мои* каракули (рис.3). Достаточно интересно, что он сразу же увидел здесь мать и детеныша (морского льва). Последующие события действительно подтверждают то, что можно было понять из этого рисунка, а именно: что у мальчика сильная идентификация с матерью; а также то, что для него очень важны отношения между матерью и ребенком. Эта картинка выглядит очень милой, и здесь не столь важны сами каракули, сколько то, что он с ними делает.

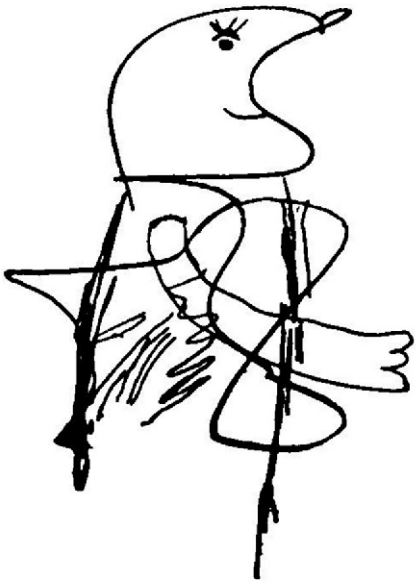


Рис. 4

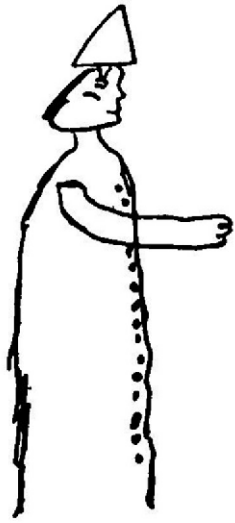


Рис. 5

(5) *Его каракули*. Он тут же превращает это в людей, взбирающихся по скале (прежде чем я вообще мог что-то понять). Здесь сыграла определенную роль его недавняя поездка в Швейцарию.

(6) Вновь *его* каракули, которые он интерпретирует как небольшой водоворот с волнами и водой. Для него, в отличие от меня, это было совершенно очевидно.

(7) *Его* каракули снова, которые превращаются в сапоги на воде, опять же нечто совершенно личного характера. Я уже отметил, что его состояние практически было сродни сомнамбулизму, и это подготовило меня к тем психотическим особенностям, к которым я еще вернусь.

(8) *Мои* каракули (рис.4). Он сразу же превращает это в то, что он называет Кратышкой со слезами на одежде.

Теперь он становится невероятно живым (в творческом отношении) и замечает: «На его одежде слезы, потому что он что-то сделал с крокодилом, что-то ужасное, вероятно, он чем-то разгне-

вал крокодила, а если вы причиняете вред крокодилу, вам угрожает опасность оказаться съеденным им».

(9) Теперь он говорит о сновидении, поэтому мне придется проанализировать его сновидения. Я рассказывал ему о каких-то страшных вещах, о которых он мог думать, после чего он нарисовал рис.5, названный им волшебником. Со всем этим была довольно долгая история. Волшебник появился в полночь в школе. Видимо, он очень много наблюдал за ним ночью. Этот волшебник обладал какими-то невероятными способностями и силой магии. Он мог превратить вас в вещь, и вы могли провалиться сквозь землю. Этот волшебник оказался важным ключом к пониманию его компульсивного влечения к краже.

Теперь он хотел рассказать мне о своих сновидениях. Он ехал в машине с матерью под гору. Впереди зияла канава, но машина шла на такой высокой скорости, что она не могла остановиться. В решающий момент происходит какое-то чудо, машина проносится через эту канаву, и все закачивается хорошо.

Я постарался облечь в слова то, что подразумевалось им. Я объяснил ему, что он испугался, что во сне ему пришлось прибегнуть к доброй магии, ибо это означало, что он в принципе должен был верить в магию, а если есть хорошая магия, то значит бывает и плохая. Плохо было то, что он в принципе не способен был справиться с реальностью и ему требовалась магия.

Он рассказал мне еще одно сновидение. Он ударил директора в живот, «но вообще директор хороший», «Это человек, с которым можно разговаривать». Я спросил у него, известно ли ему, что такое грусть, и он ответил утвердительно. Он сказал, что конечно же знает, что такое печаль. Он понимает, что это такое. Он называет это довольно «скучным временем». Он сказал, что самым сильным огорчением для него (это произошло уже давно) была первая разлука с матерью. Сначала я не был уверен, в каком возрасте это произошло.

Он сказал мне: «Мать покинула нас. Мы с братом должны были справляться сами. Мы остались с тетей и дядей. Самым ужасным тогда было то, что я мог видеть, как мама готовит в своем синем платье, и я подбегал к ней, но как только я приближался к ней, она

внезапно исчезала, а на ее месте оказывалась тетя в другом цветном платье».

Он рассказывает мне, что ему часто мерещится мать; он прибегает к помощи магии, но постоянно страдает от горечи разочарования. Мы обсуждаем с ним, насколько это отвратительно – когда вещи, которые ты считал реально существующими, на самом деле ненастоящие. Потом он рисует какой-то мираж (10), отходя от темы галлюцинации и стараясь предоставить научное объяснение миража. Его дядя все рассказал ему об этом. «Ты видишь прекрасные синие деревья, которых в действительности там нет».

Он также сказал, что очень любит красивые вещи. «Вот мой брат – он думает только о кораблях и плавании, но это совсем другое. Мне же нравятся красивые вещи, животные и вообще я люблю рисовать. Я обратил его внимание на то, что красота миража связана с его чувствами к матери (синий цвет миража и материнского платья).

Мои замечания на данном тапе уже не принимаются во внимание, ибо ситуация накаляется, а мальчик становится крайне серьезным и задумчивым. Достаточно спонтанно он рассказывает мне о своей депрессии или о том, что он называет довольно скучным временем. Теперь выясняется, что самое худшее время для него было в шесть лет; теперь я понимаю всю значимость рождения сестры. Когда его мать ушла из дома, он имел в виду, что она отправилась в родильный дом, где и родился ребенок. Именно тогда они с братом остались с тетей и дядей, и в то время как для брата это не было ничуть травмирующим, Филиппу вся эта тема далась не столь легко. У него не только начались галлюцинации, но и необходимы были четкие инструкции от дяди в отношении его действий, который взял на себя эту роль старшины, осуществляя определенное руководство и заполняя пустоту, вызванную утратой матери. Еще одно обстоятельство (что невероятно помогало ему) заключалось в том, что его брат, оказавший ему огромную помощь, постоянно говорил: «Это закончится; когда-нибудь это непременно закончится».

Теперь у мальчика появилась, наконец, возможность поговорить о своих реальных проблемах (все то, что связано со способностью

матери иметь ребенка, из-за чего он так сильно ее ревновал). Картина матери и детеныша морского льва показывает, насколько сильно он идеализирует отношения матери и ребенка. То обстоятельство, что ребенок оказался девочкой, так или иначе помогло ему.

Он замечает: «Я все время думал о том, когда же этому придет конец, или же я просто болел». Однажды в школе он ощутил острую тоску по дому, что было еще одной разновидностью тоски или депрессии, и тогда он отправился к директору. Он объяснил: «Директор испробовал все возможное, но так и не смог помочь мне». Затем он стал сравнивать директора со мной, совершенно отчетливо давая мне понять, что директор мог только приободрить его, в то время как мне удалось дать ему определенное понимание, в котором он так сильно нуждался.

Теперь мы смогли вернуться к волшебнику, на котором, как оказалось, было пальто его дяди; того самого, который взял на себя руководство в его жизни сейчас, стараясь избавить его от пустоты депрессии. Теперь он сказал мне, что у волшебника точно такой же голос, как и у его дяди. В школе этот голос продолжал доминировать над ним. Голос приказал ему украсть, и он был вынужден воровать. Если он сомневался, голос говорил ему: «Не будь трусом; не забывай, из какой ты семьи. «В нашей семье нет трусов». Потом он рассказал мне о главном эпизоде, из-за которого его исключили из школы. Один мальчик заметил ему: «Подумаешь, что в этом такого; любой может украсть банкноты в один фунт стерлингов и тому подобное. Ведь ты же не украл сильнодействующие вещества из учительского шкафа». После этого голос волшебника сказал ему, что он должен выкрасть сильнодействующие вещества из шкафа учителя, и он мастерски это сделал. Именно тогда (когда он выкрал эти препараты) его исключили из школы, но для него самого в этом не было ничего постыдного, поскольку он повиновался голосу и не был трусом. Кроме того, я бы добавил, что его воровство было поисками утраченной матери; это еще одна тема, которую я не имею возможности рассматривать здесь.

Я попытался представить точное описание происходящего, но мне вряд ли удастся передать то ощущение, которое было очень реальным для нас обоих.

Я уже устал и готов был остановиться, но он настаивал на последнем рисунке (рис.6).

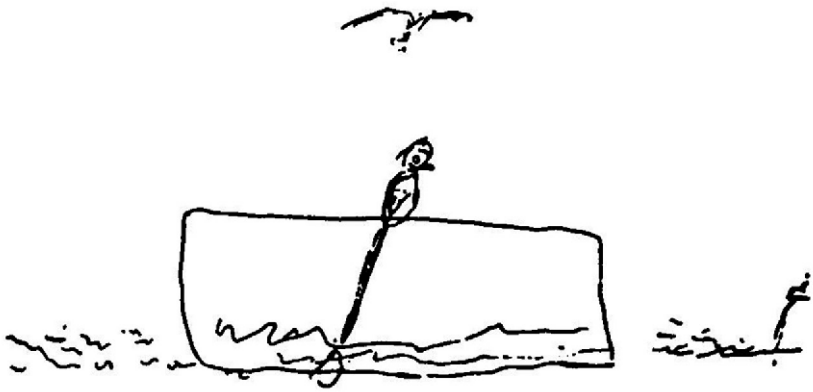


Рис. 6

(11) Сначала он молча рисовал, а потом сказал, что в лодке его отец. Над лодкой парил орел, а у него в клюве был маленький кролик.

В этом сеттинге было совершенно очевидно, что Филипп рисовал не только «непосредственно» интервью, но и некий прогресс. Я попытался облечь это в слова. Я сказал, что орёл, который пытается выкрасть кролика (детеныша), представляет собой его собственное желание или сновидение, когда ему было совсем тяжело (украсть у матери новорожденную сестру). Прежде всего он ревновал мать за то, что она могла иметь ребенка от отца; а также он ревновал ее к самому младенцу, поскольку он сам остро нуждался в этом (просто побыть ребенком, зависимым, чтобы о нем заботились).

(Безусловно, я старался использовать язык, соответствующий его способности понимания.) Он затронул эту тему, объяснив: «И рядом отец, которому все равно». Мы помним, что его отец тогда был за границей. Тот факт, что его отец сражался за свою родину, теперь имеет для него огромное значение, и он может по-

хвастаться этим в школе. Однако, что касается его потребностей в детстве, то отец часто пренебрегал ими (например, сразу же прийти на помощь, быть дружелюбным, сильным, понимающим и несущим ответственность). Но для его дяди и брата он исчез, когда его отношение к матери было нарушено сепарацией и его ревностью к ней. Теперь мальчик был готов уйти.

Второе интервью

На неделе я встречался с ним снова, и я не буду здесь вдаваться в подробности. Однако, мне бы хотелось показать его рисунок (рис.7), на котором он сообщает, что волшебник и голоса куда-то исчезли после первого интервью. На этом рисунке (домик волшебника) я оказываюсь в этом доме с пистолетом, а волшебник вынужден убегать. Дым указывает нам на то, что жена волшебника на кухне что-то готовит. Я вхожу и снимаю с нее заклинание. Запомните его потребность – увидеть мать, готовящую обед, – в противном случае мы имеем ведьму, котел, магические заклинания женщины (раннее младенчество), о которой страшно подумать в ретроспективе из-за абсолютной зависимости младенца. Уже здесь мы можем видеть некоторые фантазии, не на таком глубоком уровне; и здесь правда не было того напряжения первого интервью. Я уже больше не находился во внутреннем круге личного и волшебного мира ребенка, но был человеком, разговаривающим с ним и слушающим его фантазии.

Итак, еще два рисунка:

На первом рисунке мы видим, как волшебник идет вдоль школьных коридоров. После этого он снова рассказывает мне о галлюцинациях матери, которая превращается в тетю, когда он решает это проверить. Также здесь есть один важный момент относительно принадлежности свечи волшебника к генитальной эрекции, а также фелляции и сожжения волос. Мне предстояло принять это наряду с магией и тем, что еще может возникнуть, в противном случае это было бы вторжением с моей стороны, как и любое другое проявление напускной скромности или слепоты или же активное



Рис. 7



Рис. 8

внедрение моих собственных идей. Но это не был анализ, и я старался избегать каких бы то ни было интерпретаций в отношении подавленного бессознательного.

На последнем рисунке второй серии (рис. 8) снова появляется волшебник. На этот раз волшебник вызывает смех. Это «забавная» картинка. Мы еще вернемся к тому, что именно эта часть (болезнь ребенка) должна была вызвать смех; объект насмешек теперь оказывается вне дома (самого себя), а на месте волшебника – его в высшей степени субъективное представление обо мне. Я был просто человеком, подходящим и понимающим его, а также вербализирующим определенный материал. Вербализируя, я беседую с осознающим Я, признавая определенное место в его целостной личности, некую центральную точку его существа без которой не будет его самого.

Третье интервью

Это началось с рисунка, в котором враг замахивается ножом на его борзую. Враг – сын дяди, который сыграл такую важную роль в его жизни во время депрессии и чей голос и армейское пальто (характерные черты волшебника) использовались им для объяснения собственной «скуки». Этот двоюродный брат был ненавистен ему из-за огромной любви Филиппа к отцу брата.

Третье интервью превратилось в обычный час игры, я же просто сидел и наблюдал, как Филипп составляет некую сложную комбинацию из игрушечной модели железной дороги. И даже подходя ко мне он все равно играл с поездом, а я больше не занимался психотерапией. На самом деле я и не должен был этого делать, если только я не планировал перевести весь этот процесс в психоаналитическое русло, с его обычными еженедельными сессиями на протяжении одного, двух или трех лет. Ведь это лечение никогда нельзя считать законченным в случае Филиппа.

Болезнь дома

Теперь я перехожу к болезни, из-за которой родители поместили мальчика в психиатрическую клинику. Все это можно описать довольно кратко. Этот ребенок нуждался в моей личной помощи, но есть множество случаев, когда психотерапевтическая сессия может быть опущена, а вся терапия может проводиться дома. Единственный минус здесь в том, что инсайт становится невозможен для ребенка, но это отнюдь не всегда такая серьезная потеря.

Дома к Филиппу относились как к больному; больной ребенок еще больше нуждающийся в помощи. Под этим я подразумеваю, что это была контролируемая болезнь, которая могла развиваться и дальше. Он должен был получить то, что можно считать правом любого ребенка с самого начала, период, когда для окружения совершенно естественно активно адаптироваться к его потребностям.

А выглядело это следующим образом: Филипп постепенно уходил в себя и становился зависимым. Говорили, что он живет в фантазийном мире. Его мать рассказывала, что утром он ча-

сто вставал с постели просто так (изменить местоположение, и чтобы кто-то одел его). Это явно говорит нам о том, что мальчик был в сомнамбулическом состоянии. Несколько раз мать пыталась убедить его встать, но он тут же принимался плакать, и она отказывалась от всяких попыток. Во время еды он ставил посуду около себя и ел один, хотя и вся семья была в сборе. Он производил впечатление совершенно невоспитанного, съедая огромные куски хлеба и сразу же хватаясь за варенье. Любую еду он поглощал довольно механически, и создавалось такое впечатление, что ему вовсе не нужна еда или же он не стремился к насыщению. Во время еды он был целиком и полностью в себе.

Он неуклонно опускался вниз, все менее способный находиться в собственном теле или интересоваться своей внешностью, но ему доставляло огромное наслаждение наблюдать за своей борзой в течение многих часов подряд.

Его походка стала совершенно неуклюжей, и к регрессии в нижней части тела добавилось общая регрессия. Он двигался, как «слон в посудной лавке» (по выражению его брата). Вряд ли можно было как-то комментировать его многочисленные странности и эксцентричность.

Иногда он выходил из этого состояния на час или два; например, если родители устраивали какой-то праздник, но потом быстро возвращался к этому обратно.

Однажды он отправился на танцы, и там стало очевидно его довольно странное отношение к девушкам. Он немного танцевал, но только с очень странным и совершенно необъятным существом, известным как «галеон», которого здесь считали умственно неполноценным. В этот период его навязчивой идеей стал один триллер по радио, так что все его интересы сводились к этому и наблюдению за собакой.

Потом он дошел до самого дна. Он всегда уставал. Ему стало вообще трудно вставать. Впервые с младенческого возраста у него был выявлен энурез. Наконец, я подошел к тому симптому, из-за которого я выбрал именно этот случай для описания. Мать поднимала его где-то в три или четыре часа, но, как правило, он был уже мокрый. И тогда он говорил ей: «Я совершенно отчетливо помню, что сидел

на горшке». Также в это время он очень много пил. Это он объяснял следующим образом: «Это так весело, вкусно и здорово пить».

Все это продолжалось около трех месяцев.

Но однажды утром он захотел встать. Это ознаменовало начало его постепенного выздоровления, и уже не было возврата к прежнему состоянию. Симптомы постепенно сошли на нет, и к лету (1948 г.) он был готов вернуться в школу. Однако, его возвращение решено было отложить до осеннего семестра, ровно через год после начала острой фазы болезни.

После первого сеанса психотерапии уже не было никаких волшебников, голосов или воровства.

Вернувшись в ту же школу Филипп быстро вошел в нужное русло. Проблем с воровством больше не было. Вскоре было получено письмо от директора школы, в котором говорилось о том, что мальчик совершенно нормальный и здоровый. Создавалось такое впечатление, что директор напрочь забыл, что именно он исключил его из школы год назад.

В двенадцать с половиной лет Филипп пошел в хорошую государственную школу, правда довольно жесткую; а в четырнадцать лет это уже был высокий хорошо развитый юноша, которого часто можно было видеть на улице, играющим в обычные подвижные игры. Он выглядел гораздо старше (по крайней мере на год) своей возрастной группы.

Выводы

Мне вполне понятна точка зрения педиатров, которые, не очень разбираясь в психологии, должны игнорировать смысл симптомов, при этом пытаясь их вылечить. Но я прошу этих врачей отдать должное психологу (его точке зрения), точно так же, как психолог отдает должное педиатру за те особые знания о детской физиологии, биохимии обезвоживании организма, свертываемости крови и ранней диагностике опухоли головного мозга. Эти две дисциплины требуют разного подхода и уважительного отношения к каждой из них.

Если бы в данном случае проконсультироваться с педиатром по поводу энуреза, как бы он отнесся к этому, зная о максимальной регрессии ребенка? Как правило, мать не знает, что происходит, это же неведомо и ребенку. В случае с Филиппом для этого была создана исключительно благоприятная ситуация, когда болезнь развивалась в полной мере и достигла своей цели. Итак, было бы совершенно бесполезно пытаться вылечить энурез Филиппа, не столкнувшись с регрессивной потребностью, стоящей за этим.

Глава X

Случай, с которым удалось справиться дома[18] [1955]

Далеко не каждый случай в детской психиатрии предполагает прямое вмешательство социального работника. Мне бы хотелось представить здесь случай Кэтлин, который вряд ли можно назвать только психотерапией, несмотря на то, что я сам проводил лечение. Основную роль в данном случае играла мать, а вообще, правильнее сказать, – вся семья, – и успешный результат в значительной степени был обусловлен той работой, которая была проделана в доме ребенка в течение года. От меня требовалась совершенно определенная помощь, и это означало, что я должен был работать с матерью и ребенком в течение десяти-двадцати минут каждую неделю в течение нескольких месяцев.

На первом интервью я смог прийти к довольно определенному выводу относительно психопатологии и сформировать предварительное мнение о способности родителей помочь ребенку справиться с болезнью.

Ребенок был направлен ко мне с тем, чтобы я подготовил ее к поступлению в интернат; тем, кто первоначально работал с девочкой, даже в голову не приходило, что при определенных условиях со временем могло произойти спонтанное излечение. Важным здесь было то, что уже на первом интервью мне удалось графически представить ее симптоматику, из чего мне стало понятно, что болезнь уже достигла кульминации, а сейчас отмечается тен-

[18] *Конференция. Случаи из практики.* 7 ноября 1955 г.

денция к явному улучшению. На этом графике можно было видеть пик острой *невротической* тревоги, которая сопровождалась все нарастающим стрессом. Потом, в конце концов, болезнь качественно изменилась, и у ребенка стали отмечаться явно психотические нарушения. Невротическая острая фаза последовала за историей, рассказанной ей ее сестрой, в период, когда у нее уже начались проблемы, потому что ей предстояло быть подружкой невесты на свадьбе ее любимой тети. Период острых психотических расстройств примерно совпадал с моментом свадьбы.

Мне было интересно отметить улучшения у ребенка, но сообщив во всех подробностях об этом семье, я обнаружил, что семья уже превратилась в психиатрическую клинику, являя собой совершенно параноидную организацию, в которую этот параноидный, склонный к уходам ребенок, прекрасно вписывался. Вначале ребенку удавалось справиться с ситуацией только тогда, когда она находилась в фактическом контакте с матерью, но уже во время консультации вокруг матери мне удалось создать особую зону, в которой ребенок мог не испытывать острого стресса. Было довольно любопытно, что мать – далекая об образования и вообще не очень умная женщина – в какой-то момент захотела узнать, почему она и семья оказались в подобной странной и ненормальной ситуации. Фактически она сохраняла атмосферу психиатрической клиники до тех пор, пока ребенок не будет готов постепенно вернуться к нормальной жизни дома. Только после того, как ребенок избавился от параноидной защитной организации, она смогла постепенно обрести дом. И даже тогда, когда я обратился к местным органам управления, – чтобы никто не приходил в дом без моего ведома и целый год я брал на себя за это ответственность, тем самым упростив задачу матери, – они пошли мне на встречу.

Итак, некое направление, а не прямая психотерапия, способствовало возвращению ребенка к нормальному или почти нормальному состоянию. Прямая терапия осуществлялась в те короткие интервалы, когда я не был сильно занят. То, что мне удалось сделать в эти краткие промежутки, не было важной и основной частью лечения, но на самом деле довольно полезным дополнением.

А теперь я попытаюсь описать подробно сам случай.

Кэтлин – ей было тогда 6 лет – направил ко мне психиатр одной из клиник. Вот его заключение: «В последнее время девочка настроена крайне негативно, она разговаривает сама с собой, смотрит куда-то вдаль и отказывается сотрудничать с матерью, в то же самое время не желая отойти от нее ни на шаг».

После того, как я увидел мать, мне удалось сделать следующее заключение:

Мать: Кажется вполне стабильной. Сейчас испытывает очень сильную тревогу и пребывает в растерянности (не знает, как справиться с пациенткой).

Отец: Веселый и жизнерадостный.

Сиблинги: Пэт, 11 лет. Яркий, разговорчивый ребенок. довольно спокойный ребенок 6 лет. Сильвия, 20 месяцев. Очень хорошенькая.

Кэтлин находилась на грудном вскармливании в течение трех месяцев; потом она легко перешла на бутылку, дальше на твердую пищу и с питанием у нее в общем-то не было проблем. Где-то около двенадцати месяцев она стала использовать слова и довольно рано заговорила. В шестнадцать месяцев она пошла; с чистоплотностью также все было в порядке. Мать имела возможность сравнить развитие девочки с двумя другими детьми, и она явно ничуть не отставала от них.

В анамнезе не было какого-то серьезного физического заболевания. В клинике ей делали небольшую операцию (была какая-то проблема с пальцем), но этот опыт ее ничуть не испугал. В последнее время она стала жаловаться на головные боли и выглядела бледной. Еще совсем маленькая она часто заходилась в крике, и родителям всегда приходилось быть начеку с этим ребенком по сравнению со всеми остальными. Они поняли, что она нуждается в большей адаптации. Другими словами, она была чувствительной. На все ее вопросы нужно было как можно быстрее дать ответ, или же у нее начинались агрессивные атаки. Она всегда была, как струна, поэтому с ней нужно было обращаться очень аккуратно. Хотя, в то же самое время, ее развитие можно было считать в пределах нормы – умная, счастливая, вполне способная к игре и установлению хороших отношений.

Когда она пошла в школу в возрасте пяти лет, ей это очень не нравилось, но там все было вполне нормально. Она была приятной и дружелюбной и «способной справиться со своими переживаниями, стараясь найти выход из любой ситуации». За несколько недель до консультации она была в норме, и только потом начались ухудшения.

Дома ребенок очень любил помогать матери, и она неплохо справлялась с этим для своего возраста (около 4 лет). Ей нравилось играть со своей младшей сестрой, она очень любила свои книги, стараясь держать их в порядке и не позволяя брать их своим младшим братьям и сестрам, чтобы они их не порвали. Она любила своих кукол. Ей нравилось ходить в воскресную школу. Казалось, она души не чаяла в своей маленькой сестренке и любила сделать для нее что-то приятное.

Кэтлин происходила из обычной семьи рабочего класса. Ее отец занимался сборкой металла и имел неплохой бизнес. Начав когда-то с земельного участка, он приобрел впоследствии дом-автоприцеп для своей семьи и, в конце концов, купил небольшой загородный домик и автомобиль. Мать – неплохая женщина, не очень умная, но и не взваливающая на себя то, что она будет не в состоянии сделать. В семье, из которой она родом, проблемы с умственными способностями, а со стороны отца даже есть дядя, страдающий эпилепсией.

За несколько недель до первой консультации Кэтлин предстояло быть подружкой невесты на свадьбе любимой тети. Свадьба совпала с моментом ее болезни. И она заявляла тете: «Вообще это моя свадьба, а не твоя». Это было не просто шутливым замечанием, но началом большой беды. Она действительно представляла себя на месте тети и совершенно не видела собственной роли в качестве наблюдателя. Тогда же у нее начался – сначала это было выражено не так сильно – бред преследования, и она пыталась всех заставить улыбаться, потому что в этих лицах ей всегда казалось что-то неприятное. Вскоре ей уже было недостаточно, чтобы люди просто улыбались. Затем произошли уже более серьезные

изменения, и педагоги говорили о том, что она никак не реагировала, когда ее называли по имени несколько раз. Она была

полностью погружена в какие-то свои мысли, глядя в одну точку перед собой. Один или два раза она даже отказалась снять шапку и пальто в школе. Теперь она уже не выводила слова столь тщательно, иногда она даже не писала, а царапала, и некоторые буквы были написаны неверно, чего раньше у нее никогда не наблюдалось.

Начало острой болезни

В этот же момент ее одиннадцатилетняя сестра, которая так же, как и Кэтлин находилась под впечатлением от предстоящей свадьбы, сделала нечто такое, что совершенно точно сыграло определенную роль в том конфликте, который уже переживала девочка. Она рассказала ей следующую жуткую историю. Кэтлин любила тетю и женскую часть собственной личности отождествляла именно с ней; но ей также приходилось иметь дело с другой частью ее личности, и это было гораздо сложнее, а именно: ее идентификацией с *мужчиной* на свадьбе. Она знала его и тоже любила. Исходя из идентификации с собственной матерью и любви к отцу, она могла бы справиться со всем этим, если бы все шло, как нужно. Скажем, у нее могло быть две мечты. Первая – это подружка невесты, идентифицируя себя с невестой, и вторая – мужская часть, соперничающая с женихом. Это последнее соперничество содержало в себе элемент смерти, поэтому на нее так подействовал страшный рассказ сестры (также оказавшейся в этом конфликте) из одной радиопередачи (убийство, море крови и проч.)

Ее защитные механизмы против тревоги и конфликтов, вызванных со свадьбой, работали хорошо, но ее идентификация с мужской фигурой была вытеснена. А теперь еще нависла угроза совершенно невыносимых снов, связанных с соперничеством с мужчиной, и ей пришлось прибегнуть к новым и более примитивным защитам. Она стала параноидальной и склонной к уходам. Для такой реорганизации потребовалось время, и вся эта история привела к сильнейшей тревоге. Итак, мы можем видеть предварительную фазу

острого невротического заболевания; у ребенка развился сильнейший страх перед сном; она постоянно уточняла, нет ли на полу крови; и спрашивала у матери: «Мама, он придет и убьет меня? Со мной все будет в порядке? Вы хорошо закрыли дверь? В конце концов, ее удавалось успокоить, и она тут же засыпала.

После этого периода острой тревоги она выздоровела, и какое-то время с ней все было в порядке, но примерно через неделю, вернувшись однажды из школы, она стала рассказывать какую-то странную историю, что некий мужчина на улице хотел затащить в воду. Она сказала, что все дети, которые пошли за ним, получили новую одежду. Теперь это был явно психотический случай.

С этого момента она уже не была самой собой, а к моменту свадьбы она так сильно заболела, что это напоминало скорее психиатрию, чем психоневроз. Она сидела и рассеянно смотрела куда-то вдаль, отказываясь отвечать на вопросы. Однажды утром она посмотрела на сестру и подружку, и воскликнула матери от испуга: «Уберите их отсюда». Она говорила, что их лица ужасные и уродливые, и она не может на них смотреть. Это были явные галлюцинации. Однажды на улице она закричала: «Пусть все эти люди убираются отсюда. Они мне мешают». Она была полностью сама в себе. Если ее просили сделать что-то простое, казалось, она вообще не понимает, о чем речь: «Что вы имеете в виду? Из-за того, что вы дурачитесь со мной, я просто теряю время. Она часто плакала, говорила плохие слова и производила крайне тяжелое зрелище. Часто она восклицала, что ненавидит собственную мать и ей бы хотелось куда-то скрыться от нее. Однажды ее всю скрючило, как будто от сильной боли, и она обратилась к матери: «У меня болит живот, а ты причиняешь мне боль».

Часто она говорила о каком-нибудь человеке: «Мы с ним уйдем. Я собираюсь жить с ним в бунгало, и ты не придешь к нам. Он возьмет меня замуж. Иногда голос, который она слышала по радио, ассоциировался у нее с этим мужчиной. Ей казалось, что она видит его, и тогда она пристально смотрела в пространство, словно в галлюцинациях, восклицая: «Он сделал это». Если ей давали сладости, она держала их в руках, как будто не понимая, что с ними делать.

Игра ее больше не интересовала, и она отдала свои куклы. Ей уже было все равно, что ее младшая сестра могла написать что-то на ее книгах. Она не хотела выходить на улицу или играть со своим скутером. Она ходила за матерью по пятам и не отпускала ее ни на шаг.

Она плакала всякий раз, когда ложилась спать, и хотела, чтобы один или другой родитель остался с ней. Одно только упоминание о школе было совершенно невыносимо для нее, и она тотчас же закрывала лицо руками едва услышав, что кто-то говорит об этом. Когда ей нужно было куда-то пойти с отцом, она безуспешно делала восемь попыток, так и не найдя в себе смелости принять решение, и потом возвращалась к матери, разочарованная. И после этого она вообще не отходила от матери. Пока мать была рядом с ней, она себя чувствовала не так уж и плохо, но она не могла заснуть без матери, сидевшей рядом с ней в течение одного или двух часов. И все равно она просыпалась в два часа ночи и шла в кровать к матери, тревожная и неспособная заснуть. Кошмаров, правда, больше не было. (До болезни она всегда спала не просыпаясь).

Какое-то время она не могла видеть свою старшую сестру. Однако, в отношениях с младшей сестрой она чувствовала себя хорошо (несмотря на то, что она была так больна), как другие пациенты используют кошку, собаку или утку. Все ее куклы, которых она когда-то так любила, аккуратно разложив на кровати, теперь находились в свободном доступе для ее младшей сестры. В ее привязанности к ребенку чувствовалась также и определенная тревога; она могла смотреть на ребенка, стараясь при этом уточнить: «С ней же все в порядке?» Из-за этого ребенок был крайне раздражительным.

Она также совсем перестала рисовать цветными карандашами. Про ее состояние нельзя было сказать, что она не способна контролировать свои физические желания, хотя матери всегда приходилось следить за ней, чтобы вовремя прийти ей на помощь. Воскресная школа, которая ей так нравилась, теперь стала невозможной, потому что она ни на шаг не отходила от матери. Однажды она поехала с матерью в церковь, но в конце только устала, не

получив в результате никакого удовольствия. Она не могла выносить людей.

Период острой болезни

Подробный анализ показал, что нарушения начались возросшая чувствительность в связи с приготовлениями к свадьбе. А рассказ по радио только усилил тревогу. На какое-то время она пришла в себя, но еще через неделю у нее развилась психотическая фаза болезни, которая продолжалась и во время свадьбы. Постепенно, через неделю или две, болезнь стала сходить на нет, и это улучшение, пусть и незначительное, неизменно сохранялось до полного восстановления ребенка в течение всего года.

Я возник в ее жизни в период незначительных улучшений после худшей фазы болезни, и я должен был понять, что привело к этим улучшениям. Произошло ли это потому, что свадьба уже закончилась или же помогло что-то еще? Кроме того, у меня сложилось впечатление, что вряд ли мне удастся поместить этого ребенка в специальное учреждение, где ей кто-то сможет помочь. Я пытался разобраться, что же значит дом для этого ребенка, и пришел к выводу, что дом превратился в психиатрическую больницу для нее. Родители договорились, что никто не должен стучать в дверь, так как ребенок очень боялся ударов. Молочника попросили оставлять молоко за воротами, а не на пороге. Почтальону и угольщику были даны аналогичные инструкции. Даже родственникам не разрешалось приходить к ним в гости и так далее. Вся семья была вовлечена в этот процесс. Какому учреждению это было под силу?

Я должен был спросить себя, могу ли я предоставить что-то лучшее, чем это делалось дома, и я решил, что не могу. Я объяснил матери важность того, что она делает, и поинтересовался, сможет ли она так продолжать дальше. И она ответила: «Теперь, когда вы объясняете мне, что происходит, я могу продолжать. Но как долго это будет длиться?» На это мне пришлось ей ответить: «Я не знаю, но наверняка в течение нескольких месяцев».

Поэтому я решил помочь матери в решении этого вопроса, обратившись к местным органам власти, что не требуется помощи из школы или клиники. Таким образом, сотрудничество можно было считать завершенным. По мере того, как ребенок начал восстанавливаться, именно сотрудник службы социального обеспечения стал первой *персоной грата*, и его смерть не так давно вызвала огромный дисбаланс в семье, настолько они были привязаны к этому человеку. Во всей этой искусственной параноидальной системе ребенок смог постепенно избавиться от собственного параноидального ухода. Ей уже не нужно было больше цепляться за мать, и она вполне спокойно себя чувствовала просто рядом с ней. Было интересно наблюдать, как дети, а также взрослые адаптировались к потребностям ребенка. Таким образом, этот круг, в котором ребенок чувствовал себя в безопасности, постепенно расширялся до тех пор, пока он не стал размером с дом, и даже больше.

Установление контакта

Все это время, пусть это несколько и противоречило идее дома как замкнутой системы, мать приводила ребенка ко мне один раз в неделю (это были очень небольшие консультации). Каждую неделю я объяснял матери, что происходит, давая ребенку возможность проявить весь свой негативизм. Девочка отказывалась входить ко мне в комнату. Она выглядела дикой и вела себя вызывающе, или же просто стояла рядом с матерью и могла топать, плевать и ругаться. Она была похожа на какое-то дикое животное. Иногда она могла сказать: «Заткнись, я тебя убью» или же кричала: «Нет. Нет. нет.» Трудно описать силу ее отрицания меня. После нескольких визитов ко мне ребенок уже согласился посетить игровую комнату перед уходом. Таким образом, теперь она знала, что здесь есть игрушки, и через несколько недель она даже решила прикоснуться к одной из них. Однажды, хотя она и отказалась взять у меня из рук бумажную катушку, выйдя на улицу, она продолжала смотреть в мое окно, и когда я бросил катушку

вниз, она подняла ее и забрала с собой. Эти визиты ко мне воспринимались ребенком как некие экскурсии, единственное, что она могла терпеть. Постепенно эти визиты стали носить достаточно регулярный характер (начиная с коротких интервью и заканчивая принятием меня).

Потом был довольно долгий промежуток, когда мы не встречались с ней вообще из-за праздников. После этого я обнаружил у ребенка такие значительные улучшения, что решил не продолжать работу, но поговорить с родителями, преподавателями в школе и социальными работниками на предмет ее восстановления. Надо сказать, что этот процесс достаточно медленный и естественный.

В нашей работе был еще один эпизод, когда она должна была остаться с тетей и дядей (супружеской четой). Тетя не могла справиться с ней, и на какое-то время (как правило, несколько недель) она возвращалась, символически, к своей болезни. Все симптомы были вполне узнаваемы, но через несколько недель вновь происходило спонтанное выздоровление.

В течение пятнадцати месяцев, с момента начала болезни, она снова вернулась в школу. Учителя отмечали, что она серьезно отстала, но они постараются принять ее и обращаться с ней почти так же, как и раньше.

Два года спустя

Почти через два года, когда ей исполнилось восемь лет, она сказала матери: «Я хочу увидеть доктора Винникотта, и мне бы хотелось взять с собой сестренку». Мать организовала визит ко мне, и едва только войдя в мою комнату, она сразу же побежала показывать игрушки сестре. До этого я не мог быть уверен, что она действительно замечала игрушки. Сестра тут же придумала для себя какую-то игру, а я решил разделить свое внимание между двумя детьми. Игра Кэтлин заключалась в постройке очень длинной дороги, используя множество маленьких игрушечных домиков, которые у меня были в кабинете тогда. Ей явно требовались

мои интерпретации, и я смог объяснить ей, что ее действия, – это некая попытка объединить прошлое с настоящим, мой дом с ее собственным, интегрируя прошлый опыт с настоящим. Именно для этого она сюда пришла, а также сообщить мне о том, что она использовала свою маленькую сестру для восстановления естественного аспекта собственного Я. Постепенно, в процессе выздоровления, ей удалось забрать у сестры свое естественное Я, и у них опять наладились нормальные отношения.

Я узнал, что после того инцидента с тетей, мать решила, что она *должна* на какое-то время расстаться с ребенком, потому что между ними – мать и Кэтлин – сложились отношения, преимущественно связанные с болезнью (чтобы справиться с ней). Мать не могла просто ощущать себя матерью, и с этим нужно было что-то сделать. Поэтому мать рискнула отправить ребенка к другим родственникам. По возвращении домой Кэтлин казалась вполне здоровой, она хорошо спала, играла, делилась игрушками, и у нее уже не отмечалось столь сильных перепадов настроения, как это было до болезни.

Дальнейшее наблюдение

Недавно я пригласил их всех ко мне. Мать с радостью приняла приглашение и привела с собой всех троих детей. Старшей сестре уже девятнадцать; она умна, хорошо образована, одета со вкусом и уже работает.

Сильвия, девять лет, развивается хорошо.

Кэтлин, тринадцать с половиной лет, производит нормальное впечатление, но она довольно напряжена и не обладает столь живым умом своей старшей сестры. Она была очень рада видеть меня, и я почувствовал определенную зрелость в ее суждениях. В школе все было хорошо, правда результаты ее тестов оставляли желать лучшего (чуть выше среднего). Я узнаю, что в школе ее любят, хотя у нее и мало друзей. Она уже решила стать вышивальщицей, и учителя говорят, что у нее точно это получится.

Итак, можно сказать, что девочка выздоровела. И я помог ей в этом. Основная работа была сделана родителями, но для этого не требовалось особого ума. Они просто старались выполнять потребности своего больного ребенка в период временной особой адаптации.

Теоретические соображения

А теперь позвольте мне сравнить невротическое заболевание с психотическим развитием. Серьезный конфликт между ее идентификацией с мужчиной (гомосексуального характера) оказался недоступен для сознания девочки, поэтому она не смогла выработать удовлетворительные отношения между собственным мужским Я и предполагаемым дядей.

Отсюда потенциальная травма ситуации со свадьбой. Страшная история сделала этот конфликт открытым, так как она испытывала очень сильную тревогу. На данном этапе могла помочь личная психотерапия. По мере приближения свадьбы у ребенка стали развиваться более серьезные защиты. На этом фоне у девочки развился психоз; у нее отмечалась тенденция ухода в себя, постоянно совершая уходы. Из-за этого она оказалась в уязвимом положении, поскольку у нее не оставалось времени на внешний мир. Иными словами, это перешло в параною.

Ко мне обратились в тот момент, когда психотическая защитная организация уже была создана. Если бы я был в состоянии предоставить ребенку более глубокое лечение, а не просто позволить ей прийти ко мне и все вывалить, у меня в кабинете была бы все та же атмосфера психиатрической клиники, что и у нее дома. Но от меня такого рода лечение не требовалось. Ее родители предоставили сеттинг, в котором она могла находиться. Ее можно было идентифицировать с ее собственным (измененным) домом, поскольку он принимал форму ее собственной защиты.

Резюме

Здесь был представлен случай из детской психиатрии, в котором семье из рабочего класса была оказана помощь в преодолении психотического заболевания ребенка (которое продолжалось 15 месяцев). Им помогло минимальное личное внимание к ребенку и соответствующая помощь. Мое время суммарно составляло не более нескольких часов в течение нескольких месяцев.

Возможно, данный случай окажется полезным для социальных работников в их стремлении понять, что происходит в случае адаптации детей к опекунам или приемным родителям или в школе-интернате (см. Клэр Бриттон, 1955).

ЧАСТЬ III

Глава XI

Маниакальная защита[19] [1935]

В том случае, о котором сейчас пойдет речь, более глубокое понимание концепции Мелани Кляйн, – называемой нами «маниакальной защитой», – в каком-то смысле совпало с усилением фокуса на внутренней реальности, к чему я пришел не сразу. Три или четыре года назад я все еще пытался противопоставить такие понятия, как «фантазии» и «реальность», пока мои друзья, далекие от психоанализа, не обратили мое внимание на то, что я использую данное понятие несколько иначе (не в общепринятом смысле). На их возражения мне пришлось ответить, что это неизбежно приведет к неправильному толкованию данного термина; ибо (как и в случае с понятием «тревоги» в психоаналитическом контексте) гораздо легче объяснить появление нового слова, чем применять уже существующее с новым смысловым оттенком.

Однако, постепенно я осознал то, что использую понятие «фантазия» в обычном смысле, и тогда уже я начал сравнивать внешнюю реальность не столько с фантазией, сколько с реальностью внутренней.

В каком-то смысле я, наверное, уклоняюсь от прямого ответа, ведь если бы я до конца понимал истинный смысл «фантазии», (как на сознательном, так и бессознательном уровне), то не было бы никаких проблем с определением «внутренней реальности».

[19] Доклад, сделанный в британском психоаналитическом сообществе 4 декабря 1935 г.

Разве что изменение терминологии может означать еще большую склонность к внутренней реальности.[20]

Данное вступление и название моей статьи – «Маниакальная защита» – в каком-то смысле объединяет то, что маниакальные защиты не могут до конца объяснить внутренней реальности. Дело в том, что пациент в аналитической практике, демонстрирующий главным образом маниакальные защиты, представляет материал, который в данный момент не поддается интерпретации; но мы очень надеемся, что в один прекрасный день эти ассоциации станут более понятными.

Новое понимание заставляет нас вновь говорить о «бегстве в реальность» (Searl, 1929) как о бегстве от внутренней реальности, а не от фантазии. Внутреннюю реальность следует описывать в терминах фантазии, и все же это понятие не синонимично фантазии, так как используется для обозначения фантазий, которые являются индивидуальными и организованными, а также исторически относятся к физиологическим переживаниям, возбуждениям, удовольствиям и боли младенчества. Фантазии – это то, как человек пытается справиться с собственной внутренней реальностью. Можно сказать, что фантазии и грезы отчасти сродни всемогущим манипуляциям с внешней реальностью. Всемогущий контроль реальности подразумевает фантазии о реальности. Человек пытается справиться с реальностью внешней через всемогущие фантазии, сформировавшиеся у него в борьбе с реальностью внутренней.

В последнем параграфе своей статьи («Бегство в реальность», 1929) г-жа Серл пишет: «… в опасности (ребенку) хотелось бы, чтобы рядом с ним всегда были идеальные, любящие и любимые родители, и тогда ему уже не страшна никакая сепарация; в то же самое время испытывая ненависть, он (ребенок) стремится уничтожить злых, требовательных родителей, которые покинули его, подвергая опасностям неудовлетворенного либидинозного напря-

[20] Определение «психическая реальность» не подразумевает фантазий; определение «внутренняя реальность» предполагает существование внутреннего и внешнего и, следовательно, некой пограничной мембраны, принадлежащей к тому, что бы я назвал «психо-сомой» (1957).

жения, что вызывает у него такой страх. Иными словами, в этой всемогущей фантазии ребенок поглощает одновременно как любящих, так и требовательных родителей…».

На мой взгляд, то, что здесь опущено, – это признание отношения к объектам, которые ощущаются внутри. Очевидно, здесь не просто фантазия об объединении хороших и плохих родителей; мы сталкиваемся с фактом, который ребенок в значительной степени не осознает (по тем же причинам, которые действуют во взаимоотношениях ребенка с внешними родителями), а именно: садистические атаки происходят внутри ребенка – нападения на хороших или взаимно любящих друг друга родителей (ибо счастливые вместе они его фрустрируют), атаки на родителей, которые становятся плохими из-за ненависти, защита от плохих объектов, которые теперь представляют угрозу и для Эго, а также попытки уберечь хорошее от плохого и использовать это плохое с целью противодействия плохому и т.д.

Всемогущие фантазии – не столько внутренняя реальность сама по себе, сколько защита от ее принятия. В этой защите можно увидеть бегство во всемогущие фантазии, а также бегство от одних фантазий к другим и, наконец, бегство к внешней реальности. Поэтому, как мне кажется, нельзя сравнивать и противопоставлять фантазию и реальность. В книгах, рассказывающих нам о всевозможных приключениях, мы часто видим, как автор стремится убежать в детские мечты, а затем пытается воспринимать реальную действительность как такой же полет фантазии. Он не осознает внутреннюю депрессивную тревогу, от которой бежал. В его жизни есть место случайностям и приключениям – об этом можно сказать с полной уверенностью. Но на читателя он производит впечатление относительно неглубокой личности по той причине, что автор-путешественник ставит во главу угла отрицание индивидуальной внутренней реальности. Поэтому читатель без сожаления переходит к другим авторам, которые способны выносить депрессивную тревогу и всевозможные сомнения.

В ходе анализа можно проследить сокращение маниакальных защит в поведении и фантазиях пациентов. По мере снижения депрессивной тревоги и все большей веры в хорошие внутренние

объекты в результате анализа маниакальная защита становится менее интенсивной и уже не столь необходимой, а также менее заметной.

Можно проследить определенную связь между сокращением всемогущих манипуляций, контролем и обесцениванием до нормы, а также той маниакальной защитой, которая используется всеми в обычной жизни. Например, на сцене мы можем видеть артистов, которые выглядят очень бодро и энергично (их этому научили). Можно говорить о том, что здесь имеет место первичная сцена, или эксгибиционизм, или проявление анального контроля, или мазохистическое подчинение дисциплине, или вызов Супер-Эго. Рано или поздно кто-то скажет: вот это и есть ЖИЗНЬ. Так или иначе, главным здесь будет отрицание смерти, защита от депрессивных идей «смерти внутри», сексуализация же здесь вторична.

А что мы можем сказать по поводу таких вещей, как повсеместная телекоммуникация? Или жизнь в Лондоне с его неизменным шумом и никогда не гаснущими огнями? Все это еще раз подтверждает защиту от внутренней смерти через реальность и использование маниакальной защиты, которая может быть вполне нормальной.

Опять же, говоря о светских новостях и членах королевской семьи, нам требуется некая уверенность в том, что уж их-то точно не коснутся никакие болезни и смерть; и подтверждением этому могут правда служить достоверные факты. Но нас ничто не может защитить от разрушения и дезорганизации соответствующих фигур во внутренней реальности. Слов «Боже храни Короля» недостаточно, чтобы показать то, что мы хотим спасти короля от бессознательной ненависти, которую питаем к нему. Мы можем сказать, что в бессознательных фантазиях мы действительно убиваем его и хотим спасти от наших фантазий. Но это будет злоупотреблением словом «фантазия». Я предпочитаю говорить о том, что в нашей внутренней реальности некий внутренний отец все время оказывается убитым, его обкрадывают, сжигают и разрубают на куски, и мы приветствуем персонализацию этого интернализованного отца реальным мужчиной, которому мы можем помочь спастись. Траур во дворце – обязательный ритуал, подтверждающий важ-

ность траура. В состоянии маниакальной защиты пережить траур невозможно.

Благодаря информации, которую мы черпаем на страницах газет о членах королевской семьи, мы можем делать собственные предположения, и в этом можно увидеть тонко завуалированный всемогущий контроль над личностями, представляющими внутренние объекты.

Дело в том, что вряд ли можно *абстрактно* рассуждать о том, являются ли подобные механизмы нормальным подтверждением реальности или же ненормальной маниакальной защитой; тем не менее мы вполне можем рассмотреть те защиты, с которыми мы сталкиваемся в процессе анализа пациента.

В маниакальных защитах отношения с внешними объектами используются как попытка уменьшить напряжение во внутренней реальности. Но характерной чертой маниакальной защиты является то, что индивид не способен полностью поверить в жизненную силу, отрицающую смерть, так как он не верит в то, что способен сам к объектной любви; ибо любые изменения возможны только тогда, когда признается деструктивность.

Наши трудности отчасти, возможно, связаны с тем, что мы так и не смогли пока найти единого определения для маниакальной защиты (природы маниакальной защиты). Нельзя не обратить внимание и на то, что слово «депрессия» используется не просто так, но и довольно точно и в разговорной речи. Не видим ли мы в этом некую интроспекцию, сопровождающую депрессию? Тот факт, что не существует приемлемого определения маниакальной защиты, может быть связан с отсутствием самокритики в клинической сфере. Под природой маниакальной защиты мы понимаем неспособность обратиться к интроспекции в тот момент, когда эти защиты имеют место.

Находясь в депрессии, мы *испытываем* подавленность. В состоянии же маниакальной защиты мы *в меньшей степени чувствуем*, как если бы мы защищались от депрессии. В такие моменты мы скорее испытываем приподнятое настроение, чувствуем себя счастливыми, занятыми, возбужденными, мы смотрим на жизнь с юмором, нас переполняет энергия, мы «полны жизни», и в тоже

время нас меньше, чем обычно, интересуют какие-то серьезные вещи и вызывающие страх ненависть, разрушения и убийства.

Не буду утверждать, что в анализе прошлого[21] нам не удавалось достичь глубочайших бессознательных фантазий, которые (вслед за Фрейдом) я называю здесь «внутренней реальностью». Изучая психоаналитические техники, мы учимся давать соответствующие интерпретации *в рамках переноса*. Полный анализ переноса дает нам анализ внутренней реальности. Но понимание последнего необходимо нам для более глубокого понимания переноса.

Характеристики маниакальной защиты

Итак, мы подходим непосредственно к природе маниакальной защиты. Среди главных характеристик можно выделить тотальную манипуляцию или контроль и высокомерное обесценивание; все это находит свое выражение в отношении тревоги, связанной с депрессией, что является результатом одновременно любви, жадности и ненависти в отношениях между внутренними объектами.

Маниакальная защита проявляется по-разному, но все это так или иначе взаимосвязано:

- Отрицание внутренней реальности.
- Бегство во внешнюю реальность от реальности внутренней.
- Поддержание внутренней реальности человека в состоянии некоего «приостановленного воодушевления».
- Отрицание депрессивных *эмоций* – тяжелые чувства, печаль – противоположными чувствами: легкость, склонность шутить и т. д.
- Стремление к чему-то противоположному, пытаясь справиться со смертью, хаосом, теми данностями, которые нам не дано понять и т.д., – все то, что относится к *фантазийному содержанию* депрессии.

[21] В психоанализе до Кляйн

Отрицание внутренней реальности

Я уже говорил об этом, стараясь объяснить то, что не так легко признаю собственные глубинные бессознательные фантазии. Клинически мы можем видеть не столько отрицание, сколько восторг, связанный с отрицанием; или чувство нереальности по отношению к внешней реальности; или беззаботность по отношению к каким-то серьезным вещам.

Бывает и некое частичное признание внутренней реальности, о чем стоит упомянуть в этой связи. Мы можем видеть невероятно глубокое признание некоторых аспектов внутренней реальности у людей, которые тем не менее не признают, что персона внутри них – это часть их самих. У художника такое чувство, как будто картина нарисована кем-то, действующим изнутри, или же священник ощущает себя проводником Господа Бога. У большинства обывателей нет такого ощущения, что они ответственны за то лучшее, что есть в них самих. Они горды и счастливы быть посредниками некоего человека, которого они любят и который вызывает у них восхищение, или же самого Господа Бога; при этом они отрицают собственное родительство по отношению к интернализированному объекту. Мне кажется, мы больше знаем о плохих интернализованных объектах, от которых отреклись, чем об отрицании хороших внутренних сил и объектов.

Здесь стоит отметить один практический момент. В анализе глубоко верующего пациента работать с ним нужно как бы на основе согласия о признании внутренней реальности, позволив такому пациенту автоматически признать личностные истоки (его Бог), таким образом уменьшая тревогу в ходе анализа его депрессивной позиции. Для аналитика крайне опасно считать, что Бог пациента – это некий «фантазийный объект». Тогда у пациента будет такое чувство, что аналитик недооценивает хороший объект, к которому он на самом деле не имеет отношения. На мой взгляд, нечто подобное применимо к анализу художника в отношении источника его вдохновения, а также анализу внутренних фигур и воображаемых объектов, которым наши пациенты способны представить нас.

Бегство во внешнюю реальность из реальности внутренней

Здесь можно выделить несколько клинических типов. Есть пациенты, у которых внешняя реальность является выражением фантазий. Существуют и такие, которые предаются фантазиям (мощно манипулируя реальностью), но при этом они точно знают, что это манипуляция. Есть пациенты, которые стараются извлечь для себя пользу в каком бы то ни было физиологическом аспекте сексуальности и чувственности. Но есть и такие, которые используют внутренние телесные ощущения. Из двух последних, первый – компульсивный мастурбатор – старается ослабить психическое напряжение с помощью удовлетворения, получаемого от аутоэротической активности или от принудительного гетеросексуального или гомосексуального опыта, а второй – ипохондрик – справляется с психическим напряжением через отрицание фантазийного содержания.

Приостановленное воодушевление

В случае с данным аспектом защиты, когда пациент контролирует своих внутренних родителей, стараясь удержать их между жизнью и смертью, опасности внутренней реальности (с её хорошими объектами, которым что-то угрожает, плохими объектами и фрагментами таких объектов, а также с опасными преследователями) в какой-то степени признаются (бессознательно) и с ними ведется диалог. Защита в данном случае является неудовлетворительной, так как всемогущий контроль плохих внутренних родителей делает невозможными любые хорошие отношения, пациент ощущает себя внутренне мертвым и видит мир лишенным красок. Мой второй случай как раз иллюстрирует это.

Отрицание определённых чувств, связанных с депрессией
Использование противоположностей для успокоения

Данные противоположности следует рассматривать вместе. Для иллюстрации собственной точки зрения я постараюсь привести здесь несколько противоположностей, которые обычно имеют место во всемогущих фантазиях и всемогущем контроле внешней ре-

альности пациентами, которые находятся в состоянии маниакальной защиты. Какие-то из них используются в большей степени для успокоения посредством внешней реальности, поэтому подобные всемогущество и обесценивание не столь очевидны.

Пустота – Наполненность
Мёртвое – Жизнь, рост
Статичность – Изменения
Серое – Цветное
Тёмное – Светлое, лучезарное
Неизменное – Постоянно меняющееся
Медленное – Быстрое
Внутри – Снаружи
Тяжелое – Легкое
Погружение на дно – Воскрешение
Низко – Высоко
Грустный – Радостный, веселый
Подавленный – В состоянии легкости, на вершине блаженства
Серьезный – Склонный шутить
Обособленный – Чувствующий связь
Склонный к сепарации – Стремящийся к объединению
Нечто бесформенное – Имеющее форму, пропорциональное
Хаос – Порядок
Диссонанс – Гармония
Неудача – Успех
Разрозненное – Целостное
Неизвестное и таинственное – Известное и понятное

Ключевые слова здесь «мертвое» и «живое – «движение» – «рост».

Депрессия – Подъем

А теперь мне бы хотелось остановиться на одной из этих защит, которая меня особенно интересует.

Пока я искал слово, которое могло бы описать все возможные защиты от депрессии, я вдруг вспомнил слово «подъем». Доктор

Тейлор предложил его мне как нечто, противоположное депрессии, и оно значительно лучше, чем слово «жизнерадостный», которым пестрят всевозможные газеты.

На мой взгляд, слово «подъем» может быть использовано с целью привлечения внимания к защите от той депрессии, которую мы подразумеваем в таких понятиях, как «тяжесть в сердце», «глубина отчаяния», «чувство внезапной слабости» и т.д.

Вы только задумайтесь о таких словах, как «тяжелый», «тяжесть», «сила тяжести», и «легкий», «легкость», «подъем»; каждое из которых имеет двойное значение. Тяжесть означает серьезность положения, но также мы используем это слово для описания физической силы. Легкость подразумевает некоторое обесценивание и иронию, а также недостаток физической силы. В детских играх я всегда обращал внимание на то, что воздушные шары, аэропланы и ковры-самолеты содержат в себе элементы маниакальной защиты, иногда специально, а порой случайно. Также головокружение – достаточно распространенный симптом надвигающейся депрессивной фазы, некая защита против тяжести, голова как бы наполняется газом, что поднимает пациента над его проблемами. В связи с этим интересно отметить, что когда мы смеемся, мы показываем себе и другим, что у нас избыток воздуха, тогда как делая глубокий вздох и плача – относительный недостаток в нем (наши рациональные попытки глубоко дышать).

Говоря о «подъеме», мы прежде всего подразумеваем важность Вознесения Господня в христианской религии. Здесь, как мне кажется, прежде всего стоит описать Распятие и Воскрешение как символическую кастрацию с последующей эрекцией, несмотря на телесное унижение. Однако, если предложить подобное объяснение христианину, то неизменно придется столкнуться с протестом не только из-за отвержения в целом бессознательного сексуального символизма; по крайней мере негодование отчасти может объясняться тем, что я не учел всей важности символики депрессия-подъем в мифе. Каждый год христианин испытывает всю ту глубину печали, отчаяния, безнадежности в своем опыте переживания Страстной пятницы. Обычный христианин не в состоянии выдерживать депрессию так долго, поэтому он переходит в маниа-

кальную фазу: Светлое Христово Воскресение. Вознесение означает восстановление после депрессии.

Многие переживают это (печаль) и без помощи религии и даже способны справиться с этим и без поддержки, позволяющей разделить данное переживание; но иногда в анализе

людей, пренебрегающих религией, меня поражает то, насколько они демонстрируют явные маниакальные защиты, не находя в себе силы признать печаль, вину и бесполезность, а также ценность личной внутренней или психической реальности.

Маниакальная защита и символизм

Выбранная мной тема, несомненно, допускает достаточно широкое толкование. Предмет, глубоко интересующий лично меня, – это теоретическая связь между феноменом маниакальной защиты и символизмом. Так, подъем, очевидно, имеет фаллическое значение, т.е. смысл эрекции, но это вовсе не то же самое, что подъем в общепринятом смысле или в смысле, противоположном депрессии. Воздушные шары часто можно видеть в фантазиях и играх как символ материнского тела или груди, беременности, эрекции; они также используются как символы, противоположные депрессии. В отношении чувств их можно считать тем, что противоположно депрессии, какой бы объект они не замещали.

Падение имеет сексуальное или пассивно-мазохистское значение, но также и депрессивный смысл и т.д.

Женщина может завидовать мужчине, хотеть быть мужчиной, ненавидеть то, что она женщина, ибо, будучи подверженной депрессивной тревоге, она начинает идентифицировать мужчину с эрекцией и, соответственно, все возрастающей маниакальной защитой.

Эту и другие связи между маниакальной защитой и сексуальным символизмом мы оставим на какое-то время и вернемся к этому позже.

Клинические случаи

Мне не составит труда привести здесь некоторые выдержки из работы с пациентами (10), которые проходят сейчас у меня лечение.

Итак, я выбрал фрагменты из четырех случаев. Первых двух пациентов можно отнести к асоциальному типу, третий – крайне обсессивный, четвертый – депрессивный.

Первому пациенту, Билли, 5 лет, и работа с ним состояла из четырех этапов. Когда я впервые увидел его в возрасте трех с половиной лет, это был беспокойный ребенок, которого интересовали, главным образом, только деньги и мороженое, и стремящийся заполучить это любой ценой. Он уже начал воровать деньги, и я считаю, что без анализа он вполне мог стать правонарушителем, тем более, что он был единственным ребенком достаточно отстраненных родителей. Его поведение в самом начале анализа вполне вписывалось в диагноз: «асоциальный, потенциальный правонарушитель».

Я попробую сослаться на три игры, выбранные мною наугад и все же, как мне кажется, вполне иллюстрирующие изменения, происходившие в процессе анализа. Между первой и второй, и между третьей и четвертой стадиями был интервал в несколько месяцев.

На самой ранней стадии, до первой из этих трех игр, вряд ли можно было описать его активность как игру – скорее это были безудержные нападения на пиратов.

В первой игре Билли решил занять место в жерле пушки, из которой я должен был выстрелить. Он высоко взлетал, переносясь через страны и континенты в Африку. Он пытался сбить палкой всех, кто попадался ему на пути, – в Африке это были аборигены, – стараясь уничтожить их, загнав в глубокий колодец или обезглавив вождя.

За этот час (совершенно безудержной игры) он пришел в крайнее возбуждение, и я не удивился, когда в конце часа, получив разрешение выйти из моей комнаты на втором этаже, он по ошибке нажал не ту кнопку лифта и очень испугался. В тот день я сопровождал его (тайно), так как он был в крайне экзальтированном состоянии, я же мог помочь ему в случае затруднений; и он действительно стал гораздо увереннее, поняв, что я оценил его необычное состояние и оказался рядом, когда он был в беде.

После этого часа последовала сцена дома с его матерью, которая, конечно же, была причиной его амбивалентности, что было сейчас совершенно очевидно. Это также привело к кульминации его так называемого маниакального поведения и по времени было связано с анализом депрессивной позиции и тем, что мы приближались к чувствам тоски и безнадежности. Именно сейчас стало возможным возвращение к конструктивной игре.

Игра, которую я имею в виду, касалась путешествия на аэроплане. После этого был интервал в несколько месяцев. Мы опять летим в Африку и ждем врагов. Мы смотрим на мир сверху вниз и удивляемся тому, что он такой маленький. Но на сей раз мы хорошо подготовлены. У нас с собой две книги инструкций, как летать на гидросамолете или аэроплане. Еще у нас с собой два двигателя и вертолет на случай, если мотор сломается, а также по парашюту для каждого. Кроме того, мы берем специальные шасси на случай посадки на воду. Также мы располагаем неплохими запасами продовольствия и деньгами на случай, если нам будет не хватать еды или каких-то деталей. И прочими разными способами мы застрахованы от всевозможных неприятностей.

В этой второй игре обсессивный механизм ярко выражен, у преследователей гораздо выше статус, здесь есть аэропланы другой страны, способные стать союзниками в войне с третьей страной. (Это мы смогли увидеть в дальнейших играх.) Стало гораздо меньше обесценивания и всемогущества; но эту позицию «над» нельзя было объяснить только тем, что мы находились ранее в позиции столь низкой, буквально копаясь в грязи, – это было и началом подъема или контр-депрессивных чувств.

Чтобы сравнить эти две игры, я приведу еще одну – более позднюю.

Мы строили корабль, чтобы попасть на пиратские земли. В этой игре (я привожу здесь только общие детали) мы забываем о своей цели, а день просто восхитительный. Мы лежим на палубе, греемся на солнышке и наслаждаемся обществом друг друга в счастливом неведении. Время от времени мы ныряем в море и плаваем там непринужденно. Нас окружают акулы и крокодилы, иногда напо-

минающие нам о преследователях, но у мальчика есть оружие, которое стреляет даже под водой, так что мы можем не волноваться.

Мы берем к себе маленькую девочку, которая чуть не утонула. Итак, мы спасли ее, и теперь строим американские горки для ее куклы. Капитан доставляет нам определенные неприятности. Мотор перестает работать, и вскоре выясняется, что он напихал грязь в рабочие части устройства. Ну что за капитан! Он устраняет грязь, и мы плывем дальше, зачарованные бликами солнца на воде.

Сравнение этой игры с фрагментами двух других игр показывает уменьшение тревоги преследования (раньше это были пираты, неизменно представляющие опасность), возникновение чего-то хорошего из плохих объектов (море раньше кишело крокодилами, и там было совершенно невозможно находиться), появление веры в великодушие и доброту (солнечные блики и приятное ощущение), объединение фантазии и физического опыта (оружие, стреляющее под водой), устранение неполадок, которые произошли по вине капитана (устранение грязи из двигателя), новые объектные отношения (включение хорошего объекта – маленькая девочка, спасенная в море и радующаяся построенным для нее горкам), а также снижение навязчивой перестраховки от рискованных ситуаций. Мы не сталкивались с обесцениванием в этой игре.

Здесь можно видеть и маниакальную защиту, которая становится столь сильной, что об опасностях забывают, но тот факт, что внутренние объекты совершенствуются, делает маниакальную защиту менее сильной и вызывает другие изменения. Маниакальная защита проявляется в том, что Билли пытается справиться с опасностью достаточно маниакально, стреляя в преследователей внутри остова (под водой), тем не менее очевидны и более прочные отношения с внешней реальностью, например, от охоты под водой до перемещения воды в ванную.

Моя роль здесь как воображаемого брата, так и матери.

Клинически Билли изменился и выглядит более нормальным ребенком. Он успевает в школе и получает удовольствие от общения с другими детьми и преподавателями. Дома до нормы пока еще далеко; он все еще требует деньги, бывает очень шумным и ведет себя не лучшим образом, особенно ближе к обеду. Но он совер-

шенно восхитительный и старается с пониманием воспринимать трудности родителей, которые по-прежнему достаточно прохладно относятся друг к другу. Его мать сама очень больна, страдает депрессией и принимает сильные лекарственные препараты.

* * *

Дэвид (8 лет), другой асоциальный ребенок, которого привели ко мне из-за угрозы исключения из школы («сексуальные и связанные с туалетом навязчивые идеи», а также действия неопределенного характера в отношении некоторых мальчиков и девочек. Это единственный ребенок у родителей: талантливого, но депрессивного отца, который иногда проводит в кровати по несколько дней без видимых на то причин, и матери, которая – по ее собственному признанию – очень нервничает, переживая из-за сложившейся в доме ситуации. Мать оказывает мне превосходную поддержку.

Как и многие делинквентные дети, Дэвид сразу же располагает к себе любого, кто не был с ним в длительном контакте. На самом деле, с момента начала лечения не было ни одного неприятного происшествия, но мне рассказали, что находясь с кем-то долгое время, он начинает надоедать, требуя, чтобы его заняли. Он неплохо ориентируется во внешней реальности, хотя это и типично для делинквента.

В самом начале нашей совместной работы он говорит мне: «Надеюсь, я не надоел тебе». Этот факт наряду с информацией, предоставленной родителями, а также мой опыт работы в подобных случаях (еще до того, как я стал ориентироваться во внутренней реальности), говорит мне о том, что случай будет непростой.

Однажды, когда я описывал лечение делинквентного ребенка на одном из семинаров, доктор Эрнст Джоунс отметил, что здесь можно выделить и некий практический момент: возможно ли избежать состояния опустошенности, работая с делинквентом? Ведь если это так, то можно говорить о серьезных ограничениях в работе с подобными случаями. Хотя именно тогда доктор Шмидеберг работал с делинквентным ребенком, не испытывая серьезных трудностей в анализе, поэтому мне и показалось, что

речь идет о моей неправильной технике (о чем упоминал Доктор Джоунс).

Я и правда довольно быстро утомился, но какой-то анализ мне все же удалось провести. В ходе игры с маленькими игрушками Дэвид демонстрировал мне богатейший фантазийный материал с многочисленными деталями.

Через несколько дней я увидел, что Дэвид старается убежать от тревог, связанных с глубинными фантазиями, во внешний мир; на улицу, которую он видит из окна; в мир за моей дверью – особенно к лифту. Пространство комнаты стало его собственным внутренним пространством, и поскольку ему приходилось общаться со мной и с тем, чем была наполнена эта комната (отцом и матерью, колдунами, призраками, преследователями и т.д.), он вынужден был так или иначе контролировать их. Сначала он должен был с этим справиться, так как боялся, что не сможет их контролировать, – и я видел, что и в этом также он демонстрирует некоторое недоверие к всемогуществу. На данном этапе вполне можно было говорить о суицидальных наклонностях. Наряду с желанием приструнить меня он также хотел спасти меня от истощения, т.е как хозяин-эксплуататор он пытался следить за тем, чтобы его раб не умер от голода. Он обязательно предоставлял мне отдых.

Вскоре стало ясно, что *истощен как раз он*, и проблема усталости аналитика постепенно решалась посредством интерпретации его собственного истощения из-за контроля внутренних родителей, которые истощали друг друга так же, как и его.

Однажды Дэвид пришел ко мне в 11 часов утра в День Перемирия. Его очень интересовало соблюдение ритуалов в этот день; не только потому, что его отец воевал на войне, но и, как мы уже могли видеть раньше (перед анализом и в связи с анализом), у него был интерес к улицам и движению, что являло собой образец неподдающейся контролю внутренней реальности.

Он пришел ко мне очень довольный, что им удалось купить маки у какой-то женщины, а в 11 часов он уже не мог оторваться от того, что происходило на улице. Затем наступило двухминутное молчание. Это была полная тишина в моем присутствии, и он был очень доволен. «Не правда ли, это прекрасно!» Какие-то две мину-

ты в своей жизни он не чувствовал себя уставшим, и ему не нужно было изматывать родителей, ибо всемогущий контроль был извне и принимался всеми как реальный.

Интересной была его фантазия о том, что во время минуты молчания женщины продолжали продавать цветы. Только это было разрешено. Более маниакальное внутреннее всемогущество приостановило бы все (включая и хорошее).

Анализ депрессивной позиции и маниакальной защиты уменьшил его лихорадочное удовольствие в анализе. Моменты сильной усталости, печали и безнадежности возникали все время, и он демонстрировал косвенные доказательства чувства вины. На протяжении нескольких недель мы играли в игры, в которых я должен был становиться очень испуганным, и неизменно испытывать чувство вины, переживая самые жуткие кошмары. На этой неделе он даже сам постарался изобразить испуг, и сегодня он действительно чего-то боялся. Он демонстрировал мне это сопротивление, пытаясь заставить меня научить его нырять, а на самом деле он отказывался этому учиться, и мне пришлось сказать ему: «Сейчас ты тратишь мое время. Как я могу научить тебя нырять, если ты даже не в состоянии стоять? Я очень зол на тебя!» – и т. д. и т. п. Это вызвало бурю эмоций, он совершенно искренне рассмешил меня и потом был очень доволен. Но теперь он осознал, что все шутки – отчасти это защита от депрессии, а сейчас особенно от чувства вины; так что постепенно мы проанализировали и эту защиту.

Как же он может войти внутрь своего тела, во внутреннюю реальность, если у него нет до конца уверенности в том, что он жив? Представляете, что он найдет внутри?

Случай Дэвида иллюстрирует опасность для Эго, исходящую от плохих внутренних объектов; у мальчика был страх того, что он станет опустошенным и истощенным внутренними родителями, которые постоянно опустошали друг друга.

Дэвид показал нам бегство от внутренней реальности и возвращение к собственному телу и чувствам, а уже потом – интерес к телу и чувствам других детей.

То, как развивался его анализ, также иллюстрирует важность понимания механизма всемогущего контроля внутренних объек-

тов, а также связи между отрицанием усталости, тревоги и чувства вины и отрицанием внутренней реальности.

* * *

Шарлотта (30 лет) проходила у меня анализ в течение 2 месяцев. У нее клиническая депрессия с суицидальными страхами, но иногда она также получает и некоторое удовольствие от работы и внешней активности.

В самом начале нашего анализа она рассказывает один сон, преследующий ее постоянно: она приходит на вокзал, где стоит поезд, *но поезд никуда не трогается*.

На прошлой неделе ей приснился этот сон дважды. Я вынужден опустить множество деталей, но суть в том, что в каждом сновидении она ходит туда и обратно по составу, ища вагон с целым незанятым купе, чтобы она могла там отдохнуть во время поездки. Миссис N, – женщина, которой Шарлотта восхищается (она сравнивает ее со мной, кто так волнуется за пациентку, но Миссис N озабочена еще и лечением геморроя, в то время как я не делаю для этого ничего), – советует ей найти место, где бы она могла умыться.

В первом сновидении она находит купе с одной незанятой стороной, а во втором – место для умывания. *И в том, и в другом случае – поезд трогается.* Именно это последнее, случайное замечание напомнило мне главное сновидение. Геморрой, как некий клинический симптом, привлекал внимание, очевидно, к анальному возбуждению и фантазиям в этой связи; поэтому меня не удивляли и путешествия в ее сновидениях. На этой сессии пациентка описывает, как она идет через парк в тяжелых туфлях, помогающих ей отделаться от своих чувств, а также играет со своим племянником, заставляющим ее выполнять гимнастические упражнения на полу.

Я бы мог указать на свою материнскую роль, с косвенно выраженным побуждением пациентки испачкать меня, пинать и затоптать меня и т.д., но я чувствую, что я пропущу нечто очень важное, если не отмечу смысл уменьшения маниакальной защиты и новые опасности, связанные с изменениями. Поезд, который никогда не трогается, был картиной всемогуще контролируемых родителей; родителей, которых она постоянно удерживала в воображении;

слова Джоан Ривиер об «удушении маниакальной защиты» описывают то клиническое состояние, которого пациентка очень боялась тогда.

То обстоятельство, что поезд трогается наконец, показывает уменьшение контроля внутренних родителей и предупреждает о новых опасностях, связанных с этим процессом, а также потребности в новых защитах, если прорыв в этом направлении запустит процесс развития Эго, вызванный анализом. Вот недавний материал и соответствующие интерпретации и т.д.

Вообще, надо сказать, что поезда, которые трогаются с места, могут потерпеть крушение.

Поиск места для умывания в данном контексте может быть связан, вероятно, с развитием обсессивной техники, а также способности выносить депрессию и признавать объектную любовь и зависимость.

В последующий час пациентка чувствует ответственность за следы ударов на моей двери и грязные отметки на мебели, выражая желание смыть их.

* * *

Матильда (39 лет) проходит анализ в течение четырех лет. У нее ярко выраженная клиническая обсессия. В ходе анализе она демонстрирует признаки депрессии с явными суицидальными страхами. Психологически это нездоровая личность с самого раннего детства, и вообще она не помнит ни одного счастливого периода в своей жизни. В 4 года ее не могли оставлять в обычной дневной школе, и где-то с этого момента вплоть до окончания детства в ее жизни доминировал страх заболеть.

Слово «конец» нельзя было никак упоминать ни в каком контексте этого анализа, а весь анализ собственно можно было описать как анализ именно конца.

Только сейчас возникают какие-то первые реальные контакты, проявляется какой-то анальный интерес и желания, до этого времени глубоко подавленные.

В начале часа, взятого из работы на этой неделе, о котором мне бы хотелось рассказать сейчас, она старалась рассмешить меня, и

смеялась сама над мыслью, что таким положением рук я некоторым образом сдерживаю мочеиспускание. С этой пациенткой, как и с другими, я понимал то, что усилие рассмеяться и рассмешить меня, было сигналом депрессивной тревоги; они могут как демонстрировать облегчение, признавая интерпретацию, так и залиться слезами вместо того, чтобы продолжать смеяться и быть веселым. Пациентка в данный момент представляла собой то, что можно было бы назвать множественной фотографией ее самой. Мать попросила у нее фотографию, и ей казалось, что если сделать сорок восемь маленьких фотографий (есть такая техника), то одна или две точно будут хорошими. По этой методике должно получиться собрать воедино все необходимые части тела, родителей и самого себя. Она попросила меня выбрать тот снимок, который мне больше всего нравится и вообще просмотреть все сорок восемь фотографий. Она хотела дать одну фотографию и мне. Идея заключалась в том, что мне пришлось бы сделать нечто, *не относящееся к анализу*, и когда – вместо того, чтобы попасться в эту ловушку (незадолго до этого она предупредила меня о подобных ухищрениях) – я начал анализ ситуации, она была в отчаянии, заявив, что никому не даст фотографию и покончит с собой. У нас появилась неплохая возможность проанализировать ее предоставления о жизни, меня же пытались склонить к отрицанию того, что она действительно может умереть.

Если я не принимал ситуацию, она чувствовала себя глубоко уязвленной, что можно было связать с ее крайним беспокойством по поводу фантазии об отвержении материнской груди (заставляя мать чувствовать себя плохой или пострадавшей), как нечто, противоположное чувству злости за то, что мать ее фрустрирует. В конце каждого аналитического часа она демонстрировала, с явным раздражением, отказ от анализа, от которого ей бы хотелось защитить себя, подчеркивая фрустрирующую силу аналитика.

Благодаря соответствующим интерпретациям мы поняли, что она воспринимала анализ, как оружие в моих руках, а также то, что *по ее ощущениям для меня было реальнее увидеть ее фото* (сорок восемь ее фотографий), нежели ее саму. Ситуация анализа (в которой она находилась четыре года, когда анализ был для нее един-

ственной реальностью) сейчас впервые показалась ей нереальной, или по крайней мере она увидела нарциссические отношения, отношение к аналитику, ценное, главным образом, для ее собственного чувства облегчения, когда что-то дается, и ничего не требуется взамен, связь с ее собственными внутренними объектами. Она вспомнила, что за день или два до этого, она вдруг подумала: «Как ужасно быть по-настоящему одной, как ужасно одиночество».

Быть одному означает поддерживать отношения между отцом и матерью. Если они любящие или счастливы вместе, они пробуждают жадность и ненависть в одиноком человеке; а если они плохие, обкрадывающие, жестокие, борющиеся, таковыми они и являются из-за гнева одинокого человека, гнева, который уходит корнями в прошлое.

Этот анализ был очень долгим отчасти потому, что первые два года я не понимал всей этой депрессивной позиции; и только в последний год у меня возникло такое чувство, что анализ в целом продвигается неплохо.

Я выбрал Матильду, главным образом, для иллюстрации чувства нереальности, которое сопровождает отрицание внутренней реальности в подобных маниакальных защитах. В случае с фотографиями она призывала меня поддержать ее маниакальные защиты вместо понимания того, что ее в общем-то не существует, ей не хватает чувства реальности, и она мертва.

Резюме

Я постарался представить здесь лишь некоторые аспекты маниакальной защиты, показав ее связь с депрессией. При этом определение «внутренняя реальность» по-прежнему остается не до конца понятным, равно как и его значение в сравнении с определением «фантазия» и «внешняя реальность».

Мое собственное все большее понимание маниакальной защиты и признание внутренней реальности внесло значительные изменения в мою психоаналитическую практику.

Я очень надеюсь, что мои клинические примеры показали вам, что маниакальная защита –довольно часто используемый механизм, и аналитик должен учитывать его, как и любой другой защитный механизм.

Нельзя сказать, что эти случаи из практики демонстрируют нам только маниакальную защиту, так как в каждом случае рано или поздно мы неизбежно сталкиваемся с депрессией, где защиты неизбежны. В любом случае анализ в самом конце (который может начинаться еще в самом начале) включает в себя анализ депрессивной позиции.

Хороший анализ может так и оставаться неполным, ибо он уже был завершен; или же анализ может быть длительным отчасти потому, что конец, и успешный результат, соответственно, становятся приемлемыми для пациента только тогда, когда они полностью проанализированы, т.е. после завершения анализа депрессивной позиции и защит, которые используются против него, включая маниакальную защиту.

Под определением «маниакальная защита» мы понимаем способность человека отрицать депрессивную тревогу, связанную с эмоциональным развитием, тревогу, связанную со способностью человека чувствовать вину, а также осознание ответственность за инстинктивные переживания и за агрессию в фантазиях, сопровождающих эти инстинктивные переживания.

Глава XII

Примитивное эмоциональное развитие [1945]

Из названия статьи вы, наверное, сразу же поймете, что я выбрал достаточно широкую тему. Так что я попытаюсь сделать представить на ваш суд какие-то личные суждения, как если бы я писал Введение к данной книге.

Я не стану пускаться в исторический экскурс, стараясь показать то, как развивались мои идеи, отличные от теорий других. Мои принципы совсем иные. На самом деле я стараюсь брать по чуть-чуть здесь и там, применяя это в своем клиническом опыте, основываясь уже на собственных теориях. И, наконец, мне довольно любопытно увидеть, где и что я почерпнул для себя. Быть может данный метод так же неплох, как и все остальные.

Что касается примитивного эмоционального развития, то здесь очень много неизученного и непонятного, – по крайней мере так я могу сказать про себя, – и вполне можно говорить о том, что данное обсуждение неплохо бы отложить лет на пять или десять.

Правда, здесь вы можете сразу же возразить мне, что мы так или иначе сталкиваемся с разного рода недопониманием на наших симпозиумах. Тогда, возможно, нам следует признать, что мы знаем вполне достаточно для того, чтобы не допустить такого рода недопонимание, рассмотрев эти примитивные эмоциональные состояния.

Поскольку главный интерес для меня представляет пациент-ребенок (маленький ребенок), я решил изучать психоз именно в анализе. В моей практике было около десятка взрослых пациен-

тов-психотиков, и с доброй половиной из них я провел достаточно большую работу по части анализа. Это происходило во время войны, и должен признаться, что я едва замечал происходящее вокруг, настолько я был занят анализом паицентов-психотиков, и для них также – надо сказать – анализ стоял во главе угла, несмотря на то, что время было действительно тяжелое.

Итак, данная работа оказалась невероятно важной для меня, и мне есть что добавить к ныне существующим теориям. Так что, быть может, данную статью можно считать неплохим началом. Следя за ходом моих мыслей и критикуя меня, вы поможете мне сделать свой следующий шаг, а именно: проанализировать первоисточники, как в клинической работе, так и в опубликованных трудах аналитиков. На самом деле было невероятно трудно убрать клинический материал из этой работы, и, тем не менее, мне все же пришлось пойти на это, чтобы у нас было достаточно времени на обсуждение.

Во-первых, я должен с чего-то начать. Итак, я постараюсь описать различные типы психоанализа. Можно сделать анализ некоего пациента, принимая во внимание почти исключительно личные связи этого человека с другими людьми, наряду с сознательными и бессознательными фантазиями, обогащающими и усложняющими эти отношения между ними. Это довольно интересный тип психоанализа. За последние два десятилетия нам уже показали, как сохранить интерес к фантазиям, и насколько важны первоначальные фантазии пациента о его внутренней организации и в инстинктивном опыте.[22] Потом мы увидели, что в некоторых случаях именно это, –фантазии пациента о его внутренней организации, – имеет жизненно важное значение, так что анализ депрессии и защиты от депрессии не может быть сделан только на основе анализа отношений пациента с реальными людьми и его фантазии о них. Этот новый акцент на фантазии пациента о самом себе открывает широкое поле для анализа ипохондрии, когда фантазии пациента о его внутреннем мире включают в себя фантазию, что это локализовано где-то внутри его тела. Таким образом, мы можем теперь проследить в анализе определенные качественные изменения во

[22] Главным образом в работах Мелани Кляйн.

внутреннем мире индивида по отношению к его инстинктивным переживаниям. Качество этих инстинктивных переживаний объясняет все то хорошее и плохое, что находится внутри, а также существование человека в целом.

Эту работу можно считать достаточно прогрессивной в психоанализе; она дает некое новое понимание, но не новую технику. Это быстро привело к изучению и анализу еще более примитивных отношений, и именно их я и хотел бы обсудить в данной статье. Дело в том, что наличие этих более примитивных типов объектных отношений никогда не ставилось под сомнение.

Я уже отмечал, что основываясь на технике Фрейда, вряд ли можно было сделать расширенный анализ или справиться с депрессией и ипохондрией. Также я могу сказать и то, что та же самая методика может привести нас к еще более примитивным элементам, при условии, конечно, что мы принимаем во внимание изменения в ситуации переноса в ходе такой работы.

Я имею в виду, что пациент, нуждающийся в анализе амбивалентности во внешних отношениях, имеет фантазии о своем аналитике и работе аналитика, отличные от того, кто находится в депрессии. В первом случае работа аналитика рассматривается как нечто, сделанное из любви к пациенту; ненависть не признается вообще. Пациент в депрессии требует от своего аналитика понимания того, что работа аналитика в какой-то степени не что иное, как его попытки справиться с собственной (аналитика) депрессией или, я бы сказал, чувством вины и печали из-за деструктивных составляющих его собственной (аналитика) любви. Для того, чтобы двигаться дальше в этом направлении, пациент, обращающийся за помощью в связи со своими примитивным, до-депрессивными отношениями к объектам, нуждается в том, чтобы его аналитик был в состоянии увидеть одновременно любовь и ненависть (которые никуда не делись) к нему. В таких случаях, в конце сессии, нормы и правила оказываются важнейшими проявлениями ненависти точно так же, как и правильные интерпретации есть не что иное, как выражения любви, и символических хорошей еды и ухода. На самом деле, эту тему можно разрабатывать и дальше.

Прежде чем переходить непосредственно к описанию примитивного эмоционального развития, мне бы хотелось также прояснить, что анализ этих примитивных отношений вряд ли возможен, разве что в продолжение анализа депрессии. Совершенно очевидно, что эти примитивные типы отношений, – такие, какими мы видим их у детей и взрослых, – могут представлять собой бегство от трудностей при переходе на следующие этапы, следующие за классической регрессией. Поэтому для студента-аналитика будет правильным научиться сначала справляться с амбивалентностью во внешних отношениях и простым подавлением, а уже потом переходить к анализу фантазии пациента о внутренней и внешней сторонах его личности, а также всему спектру его защиты от депрессии, в том числе истоков элементов преследования. Последнее аналитик без труда встретит в любом анализе, но будет бесполезно или вредно для него пытаться справиться с тем, что представляют собой депрессивные отношения, если он не до конца готов именно к анализу амбивалентности. Точно так же верно и то, что это совершенно бесполезно и даже опасно для анализа примитивных до-депрессивных отношений, равно как и пытаться интерпретировать их по мере возникновения в переносе, если аналитик не готов пока справиться с депрессивной позицией, защитами против депрессии, а также манией преследования в процессе интерпретации.

Здесь у меня есть еще ряд небольших замечаний. Часто обращают внимание на то, что в пять-шесть месяцев у младенцев происходят изменения, когда нам становится гораздо проще, чем раньше, ссылаться на их эмоциональное развитие в условиях, применимых к людям в целом. Анна Фрейд делает здесь особый акцент на том, что, по ее мнению, для маленького ребенка все же более важными являются определенные аспекты ухода, чем конкретные люди. Совсем недавно Боулби высказал предположение о том, что дети в возрасте до шести месяцев не так страдают, когда их отделяют от матери, чем впоследствии (после шести месяцев). Я также обращал внимание на то, что с ребенком и правда что-то происходит в шесть месяцев, и хотя многие дети пяти месяцев уже пытаются схватить объект и поместить его в рот, но только в шесть месяцев ребенок, как правило, начинает следить

за этим объектом, намеренно пытаясь бросить его, что составляет часть его игры с ним.

При определении возраста от пяти до шести месяцев нам не требуется особая точность. Если ребенок трех или даже двух месяцев или и того меньше достигает стадии развития, соответствующей в целом возрасту пяти месяцев, никакого вреда в этом не будет.

На мой взгляд, описываемый нами этап, – как мне кажется, это описание вполне приемлемо, – является очень важным. В какой-то степени это касается физического развития ребенка, ведь ребенок в пять месяцев уже вполне в состоянии схватить объект, который попадает в поле его зрения, и потащить его в рот. Он не мог этого сделать раньше. (Возможно, он и хотел это сделать. Здесь мы вряд ли сможем провести точные параллели между умением и желанием, и мы знаем, что многие физические навыки (например, способность ходить) часто задерживаются, пока не произойдет окончательное эмоциональное и физическое созревание. Помимо физического созревания всегда есть эмоциональная сторона). Итак, можно сказать, что на данном этапе ребенок способен показать в своей игре понимание того, что есть нечто внутри, а вообще вещи появляются извне. Он показывает, что он знает, как расширить собственное пространство, принимая в него нечто (физически и психически). Кроме того, он показывает, что он знает, что может избавиться от чего-то, получив то, что ему нужно. Все это представляет огромный прорыв в его развитии. Сначала это проявляется только время от времени, но каждый такой прорыв может заканчиваться неудачей и регрессом из-за тревоги.

Итак, теперь ребенку кажется, что у его матери также есть нечто внутри, хорошее или плохое, знакомое или понятное ему. Поэтому он уже имеет дело с матерью, ее душевным равновесием и настроением. У многих детей в возрасте шести месяцев можно наблюдать эту связь как между отдельными личностями. Так что теперь, когда ребенок ощущает эту связь с другими людьми, можно говорить о том, что он уже прошел долгий путь в своем примитивном развитии.

Наша задача заключается в исследовании того, что происходит в чувствах и личности младенца до достижения им этого этапа, который мы признаем в пять-шесть месяцев, но это может происходить позже или раньше.

Также перед нами неизменно стоит вопрос: насколько рано происходят такие важные вещи? Например, следует ли говорить о нерожденном ребенке? И если это так, то в какой момент после зачатия психология вступает в силу? Я бы ответил, что если мы имеем этот важный этап в пять-шесть месяцев, то этап, связанный с рождением, также представляется крайне важным. Я это утверждаю именно потому, что можно увидеть огромную разницу в развитии у недоношенного или переношенного ребенка. Как мне видится, в конце беременности, по истечении девяти месяцев, ребенок окончательно созревает для эмоционального развития, и если младенец переношен, то он достигает этой стадии в утробе матери, поэтому следует принимать во внимание его чувства до и во время родов. С другой стороны, недоношенный ребенок не испытывает многих жизненно важных вещей, пока он не достигнет определенного возраста, когда он должен был появиться на свет, то есть через несколько недель после рождения. В любом случае, сфера для дискуссии здесь огромная.

Другой вопрос: с психологической точки зрения, *так ли важен* этот период до достижения ребенком пяти-шести месяцев? Я точно знаю, что очень многие решительно скажут «Нет». Данная точка зрения имеет право на существование, но лично я придерживаюсь обратного мнения.

Основная идея данной работы – представить тезис о том, что раннее эмоциональное развитие ребенка, пока ребенок не узнает самого себя (и, соответственно, других) как целостную личность, которой он является (и они тоже), представляется крайне важным. Так что именно здесь и следует искать корни психопатологии (психозов).

Ранние процессы развития

Можно выделить три процесса, которые, на мой взгляд, начинаются очень рано: (1) интеграция, (2) персонализация и (3) как следствие, осознание времени и пространства и иных данностей реальности – иными словами, реализация.

Многое из того, что мы воспринимаем как должное, представляет собой непрерывный процесс развития. Например, многие аналитические выводы делаются без учета анализа предыдущего уровня. Но девятилетний мальчик, который любил играть с Энн, когда ему было два года, действительно с нетерпением ждал рождения ребенка. Он говорил: «Когда появится малыш, ведь он будет рожденным до Энн?» Для него чувство времени очень шатко. И здесь опять же, как и для любого пациента-психотика, для него совершенно невыносима рутина; ибо стоит ему только согласиться с этим, и тогда он уже совершенно теряется, происходило ли это во вторник, на прошлой неделе, на этой неделе или же произойдет только на следующей.

Обычно локализация Я в теле воспринимается как должное, но пациентка-психотик в анализе вынуждена признать, что ребенком она считала свою сестру-близнеца, сидящую рядом с ней в коляске, самой собой. Ее даже несколько удивляло, когда ее сестру брали на руки, а она оставалась на том же месте. Таким образом, ее чувство Я и дифференциация с другими были недоразвитыми.

Другая пациентка-психотик приходит к выводу в анализе, что большинство процессов происходит у нее в голове; в том, что сокрыто от глаз. Глазами она могла видеть как будто сквозь окно, поэтому она не очень понимала, что делают ее ноги. В результате она часто спотыкалась и попадала в ямы. «Ведь в ногах у нее не было глаз». Она не ощущала локализации личности в собственном теле, – это было нечто сродни сложному двигателю, – которым она должна была вдумчиво и умело управлять. Другая пациентка периодически залезала в крошечную коробку и находилась там. В нашей практике мы ежедневно сталкиваемся с примерами подобных сбоев в примитивном развитии, и именно они еще раз напоминают нам о важности таких процессов, как интеграция, персонализация и реализация.

Теоретически можно предположить, что в самом начале личность дезинтегрирована, а в регрессивной дезинтеграции есть первичное состояние, к которому приводит регрессия. Мы же выступаем за первичную дезинтеграцию.

Распад личности – хорошо известное состояние в психиатрии, и его психопатология является крайне сложной. Однако, исследование подобных явлений в анализе показывает, что первичное дезинтегрированное состояние представляет основу для дезинтеграции, а любые задержки или неудачи в отношении первичной интеграции предрасполагают к дезинтеграции как регрессии, или, как следствие, к иным типам защит.

Интеграция начинается в самом начале нашей жизни, но в своей работе мы никогда не можем принимать это как должное. Мы должны учитывать это и наблюдать за всеми возможными колебаниями.

Примером интеграции может быть любой опыт пациента, который старается во что бы то ни стало не упустить ни малейшей детали из своих прошлых выходных и, в конце концов, испытывает удовлетворение, если он ничего не упустил, хотя для аналитика никакой работы проделано не было. Иногда нам следует интерпретировать это как потребность пациента, чтобы аналитик узнал его со всех неприглядных сторон. Чтобы его узнали – означает почувствовать себя интегрированным, по крайней мере, в лице аналитика. Это обычный материал из жизни ребенка; и ребенок, у которого нет рядом того, кто бы собрал все эти стороны воедино, пытается сам справиться с этой задачей самоинтеграции. Вполне возможно, что эта задача ему не по силам или мы не можем с уверенностью сказать, что ему точно удастся достигнуть интеграции.

Интеграции точно способствует определенный опыт: уход за ребенком, когда ребенок содержится в тепле, за ним ухаживают, купают, качают и называют по имени, а также острые инстинктивные переживания, способствующие формированию личности изнутри. Многие младенцы вполне неплохо справляются с интеграцией в течение первых двадцати четырех часов своей жизни. У других этот процесс несколько замедляется или же происходят сбои из-за раннего запрета удовлетворения потребностей. Суще-

ствует достаточно длинный отрезок в жизни нормального младенца, когда ему совершенно все равно, представляет ли он нечто разрозненное или единое целое, живет ли он в теле своей матери или в собственном теле, при условии, что время от времени он соприкасается с ней и что-то чувствует. Чуть позже я попытаюсь объяснить, почему распад нас так пугает, в то время как дезинтеграция нет.

В отношении окружающей среды всевозможные техники ухода и лица, которые видит младенец, звуки, которые он слышит, а также ощущаемые им запахи лишь постепенно складываются в то, что он будет называть матерью. В ситуации переноса в анализе психотиков мы получаем ясное доказательство того, что психотическое состояние дезинтеграции совершенно точно имело место на примитивной стадии эмоционального развития личности.

Обычно принято считать, что здоровый человек всегда интегрирован, он живет в собственном теле и в состоянии ощущать реальный мир. Однако, можно увидеть и определенный здравый смысл, симптоматического характера, связано ли это со страхом или отрицанием безумия, страхом или отрицанием врожденной способности любого человека к дезинтеграции, деперсонализации и ощущению того, что мир нереален. Недостаток сна у любого человека может привести к подобным состояниям.[23]

Наряду с интеграцией крайне важным является ощущение человеком собственного тела. Опять же именно инстинктивный опыт и регулярный спокойный уход за телом, – все то, чего постепенно становится все больше и больше, можно назвать удовлетворительной персонализацией. Как и в случае с дезинтеграцией, деперсонализация психоза связана с задержками персонализации в раннем возрасте.

Деперсонализацию достаточно часто можно встретить у взрослых и детей, она часто скрывается, например, в том, что называ-

[23] Всевозможные примеры творческого самовыражения позволяют нам поддерживать связь с собственными примитивными Я, откуда берут свое начало наиболее яркие чувства и особенно острые переживания; и мы правда очень многое теряем, если всего этого лишены.

ется глубокий сон и упадок сил, когда человек бледный как труп: «она где-то совсем далеко» говорят люди, и они в общем-то правы.

Проблема, связанная с персонализацией, имеет отношение к воображаемым друзьям

детства. И это не просто фантазийные конструкции. Изучение будущего этих воображаемых друзей (в анализе) показывает, что иногда это другие существа крайне примитивного типа. В данном случае я не могу четко сформулировать то, что я имею в виду, и здесь вряд ли будет уместным подробно останавливаться на этом. Скорее я бы сказал, что эти крайне примитивные и магические создания (воображаемые друзья) легко используются как защиты, так как они магическим образом обходят все тревоги, связанные с инкорпорированием, усвоением, удержанием и выбросом.

Диссоциация

Из проблемы дезинтеграции возникает другая, а именно: диссоциации. Диссоциации вполне можно изучать в их первоначальных или естественных формах. На мой взгляд, из дезинтеграции возникает целый ряд того, что впоследствии называют диссоциациями, возникшими вследствие неполной или частичной интеграции. Например, бывают спокойные и возбужденные состояния. Я думаю, вряд ли можно утверждать, что ребенок в самом начале осознает, что он чувствует это или то, лежа в своей кроватке или получая определенные тактильные ощущения во время купания; он все тот же, что и кричащий и требующий немедленного удовлетворения потребностей, одержимый стремлением получить что-либо или уничтожить что-то, пока он не получит своей порции молока. Это означает, что сначала он не знает, что мать, – образ которой складывается у него из этих спокойных переживаний, – одно и то же, что и та сила, сокрытая в ее груди, которую он стремится уничтожить.

Кроме того, как мне кажется, не обязательно должна быть интеграция между ребенком спящим и ребенком бодрствующим. Эта интеграция приходит со временем. Когда сны начинают за-

поминаться и даже пересказываются третьему лицу, диссоциация немного ухудшается; но некоторые люди никогда не запоминают свои сновидения, а дети очень сильно зависят от взрослых (что касается запоминания их сновидений). Для маленьких детей совершенно нормально видеть тревожные сны и даже кошмары. В такие моменты ребенку необходим кто-то, кто поможет ему вспомнить сон. Это ценный опыт вне зависимости от того, когда данное сновидение ему приснилось и запомнил ли он его, именно из-за нарушения связанной с этим диссоциации. Какой бы сложной ни была такая диссоциации у ребенка или взрослого, факты говорят о том, что это может происходить в естественных состояниях чередования сна и бодрствования с самого рождения.

В действительности жизнь ребенка, когда он бодрствует, можно описать как постепенное развитие диссоциации из состояния сна.

Любое художественное творчество постепенно занимает место сновидений или дополняет их, именно поэтому это так важно как для отдельного человека, так и всего человечества.

Диссоциация – достаточно распространенный защитный механизм, способный привести к самым неожиданным результатам. Например, городская жизнь – это явная диссоциация, имеющая серьезные последствия для цивилизации. То же самое с войной и миром. Если говорить о психических болезнях, то здесь также хорошо известны крайности. В детстве диссоциации могут проявляется, например, в таких распространенных явлениях, как сомнамбулизм, недержание кала, некоторые формы косоглазия и т.д. Так что довольно просто не заметить диссоциацию при оценивании личности.

Адаптация к реальности

А теперь поговорим об интеграции. Если мы что-то делаем, мы имеем другой невероятно важный предмет, а именно: первичное отношение к внешней реальности. В традиционном анализе мы можем и обычно принимаем как должное. Этот же шаг в эмоци-

ональном развитии, который является весьма сложным, и этот шаг, уже сделанный, представляет огромный шаг вперед в эмоциональном развитии, при этом его никогда нельзя считать чем-то постоянным и неизменным. Многие случаи, которые мы считаем непригодными для анализа, действительно являются таковыми, если мы не можем справиться с трудностями переноса, которые относятся к существенным недостаткам подлинного отношения к внешней реальности. В анализе психотиков мы часто сталкиваемся с тем, что в некоторых случаях анализа этот существенный недостаток подлинного отношения к внешней реальности представляет практически главную проблему.

Я постараюсь наиболее просто описать это явление, как я это вижу. Что касается ребенка и материнской груди (я не стану утверждать, что грудь имеет важнейшее значение как проводник материнской любви) у ребенка есть определенные инстинктивные позывы и хищнические идеи. У матери есть грудь и способность вырабатывать молоко. Также существует мнение, что мать мечтает подвергнуться нападению голодного ребенка. Эти два явления никак не пересекаются между собой до тех пор, пока мать и ребенок *находятся вместе*. Мать, будучи зрелой и физически развитой, должна быть терпимой и все понимать, ведь именно она создает ситуацию, которая может, при удачном раскладе, привести к тем первым связям, которые ребенок устанавливает с внешним объектом, объектом; который является внешним по отношению к Я с точки зрения младенца.

Я рассматриваю весь этот процесс так, как будто две линии из противоположных направлений встречаются в одной точке. Если они пересекаются, может возникнуть *иллюзия* – такого опыта, когда ребенок может взять себе за основу *либо* галлюцинации, *либо* то, что принадлежит к внешней реальности.

Иными словами, ребенок ищет грудь, когда он возбужден и готов вызвать галлюцинации того, на что он может совершить нападения. В этот момент появляется соска и он способен почувствовать, что это и есть тот самый сосок, который он представлял в воображении. Таким образом, его представления обогащаются реальными деталями, связанными со зрением, чувствами, запахом, так что в следующий раз этот материал уже будет использо-

ваться им в галлюцинациях. Таким образом, он наращивает способность вызывать в своем воображении то, что на самом деле доступно ему. Мать по-прежнему должна предоставлять младенцу подобный опыт. Процесс невероятно упрощается, если за ребенком ухаживает один человек, используя один методом. Кажется, что самой природой предопределено, чтобы за ребенком с самого его рождения ухаживала только мать или приемная мать, но никак не несколько нянек.

Особенно в самом начале роль матери невероятно важна, и на самом деле это работа матери – защитить своего ребенка от тех сложностей, которые пока еще могут быть не совсем поняты младенцу, продолжая стабильно обеспечивать ему ту упрощенную картину мира, которую младенец познает через нее. Только такой подход может способствовать объективности или подлинного научному подходу. Все неудачи, связанные с объективностью в любом возрасте, потом можно отнести к провалу на данной стадии примитивного эмоционального развития. И только благодаря этой монотонности мать может привнести некое многообразие.

Но принятие внешней реальности дает нам и определенное преимущество. Нам часто приходится слышать о вполне реальных фрустрациях, налагаемых внешней реальностью, но гораздо реже мы узнаем о связанных с этим чувствах облегчения и удовлетворении. Ребенку приносит удовлетворение реальный молоко, а не воображаемое, но не это главное. Дело в том, что в фантазиях вступает в силу некий магический процесс: в фантазии нет тормозов, а любовь и ненависть одинаково опасны.

Во внешней реальности есть некие тормоза, они всем известны и их можно изучать; что касается фантазий, то их можно выносить в полной мере только тогда, когда объективная реальность воспринимается должным образом. Субъективная реальность имеет невероятную ценность, но она вызывает столь сильную тревогу и является непонятной для ребенка, что ее нельзя воспринимать исключительно как параллельную объективной реальности.

Все это позволяет нам увидеть, что фантазии не являются тем, что создает человек, чтобы справиться с разочарованиями внешней реальности. Это верно только в отношении фантазирования.

Фантазии первичнее, чем реальность, и обогащение фантазии невероятным многообразием мира зависит от опыта иллюзий.

Интересно рассмотреть отношение индивида к объектам в созданном им мире фантазий. В действительности здесь можно говорить обо всех этапах развития и сложностях в этом мире, созданном самим собой, в соответствии с испытанными иллюзиями, а также тем, насколько в созданном самим человеком мире использовались или нет объекты воспринимаемого мира как внешнего, так и материального. Это, очевидно, требует более подробного рассмотрения уже в другом контексте.

В наиболее примитивных состояниях, например, во время болезни, когда у человека может происходить регресс, объект ведет себя в соответствии с некими магическим законами, т.е. существует по желанию, приближается по мере необходимости, ощущает боль, когда действительно болит. И наконец разрушается, когда в этом нет больше необходимости.

Последнее самое страшное и можно считать полным уничтожением. Перестать желать, удовлетворив потребность, – значит уничтожить объект. Это одна из причин, почему дети не всегда довольны и счастливы после того, как они получают некий удовлетворительный результат. Один мой пациент испытал этот страх во взрослой жизни, и смог избавиться от этого только в анализе; человек, у которого был очень хороший ранний опыт отношений с матерью.[24] Его главным страхом был страх удовлетворения.

Я понимаю, что это только внешние очертания той огромной проблемы, которая связана с первыми шагами в формировании отношения к внешней реальности, а также отношения фантазии к реальности. Довольно скоро мы сможем добавить к этому что-то еще. Но в самом начале необходимо установить простой *контакт* с внешней или общей реальностью, когда у младенца возникают определенные галлюцинации в отношении мира со всеми теми ил-

[24] Я лишь упомяну здесь другую причину, почему ребенок не удовлетворен исполнением чего-то. Он себя чувствует обманутым. Можно сказать, что он намеревался совершить каннибалистическое нападение, но наркотик не позволил ему это сделать. В лучшем случае он может отложить нападение.

люзорными моментами, когда два отдельных предмета он считает идентичны, чего в действительности никогда не было.

Чтобы такая иллюзия возникла в сознании ребенка, человек, находящийся рядом с ним, должен постоянно представлять мир ребенку в понятной для него форме, и в ограниченных дозах, так, чтобы это отвечало потребностям ребенка. Именно поэтому ребенок не может существовать в одиночку – психологически или физически, – и ему действительно необходим тот, кто бы мог прежде всего позаботиться о нем.

Тема иллюзии огромна и требует отдельного рассмотрения; здесь мы сможем найти ключ к пониманию интересов ребенка к всевозможным пузырькам и облакам, радуге и всевозможным загадочным явлениям, а также его интерес к пушинкам, что совсем непросто объяснить с точки зрения непосредственных инстинктов. Где-то здесь также интерес и к дыханию, ведь мы никогда не знаем, идет ли это изнутри или снаружи, и что является основой концепции духа, души, анимы.

Примитивная беспощадность (первоначальный интерес)

А сейчас мы перейдем к рассмотрению самых первых отношений между ребенком и его матерью.

Говоря о том, что человек является хорошо интегрированный, личностно развитым и у него был хороший старт, ему еще предстоит долгий путь, прежде чем проявится до конца эта связь с его матерью и он осознает то, насколько его собственные мысли и поступки повлияли на нее.

Нам приходится признать ранние безжалостные объектные отношения. Опять же это может быть лишь теоретическая фаза, и, конечно же, вряд ли здесь возможна жестокость после того, как взвешены все за и против, разве что в состоянии раздвоения личности. Но безжалостные диссоциированные состояния вполне распространены в раннем детстве, и встречаются в определенных типах делинквентности, душевных расстройствах, и в других случаях, которые вполне можно отнести к норме. Нормальный ребе-

нок получает удовольствие от безжалостного отношения к собственной матери, демонстрируя это в основном в игре, при этом он нуждается в матери, ибо только она может терпеть его безжалостным отношение к ней даже в игре, потому что это действительно причиняет ей боль и изнуряет ее. Без такой игры с ней он может только скрывать собственное безжалостное Я и проявить его в состоянии диссоциации.[25]

Я могу говорить здесь о великом страхе дезинтеграции в сравнении с принятием отсутствия первичной интеграции. Как только человек достигает стадии проявленного интереса, он не может не обращать внимания на результат его импульсов или же такие незначительные проявления, как покусывание рта, моргание, пронзительный крик, и т.д. и т.п. Дезинтеграция означает отказ от неконтролируемых импульсов, ибо они действуют сами по себе; кроме того, это вызывает в воображении идею одинаково неконтролируемых (поскольку они диссоциированы) импульсов, направленных на себя.[26]

Примитивное возмездие

Итак, давайте снова немного вернемся назад. Мне представляется совершенно естественным постулировать более примитивные объектные отношения, в которых объект пытается осуществить возмездие. Это происходит еще до формирования истинного отношения к внешней реальности. В этом случае объект, или окружение, в значительной степени представляет часть Я как и инстинкт, вызываемый в его воображении.[27] В интроверсии ран-

[25] В мифологии есть одна жестокая фигура – Лилит. Так что истоки этого мифа очень важны для нас.

[26] Крокодил, прежде чем съесть пойманную жертву, не только проливает слезы, как бы оплакивая ее; он тут же готов поддержать собственное безжалостное примитивное Я.

[27] Это представляется важным в контексте юнгианской аналитической психологии. Мы все пытаемся свести к инстинктам, и аналитические психологи также стремятся все отнести к этой части примитивного Я, которое похоже на окружение, но возникающее из инстинктов (архетипов). Нам следует пересмотреть свою

него происхождения и, следовательно, примитивного качества человек живет в этой среде, которая является им самим. И вряд ли это можно назвать хорошей жизнью. Здесь нет никакого роста, потому что не происходит обогащение от внешней реальности.

Чтобы наглядно показать это, я приведу пример с сосанием большого пальца (включая сосание кулака и указательного пальца). Это можно наблюдать, начиная с рождения, и, следовательно, можно предположить, что это имеет определенное значение, начиная с примитивного развития до определенной зрелости. Потому это важно, как в качестве нормальной активности, так и определенного симптома эмоционального расстройства.

Все мы знаем, что сосание большого пальца относят к действиям аутоэротического характера. Рот является эрогенной зоной, устроенной особым образом во младенчестве, а сосание большого пальца доставляет ребенку удовольствие. У него также возникают приятные ощущения в этой связи.

Ненависть также выражается, когда ребенок повреждает свой палец слишком энергичным или непрерывным сосанием, а вскоре к этому добавится еще и грызение ногтей, чтобы справиться с этими чувствами. Также он может повредить и свой рот. Но мы не можем утверждать, что все повреждения на пальцах руки или во рту могут быть вызваны ненавистью. Очевидно, что-то все же должно пострадать, если ребенок получает удовольствие: объект примитивной любви страдает как от любви, так и от ненависти.

Мы можем объяснить сосание пальца или особенно грызение ногтей, смену любви на ненависть, такими причинами, как необходимость сохранения интереса внешнего объекта. Кроме того, мы можем наблюдать поворот к Я, столкнувшись с фрустрацией любви внешнего объекта.

Данную тему вряд ли можно считать до конца исчерпанной, и она конечно же требует дальнейшего изучения.

точку зрения, чтобы оперировать и теми, и другими представлениями, а также обратить внимание (если это верно) на то, что в самом раннем теоретическом примитивном состоянии Я имеет собственное окружение, созданное им самим, которое в той же мере Я, что и инстинкты, которые он воспроизводит. Это тема, требующая дальнейшего рассмотрения.

Я полагаю, любой согласится с тем, что сосание пальца приносит успокоение, а не только удовольствие (будь то кулак или палец вместо груди или матери, или что бы то ни было). Например, ребенок около четырех месяцев реагирует на утрату матери так, что он старается засунуть кулачок прямо в рот, и он правда может очень сильно страдать, если ему не позволять этого.

В то время как сосание пальца – совершенно нормальное и обычное явление, часто здесь можно видеть, как ребенок прибегает и к помощи кукол или адекватных взрослых; также верно и то, что сосание пальца сохраняется у шизоидных личностей, и в таких случаях это принимает форму крайней навязчивости. У одного моего пациента это сменилось компульсивным чтением.

Эти явления невозможно объяснить только тем, что акт – это некая попытка локализовать объект (грудь и т.д.), чтобы он всегда был где-то рядом (как внутри, так и вне). Это либо защита от потери объекта во внешнем мире или же где-то внутри тела, то есть защита от потери контроля над объектом. У меня нет сомнений в том, что сосание большого пальца в норме имеет ту же функцию.

Элемент аутоэротизма не всегда столь важен и, конечно же, использование куклы и кулака вскоре становятся явной защитой против всякой неопределенности и иной тревогах примитивного характера.

И, наконец, сосание кулака представляет полезную инсценировку отношений с примитивным объектом, в котором объект столь же индивидуален, как и стремление к этому объекту, так как он возник из желания, или галлюцинаций, и в начале это не зависит от соприкосновения с внешней реальностью.

Некоторые дети стремятся засунуть палец в рот во время сосания груди, таким образом, придерживаясь самостоятельно созданной реальности при использовании реальности внешней.

Резюме

Итак, мы попытались сформулировать примитивные эмоциональные процессы, которые являются нормальным явлением в раннем детстве и проявляются регрессивно в психозах.

Глава XIII

Педиатрия и психиатрия [1948]

В данном случае я выбрал тему «Педиатрия и психиатрия», учитывая характер своей работы. Я педиатр, оказавшийся в психиатрии, и психиатр, склоняющийся к педиатрии. Так что для докладчика в данном случае будет вполне естественным говорить о собственном опыте, столь важном для него. На мой взгляд, – поскольку мне довелось работать именно в этих двух областях, – я могу рассказать то, что будет представлять определенный интерес для детского врача, равно как и для доктора, работа которого связана с душевной болезнью. И, конечно же, работая в этих двух разных областях, я не могу считать себя экспертом в обеих.

Исследования, отсылающие нас к эпохе Фрейда, показывают нам то, что в анализе психоневроза детство пациента изобилует невыносимыми конфликтами, которые привели в результате к подавлению и формированию защит, а также сбоям в эмоциональном развитии человека с последующим формированием симптомов. Таким образом, совершено естественно, что исследования были направлены на эмоциональную жизнь детей. Только потом мы узнали, что реконструкцию (то, что делали взрослые пациенты со своими детскими конфликтами: конфликтами, связанными с их инстинктивными представлениями и опытом) можно было видеть уже в детстве, и совершенно точно это было в аналитическом лечении детей. Незадолго до этого уже стали проявлять интерес к тому, нет ли связи между наиболее тяжёлыми психотическими заболеваниями взрослых и их младенческим опытом.

Постепенно была сформирована невероятно сложная теория эмоционального развития человека, и теперь, наряду с этим ужасающим и в то же самое время восхитительным неведением, у нас есть полезные рабочие гипотезы, а именно: гипотезы, которые действительно работают. Теперь мы располагаем достаточным материалом для того, чтобы попытаться сформулировать какие-то вещи в отношении младенцев, которые волнуют в равной степени как психиатра, так и детского врача, и мне бы хотелось быть одним из тех, кто попытается это озвучить.

Итак, мой главный тезис здесь в том, что научный работник в любой из этих двух областей может многое почерпнуть для себя от встречи с другим. Но тут следует сделать одну оговорку; быть может, она и не будет принята. Я призываю обращаться к психологии в случае любого психического расстройства. На мой взгляд, мы вполне можем обращаться к психиатрии в случаях, когда ткань головного мозга не нарушена. Естественно, если мозг поражен, имеются физические нарушения или производились какие-то хирургические вмешательства, вполне ожидаемы и изменения психического характера. Лично для себя мне мало что удалось почерпнуть, изучая личность человека с нарушениями мозга, в то время как мы действительно можем очень многое узнать для себя, изучая человека с неповрежденным мозгом, – и так многое нам еще предстоит понять о нормальном эмоциональном развитии и всех его причудах.

Я надеюсь, у вас не возникнет мысли о том, что я постоянно игнорирую наследственность или старческое слабоумие, а также всевозможные травмы, энцефалит, токсический делирий, или опухоль головного мозга, или даже симптоматические улучшение после нескольких припадков.

Итак, позвольте мне вновь высказать свою мысль о том, что действительно можно проследить определенную взаимосвязь между клиническим развитием ребенка и определенными психиатрическими состояниями, а также между уходом за ребенком и правильным уходом за психическими больными.

Для исследований необходимы определенные концепции, и можно говорить о субъективной инициации запроса. Объектив-

ность придет чуть позже, когда мы будем планомерно осуществлять запланированную работу и сравнивать наблюдения, сделанные в разных плоскостях. Отдавая должное тем, кто занимается исследованием данного вопроса эмоционального развития ребенка, мне бы хотелось описать различные подходы, которые мы постараемся рассмотреть более подробно. Следующие подходы обеспечивают нам столь необходимые наблюдения, которые можно сравнить, а также корреляции между ними:

1. Прямое наблюдение за отношениями мать-младенец.
   Примером этого может служить работа д-ра Миддлмора (к сожалению, безвременно ушедшей от нас), которая описывается в книге *Пара* – мать и дитя.
2. Непосредственное периодическое наблюдение за младенцем, которое начинается сразу же после рождения и продолжается в течение года. В общей практике, а также в педиатрическом амбулаторном отделении госпиталя родители навещают детей в случае возникновения проблем, или же когда они нуждаются в совете.
3. Педиатрический анамнез.
   В своей практике (достаточно обширной) я, как правило, даю возможность матери рассказать мне то, что она знает о развитии своего младенца. Дело в том, что у нас всегда есть возможность узнать об анамнезе гораздо больше, и при наличии подобного опыта специалист становится все более точным в своих оценках описания матери.
4. Контроль за кормлением и выделениями ребенка в педиатрической практике.
   В данной статье я приведу пример психологических аспектов проблем с питанием у младенца. Можно сказать, что в большинстве случаев, – когда речь не идет о болезни, – работа с физиологической стороны уже была проделана физиологами и биохимиками, а практические проблемы носят, главным образом, психологический характер.
5. Диагностическое интервью с ребенком.
   В первом интервью часто возможно, – и это будет совсем не лишнем, – сделать своего рода аналитическую обработку

в миниатюре. Если анализ будет проводиться позже, потом все равно потребуется очень много времени для повторного сбора информации. В таких интервью врач не до конца уверен в собственной позиции, поскольку он уже очень давно находится в этом анализе; но с другой стороны, у него формируется глубокое понимание самых разных случаев, и это в некоторой степени уравновешивает количественные ограничения в его аналитической практике.

6. Реальный психо-аналитический опыт.
   Это дает нам совершенно иное представление о младенчестве пациента в зависимости от того, находится ли ребенок в группе детей от 2- до 4 лет, или старше, или же это пубертат или подростковый возраст. Для аналитика, который проводит исследования самых ранних процессов эмоционального развития, анализ относительно нормальных взрослых может быть даже более эффективным, чем анализ детей.
7. Наблюдение в педиатрической практике за психотическими регрессиями, обычно возникающими в детстве и даже в младенческом возрасте.
8. Наблюдение за детьми дома (если для этого есть возможность) – идет ли речь об антисоциальном поведении, запутанных состояниях, маниакальных эпизодах, подозрительных отношениях, преследованиях, или припадках.
9. Психоанализ шизофреников.
   Здесь я бы выделил совершенно отдельную группу, поскольку я убежден в том, что такой анализ под силу только опытным аналитикам. На мой взгляд, анализ заболеваний, связанных с депрессией и всевозможными защитами от депрессии, теперь совершенно обычное дело, а не какие-то «научные изыскания». Это также относится и к маниакально-депрессивным и даже параноидальным случаям. Однако, больных шизофренией следует отнести совершенно к иному классу, и я бы сказал, что их лечение – это более новаторская тема.

Я уже в общем-то готов к некоторому недопониманию, если не позаботиться о специальных превентивных мерах. Мне часто доводилось слышать следующее: представление о том, что сумасшедшие люди, как младенцы или маленькие дети, просто не соответствует действительности. Я постараюсь прояснить, что этим я вовсе не хочу сказать, что психически больные чаще ведут себя как дети, в отличие от невротиков. Обычные здоровые дети не невротики (хотя они могут быть ими), а простые младенцы вовсе не сумасшедшие. Связь между педиатрией и психиатрией намного тоньше.

Теория, на которой я хотел бы остановиться, следующая: в эмоциональном развитии любого младенца задействованы сложные процессы, а отсутствие движения вперед или полноты этих процессов предрасполагает к психическим расстройствам или выходу из строя; успешное же завершение этих процессов формирует основу психического здоровья.

Психическое здоровье человека закладывается в раннем детстве матерью, обеспечивающей среду, в которой сложные, но важные процессы младенца могут быть завершены. Для начала, возможно, было бы неплохо описать следующую задачу: быть достаточно хорошей матерью в этом партнерстве. Я как раз попытаюсь это сделать, но прежде я хотел бы сказать несколько слов о том *смысле*, который играет реальная мать в жизни ребенка.

Нет никаких сомнений в том, что в конечном счете ребенок должен ощутить себя целостной личностью и к матери относиться как целостной личности; вскоре после достижения этого этапа в его жизнь будут входить другие люди, но здесь стоит затронуть определенные осложнения, сопровождающие подобную ситуацию. Нет единого мнения в отношении возраста ребенка (когда ему исполняется год, и он начинает воспринимать свою мать как отдельного человека), что именно поэтому он обеспокоен результатами его реального и мнимого нападения на нее под воздействием инстинктивного напряжения. Эту головоломку, к счастью, можно оставить без ответа, так как в данный момент мы рассматриваем уход матери на этапе, предшествующем этапу тревоги.

Мне кажется, я понимаю сейчас, что Анна Фрейд (1947, p. 200.) имела в виду, говоря:

«Эта первая «любовь» младенца эгоистична и материальна. В своей жизни он руководствуется чувствами потребности и удовлетворения, удовольствия и дискомфорта. Мать, как объект, играет определенную роль в этой жизни до тех пор, покуда она приносит удовлетворение и устраняет дискомфорт. Когда потребности младенца реализованы, – то есть, когда ему тепло, комфортно, он испытывает приятные ощущения в желудке, – тогда он теряет интерес к объектному миру и засыпает. Когда он голоден, – ему холодно и он мокрый, или же у него проблемы с кишечником, – он обращается за помощью к внешнему миру. В этот период потребность объекта неразрывно связана с огромными потребностями тела.

> «С пятого или шестого месяца младенец начинает обращать внимание на мать также в те периоды, когда его уже не беспокоят телесные ощущения».

Д-р Фридлендер (1947, p. 23) писал:

> «...В течение первых недель и даже месяцев жизни отношения ребенка с матерью достаточно простые. Мать является инструментом, удовлетворяющим телесные потребности ребенка. Любой человек, выполняющий данную функцию, вызовет такую же реакцию у ребенка ....»

Однако, где-то примерно к седьмой недели большая часть детей ясно показывает, что у них уже есть контакт с некой женщиной, которая является их матерью.

Давайте попытаемся проанализировать работу матери. Если ребенку предстоит развиться в некое существо и войти в контакт с миром, который мы знаем, – чтобы встреча действительно произошла, а в действиях была согласованность, – в таком случае следующие вещи о матери представляются жизненно важными:

Она существует, продолжает существовать, живет, вдыхает запахи, дышит, ее сердце бьется. Она *здесь,* и это невозможно не почувствовать.

Она любит физически, обеспечивает контакт, температуру тела, передвижения и тишину в соответствии с потребностями ребенка.

Она дает ребенку возможность осуществить переход между тихим и возбужденным состоянием, а не появляется внезапно перед ребенком с едой, ожидая от него реакции.

Она обеспечивает ему подходящую пищу в нужное время.

Сначала она позволяет младенцу доминировать, будучи готовой (так как ребенок – это практически часть ее самой) держаться на расстоянии и реагировать в случае необходимости.

Постепенно она знакомит его с внешним миром, тщательно дозируя это в соответствии с потребностями ребенка, которые меняются ежеминутно и ежесекундно.

Она защищает ребенка от всевозможных случайностей и шока (только ребенок прильнул к груди, как в дверь постучали), пытаясь сохранить физическую и эмоциональную ситуацию достаточно простой и понятной для младенца, а также соответствующей его растущему потенциалу.

Она обеспечивает непрерывность.

Веря в младенца, как в человеческое существо, наделенное определенными правами, она не спешит с его развитием и дает ему возможность сформироваться как личности.

Для матери ребенок является человеческим существом с самого начала, и это позволяет ей терпеть отсутствие у него интеграции и его слабое чувство жизни-в-теле.

Если добавить к этому то, что мать держится, несмотря на постоянные нападки на нее младенца (как в любви, так и в гневе), можно будет переходить к функциям матери в отношении к ребенку, у которого есть инстинкты и определенные способности.

Если рассматривать это заведомо неполное описание, совершенно очевидно то, что в то время как некоторые функции (например, кормление) могут осуществляться кем-то еще, многие другие вещи могут быть сделаны только тем, у кого такой же неподдельный интерес, как и у матери; кроме того, этот непрерывный процесс не может поддерживаться разными лицами; в любом случае есть множество деталей, на которые обращает внимание младенец, начиная от вида соска или лица, или же запахов и тактильных ощущений, и так далее. Кроме того, как может кто-то, кто не находится в роли матери, знать ребенка настолько хорошо,

чтобы предоставить ему все необходимое, дать ему достаточно для того, чтобы стимулировать растущий потенциал, и при этом не вызвать неразберихи?

Итак, как мне кажется, я готов сделать первое заявление педиатра-клинициста на основании имеющегося у меня психиатрического опыта. Если это действительно так, что психическое здоровье любого человека закладывается матерью в ее непосредственном опыте с младенцем, тогда главной задачей врача и медсестры будет не вмешиваться. Вместо того, чтобы пытаться научить матерей сделать то, чему на самом деле научиться нельзя, педиатры должны уметь признавать хорошую мать, когда они видят таковую, убеждая ее, что у нее есть все возможности для роста в том, что она делает; ошибки здесь тоже неизбежны, и она безусловно будет делать их, но, если благодаря этим ошибкам она будет все больше и больше совершенствоваться, значит все ее усилия не напрасны.

Матери не смогут расти, если их напугают, заставив делать то, что нужно. Они должны сначала понимать свои чувства, при этом они нуждаются в определенной поддержке – поддержке от собственных страхов, суеверий, мнения соседей, и, конечно же, несчастных случаев и болезней (которые в наше время скорее всего можно предотвратить или вылечить). В данном случае, обращаясь к педиатрической аудитории, я бы мог сказать гораздо больше, а именно: те моменты, когда младенцу наносится ущерб грубым нарушением тонких природных процессов в партнерстве мать-младенец.

Окружающая среда является настолько жизненно важной на этой ранней стадии, что мы приходим к неожиданному выводу, а именно: шизофрения является своего рода болезнью дефицита окружающей среды. Ведь идеальная среда на старте может, по крайней мере теоретически, обеспечить младенцу первоначальное эмоциональное или психическое развитие, предрасполагающее к дальнейшему эмоциональному развитию и, соответственно, психическому здоровью на протяжении всей жизни. Неблагоприятная среда потом – нечто другое, лишь дополнительный неблагоприятный фактор в общей этиологии психических расстройств.

Раннее младенчество

Теперь позвольте мне кратко остановиться на задаче младенца, которому повезло и за ним ухаживает обычная хорошая мать. Следует понимать, что задача ребенка в данном случае (по крайней мере с момента его рождения) никогда не будет завершенной, а его достижения в первые недели и месяцы будут множество раз утрачены и обретены вновь.

Нетрудно догадаться, что в случае любого младенца по крайней мере три составляющие представляются крайне важными:

1. Ребенок должен вступить в контакт с реальностью.
2. Должна произойти личностная интеграция ребенка, и в этой интеграции требуется стабильность.
3. Ребенок должен почувствовать, что он действительно живет в этом теле (то, что для нас совершенно очевидно, но ребенком это сначала не ощущается столь важным).

Итак, обязательны три составляющие: контакт с реальностью, интеграция, ощущение тела.

Психиатру не составит труда увидеть в природе этих задач отражение симптомов, постоянно вызывающих у него беспокойство, а именно: утрата контакта с реальностью и чувства реальности, дезинтеграция и деперсонализация.

Итак, я постараюсь остановиться пока только на одной из этих тем.

Отношение к внешней реальности

Здесь мне бы хотелось рассмотреть тему установления контакта с реальностью, но даже в этом случае я должен ограничить свое внимание только одним примером: контактам, возникающим из той самой примитивной любви, которая называется жадностью, и которая сохраняется как любовь по расчету. Не менее важным является контакт с реальностью в спокойные периоды, но я постараюсь не уходить слишком далеко от заданной темы.

Как только станут возможны объектные отношения, крайне важным будет следующее: находится ли этот объект снаружи или

внутри ребенка. Хотя, как мне кажется, до этого есть еще некая стадия, на которой не наблюдается никаких отношений вообще. Я бы сказал, что изначально есть условие, которое можно описать одновременно как *абсолютная независимость* и *абсолютная зависимость*. Здесь нет чувства зависимости, и, соответственно, такая зависимость должна быть абсолютной. Следует сказать, что из такого состояния младенца может вывести инстинктивное напряжение, которое называется голодом. Я бы сказал, что ребенок готов поверить в нечто существующее, т.е. у ребенка развивается готовность представить в воображении некий объект; но это скорее похоже на ожидания, чем объект сам по себе. В этот момент приходит мать с грудью (я говорю грудь для упрощения описания) и размещается так, что он сразу же находит ее. Или же это происходит как-то иначе. Здесь все очень непросто, а именно: получится ли у матери и младенца «дернуть за нужный крючок». В самом начале мать позволяет ребенку доминировать, и, если она не в состоянии этого сделать, субъективное восприятие младенца не сможет наложить на него объективно воспринимаемую грудь. Стоит ли здесь говорить о том, что следуя импульсам младенца, мать дает ребенку *иллюзию* того, что увиденное им (то, что он видит перед собой) – это созданная им самим вещь; и в результате мы имеем не только физический опыт удовлетворения инстинктов, но и эмоциональный союз, а также первоначальную веру в реальность как нечто такое, в отношении чего может быть множество иллюзий. Постепенно, благодаря непосредственному опыту отношений между матерью и ребенком, ребенок использует воспринимаемые детали в созидании ожидаемого объекта. В ходе кормления грудью мать может повторять этот спектакль в тысячный раз. Она может настолько успешно наделить своего ребенка иллюзорными способностями, что у нее не будет никаких трудностей в ее следующей задаче, а именно: постепенном разочаровании (отлучении от груди в примитивном сеттинге, что и представляет для меня основной интерес в данной работе).

Некоторые специалисты обеспокоены тем, что в психологии не существует такого понятия, как прямая связь, лишь иллюзия отношений; но, как мне кажется, психиатры настолько привыкли к

описаниям своих пациентов, утративших контакт с реальностью, что они-то как раз не будут возражать. Многие из нас настолько хорошо справляются с использованием объективно наблюдаемого и ожидаемого, что нам удастся это сделать без специальных образов, если только мы не устали или физически истощены. Для младенца подобное разумное использование общей реальности, которая является еще одним аспектом объективности, отнюдь не что-то заранее установленное. Итак, все зависит от матери с самого начала.

Функция матери – просто быть преданной, т.е. при условии, что врачи, медицинские сестры и другой помогающий персонал позволяют ей действовать так, как она считает правильным.

И вот здесь вступает в игру педиатр – позволяя матери испытывать истинные чувства по отношению к собственному ребенку. В данном случае, педиатр, принимая помощь психоаналитика, способствует расширению сферы психоаналитической практики. Надо сказать, что врачи не очень сильно помогают матери хорошо ощущать себя в этой роли, одной из самых важных, которую они должны выполнять.

Женщина зачастую не может быть уверенной в том, что после рождения ребенка ей позволят воспитывать его так, как она себе это видит. Позвольте мне быстро сделать здесь одно отступление. Профессор Спенс из Ньюкасла настаивает на том, что любой здоровый ребенок в родильном доме должен находиться в кроватке рядом с матерью. Мать должна иметь ту квалифицированную помощь, в которой она так сильно нуждается, пользуясь доверием высококвалифицированного медицинского персонала. В то же время от нее ожидается, что она лучше знает, как кормить своего ребенка (техники и проч.) Нет никаких правил о регулярности кормлении, и «кормящая пара» (термин, впоследствии введенный д-ром Миддлмором), как правило, рано или поздно находит свой собственный ритм кормления. Для сравнения возьмем самый негативный случай, который не так не трудно найти: роддома, в которых дети находятся в детских кроватках в отдельной палате, даже когда они здоровы. В периоды кормления их подвозят на каталках, туго спеленутых, и в нужный момент появляется медсестра, пы-

таясь засунуть в рот кричащего младенца грудь разочарованной, фрустрированной, часто испуганной матери.

Это относится только к начальной стадии кормления, но легко можно увидеть, что эти идеи могут быть применены и на всех последующих этапах. Тем не менее, если начало будет трудным, дальше задача только усложняется. Кроме того, клинически серьезные расстройства, связанные с кормлением, могут начаться уже на начальном этапе.

Поэтому, педиатр, выслушивая непростые истории маленьких детей, поражается распространенности сравнительно или достаточно тяжелых запретных действий, связанных с кормлением. Он приходит к выводу, что есть определенные важнейшие моменты, которых можно по пальцам перечесть. (У меня был тяжелый случай в анализе –девочка трех лет. Запретные действия в ее кормлении можно было видеть уже в двенадцать месяцев, когда однажды ее усадили за стол, чтобы она ела вместе с отцом и матерью; то есть все трое вместе). Это же (не терять время на еду), примерно совпало с рождением другого ребенка в семье. Очень часто это «не терять время на еду» начинается уже в младенческом возрасте. Существует некий запрет – чтобы ребенок ел сам; или же можно заметить, как воодушевление сменяется отказом от еды в момент отлучения от груди или бутылочки или от какого-то человека, или при введении твердой пищи, и даже при увеличении объемов. Отказ от еды может быть связан с ростом зубов. Даже у очень маленьких детей можно встретить отказ от чего-то нового, а иногда, наоборот, интерес только к чему-то новому.

Некоторые запреты, однако, можно заметить с самого начала. У младенца и матери просто никогда не происходит этого «щелчка». В данном случае ответственность теоретически можно возложить на мать, хотя, конечно, мы не можем винить только ее.

Как правило, если кормление грудью дается с трудом, ребенка переводят на бутылку, и есть множество путей решения данной проблемы, когда грудного молока нет или же оно не подходит. В случае возникновения трудностей, настаивать на груди, когда мать может легко накормить своего ребенка из бутылки, будет ошибкой.

В этих вопросах педиатр теряется, если он не понимает, что происходит за кулисами в эмоциональном развитии ребенка; поэтому ему нужно тоже кое-что знать и о психологии кормящих матерей.

Здесь уместно описать общую проблему кормления детей грудного возраста, как я это вижу. Я имею в виду, как я вижу это *сейчас*, ибо я прошел все эти этапы борьбы, как и все врачи, отчаянно пытаясь справиться с проблемами питания в плане физиологии, изменяя объемы, интервалы, пропорции жиров, белков и углеводов и переходя от одной марки молока к другому. И я хорошо помню тот день, когда я решил все же наладить питание, прежде чем переходить к другой марке молока. Не один год ушел у меня на понимание того, что трудности кормления часто можно вылечить путем консультирования матери, и ей потребуется для этого всего несколько дней. Тогда я увидел, что это соответствие потребностями младенца было настолько приятным для матери, что она никогда не смогла бы это сделать без моральной поддержки. Если я советую это, я должен поручить социальному работнику ежедневно навещать эту мать, иначе мать будет постоянно критиковать себя и чувствовать ответственность за слишком многие вещи. Пытаясь следовать правилам, она может обвинять других, если что-то идет плохо, но она боится сделать то, что она действительно хотела бы сделать. С другой стороны, если все пойдет хорошо, она никогда не забудет о том, что это она сама сделала все необходимое для своего ребенка, без посторонней помощи.

Это не какие-то заумные вещи. Просто необходимо понять то, что мать и младенец делают это вместе. С человеческим младенцем мы не можем мыслить в терминах условных рефлексов.

Мне бы хотелось пояснить, что в данном случае я описываю задачу педиатра в организации кормления детей грудного возраста, ведь если он не знает, что происходит за кулисами, то, наверное, он работает вслепую. Подобные процессы эмоционального развития являются доминирующими, их же можно увидеть в «состоянии бездействия» при заболеваниях шизофрении.

Именно здесь следует сказать несколько слов об игре. Первые игры с грудью имеют огромное значение, ибо это позволяет ребенку найти мать и общаться с ней так, чтобы она была готова дей-

ствовать в правильном направлении. Без шансов на игру, ребенок и мать остаются чужими друг другу. В этом процессе невероятно важны руки. Когда младенцу исполнится двенадцать недель, он будет порой пытаться накормить мать, находясь у груди, засунув ей палец в рот.

Вот что говорит У. Х. Дэвис в своем стихотворении «Младенчество»:

Я пришел в этот мир со сжатыми руками,
Я заходился в плаче, и в это время
Мне пытались засунуть в рот грудь,
Чтобы хоть немного остановить мои горькие рыдания.
Я не понимал тогда – и совсем не мог отличить
Женщины от мужчины;
Пока я не увидел внезапный свет,
И вот тогда я и узнал, что такое радость.

С того великого момента я стал шевелить руками,
И теперь уже я мог доказать,
Что двумя глазами я вижу очень многое
Мои руки могли двигаться теперь:
Мои пальцы уже работали,
И не только они;
И протягивая свои ручки,
Я смотрел и ликовал.

Психиатрия и уход за младенцем

А сейчас мне бы хотелось поговорить на тему психиатрии. Итак, в психоанализе одной женщины (которая преуспела в жизни, но была вынуждена прибегнуть к лечению из-за все возрастающего недовольства и чувства безразличия) произошло следующее. В течение первого часа самым важным было то, что я сидел абсолютно неподвижно и тихо, ничего не говоря. Когда пошел уже второй час, я потянулся за сигаретой. Это малейшее действие

могло привести к самым неожиданным последствиям, и ситуацию спасло лишь то, что моя пациентка в общем-то осознавала, что сейчас что-то начнется. Из того, что происходило раньше, мы оба знали, что она опять вернулась в отношения мать-младенец. В спокойной обстановке моя пациентка лежала на коленях матери. Я только попытался сделать какое-то движение, как пациентка (мысленно) начала что-то нащупывать рукой и быстро находя грудь; и через какое-то время мать ей что-то отвечает, таким образом начинается процесс кормления. Итак, они обе приходят к некоему соглашению. Именно такого рода опыт моя пациентка бессознательно искала. Однако, стоило мне совершить малейшее движение, как неожиданно я становился няней. (известно, что грудное вскармливание продолжалось только месяц, а потом о ней заботилась няня и кормила из бутылочки). Теперь это означало нарушение естественного прогресса. Няня, – пусть во многих отношениях это и лучше, чем реальная мать (у нее не было депрессии), – должна была встать и принести или даже подготовить бутылку; одним словом, к тому моменту, когда все было готово, младенец уже с трудом мог «воспроизвести» бутылку или молоко; и ей приходилось потом со всем этим разбираться.

Подобный материал позволяет мне перейти к описанию и других аналитических исследований. Очень трудно донести до тех, кто не занимается психоанализом (педиатры или психиатры), ощущение, что человек словно прирос к скале (я имею в виду весь этот процесс – как будто заново обрести жизнь). Однако, всем нам доступен лишь какой-то незначительный опыт, следовательно, мы неизбежно должны опираться и на опыт, полученный от коллег.

В том случае, о котором пойдет речь, это была очень непростая борьба за помощь пациентке вообще. В целом, я должен был быть готовым к ее приходу. У этой женщины была сестра-близнец, но различное отношение к ним (со стороны матери), всегда было причиной ее недовольства. О ее сестре, совсем слабенькой, постоянно заботилась мать; она брала ее к себе в кровать и кормила там, в то время как моя пациентка, будучи сильной и большой, был передана на попечение медицинской сестры. На сознательном уровне все происходило именно так. И только потом, в процессе

переноса, возникает подлинная инфантильная ситуация. Эта пациентка поступила ко мне из психиатрической больницы. У нее довольно сильное расщепление личности, и первые лет двадцать (не считая младенчества) она неплохо справлялась с жизнью, и все было в полном порядке. Потом происходит слом, и начинаются долгие поиски собственного Я и тех связей с миром, которые бы она могла считать реальными. Естественно, она не очень понимала, к чему собственно стремиться, и на одном из этапов, в полном отчаянии, у нее возникает вдруг ревматоидный артрит с бессознательной целью оказаться прикованной к постели и беспомощной, чтобы о ней заботилась наконец семья. Или же, я бы сказал, что она использовала свой артрит именно таким образом.

Надежда получить то, что ей было необходимо в анализе, напрямую коррелировала с ее потребностью, что я должен был оказаться рядом с ней по первому ее зову. Однажды мне пришлось самому бежать к двери, как только раздался звонок. В общем, нетрудно себе представить здесь бесконечную игру. Иногда она просто звонила мне, чтобы еще раз удостовериться в том, что я действительно есть. Причина, почему мне пришлось-таки играть по ее правилам, заключалась в том, что в противном случае я бы вообще ее больше никогда не увидел; она бы, конечно, приходила, мы бы разговаривали, но потом она бы покидала меня, и между нами не было бы этого чувства реальной встречи. С другой стороны, подобная близость в результате принесла свои плоды. За шесть лет много чего происходило, но главным был этот непосредственный доступ. У нее впервые был этот важнейший опыт, хотя он и относился к младенчеству, и у меня есть множество красноречивых фактов, которые я, к сожалению, не имею возможности здесь воспроизвести. В данном случае можно увидеть сильный элемент регрессии, когда основная травма была связана скорее с ранним детством, нежели младенческим возрастом, а именно: длительный период ригидного ухода (медсестра, которую вряд ли можно назвать психически здоровой).

В случае возникновения каких бы то ни было подозрений, что эти идеи появляются благодаря аналитику, мне бы хотелось привести подробности лечения умственно отсталого мальчика – это был

действительно случай детской шизофрении с регрессией в сторону сильно контролируемой интроверсии. Когда мальчика привели ко мне в возрасте пяти лет, на протяжении двух-трех месяцев он просто приходил ко мне, а потом уходил, проверяя, насколько я могу обеспечить ему прямой выход его чувствам.

Постепенно этот ребенок перестал возражать, чтобы я сажал его к себе на колени, и у нас устанавливался с ним все более доверительный контакт. Потом он стал забираться ко мне под пальто, и у нас завязалась игра, когда он пытался пролезть у меня между ног, выскочив целым и невредимым. В этот период у меня было очень мало вербальных интерпретаций. В следующей фазе у него отмечалась огромная потребность в меде – это было во время войны, и найти мед не так непросто, – и он был настолько напряжен, что я совершенно терялся; но, наконец, к счастью, он согласился на солод и масло вместо меда, начав с жадностью их поглощать. Все было перепачкано его слюной, пока он пытался как-то это съесть. Если ему приходилось ждать, слюна текла не переставая. Все это привело к медленному, но устойчивому развитию, которое ранее прекратилось, приняв отрицательный характер.

Во всем этом опыте я мог наблюдать, как ребенок заново переживает свой ранний детский опыт и из какой-то внутренней потребности пытается заново войти в контакт с этим миром, пережив второе рождение. Итак, я мог наблюдать, как одна среда вытесняется другой. После этого анализ вербальной интерпретации стал не только возможным, но и крайне необходимым. Но в вышеописанной стадии моя работа должна была обеспечить ему определенный тип среды, тем самым позволяя мальчику провести эту работу.

Здесь можно провести прямую параллель в работе с подростками. Вот типичный подростковый случай. Врачу в государственной школе говорят о том, что ребенок настаивает на встрече с психиатром. В конце концов родители приводят этого подростка ко мне. Родители рассказывают мне, что происходит с ребенком, но во время интервью с ним самим я нахожу его крайне вялым и очень депрессивным. За целый час мне так и не удалось от него ничего добиться, да я собственно и не прилагал особых усилий, чтобы вы-

вести его из этого состояния. Как я узнал позже, главным в этом интервью было то, что я не настаивал на каких бы то ни было реакциях с его стороны. В конце я дал ему понять, что мне бы хотелось увидеть его вновь.

Потом был звонок по телефону. Он позвонил мне из школы, интересуясь, смогу ли я с ним встретиться завтра, в субботу. Я знал, что должен сделать это, ибо инициатива шла с его стороны, поэтому мне пришлось отложить все свои дела. По телефону я сразу же ответил ему «да», в общем-то не очень понимая, что я буду делать дальше.

И в результате передо мной предстает совершенно другой ребенок. Наша работа оказывается невероятно продуктивной, и через час или два мы уже имеем анализ в миниатюре. После всего этого мы располагаем достаточно серьезными результатами – гораздо более существенными, чем нам удалось достичь ранее. Вскоре я узнаю, что мальчик покинул школу по собственной инициативе, выбрал себе дальнейшее направление и решил поступать в университет и жить в Лондоне, где он сможет продолжать анализ со мной или же с кем-то из моих коллег. Я считаю, что это правильный путь (в самом начале) такого анализа, в то время как лечение многих подростков шизоидного типа оказывается безуспешным, поскольку там не принимается во внимание способность ребенка что-то «продумывать» – в какой-то степени *создавать* – за аналитика, роль, которой реальный аналитик может пытаться соответствовать.

В таком случае из этого следует, что набор техник для интервью разрушает их цель, а именно: поставить диагноз и начать терапевтическое лечение. Большинство техник вовсе не способствует налаживанию контакта с терапевтом у пациента, а в случае шизоидного типа подобная утрата возможностей может оказаться скорее отрицательной терапией и причинить вред.

В ходе анализе девочки-подростка, страдающей шизофренией, чтобы принять весь этот процесс (она мне звонила по телефону), мне понадобилось достаточно длительное время. Клаустрофобия усиливалась в случае каких-то четких договоренностей. Но даже в таких условиях была проделана хорошая аналитическая работа. В конце концов, мы стали видеться с ней в определенное время.

Однако, если я назначал нашу следующую встречу слишком рано, наш контакт был бы невозможен, что для этой пациентки было очень важно. Достаточно долгое время мы говорили преимущественно об уходе за ребенком и кормлении детей грудного возраста; в сущности, она так нуждалась в уходе, который ей не могла обеспечить ее собственная мать. Мать со всем неплохо справлялась, за исключением вопросов кормления, которые были для нее пунктиком. «Нет, мои дети никогда не отказывались, что бы я им не предлагала», – говорила она, а поскольку она сама была диетологом, то все они росли как на дрожжах, особенно моя пациентка. Но до прихода ко мне эта девушка вряд ли понимала вообще, что значит контакт с реальностью.

Теперь мне бы хотелось описать теоретическое видение всего этого. В благоприятных случаях ожидание ребенка – это некое столкновение с реальностью, и в данном случае я бы оперировал словом «иллюзия». Если кому-то это не очень понятно, следующая история, как мне кажется, поможет нам во всем разобраться.

Не так давно, когда было очень жарко, аналитику пришлось провести дополнительную сессию анализа во время обеденного перерыва. Он устал и, возможно, был немного сонный, и тогда у него – обычного аналитика – имел место следующий опыт.

Посмотрев в окно, он увидел на крыше соседнего дома мужчину. На вид ему было около 45 лет. Он был совершенно лысый. К тому моменту аналитик уже что-то перекусил, прочитал все газеты и, очевидно, задремал.

Смутно осознавая происходящее, аналитик бы вряд ли что-то из всего этого запомнил, если бы не продолжение. Всем нам известно, что мы можем не обращать внимания на шум до тех пор, пока он не прекратится. Так вот в данном случае тревогу вызывало то, что человек вообще не шевелился. Через полчаса аналитик отметил для себя, что к тому моменту человек уже должен был проснуться, а потом вдруг раз – и хлопок! И уже было не совсем понятно, галлюцинации это или нет.

Возвращаясь к тому, о чем я говорил, в благоприятных случаях импульс или ожидание младенца соответствует той реальности, с которой мы сталкиваемся.

Каковы же последствия неправильного знакомства ребенка с миром? В самых крайних случаях эти две линии будут параллельными. Ребенок напитывается тем, что дает ему родная и привычная нищета, в то время как взаимодействие с миром, напротив, ничего ему не дает. Эти линии никогда не пересекаются. Имея в виду любой гипотетический случай, всегда должен присутствовать некий психический дефект, даже при сохранной мозговой деятельности. Как правило, имеет место определенное расщепление на самом раннем уровне, а в заложенных основах для ребенка присутствуют отношения, которые мы не разделяем с миром, созданным нами самими, в котором властвует магия; наряду с этим мы имеем соответствие управлению снаружи, удобным потому, что это дает жизнь, но крайне неудовлетворительно для младенца. Позже, в детстве или во взрослой жизни, уже не будет такого соответствия, если оно слишком изолировано от другой тенденции (полная спонтанность ребенка). Эти параллельные пути регулярно проявляются и в нашей аналитической работе, что может быть показано на простейшем примере пациента, который говорил, что его аналитические сессии происходили в двух параллельных плоскостях; первая, достаточно невыраженная, – работа с аналитиком, и то, что происходило потом, – уже с воображаемым аналитиком.

Педиатр и психиатр

Прежде всего мне бы хотелось обратить внимание на то, что в исследовании человеческих контактов и коммуникации педиатр и психиатр, как никто другой, нуждаются в помощи друг друга. Например, очень немногие психиатры могут получить достоверную историю от матери о том, как она начинала кормить ребенка. Однако, историю любого психотического случая нельзя считать до конца полной, если в ней отсутствует опыт ранних отношений и ухода за младенцем (информация, которую необходимо предоставить квалифицированному специалисту). Кроме того, педиатру всегда необходим психиатр. Самостоятельно он не в состоянии распознать у ребенка, пышущего физическим здоровьем и не вы-

зывающего особых сложностей, признаки психиатрического заболевания.

На самом деле с больным ребенком всегда непросто; «мы никогда не знаем, что от него ожидать», он постоянно извивается и все такое прочее. Плачут и здоровые дети, и они не всегда охотно идут на контакт; они настаивают на своем, именно это и представляет проблему. Конечно же, любая мать хочет иметь здорового ребенка, а не больного, ведь наряду с проблемами и тревогами она получает взамен столько любви, и во всем этом гораздо больше плюсов, чем минусов.

На практике, как мне кажется, тот, кто ухаживает за детьми (я имею в виду матерей и детских медсестер) может также передать свой опыт тому, кто сталкивается с шизоидной регрессией и состояниями спутанности у людей любого возраста. Обеспечение стабильного (пусть и личного окружения), тепло, защита от всего неожиданного и непредсказуемого, правильное кормление в одно и то же время (или даже следуя прихотям пациента), – все эти вещи могут оказаться очень полезными в уходе за шизоидным пациентом.

Однако, самым важным для психиатра сейчас будет не практика, но теория. Поэтому я и хочу сказать, что надлежащим местом для изучения шизофрении, маниакальной депрессии и меланхолии как раз и будет детская психиатрия; а если это так, то некоторые современные тенденции в психиатрии можно сравнить с тем, как будто бы мы идем по ложному следу.

Вы можете спросить, а как же у обычных людей происходит этот контакт с реальностью? Конечно, по мере развития происходит очень многое, что, казалось бы, должно вызвать трудности, ибо любое обогащение посредством включения объектов представляет собой психическую, а также физическую реальность, и в то же самое время инкорпорируется ею, что удается далеко не каждому. Тем не менее, пока мы живы, каждый из нас так или иначе соприкасается с этой грубой реальностью, и мы справляемся с этим так, как нас научили с самого начала. У кого-то из нас возможность использовать объективно проверяемые вещи, объективировать субъективное, была настолько проста, что фундаментальная

проблема иллюзии, очевидно, была утрачена. Если только это не больные или истощенные люди, которые не знают, что существует проблема взаимоотношений на данный момент или у них возникают какие-то ложные ощущения, и тогда им кажется, что психически нездоровые люди совсем другие, чем они. С другой стороны, кто-то из нас осознает собственную тенденцию к субъективному, что мы считаем более важным, чем дела во внешнем мире, и тогда психическое здоровье может показаться нам чем-то обыденным, а привычные задачи – абсолютной рутиной.

Одна из возможностей выхода из всего этого – сновидения и возможность их запоминания. Во сне мы все время мечтаем, а просыпаясь, мы должны что-то привнести из мира грез в реальную жизнь точно так же, как мы вынуждены признавать завершение своих повседневных дел.

Наряду с этим, главным образом за счет художественного творчества и художественного опыта, мы поддерживаем необходимые мосты между субъективным и объективным? Именно поэтому, как мне кажется, для нас столь важна одинокая борьба создателя в любой художественной форме. Художник постоянно выигрывает блестящие сражения в войне, не имеющей, однако, конечного результата (и это важно как для него самого, так и для всех нас). Окончательным результатом во всем этом будет найти то, что не соответствует действительности, а именно: то, что предлагает мир, идентичное с тем, что создает человек.

Здесь мне бы хотелось привести одну иллюстрацию. Мужчине приснился сон, что находясь за рулем, он увидел огромный автомобиль, несущийся прямо на него на огромной скорости. Это была такая яркая вспышка света. Он сворачивает налево, при этом точно зная, если бы он не проснулся, произошла бы страшная авария. После этого сновидения ему тут же вспомнилось, как он врезался головой в столб, когда он шел вместе со своей матерью еще совсем маленьким ребенком. Он сразу же вспомнил об этом, ведь такое не забывается никогда. И вдруг ему показалось, что этого не было на самом деле. Он шел со своей матерью, а рядом шел *другой* мальчик с матерью, который из-за собственной рассеянности врезался в штангу, сильно поранил голову, и у него потекла кровь.

На самом деле благодаря анализу (его контакты с реальностью), теперь он понимал, что просто завидовал тому мальчику, который врезался в столб. Я имею в виду, что это столкновение в момент, когда все произошло, казалось ему настолько реальным, что противоречило его собственному росту и мучительным запретам, а также отсутствию чувства реальности в его контактах с матерью, что было вторично по отношению к подавлению Эдиповых желаний.

После этого прорыва в анализе у него возникло новое чувство о своей детской любви к ужасным явлениям в гангстерских фильмах, всевозможным взрывам и тому подобное. Что касается меня, то я осознал, что в попытках разгадать всю сложную психологию поведения в детстве неразумно пренебрегать угрозой чувств нереальности и утраты контакта. Думаю, вполне понятно, что то же самое относится и ко взрослым.

Итак, те, кто считает, что внешняя реальность не имеет смысла, в то время как рутина властвует, нуждаются в полном пересмотре (будь то музыка или живопись). Одна моя знакомая, у которой долгое время не было вообще никаких контактов, стала находить цвет в картинах Ван Гога болезненно *реальным*. С цветом у нее происходило то же самое, что и у мужчины в том сновидении с машиной. Если говорить о цвете, то это было слишком для нее (в плане физиологии), и ей нужно было уйти и вернуться на другой день, чтобы завершить свое посещение картинной галереи.

В работе с детьми можно наблюдать похожие вещи. Чувства нереальности говорят о жажде чего-то нового. Это проявляется уже на начальных этапах кормления, в проблеме

ребенка, которому предлагается сначала одна пища, потом другая, и первые несколько дней все идет хорошо, а потом он просто утрачивает интерес. Но новое может также оказаться болезненным. Стоит иметь в виду, что для младенца всякое новое (будь то вкус, текстура, все то, что он видит или слышит) может оказаться точно таким же, что и цвет для моего друга, и еще причинять физическую боль. Обычная хорошая мать делится какими-то новыми вещами, но учитывая способность младенца справиться с ними. В психиатрической практике, как я уже отмечал, можно попытаться как-то договориться с человеком (который совершенно ушел

в себя), предоставив ему чрезвычайно упрощенную модель мира, в которую пациент может постепенно безболезненно вернуться. В анализе пограничных случаев такое возможно в определенном сеттинге в рамках аналитической сессии. Также это является обязательным условием для работы, основанной на словесных интерпретациях.

Резюме

Итак, я попытался сосредоточить ваше внимание на одном процессе, а именно: контакт человека с общей для всех реальностью, и то, как это происходит с самого начала жизни ребенка. Мне очень хотелось показать это сотрудничество между детским врачом и психиатром, прибегая к той терминологии, которая обычно используется в клинике; и я попытался это сделать в анализе нормальных контактов с реальностью.

Конечно же, было трудно не замечать психосоматические расстройства, не обращая внимания на столь распространенные случаи тревоги, депрессии, ипохондрии и бреда преследования. Ведь педиатру приходится сталкиваться с этими вещами каждый день. Было непросто совсем уйти от патологических психотических регрессий и психотических нарушений, которые встречаются в детстве гораздо чаще, чем принято считать. Кроме того, трудно выбрать один только процесс, игнорируя при этом интеграцию и телесные ощущения. Тем не менее, я могу рассказать гораздо больше, чем мне позволяет возможность сейчас, и я все же склонен считать, что лучше показать читателю, что предмет является непростым, чем у него сложится ложное впечатление простоты.

Все эти вопросы неоднократно находили свое выражение у философов и психологов, а также психопатологов различных школ, которые пытались так или иначе показать собственное видение и ощущения. Я же в данном случае основывался на собственной клинической и психоаналитической практике.

Глава XIV

Воспоминания о рождении, травма рождения и тревога [1949][28]

В данной работе мне бы хотелось привести определенные клинические примеры, иллюстрирующие фантазии и возможные воспоминания, имеющие отношение к опыту рождения.

С момента введения Фрейдом очень важного понятия симптоматологии тревоги, которая может быть связана с травмой рождения, в теории психоанализа происходит некоторая путаница. Не совсем понятно, воспоминания, связанные с рождением, – являются ли они индивидуальными или имеют расовую принадлежность, может ли рождение быть естественным или же травма – неизбежная часть рождения или же нечто непостоянное и случайное. И что при этом можно считать природой травмы с точки зрения эго-психологии? Так что поле для дальнейших исследований огромное, и возможно то, о чем мы будем говорить ниже, так или иначе поможет нам в этом.

Надо сказать, что здесь довольно трудно цитировать Фрейда. Отдавая должное Фрейду, пришлось бы написать отдельную работу, прослеживая изменения в его взглядах относительно взаимосвязи между тревогой и травмой рождения. Это было бы прекрасным опытом, часть которого уже была проделана Гринакр. В любом случае здесь нет необходимости четко следовать всем идеям Фрейда.

---

[28] Данная работа была представлена британскому психо-аналитическому сообществу 18 мая 1949 года.

Перечитав многие из его взглядов (в отношении данной темы) уже после написания данной статьи, мне кажется, практически все я мог найти в его работах. Быть может, правильнее всего будет процитировать следующую его мысль: «Теперь мы бы предпочли считать, что тревога, как символ сепарации, повторяется в каждом конкретном случае сепарации, но к сожалению, мы не можем использовать эту корреляцию, ибо рождение не переживается субъективно как сепарация от матери, а плод, абсолютно нарциссический по своей природе, совершенно не осознает ее существование как объекта». Опять же, сравнивая рождение с отнятием от груди, он говорит о том, что «травматическая ситуация потерять мать достаточно сильно отличается от травматической ситуации, связанной с рождением. В момент рождения не существовало никаких объектов, так что еще не было такого объекта, который можно было потерять. Поэтому, в данном случае можно говорить только о тревоге. (Freud, 1926).

Надо сказать, что меня интересует именно эта тема плода и ребенка, который рождается как «совершенно нарциссическое создание»; и в этом я бы и хотел разобраться. Мне бы хотелось понять, какие мысли возникали по этому поводу у Фрейда, ведь он не мог прийти к окончательному выводу, испытывая недостаток определенных данных, которые имеют важное значение для понимания предмета. Итак, анализируя выводы Фрейда, мы всегда должны задавать себе вопрос, а как бы поступил Фрейд, будь он сейчас жив и занимая активную позицию в психоаналитическом мире, принимая во внимание самые последние достижения в понимании младенцев.

Прежде всего следует сказать о том, что Фрейд действительно придавал огромное значение травме рождения как научный исследователь, а не просто мыслитель. Редкий врач считает, что опыт рождения имеет важное значение для ребенка; что это может иметь какое-то значение для его дальнейшего эмоционального развития, а следы этого опыта могут сохраняться в памяти и вызывать проблемы даже у взрослого человека.

Те, кто знал Фрейда, – к сожалению, я не отношусь к их числу, – возможно поймут, о чем идет речь (я имею в виду значимость

травмы рождения). В *Групповой психологии* Фрейд говорит: «Таким образом, родившись, мы сделали шаг от абсолютно самодостаточного нарциссизма к восприятию изменившегося внешнего мира и к открытию объектов». Далее он поясняет… «и с этим связан тот факт, что мы уже больше не можем долго выносить новое положение вещей и периодически возвращаемся из этого состояния во сне к нашему прежнему состоянию отсутствия стимуляции и избегания объектов». Однако, здесь он вводит совершенно новую тему, так что я бы не стал воспринимать как должное, что сон напрямую связан с внутриутробным развитием. Так что этот вопрос требует отдельного рассмотрения.

Мне кажется Фрейд верил в то, что в истории каждого человека можно проследить опыт его рождения, в дальнейшем определяющий паттерн его тревоги. Однако, по мнению Гринакр, Фрейд видел определенную взаимосвязь между тревогой и рождением (коллективная теория бессознательного), когда рождение является своеобразным архетипическим опытом. (В данном случае я специально обращаюсь к юнгианской терминологии, т.к именно она представляется наиболее верной). Но что бы ни написал Фрейд, он придерживался точки зрения, что личный опыт рождения также имеет важное значение для человека: когда ему говорили о младенце, который появился на свет путем кесарева сечения, он отмечал, что нам необходимо помнить и об этом, ведь именно это может в последующем повлиять на паттерн тревоги данного человека.

Многое из того, о чем бы мне хотелось сказать, уже так или иначе рассматривалось Гринакр (1945). Вот что она пишет:

> «В целом, как мне кажется, главное в рождении – это огромнейшая сенсорная стимуляция, направленная на то, чтобы организовывать и преобразовывать нарциссизм плода, вызывая или способствуя поступательным нарциссическим влечениям наряду с более спокойным процессом созревания плода, который имел место в утробе матери. Как правило, мы можем говорить о структурировании определенных агрес-

> сивно-либидинозных частей тела в зависимости от областей определенной стимуляции. В частности, при рождении головной мозг стимулируется настолько, что это способствует его дальнейшему развитию и уже в скором времени он сможет эффективно контролировать все телесные процессы; он будет способствовать организации паттерна тревоги, тем самым увеличивая защиту младенца, сохраняя при этом уникальные черты развития, накладываемые на генетически детерминированную тревогу и либидинозные паттерны конкретного младенца».

Данный вопрос требует дальнейшего изучения. Две статьи Гринакр (1941) можно было бы рассматривать более подробно. Резюмируя свою первую статью она говорит «Реакция тревоги, генетически детерминированная, вероятно, проявляется сначала в болезненно чувствительном реагировании организма на рефлекторном уровне; это можно видеть во внутриутробной жизни в каких-то отдельных или легко образованных рефлексах, которые могут быть преобразованы при рождении в «реакцию тревоги», и так далее. И здесь мы можем отметить, что она призывает нас пересмотреть проблему соотношения тревоги с родовой травмой в свете работы, которая ведется в отношении поведения ребенка.

Во второй статье, которую можно считать более клинически ориентированной и в большей степени связанной с психоаналитической работой, Гринакр обращает внимание на важность корреляции ранних детских историй с материалом, полученным в ходе последующей терапии. Резюмируя вышесказанное, вот что она говорит: «Совершенно очевидно, что все эти случаи еще раз указывают нам на необходимость еще большего наблюдения за младенцами, работа с которыми представляется мне источником богатейшего материала для психоанализа». Мне кажется, она бы согласилась с тем, что вряд ли существует какой-то иной метод анализа травмы рождения, чем имеющийся у нас в распоряжении, а именно: психоанализ взрослых и детей. «Другие методы также важны, и, в частности, они включают в себя исследования, осно-

ванные на наблюдении детей в процессе рождения, до и сразу после рождения, а также те исследования, которые можно проводить только с помощью специалиста-невролога».

Я бы хотел обратить внимание на работу доктора Грантли Дика Рида (1942). Он рассматривает процесс рождения с позиции физиологии (акушерство), и его успех на практике во многом обусловлен тем, что наряду с важностью физической стороны рождения он подчеркивает значимость такого аспекта, как уверенность в себе у матери. Он ставит своей целью предотвращение или преодоление страха у матери, что серьезно мешает ей во время родов. Психоанализ и психоаналитическая теория также ему очень близки. Доктор Рид искренне верит в то, что психология человека представляет собой нечто такое, что можно изучать до и в момент рождения, и что подобный ранний опыт представляется крайне важным. В этом, на мой взгляд, он значительно опережает многих акушеров и педиатров.

Итак, самые разные аналитические работы помогли мне в формировании собственного видения.[29] Поэтому, я бы разделил свои идеи на три группы.

Первое, что я хотел бы отметить, – это различный материал, возникающий в ходе анализа. Добавляя здесь материал, связанный с травмой рождения, я не берусь утверждать, что лечение можно проводить только на основании этого материала (травма рождения). Аналитик должен быть готов к работе с любым материалом, включая *имеющий отношение к травме рождения*.

Аналитик всегда должен быть готов к возникновению самых разных факторов, связанных с окружением. Так, например, необходимо признать и оценить тот тип среды, который относится к внутриутробному опыту, а также тип среды, связанный с опытом рождения; здесь же следует отметить преданность матери новорожденному ребенку, способность обоих родителей взять на себя совместную ответственность по мере роста и развития младенца;

[29] Как вы могли заметить, я не касаюсь сейчас работ других авторов, пытаясь представить собственную позицию своими словами. Я буду только рад, если какая-то высказанная мной идея окажется сформулированной кем-то ранее. Зачастую она могла быть сформулирована гораздо лучше, но не для меня.

а также способность обеспечения социальных условий для материнской преданности и сотрудничества обоих родителей; чтобы эти функции неизменно использовались и расширялись, что позволит человеку сыграть определенную роль в создании и поддержании социального сеттинга.

Иными словами, травмы рождения можно не касаться только в том случае, если необходимо соблюдать правильное соотношение. Тем не менее, затрагивая какой-то один

предмет, мы не должны бояться *до определенного времени* переоценить важность рассматриваемого вопроса.[30]

Второй момент, на который бы мне хотелось обратить внимание наряду с другими аналитиками, следующий: я действительно нахожу в своей аналитической и иной практике подтверждения того, что личный опыт рождения крайне важен и всегда сохраняется в памяти. Как правило, считается, что в психотических состояниях запоминаются те самые вещи, которые недоступны для сознания в более нормальном состоянии. Вы могли обратить внимание на то, что выше я использовал понятие «опыт рождения» вместо «травмы рождения», и я еще вернусь к этому; но сначала я хотел бы описать эпизод в анализе мальчика с явным дефектом, но этот дефект, очевидно, был вторичным по отношению к раннему психозу, а не связан с какими-то ограничениями деятельности мозга.

Этот мальчик, которому было тогда пять лет, месяц или два в анализе проверял мою способность принимать его доводы, ничего не требуя взамен, и быстро адаптироваться к его потребностям так, как не удавалось его матери. Он приходил ко мне и уходил вновь, проверяя мою способность принимать его. В конце концов, он даже стал сидеть у меня на коленях. За все это время не было сказано ни одного слова. То, как развивались наши отношения дальше, вообще было очень неожиданным для меня. Проникая ко мне под пальто всякий раз, он старался забраться на коленки, а потом спуститься вниз; и так повторялось вновь и вновь.

Как только у него это стало получаться (что соответствовало принятому им решению) – использовать меня в качестве матери,

[30] Например, в процессе написания какой-то работы для Общества, мне практически всегда снятся сны на заданную тему.

столь ему необходимой, – он поднимался с пола и требовал мед. Я стал покупать мед (а впоследствии рыбий жир и солод, что было легче достать во время войны), и он часто тут же съедал почти полфунта с огромным удовольствием. Это было началом огромной фазы оральной активности с повышенным слюноотделением. Все вокруг было в его слюне. До этого его оральные желания проявлялись только как галлюцинаторные объекты (он их называл «жуки»), которые мерещились ему на стенах и вызывали у него страх. Благодаря интерпретации, позволившей ему справиться с этими насекомыми (его галлюцинациями), он решил, что это его собственный *рот*. На следующем этапе он уже сам становится жуком и начинается этап в анализе, уже описанный мной, в котором он пробует меня как мать, вполне способную к адаптации.

После этого опыта я был готов поверить в то, что воспоминания, связанные с рождением, могут сохраняться. Безусловно, все то же самое, что было в игре, проявлялось потом и в анализе, а также в игре с нормальными детьми и его собственной игре.

Следующий случай также поможет нам в анализе опыта, связанного с травмой рождения:

Мисс Х. медсестра (50 лет). Она лечилась у меня, когда ей было лет двадцать пять. Я тогда работал дежурным врачом в больнице Святого Варфоломея, а мое знакомство с

психоанализом ограничивалось одной или двумя прочитанными книгами. У этой пациентки был очень сильный невроз, в частности, она страдала такими сильными запорами, которые мне не доводилось встречать ни до, ни после. Она работала стенографисткой-машинисткой, но пройдя лечение у меня, стала медсестрой. Впоследствии ее специализацией стала работа с детьми-психотиками. Она очень тонко чувствовала потребности детей в состоянии регрессии.

В ходе лечения этой пациентки – в конце концов, она испытывала катарсис – сначала она ложилась и засыпала, а потом вдруг просыпалась от какого-то кошмара. Обычно я помогал ей проснуться, повторяя вновь и вновь слова, которые она выкрикивала в состоянии острой тревоги, связанной с нападением. Таким об-

разом, когда она просыпалась, мне удавалось сделать так, чтобы у нее сохранялась связь с этой ситуацией, вызывающей тревогу, что позволяло ей вспомнить все травматические инциденты с самого раннего детства.

Я никогда не знал, что делать с тем материалом, который она воспроизводила (все то, что было связано с ее рождением). У нее возникали невероятно отчетливые воспоминания о рождении на всех этапах развития, включая подростковый возраст и даже зрелость. И все это продолжалось с изрядной периодичностью. *Но несмотря на мои сомнения в том, насколько эти воспоминания действительно верны, я был готов поверить в силу их воздействия.*

В последнее время эта пациентка работала с маленькой девочкой семи лет, психотиком (страдающей аутизмом). Она проходила у нее анализ. Неожиданно Мисс Х. заболевает и просто не приходит на работу. Но именно в тот день она должна была работать с этой девочкой. Я смог тогда посетить ее и увидел, что она только начинает восстанавливаться после болезни, о которой все знали, но никогда раньше она не была столь острой. И вдруг она оказывается в постели с так называемой «потерей сознания». Она лежала совершенно неподвижно, свернувшись калачиком, не в силах вообще что-то сделать и вряд ли что-либо понимая. Врач, которого пригласили к ней, подтвердил, что с физиологией все в порядке. О еде в таком состоянии вообще не могло быть и речи. Постепенно она стала хоть что-то осознавать, разрешив, чтобы ее переместили в другое место, и где-то через неделю или дней десять она стала постепенно выходить из болезни. Необходимо отметить, что эта медсестра постоянно старается держать меня в курсе своих дел (как продвигается лечение и проч.), но до этого случая она ни разу – за все то время, пока мне довелось лечить ее (двадцать лет тому назад) – не поинтересовалась о себе. Однако, прежде чем вернуться к своей работе, она решила спросить меня напрямую: «И что же вы думаете по поводу всего этого (потеря сознания)? С чем это связано?» Надо сказать, что я не имел ни малейшего представления и прямо сказал ей об этом. Она что-то говорила еще и еще, и постепенно я понял, что хотя она и не ожидала, что сейчас состоится терапевтическая сессия, тем не менее

она представляла мне свой бессознательный материал, который бы мог прояснить ситуацию.

Я пришел к выводу, что она проживала жизнь с этой маленькой девочкой семи лет и очень сильно ассоциировала себя с этим ребенком, как это было всегда с детьми-психотиками, с которыми она работала. Как она объясняла мне, для того, чтобы понять состояние ребенка, она старалась подражать ей все больше и больше: положение рук, походка и все то, что делала эта девочка, «чтобы прочувствовать состояние ее тела и души». Теперь же так случилось, что эта маленькая девочка переживала острое состояние тревоги и у нее был очень сильный страх Метро. Мисс Х. пыталась пойти с ней в метро, чтобы отвлечь ее внимание и показать на собственном опыте, что в метро не так страшно, как может показаться на первый взгляд. Весь тот материал, которым я располагал, неожиданно показал мне, что я должен сказать мисс Х., что она сама переживала опыт рождения вместе с маленькой девочкой. Здесь не было никакого воспроизведения истерии. Ей действительно необходимо было пережить в физическом плане нечто такое, что в ее случае было ощущением удушья. Подобная интерпретация привела к драматическим последствиям. Мисс Х. почувствовала себя лучше, у нее было ощущение, что она понимает происходящее и теперь может уверенно вернуться к своей работе. Врач, который вел этот случай, сказал мне: «Так или иначе, мисс Х. выглядит намного лучше после болезни». После этого она продолжала эффективно работать с этой маленькой девочкой, более объективно понимая ее тревогу, что на самом деле было крайне важным в случае данной пациентки.

Пациенты, страдающие истерией, заставляют нас почувствовать, что они что-то делают, но мы-то знаем лучше, чем они, что в истерических проявлениях проявляется и скрывается истинный аффект.

Зачастую в анализе ребенка игра представляется крайне важной.

В такой игре материал может быть получен из того, что мы узнали у пациента о его рождении, через рассказы, непосредственную информацию и наблюдения. При этом у нас складывается такое ощущение, что тело ребенка все знает о его рождении.

Итак, я возвращаюсь к тому, что я использовал слова «опыт рождения» вместо «травмы рождения». И здесь мы приходим к третьему важному моменту, на котором мне бы хотелось остановиться. Мне кажется, что высказывания Фрейда становятся более понятными, когда он отделяет опыт рождения от травмы рождения. Гринакр также подчеркивает это. Вполне возможно, что во время родов все происходит настолько естественно, что это будет иметь небольшое значение для нас. Это моя собственная точка зрения сейчас. И, напротив, опыт рождения, который вряд ли можно назвать нормальным (выходящим за определенные границы), становится родовой травмой. И тогда это очень важно для нас.

В случае с нормальным опытом рождения, материал, связанный с рождением, скорее всего не войдет в анализ (мы не будем сильно фокусироваться на нем). Он будет там присутствовать, но если аналитику не так просто работать в парадигме рождения, пациент вряд ли станет форсировать этот вопрос. Здесь будут более важные и естественные сеттинги для работы с тревогой, которых пациент с аналитиком пытаются достичь.

Однако, когда опыт рождения был травматичным, мы имеем определенный паттерн. Этот паттерн может проявляться совершенно по-разному, и это необходимо отслеживать и отдельно анализировать.

Тем не менее, мне бы хотелось подчеркнуть то, что интерпретация с точки зрения травмы рождения вряд ли может привести к полному и постоянному облегчению. Скорее, принимая во внимание то, что травма рождения реальна, мы не можем ее не замечать, а в некоторых случаях и в определенные периоды анализа совершенно необходимо рассмотрение материала о рождении среди прочего материала.

Мне представляется правильным выделить три разновидности опыта рождения. Первая – это нормальный, то есть здоровый опыт рождения, который является ценным положительным опытом со своими ограничениями; это дает нам картину обычной жизни. Это ощущение жизни может быть усилено за счет различных последующих нормальных переживаний, поэтому опыт рождения становит-

ся одним из множества факторов, благоприятных для развития уверенности, последовательности, стабильности и безопасности и т.д.

Вторая – довольно травматичный опыт рождения, к которому добавляются впоследствии различные травмирующие факторы окружающей среды, укрепляющие его и оказывающие на него воздействие.

Я имею в виду более позднюю стадию травматичного опыта рождения, которую можно отнести к третьей категории или разновидности.

Итак, мы сможем увидеть, что это детерминировано травмой рождения (когда человек испытывает тревогу), ибо это означает, что человек, который рождается естественным путем, не испытывает тревоги или у него нет возможности *показать*, что он тревожится. Это было бы абсурдом.

В данном случае мне бы хотелось остановиться на слове «тревога». Я не могу говорить о том, что ребенок при рождении испытывал тревогу, ибо тогда еще не было подавления или вытесненного бессознательного. Если тревога означает просто страх или реактивную раздражительность, в этом нет ничего плохого. Мне кажется, мы можем говорить о том, что человек «испытывает тревогу», когда он находится в тисках физического опыта (будь то волнение, гнев, страх или что-то еще), которого он не в состоянии избежать или понять; то есть, большую часть того, что происходит, он не осознает. Под словом не осознает я имею в виду вытесненное бессознательное. Если же он начнет больше осознавать то, что волнует его сейчас, он уже больше не будет испытывать тревогу, но скорее возбуждение, страх, гнев и т.д.

Фрейд в свой работе *По ту сторону принципа удовольствия* утверждает: «*Angst* можно определить как ожидание опасности, так и подготовку к ней, даже если это что-то совершенно неизвестное» Но здесь он вряд ли имеет в виду то, что я пытаюсь сказать: что человек должен достигнуть определенного уровня зрелости, с его способностью к подавлению, прежде чем слово тревога сможет применяться им с пользой. Это те соображения, которые заставляют меня задаться вопросом, не следует ли оставить теорию взаимосвязи между тревогой и травмой рождения до того, как будет

проведена определенная психологическая работа с ребенком до, во время и после родов.

Так что мой настоящий тезис довольно развернутый, а именно: нормальный опыт рождения можно считать хорошим опытом, способствующим силе Эго и стабильности.

А теперь мне бы хотелось обратить внимание на то, как мы работаем с травмой рождения в аналитической ситуации. Ведь совершенно очевидно то, что беседа с пациентом о травме рождения представляет собой нечто такое, что уводит нас от главного вопроса. Я бы усомнился в ценности интерпретации травмы рождения в случае пациента, который не находится в настоящий момент в состоянии сильного регресса в аналитической ситуации, и у которого не было ярко выраженных клинических нарушений между аналитическими сессиями.

Одна из трудностей нашего психоаналитического метода заключается в том, что мы постоянно должны отслеживать, сколько лет сейчас пациенту в отношениях переноса. В некоторых случаях анализа пациент большую часть времени соответствует своему возрасту, а необходимое ему он может получить благодаря своим детским воспоминаниям и фантазиям, которые он выражает уже как взрослый. В подобной работе, как мне кажется, вряд ли будет иметь смысл интерпретировать травму рождения; или же материал, связанный с рождением, будет проявляться в сновидениях, которые можно будет интерпретировать на всех уровнях. Однако, в случае необходимости, анализ может происходить на более глубоких уровнях, и пациенту вовсе не нужно быть сильно больным, чтобы иногда ощущать себя ребенком во время аналитических сессий. В такие моменты он может многое понять, не требуя немедленного описания происходящего в словах.

Я имею в виду то, что можно считать более инфантильным, чем просто поведение ребенка, играющего с игрушками. Согласно склонностям аналитика и в соответствии с диагнозом пациента мы сможем наблюдать самые разные реакции (от мудрости до неблагоразумия) в работе с пациентом в этих условиях. В данном случае я попытаюсь показать то, что если опыт, связанный с рождением, так или иначе проявится в аналитической ситуации,

безусловно, мы сможем увидеть множество иных подтверждений тому, что пациент находится в крайне инфантильном состоянии.

Опыт рождения

Как отмечал Фрейд, опыт рождения не имеет ничего общего с каким бы то ни было осознанием, связанным с отрывом от материнского тела. Здесь можно говорить об определенном психическом состоянии еще не рожденного ребенка. Я думаю, мы можем считать, что дела идут неплохо, если личностное развитие детского Эго было столь же безмятежным как в эмоциональном, так и физическом плане. Безусловно, еще до рождения у ребенка прослеживаются первые признаки эмоционального развития, и вполне возможно, что еще до рождения у ребенка можно видеть способность к ложному и нездоровому эмоциональному развитию; если же говорить о здоровье ребенка, то определенные нарушения, связанные с окружением, можно считать ценными раздражителями, но в отношении вызываемой *реакции* эти нарушения совершенно бесполезны. На этой очень ранней стадии развития еще нет достаточной силы Эго, чтобы была возможна реакция без потери идентичности.

Следует отметить, что мне приходится представлять это именно таким образом (это связано с определенным отношением к положению ребенка на ранней стадии). Мать данной пациентки страдала депрессией. Ее ригидность была столь сильна, что уже после рождения ребенка, она продолжала плотно прижимать ее к себе, боясь уронить. Именно поэтому мы здесь говорим о давлении. Вместе мы пришли к следующему выводу, который в конечном счете оказался чрезвычайно важным в этом анализе. Подобное понимание пришло к нам тогда, когда мы дошли до предела (ее трудности) и смогли достаточно точно описать степень ее регрессии, которую она была вынуждена признать, прежде чем двигаться дальше в своем эмоциональном развитии. Вот что она говорила: «В самом начале человек, как пузырь. Если давление извне активно приспосабливается к давлению изнутри, тогда пузырь представля-

ет собой нечто важное; иными словами, это Я младенца. Однако, если давление окружения сильнее или слабее, чем давление внутри пузыря, тогда уже важен не сам пузырь, но окружение. Пузырь приспосабливается к внешнему давлению». Наряду с пониманием этого пациентка чувствовала, что впервые в анализе ее держит расслабленная мать, то есть мать живая, с ясным сознанием и готовая активно адаптироваться к нуждам своего ребенка, будучи преданной ему.

Перед родами, особенно если есть задержка, ребенком довольно легко может быть воспроизведен опыт, в котором, на какое-то время, акцент будет сделан на окружающей среде, а не на нем самом, и вполне вероятно, что нерожденный младенец таким образом начинает все больше и больше взаимодействовать с окружающей средой еще задолго до своего рождения. Таким образом, в естественном процессе *опыт рождения – некая гипербола того, что уже известно ребенку.* В настоящее время, во время родов, ребенок представляет собой реактор, и главное для него – это среда; уже после рождения произойдет возврат к такой ситуации, когда младенец является самым важным, что бы это ни значило. Здоровый ребенок готов еще до рождения к определенным вторжениям со стороны окружения, и у него уже есть опыт естественного возврата из состояния реагирования в то состояние, когда ему не нужно реагировать, что является единственным состоянием, в котором может существовать Я.

Это простейшее из всех возможных утверждений по поводу родов. Данная временная фаза реагирования и, следовательно, потери идентичности, тот самый главный пример, к которому уже подготовлен младенец, препятствие личному «движению вперед», не столь сильному или продолжительному по времени, чтобы могли быть нарушены непрерывные личностные процессы ребенка.

Следует отметить, что я сейчас не вижу ничего травматичного в том, чтобы начать дышать. В нормальном рождении нет ничего травматичного в силу отсутствия его особой значимости. Сразу после рождения ребенок пока еще не готов к длительному вторжению окружения.

Именно в силу важности для ребенка опыт травмы рождения является для него психологически травматичным. «Сопровождение» индивида прерывается реакциями на продолжительные вторжения. В случае важности травмы рождения, любая деталь вторжения и реакции так или иначе остаются в памяти пациента. Поэтому вполне естественно, когда пациенты начинают заново переживать травматичный опыт своей дальнейшей жизни (опыт, с которым иногда удается успешно справиться, проигрывая определенную ситуацию или же с помощью гипноза). Вспоминая примеры вторжений я не буду пытаться сохранять некую последовательность, так как пока я еще не решил для себя, как это сделать; тем не менее в аналитической работе с пациентом мы неизбежно сталкиваемся с определенной последовательностью, которая очень важна.

Можно отметить, что самое главное – это травма, за которой мы видим потребность реагирования. Реагирование на данном этапе человеческого развития означает временную потерю идентичности. Это дает чувство крайней неуверенности и закладывает основы ожиданий дальнейшей утраты целостного Я и даже врожденную (но не наследуемую) беспомощность в отношении дальнейших этапов личной жизни.

Последующие фазы, когда человек оказывается в бессознательном состоянии (в данном случае мы говорим о физиологии – либо это вызвано изменениями головного мозга, либо анестезией матери), вряд ли будут настолько важны. Когда у пациента есть четкая картина того, как он оказался в этом бессознательном состоянии один или несколько раз, вполне вероятно, что воспроизводимое им, – это имитация угрозы целостному Я в связи с неоднократно повторяющимися фазами продолжительного реагирования на вторжения окружения, например, давление. Все то, что происходит в бессознательном состоянии (как после сотрясения головного мозга), не запоминается.

Среди характерных воспоминаний, связанных с рождением, можно отметить чувство нахождения в тисках чего-то внешнего, так что ощущается полная беспомощность. Обратите внимание, я вовсе не имею в виду, что ребенок чувствует, что это мать его

захватывает. На данном этапе речь не о ребенке. Дело в том, что любые вторжения извне требуют от ребенка адаптации к ним, в то время как в младенческом возрасте ребенку требуется активная адаптация к окружению. Младенец может реагировать на вторжения лишь какое-то незначительное время. Здесь есть очень четкая взаимосвязь между реальным опытом младенца и тем, что испытывает мать, сталкиваясь с определенными ограничениями. Потом наступает такой этап, когда мать должна быть в состоянии смириться с процессом, практически сопоставимым с опытом младенца.[31]

Подобная беспомощность совершенно невыносима, ведь человек не знает, когда все это закончится. Так, военнопленный может сказать, что худшим в его опыте было именно незнание того, когда закончится его заключение; и тогда три года гораздо хуже, чем приговор сроком в двадцать лет. Именно по этой причине, главным образом, в музыке столь важна форма. Благодаря форме конец обозрим с самого начала. Можно сказать, что многим детям можно было бы помочь, если бы кто-то приоткрыл им тайну в момент их рождения, что весь этот процесс будет длиться лишь определенное время. Однако, ребенок пока не в состоянии понять наш язык; кроме того, вряд ли существуют подобные прецеденты или критерии оценки. У ребенка грудного возраста есть рудиментарные знания о любых вторжениях, вызывающих реакции, так что обычный процесс рождения может быть воспринят младенцем как еще один пример того, что уже произошло; но трудное рождение выходит за рамки любого пренатального опыта вторжения, вызывающего определенные реакции.

В случае с одним пациентом, анализ которого представлял уникальную возможность наблюдать весь процесс рождения, – поскольку это воспроизводилось неоднократно, – я мог отслеживать каждое ядро Эго, которое возникало в ответ на соответствующее вторжение. Упомяну здесь лишь несколько из них: ядро мочевыводящих путей, ядро флатуса, анальное ядро, фекальное ядро, ядро кожи, ядро слюноотделения, ядро лобной части, дыхательное ядро

[31] В данном случае я говорю об особом состоянии чувствительности у матери «Первичная материнская всепоглощенность», 1957. (См. Глава XXIV)

и т.д. Быть может, все это поможет нам пролить свет на те трудности, с которыми мы сталкиваемся в описании слабого Эго незрелого человека, имея представление о том, какой невероятной силой обладает каждое ядро. То, что является слабым, – не что иное, как интеграция общей Эго организации.

В данном контексте можно увидеть множество примеров того, что происходит в случае, когда мы имеем дело с крайне незрелой Эго организацией, когда ребенку необходимо справиться с окружением, настаивающим на том, что это действительно важно. Тут может быть ложная интеграция, включающая в себя некое абстрактное мышление, которое будет неестественным. И здесь опять же есть две альтернативы; в первом случае это преждевременное интеллектуальное развитие; во втором – пробелы в интеллектуальном развитии. Все то, что находится между этими двумя полюсами, не представляет для нас важности. Подобное интеллектуальное развитие – своего рода неудобство, поскольку это происходит на слишком ранней стадии развития индивида, так что данная патология оказывается никоим образом не связана с телом и его фукционированием, а также чувствами, инстинктами и ощущениями целостного Эго.[32]

Здесь мы можем обратить внимание на то, что ребенок, испытывающий нарушения, будучи вынужден реагировать, испытывает эти нарушения самим «бытием». Подобное состояние («бытие») возможно только при определенных условиях. В реагировании ребенка нет никакого «бытия». Вторгающаяся среда пока еще не может ощущаться младенцем как проекция личной агрессии, ибо он пока еще не достиг того этапа, который бы что-то для него значил. На мой взгляд, тяжелая родовая травма (психологическая) может вызвать состояние, которое я буду называть врожденной, но не наследуемой паранойей. Наблюдение за самыми разными младенцами в клинике позволило мне прийти к выводу, что тяжелый параноидальный радикал может присутствовать сразу же после рождения. Наилучшей иллюстрацией в данном случае будет сновидение одной моей пациентки (женщина, 28 лет, диагноз: ши-

[32] Эту идею я буду развивать дальше в Главе XIX «Психика и ее связь с психосоматикой».

зофрения с параноидальными наклонностями), которое приснилось ей после чтения книги Отто Ранка *Травма рождения*.

Итак, ей приснилось, что ее буквально завалили камнями. Все ее тело саднило настолько, что невозможно даже представить. На коже были сильнейшие ожоги, и все это как будто говорило о ее невероятной чувствительности и уязвимости. И так было во всем. У нее было такое чувство, что если кто-то придет и сделает что-нибудь, боль станет просто невыносимой – как физическая, так и психическая. Она неоднократно подчеркивала, что все это можно сравнить лишь с ее попытками самоубийства. «Вы просто не в состоянии больше это выносить. Груз тела, да и души. В какой-то момент это оказывается чересчур. Так вот все это было совершенно невыносимым. Если бы только люди оставили меня в покое». Однако, в сновидении все было иначе: кто-то пришел и вылил масло, которое просочилось внутрь. Масло попало на кожу и разъело ее. Потом, в течение трех недель ничего не происходило, а когда пришло время убрать камни, она уже не испытывала никакой боли; когда же их убрали совсем, кожа почти полностью зажила. Правда, где-то в области груди оставался небольшой треугольник, куда масло вообще не попало, оттуда что-то торчало наподобие маленького пениса или шнура. На это также следовало обратить внимание, ибо и здесь тоже были довольно болезненные, но вполне терпимые ощущения. И уже в общем-то не важно, кто в результате убрал эти камни.

Здесь все же меньше сложностей, чем в сновидениях г-жи Н., о которой мы говорили ранее, поскольку эта пациентка была психотиком, а не страдала истерией. Соответственно, настоящий аффект очевиден. Человек, который все понял и пролил масло на пациентку, – это я, аналитик; а сновидение символизировало некую уверенность (то, как я справился с ее случаем). Тем не менее, само сновидение было реакцией на вторжение (чтение книги Ранка), и в анализе на какое-то время произошел регресс.

Голова. В процессе рождения, когда все в норме, голова младенца появляется первой, раздвигая таз матери. Это может запоминаться по-разному. Мы можем говорить о некоем важном прогрессе, который можно описать как «поверхностное сползание».

Это выражение появляется в книге Кастерет под названием *Мои пещеры*. Автор описывает, как он попадает через отверстия в глубокие пещеры. Дело в том, что в этом процессе сползания руки и вообще конечности не принимают никакого участия. В действительности истинная причина движения вперед неизвестна автору. Я полагаю, что воспоминания о естественном рождении никак не связаны с беспомощностью. Ребенок почувствует необходимость совершения неких плавательных движений вперед (нам известно, что плод на это способен), а движения, обозначенные мною как «сползание», как раз и есть некое движение вперед. В норме, ребенок обязательно почувствует момент приближения родов, что по срокам так или иначе должно совпадать. Я не верю в факты, подтверждающие теорию, что в самом процессе рождения действительно есть некие условия, в которых ребенок чувствует себя беспомощным. Однако, задержки очень часто приводят именно к этому: беспомощности или ощущению бесконечной задержки.

Конечно же, вполне возможны задержки, когда зажата голова, и на мой взгляд, определенный тип головной боли имеет место именно тогда, когда наблюдалось подобное сжатие головы (т.е эти ощущения во время родов воспроизводятся в соматической форме).

В аналитической работе подобный симптом (сжатие головы) можно связать с опытом вторжения окружения. И с этим ничего невозможно сделать (так будет всегда). Можно говорить о том, что есть и такие ощущения, которым дать определение не так просто. Сюда можно отнести всевозможные шумы, прилив крови к голове, ощущение перегруженности в верхней части, и чувство, будто «что-то ускользает, будто кровь куда-то уходит». Эти и другие распространенные симптомы головной боли в области психосоматики связаны с психотическими галлюцинациями, во время которых происходит разрядка в лобной части головы. Кроме того, мне известны случаи, когда всевозможные шапки и капюшоны выполняли важную функцию гарантии того, что Я никуда не денется через лобную часть головы. Скальпирование играет важную роль, и это не просто замена кастрации. Здесь можно привести всевозможные вариации на заданную тему (рога и единороги), когда корень может иметь очень важное значение для нас (продвижение вперед

младенца в этом процессе рождения, когда тело выталкивает само себя).

Здесь можно фантазировать о повторном входе в материнское тело головой. В одном анализе это прозвучало совершенно отчетливо. К рождению моей пациентки, второй из пары близнецов, оказались не готовы, и какое-то время она оставалась без присмотра. В ходе анализа возникали моменты, когда дилемма пациентки заключалась в следующем: сохранить ли известные ей отношения или же стать независимой, когда отсутствует какой бы то ни было внешний объект, представляющий для нее важность. Первый вариант предусматривал ложные объектные отношения и к тому времени был представлен в анализе как компульсивное желание, чтобы кто-то положил руку на лоб, в то время как рука матери представляла материнское тело. Это можно легко проследить в ложной гомосексуальности, когда пациент пытается войти в женщину сначала головой. В данном случае руки были особенно бесполезными. В первом сновидении, с которым она пришла ко мне, она пыталась осуществить половой акт без помощи рук, и у нее развился ревматоидный артрит (сначала до локтей и запястья). Поэтому руки, от которых и так было не много пользы, оказались совершенно бесполезными. Само собой разумеется, оральный эротизм серьезно сдерживался, что отчасти являлось одним и тем же комплексом, и у нее уже совсем не осталось зубов.

Идентификация всего тела с мужскими половыми органами часто проявляется в ходе психоаналитической работы. Не следует забывать о том, что для этого могут быть причины в опыте рождения, когда тело действует как единое целое, без рук и без орального или какого бы то ни было эротизма (разве что задействуются те же групп мышц, что и во время плавания или других поверхностных движений). Тело просто проходит через узкий проход.

Грудная клетка. За головой (по степени важности) идет грудная клетка. Данное описание можно разделить на три части: сначала идут воспоминания обо всем том, что стягивало, на разных уровнях в области груди. Эти ограничения могут оказаться вполне желательными, и мы часто сталкиваемся с этим в разного рода извращениях, но также и в обычных деталях одежды. Можно ска-

зать, что человек с сильными воспоминаниями о сжатии грудной клетки скорее ощущает это сжатие (он знает это и старается так или иначе контролировать).

Вторая часть этого описания будет посвящена функционированию. Я пришел к выводу, что воспоминания о сжатии грудной клетки во время травматичного процесса рождения могут быть очень сильными, и важным здесь будет контраст между реактивной активностью грудной клетки и той активностью, которая правда вызвана гневом. В процессе родов, в ответ на сжатие материнских тканей, ребенок должен сделать то, что станет (если у него будет достаточно воздуха) своеобразным *дыхательным* движением. Сразу после рождения, в норме, крик подтверждает жизнеспособность ребенка. Это некий пример, с точки зрения физического функционирования, разницы между реагированием и просто «бытием». В случае задержек и периодических трудностей, переход к нормальному плачу не столь очевиден, а у этого человека всегда будут сомнения по поводу гнева и его выражения. Реактивный гнев прослеживается с момента зарождения Эго. Однако, в плаче можно проследить эго-синтонное выражение гнева с самого начала, выполняющего экспульсивную функцию, а не реактивную.

Третий момент по поводу груди и рождения – просто ощущение нехватки чего-то; нехватки, которую можно восполнить, освободив дыхание. В случае с предлежанием плаценты с довольно отсроченным рождением и явными признаками асфиксии, пациентка (ей было всего шесть лет) жаловалась на постоянное чувство «нехватки кислорода». Она уже тогда знала, что в воздухе ей чего-то не хватало, и услышав о кислороде, она сразу же ухватилась за эту идею. Это чувство сохранялось как очень важный симптом. На мой взгляд, не следует забывать и о подлинном опыте (трудности с дыханием) в процессе рождения, в котором можно проследить различные причины нарушений дыхания и перверсий, включающих в себя трудности с дыханием. Желание удушья может быть невероятно сильным и может стать своеобразной фантазией мастурбации, с отреагированием которой даже те, у кого не было ярко выраженных суицидальных тенденций, не справились. Это можно видеть в инвертированном суициде, что обычно на-

зывают убийством. В случае изменения ролей, активное удушение может казаться благом (извращенная позиция), когда у активного человека возникает ощущение, что пассивный стремится к тому, чтобы его удушили. Какие-то аспекты этого, как и все остальное, можно видеть в нормальных страстных сексуальных отношениях.

Анализ способности задерживать дыхание – то, что мы можем наблюдать в мистических практиках различных восточных религий, – не будет полным до тех пор, пока мы не примем во внимание телесные воспоминания человека о его рождении. В мистическом отрицании необходимости дышать, безусловно, есть и другие не менее важные составляющие, в частности, попытка отрицать различия между внутренней и внешней реальностью.

Заключительные положения

Для сохранения личного пространства с самого начала человеку требуются минимальные вторжения, вызывающие реакцию. На самом деле все люди стремятся к некоему новому рождению, когда их линия жизни не будет нарушать все то, что может восприниматься без утраты чувства целостности личного опыта. Психическое здоровье человека закладывается матерью, которая способна к активной адаптации, будучи преданной своему ребенку. Это предполагает базовую релаксацию у матери, а также понимание индивидуального пути младенца, что опять же возникает благодаря ее способности идентификации с младенцем. Эта связь между матерью и младенцем начинается еще до рождения ребенка и продолжается в некоторых случаях как в процессе рождения, так и после. Как я это вижу, травма рождения представляет собой нарушение непрерывности бытия младенца, и когда это нарушение является значительным, то, как воспринимаются эти вторжения, а также реакция младенца на них, становятся важными факторами, противоречащими развитию Эго. Таким образом, в большинстве случаев травма рождения достаточно важна и в значительной степени определяет желание в целом к ребефингу. В ряде случаев этот неблагоприятный фактор может оказаться настолько сильным,

что у человека не остается никакой возможности (помимо ребефинга в ходе анализа) пройти естественный этап в своем эмоциональном развитии, даже если не будет никаких проблем впоследствии с внешними факторами.

Рассматривая теоретические предпосылки возникновения тревоги будет неверным шагом связывать такое универсальное понятие, как тревога, с каким-то отдельным случаем рождения (рождения как травмы). Однако, было бы вполне логично попытаться соотнести тревогу с *естественным* опытом рождения, но именно здесь мы как раз говорим о том, что нам пока еще недостаточно известно о естественном опыте рождения с точки зрения младенца, чтобы мы могли говорить о наличии тесной взаимосвязи между тревогой и естественным травматическим опытом. Как мне представляется, травматический опыт рождения определяет не столько паттерн тревоги в дальнейшем, сколько характер последующих репрессий.

Краткие выводы

Анализ родовой травмы, в целом, очень важное исследование.

Главным в понимании детской психологии, включая травму рождения, должен быть именно психоаналитический опыт. При этом особое внимание следует уделять регрессии. Это должно быть первостепенным по отношению к интуитивному пониманию и даже объективному анализу детей и отношений ребенок-мать на ранних этапах.

Приступая вплотную к работе с материалом, связанным с рождением, в анализе, пациент безусловно демонстрирует иные признаки крайне инфантильного состояния. Ребенок может играть в игры, содержащие в себе символизм рождения, точно так же и взрослые часто рассказывают о фантазиях, связанных – сознательно или бессознательно – с рождением. Это не то же самое, что и отреагирование каких-то воспоминаний, связанных с опытом рождения; все то, что представляет материал для анализа травмы рождения. Но пациенты-психотики, склонные к воспроизведению

подобных ранних инфантильных переживаний, стараются обходить стороной фантазии, содержащие в себе некий символизм.

В данном случае я говорю о *нормальном опыте рождения*, который не стоит считать травмирующим. Правда, мне было сложно это доказать. Тем не менее, чтобы прояснить собственную точку зрения, я предположил наличие нормального опыта рождения и хотел бы представить два вида травмирующего рождения, один из которых довольно распространен и в целом не столь важен в силу того, что впоследствии с этим удается – так или иначе – справиться, а второй, безусловно, травмирующий, который очень непросто преодолеть даже самым тщательным уходом впоследствии, что неизменно оставляет на личности определенный отпечаток.

Если эти предположения будут оправданы, тогда мы сможем сделать определенные

теоретические выводы.

Поскольку тревога универсальное явление, она не может быть напрямую связана с каким-то определенным случаем рождения, а именно: травматичным рождением.

Возможно, объяснением хорошо известного факта, что существует определенная клиническая связь между проявлениями тревоги и некими подробностями родовой травмы может быть то, что родовая травма определяет характер последующих репрессий; таким образом, родовая травма *косвенно* определяет то, как в определенных случаях проявляется тревога.

Побочный эффект этой теории состоит в том, что она позволяет рассматривать достаточно распространенную врожденную, а не наследуемую паранойю. То, о чем я сейчас говорю, мы можем увидеть в названии двух статей Гринакр, а также в самих ее работах.

Она пишет о предрасположенности к тревожности. При этом она не утверждает, что травматичный опыт рождения точно определяет характер *ожидаемой репрессии*. Речь идет о том, что травматичные роды могут предопределять дальнейшее существование, а также служить паттерном параноидальной предрасположенности. Иными словами, принимая во внимание теорию параноидальной тревоги Мелани Кляйн, – когда хоть какое-то облегчение в анализе наступает только с полным принятием со стороны пациента

орального садизма и амбивалентности по отношению к хорошему объекту, – мы не должны забывать о довольно распространенных случаях, когда параноидальная история берет свое начало с самого рождения. Основываясь на психоаналитической работе я могу предположить, что с самого рождения можно видеть настолько сильную предрасположенность к репрессиям (а также определенному заданному паттерну репрессий), что паранойю в таких случаях вряд ли можно считать следствием орального садизма. Иными словами, как мне кажется, в ряде случаев латентной паранойи, анализ паранойи наряду с восстановлением в полной мере орального садизма не приводит к полному решению проблемы, ибо в аналитическом сеттинге требуется также работа с травматичным опытом рождения. При этом фактор окружения оказывается не столь важным сейчас.

Все ли здесь понятно? Ни один параноидальный случай невозможно проанализировать, просто позволив пациенту пережить родовую травму. Наверное, речь идет о том, что в процентном соотношении параноидальных случаев присутствует этот дополнительный фактор, что рождение было травматичным и у младенца закрепился паттерн ожидаемого вмешательства в основы его «бытия». Вероятно, при значительном опыте эти случаи можно дифференцировать от других параноидальных случаев в зависимости от их клинической картины, а также очень подробного анамнеза.

Иначе говоря, я пытаюсь найти связь между родовой травмой и психосоматическими расстройствами, в частности, некоторыми головными болями и разного рода нарушениями дыхания. В данном случае можно говорить о том, что травма рождения может повлиять и на паттерн ипохондрии.

А теперь мы переходим к следующему утверждению. Фрейд признает определенную непрерывность между жизнью, которую плод вел внутри матки, и уже вне ее. Я думаю, нам трудно сказать, насколько Фрейд следовал этому открытию в своей аналитической работе. В достаточно подробном анализе одного случая я смог удостовериться в том, *что пациент способен привнести в аналитический час, при определенных особых условиях, регрессию какой-то части собственного Я к этому состоянию внутри и вне*

матки. В таких случаях движение вперед и назад – вне матки к внутриутробному существованию и обратно –включает в себя опыт, связанный с рождением человека, и это следует отличать от более важных движений общего характера *в фантазиях* – «в» и «из» материнского тела и «в» и «из» внутреннего мира пациента.

Конечно, можно предположить, что с момента зачатия и впоследствии тело и психика развиваются вместе, сначала они представляют собой неразрывное целое, а потом происходит разделение одного от другого. Безусловно, еще до рождения, говоря о психике (без сомы), мы подразумеваем то, что происходит постоянный личный непрерывный опыт. Эта преемственность, которую можно назвать началом Я, периодически прерывается фазами реакции на вторжение. Я порой включает в себя воспоминания об ограниченных фазах, в которых реакция на вторжение нарушает непрерывность. К моменту рождения младенец уже готов для таких фаз, и, на мой взгляд, *в нетравмирующем рождении реакция на вторжение, которую влечет за собой рождение, не превышает той, к которой плод уже подготовлен.*

Принято считать, что новый опыт дыхания обязательно должен быть травматичным. Скорее задержка дыхания, связанная с длительным рождением, является травмирующим фактором, а не начальный процесс формирования дыхания. Мой психоаналитический опыт убеждает меня в том, что это далеко не всегда верно и что огромное значение имеет изначально сформированный процесс дыхания.

Мне кажется, что *по отношению к пограничным фазам невыносимых реакций интеллект начинает работать независимо от психики*. Как если бы интеллекту требовалось собрать воедино все вторжения, на которые должна быть реакция, и удерживать их абсолютно в том же порядке и последовательности, таким образом защищая психику до тех пор, пока она не вернется к прежнему своему состоянию. В более травмирующих ситуациях интеллект развивается особенно быстрыми темпами и может даже показаться, что он является более важным, чем психика; уже после рождения интеллект может выполнять некую выжидательную функцию, собирая воедино все эти переживания и удерживая их вместе,

по-прежнему с целью сохранения психики. Смысл подобных защит можно увидеть в том, что человек приносит их в анализ, и уже в аналитической ситуации мы можем видеть, как он воспроизводит тщательно отобранные первичные вторжения. И только потом, в конце концов, пациент может позволить себе забыть о них.

Я признателен д-ру Маргарет Литтл за наблюдение того, как при паранойе отдельные вторжения становятся интегрированными и организованными, – как некая общая клиническая картина. Такая организация осуществляется интеллектом человека в защиту психики, и именно поэтому сама по себе организация отдельных вторжений столь яро отстаивается.

В результате в ряде случаев все это приводит к такой путанице, что интеллект не в состоянии связывать и удерживать определенную последовательность, и в этом случае вместо усиления интеллекта можно обнаружить клинически очевидный психический дефект, и это несмотря на исходное нормальное развитие ткани мозга.

Можно было бы развивать эту тему и дальше, описывая физические ощущения, относящиеся к родовой травме, которые появляются в общей психосоматической симптоматологии. Важно, однако, то, что *для отдельного пациента паттерн четко определен*, а также то, что в процессе снятия напряжения, вполне возможного в ходе психоаналитической работы, сохраняется определенная временная последовательность. В любом анализе такого рода человеку уже знакомы определенные ощущения и их последовательность, ибо они принадлежат конкретному пациенту.

Важным практическим моментом в этой связи является то, что это *позволяет нам иметь дело с одним или более из этих факторов*. Один из основных принципов психоаналитической техники – это то, что представляется такой сеттинг, когда пациент может работать только с чем-то одним. Так что для нас, в нашей аналитической работе, нет ничего более важного сейчас, чем понимание того, с чем бы пациент предпочел работать. Хороший аналитик старается ограничить собственные интерпретации и действия теми деталями, которые были точно представлены пациентом. Вряд ли можно считать хорошей практикой пытаться интерпретировать то, что

человек чувствует сейчас, действуя в соответствии с собственными потребностями, тем самым мешая пациенту справиться с чем-то одновременно. И чем дальше мы продвигаемся, тем более это становится очевидным. Интеграция незрелой психики в момент рождения может быть усилена опытом человека, даже реакцией на вторжение, при условии, что это не будет длиться слишком долго. Однако, для нескольких вторжений потребуются отдельные реакции, а это разрывает психику на части. Попытки Эго, о которых я говорил, есть не что иное, как попытки не допустить вторжения посредством психической деятельности, так что реакции на них могут происходить одновременно, не приводя к каким бы то ни было нарушениям психики. Все это можно совершенно отчетливо проследить в психоаналитической работе при условии, что терапевт будет способен следовать за пациентом в его эмоциональном развитии, – как бы далеко тот не зашел, от регрессии к зависимости, – с тем, чтобы приостановить тот период, когда вторжений было много и они были неуправляемыми.

И, наконец, мне бы хотелось еще раз повторить то, *что нет такого понятия, как лечение посредством анализа одной только родовой травмы*. Чтобы прийти к этим ранним стадиям, мы должны показать своим пациентам компетентность во всем диапазоне общего психоаналитического понимания. Кроме того, когда пациент был полностью зависим, а теперь способен откликнуться на призыв, необходимо очень четкое понимание депрессивной позиции, а также постепенное развитие в направлении генитальной первичности и динамики межличностных отношений наряду с призывом перейти от зависимости к независимости.

Глава XV

Ненависть в контрпереносе [1947]

В данной статье я постараюсь рассмотреть один из аспектов проблемы амбивалентности, который называют «ненависть в контрпереносе». На мой взгляд, задача аналитика (назовем его исследующим аналитиком), приступающего к анализу психотиков, серьезно осложняется этим феноменом, и решение ее становится невозможным, если аналитик не осознает в самом себе это чувство ненависти и не проработает его. Это равносильно утверждению, что аналитик сам нуждается в анализе, но это также напоминает нам и о том, что анализ психотика гораздо труднее анализа невротика.

Умение работать с психотиком вообще задача не из легких, не говоря уже о психоаналитическом лечении. Я уже неоднократно выступал с критическими замечаниями относительно методов современной психиатрии, где с такой легкостью используют электрошок и самые радикальные методы лейкотомии (Winnicott, 1947, 1949). Поэтому прежде всего мне бы хотелось отметить то, насколько непроста работа психиатра и, в особенности, – психиатрической медсестры. Работа с душевнобольными – это всегда тяжкое бремя для тех, кто о них заботится. И даже если они допускают какие-то ошибки, мы не должны судить их слишком строго. Но это вовсе не значит, что мы должны принимать решительно все, что делают психиатры и нейрохирурги, руководствуясь исключительно научными принципами.

И хотя то, о чем пойдет речь ниже, относится к психоанализу, это представляет реальную значимость и для психиатра тоже,

даже если его работа не предполагает аналитического типа отношений с пациентами.

Чтобы помочь практикующему психиатру, психоаналитик должен объяснить ему не только роль примитивных стадий эмоционального развития в возникновении болезни, но и природу эмоциональной нагрузки, которую испытывает психиатр, выполняя свою работу. То, что мы, психоаналитики, называем контрпереносом, должно быть понятно также и психиатру. Как бы сильно он ни любил своих пациентов, он не может избежать ненависти к ним и страха перед ними, и ему лучше понимать это, чтобы ненависть и страх меньше влияли на то, что он делает.

Феномен контрпереноса может быть классифицирован следующим образом:

1. Проблемы аналитика: неправильные чувства контрпереноса, а также сформированные отношения и идентификации, которые подавлены в самом аналитике. Комментарий: аналитик нуждается в большем анализе, сама же эта проблема, как мы считаем, менее остра среди психоаналитиков, чем среди психотерапевтов вообще.
2. Индивидуальность аналитика: идентификации и тенденции, характерные для личного опыта и развития аналитика, которые обеспечивают позитивный сеттинг в его аналитической работе и качественно отличают его от работы другого аналитика.
3. Истинный объективный контрперенос, отличный от первых двух, или любовь и ненависть аналитика к реальным личностным особенностям и поведению пациента, основанные на объективном наблюдении.

Я всегда советую аналитику, если он анализирует психотиков или социопатов, постоянно отдавать себе отчет в наличии контрпереноса, который следует отделять, изучая свои *объективные* реакции на пациента. Здесь же идет речь и о ненависти. Такому явлению, как контрперенос, нередко отводится особое место в анализе.

Я считаю, что пациент может принять в аналитике только то, что сам в состоянии чувствовать. В отношении мотива: *пациент с навязчивостями* скорее будет воспринимать аналитика как о человека, идущего в своей работе по бесполезному, навязчивому пути. *Гипоманиакальный* пациент – за исключением незначительных колебаний настроения ему не свойственна подавленность, а в эмоциональном развитии депрессия не оказала на него никакого влияния и ему не свойственно переживать сильное чувство вины, беспокойства или ответственности – вряд ли сможет увидеть в работе аналитика попытки изменить испытываемое им самим чувство вины. *Невротик* склонен считать аналитика амбивалентным по отношению к пациенту и ожидает, что тот обнаружит у него расщепление любви и ненависти: этот пациент, когда он счастлив, получает от аналитика любовь, потому что кто-то другой получает ненависть аналитика. Не следует ли из этого, что, – находясь в состоянии «одновременной любви-ненависти», – *психотик* глубоко убежден в том, что аналитик в своих отношениях также способен только на резкую и опасную одновременно любовь и ненависть? И если аналитик будет выражать свою любовь, то в какой-то момент он может просто убить пациента.

Одновременная любовь и ненависть, что так характерно в анализе психотиков, сталкивает нас с проблемой управления собой, что вполне может оказаться не по силам аналитику. Любовь и ненависть, о которых я говорю, нечто отличное от агрессивного компонента, осложняющего примитивный любовный импульс; а это значит, что при первых инстинктивных импульсах поиска объекта окружение пациента было неудачным.

Если аналитик ощущает грубые чувства, вызванные в нем пациентом, ему нужно быть осторожным, внимательным и восприимчивым. Прежде всего он не должен отрицать реально присутствующую в нем ненависть. Ненависть, которая *оправдана* в том или ином случае, следует отделять, сохранять и сделать доступной для возможной интерпретации.

Если мы находим возможным браться за анализ психотических пациентов, то должны распознать очень примитивные вещи и в себе, и это подтверждается тем фактом, что решение многих не-

ясных проблем в психоаналитической практике связано с дальнейшим анализом самого психоаналитика. (Возможно, психоаналитическое исследование отчасти представляет собой попытку аналитика продолжить свой анализ с того момента, где он остановился с собственным аналитиком.)

Главное правило для практикующего аналитика – сохранять объективность в отношении всего, что привносит пациент, но здесь случай особый: он должен объективно ненавидеть пациента.

Согласитесь, ведь в нашей повседневной психоаналитической работе хватает ситуаций, когда ненависть аналитика оправдана? Один из моих пациентов с тяжелыми навязчивостями вызывал у меня едва ли не отвращение на протяжении нескольких лет. Из-за этого я чувствовал себя просто отвратительно. Но в какой-то момент пациент вдруг стал вполне приятным, и анализ начал выходить из тупика. И тогда я понял, что его непривлекательность – активный симптом, бессознательно обусловленный. А чуть позже для меня наступил воистину знаменательный день, когда я смог объявить пациенту, что раньше (я и его друзья) мы испытывали настоящее отвращение к нему, настолько он был болен. Это был важный день и для него тоже – тогда можно было видеть огромный прогресс в его адаптации к реальности.

В обычном анализе аналитик не испытывает трудностей с тем, чтобы справиться с собственной ненавистью. Она остается латентной. Здесь важно, конечно, то, что в процессе личного анализа он освобождается от огромной бессознательной ненависти, связанной с прошлым и внутренними конфликтами.

Перечислим и другие причины, из-за чего ненависть может оставаться невыраженной и даже не ощущаться:

1. Анализ – работа, выбранная мною самим, что позволяет мне так или иначе принимать собственное чувство вины; путь, на котором я могу проявить себя конструктивно.
2. Мой труд оплачивается или же мне бы хотелось занять определенную социальную нишу благодаря психоаналитической работе.
3. Я что-то открываю для себя.

4. Я сразу же получаю определенное вознаграждение, идентифицируясь с пациентом, который растет и развивается, и надеюсь получить еще больше после окончания лечения.
5. Кроме того, как аналитик, я имею возможность выражать ненависть. Ненависть аналитика проявляется в самом понятии завершение «часа».
6. Я думаю, что это так, даже если у пациента нет трудностей с уходом и он сам желает уйти. Часто в анализе такое положение вещей принимается как должное и едва ли на это вообще обращают внимание, а сама аналитическая работа осуществляется через вербальную интерпретацию бессознательного переноса пациента. Аналитик берет на себя роль той или иной помогающей фигуры пациента из детства. Он извлекает выгоду из ощутимых результатов того, кто в свое время проделал эту грязную работу, когда пациент был ребенком.

Отчасти это можно считать обычной психоаналитической практикой в работе с пациентами, у которых есть, преимущественно, невротические симптомы. Что касается анализа психотиков, то у аналитика может возникать самое разное напряжение, и именно эти виды напряжения я и постараюсь описать.

Не так давно мне пришлось обратить внимание на то, что я плохо выполняю свою работу. Я допускал ошибки с каждым из своих пациентов. Трудности заключались во мне самом, отчасти они носили личностный характер, но в основном были связаны с той кульминацией, которой я достиг в своем отношении к одному особенному тяжелому пациенту-психотику. Мне удалось преодолеть эти трудности после так называемого «исцеляющего» сновидения. (Надо сказать, что в тот период – когда я занимался анализом и много лет спустя, – мне часто снились подобные исцеляющие сновидения; на самом деле мне всегда было немного не по себе, но так или иначе каждый из них знаменовал некий переход на новый уровень эмоционального развития.)

В данном случае смысл сновидения стал мне понятен, как только я проснулся или даже раньше. Во сне было две фазы. В первой

я находился в театре на галерке и смотрел вниз на людей, сидящих в партере. Я испытывал определенную тревогу, что могу лишиться руки или ноги. Это было сродни чувству, испытанному мной когда-то на вершине Эйфелевой башни: если я подниму руку чуть выше, то не удержусь и полечу вниз. Это можно считать обычной тревогой кастрации.

В другой фазе сна я осознавал, что люди в партере смотрят спектакль, а я теперь через них узнаю, что происходит на сцене. Теперь возникла новая тревога: что у меня вообще отсутствует правая часть тела.

Проснувшись, я осознавал на каком-то глубинном уровне свою главную трудность тогда. Первая часть сновидения представляла обычную тревогу, которая могла развиться по отношению к бессознательным фантазиям моих невротических пациентов. Я окажусь в опасности (могу лишиться руки или пальцев), если это будет представлять интерес для моих пациентов. С такого рода тревогой я был знаком, и она была сравнительно терпимой.

Вторая же часть сновидения представляла мое отношение к пациенту-психотику. Речь идет о женщине, которая требовала, чтобы у меня вообще не было никаких отношений с ее телом, пусть и в воображении: да и свое тело она не признавала как собственное; если же она вообще существовала, то мы говорили только о сознании. Любое упоминание о ее теле вызывало параноидальную тревогу, ибо она хотела, чтобы я мысленно обращался только к ее разуму. Трудности, которые я испытывал, достигли кульминации как раз в тот вечер, когда мне приснилось это сновидение; я почувствовал раздражение и сказал ей о том, что ее требования ко мне достаточно серьезные. Это оказалось катастрофой, и потом в анализе мне потребовалась не одна неделя для исправления собственной ошибки. Но главное – я осознал свою тревогу; в сновидении на это указывало отсутствие правой стороны моего тела, когда я пытался понять смысл спектакля, который смотрели люди в партере. Правая сторона была обращена именно к этой пациентке (что отражало ее потребность полностью отрицать какое бы то ни было взаимодействие между нашими телами, пусть даже в воображении). Это отрицание

привело к психотической тревоге, и с ней было гораздо тяжелее справиться, чем с обычной тревогой кастрации. И хотя данное сновидение можно было проинтерпретировать совершенно иначе, в результате я все-таки смог снова взяться за этот случай, несмотря на вред, нанесенный лечению моей раздражительностью, причиной которой стала реактивная тревога, возникшая в контакте с пациенткой.

Аналитик должен быть готов выдерживать напряжение, связанное с тем, что пациент может достаточно долго не понимать его действий. Чтобы продолжать работу, он должен спокойно осознавать собственные страх и ненависть. Его позиция должна быть сродни позиции матери по отношению к еще не родившемуся или недавно родившемуся ребенку. В конце концов, ему следует найти возможность объяснить пациенту, что происходит, но такой возможности может и не представиться. Не исключено также, что в прошлом пациента аналитик найдет весьма мало опыта, подходящего для работы. А что если у пациента в раннем детстве не было удовлетворительных отношений, которые можно проработать в переносе?

Есть огромная разница между теми пациентами, у которых был положительный ранний опыт, – что можно увидеть в переносе, – и теми, чей ранний опыт настолько недостаточен или извращен, что аналитик оказывается в жизни пациента первым, кто хоть как-то заботится о нем. Все психоаналитические техники, которые могут считаться эффективными в лечении пациентов первого типа, для пациентов второго типа становятся жизненно важными.

Я поинтересовался у одного из своих коллег, проводит ли он анализ в темноте, и получил следующий ответ: «Нет, наша работа строится в обычной обстановке; отсутствие же света было бы чем-то экстраординарным. Вообще его несколько удивил мой вопрос. Он занимался анализом неврозов, но сохранение привычной обстановки может оказаться принципиально важным и в анализе психотиков. Иногда это бывает даже важнее словесных интерпретаций. Для невротика кушетка, а также тепло и комфорт могут *символизировать* материнскую любовь. По отношению к психотику правильнее будет сказать, что все это некое выражение любви

со стороны аналитика. Кушетка – лоно или матка аналитика, а тепло – живое тепло его тела. И тому подобное.

Итак, как мне кажется, у меня есть некий прогресс в понимании данного предмета. Ненависть аналитика обычно латентна, и ее легко удержать. В анализе психотиков удержание ненависти в латентном состоянии требует большего напряжения со стороны психоаналитика, и это оказывается возможным только посредством осознания. От себя мне бы хотелось добавить, что на некоторых этапах пациенты сами стремятся к этой ненависти со стороны аналитика, и тогда требуется сделать эту ненависть объективной. Если пациент провоцирует объективную или «законную» ненависть, нужно сделать так, чтобы он мог добиться ее, иначе у него не будет ощущения, что он в состоянии добиться объективной любви.

Здесь, вероятно, уместно сослаться на случай ребенка из неполной семьи или ребенка без родителей. Такой ребенок находится все время в бессознательном поиске родителей. Если взять его в семью, он часто начинает вести себя неадекватно, – проверяясвое вновь обретенное окружение на способность испытывать объективную ненависть. Создается ощущение, что такой ребенок сможет поверить в то, что его действительно любят, только если он сможет вызвать гнев своих новых родителей.

Во время второй мировой войны мальчик девяти лет оказался в приюте для эвакуированных детей. Его направили в этот приют из Лондона, но причиной были вовсе не бомбежки, но бродяжничество. Я пробовал назначить ему определенное лечение, но его симптомы все равно оказались сильнее, и он убегал точно так же, как это происходило всегда с тех пор, как ему исполнилось шесть и он впервые убежал из дома. Тем не менее, в одной из бесед, мне удалось-таки установить с ним определенный контакт, когда я попытался проинтерпретировать его действия: убегая, он бессознательно спасает свой дом изнутри и защищает мать от нападения, пытаясь также избавиться от собственного внутреннего мира, полного преследователей.

Меня не удивило, когда он появился в полицейском участке, совсем недалеко от моего дома. Это был один из тех полицей-

ских участков, где его еще не знали достаточно хорошо. Моя жена проявила великодушие тогда и решила забрать его к нам. У нас он провел три месяца, и это были три месяца сущего ада. Это был одновременно самый милый и самый невыносимый ребенок, который порой казался совершенно невменяемым. К счастью, мы были готовы к этому. На первом этапе мы предоставили ему полную свободу и давали шиллинг всякий раз, когда он выходил из дома. Затем, стоило ему только позвонить нам по телефону, и мы тут же бросались искать его его, в какой бы полицейский участок он ни угодил.

И вскоре действительно произошли определенные изменения: симптом бродяжничества резко «меняется на 180 градусов», и мальчик начинает разыгрывать нападение изнутри. Это было очень непростое для нас обоих время. Стоило мне уделить ему чуть меньше внимания, происходили самые ужасные вещи. Интерпретации приходилось делать постоянно (днем или ночью), и часто единственное решение в момент кризиса состояло именно в том, чтобы дать верную интерпретацию, как если бы мальчик проходил анализ. Правильной интерпретацией здесь будет следующая: этот ребенок правда стремился всему дать собственную оценку.

В данной работе очень важно показать, какие изменения в личности мальчика порождали ненависть во мне и что я делал в этой связи.

Мог ли я его ударить? Нет, никогда. Но если бы я не знал все о своей ненависти к нему и не хотел бы, чтобы он тоже это знал, я бы не стал это демонстрировать. В критические моменты мне приходилось прибегать к силе и я указывал ему на дверь, независимо от погоды и времени суток. У нас был специальный звонок, в который он мог позвонить, зная, что его тут же пустят обратно, ничего не спрашивая. Он тут же появлялся, как только его маниакальные взрывы проходили.

Причем всякий раз, выставляя его за порог, я непременно ему что-то говорил; я говорил, что его поступки вызывают у меня ненависть к нему. Сказать это не составляло труда, потому что было правдой.

Я думаю, что подобные слова были важны для того, чтобы у него действительно произошли определенные изменения, но они были также чрезвычайно важны и для меня, что позволяло воспринимать ситуацию без аффектов, сохраняя при этом умеренность и избавляясь от всего наносного и желания что-либо сделать с ним.

Из всего комплекса проблем (ненависть и все то, что привело к ней) я могу выделить один пункт, потому что считаю его очень существенным для аналитика, работающего с пациентами-психотиками. Я думаю, что мать ненавидит ребенка еще до того, как он начинает ненавидеть ее, и до того, как он узнает о ее ненависти к нему.

Прежде чем развивать эту мысль дальше, мне бы хотелось обратиться к Фрейду. В работе «Превратности влечений» (1915), где он высказывает множество смелых идей, в частности, в отношении ненависти, Фрейд пишет: «Говоря об инстинкте, мы считаем, что он «любит» объект, посредством которого собирается получить удовольствие, но говорить о том, что он «ненавидит» объект, – значит поставить себя в затруднительное положение.

Мы должны отдавать себе отчет в том, что отношения любви и ненависти не могут характеризовать отношения инстинктов к их объектам, они выражают отношения Эго к объектам в целом.... Я считаю это правильным и важным. Не означает ли это, что личность должна быть интегрирована до того, как ребенок сможет сказать, что он ненавидит? Как бы рано ни произошла интеграция – это может случиться и раньше, когда уровень возбуждения или ярости предельно высок, – существует более ранняя стадия, на которой, как бы разрушительно себя ребенок не вел, он делает это без ненависти. Для описания такого состояния я использую термин «безжалостная любовь». Приемлемо ли это? Как только ребенок оказывается способен ощутить себя цельной личностью, слово «ненависть» получает определенный смысл при описании определенной группы его чувств.

Мать, однако, ненавидит своего ребенка с самого начала. Фрейд считал, что мать, при определенных обстоятельствах, может испытывать любовь только к своему сыну; впрочем, мы можем усомниться и в этом. Зная о материнской любви, мы при-

знаем ее реальность и силу. Но позвольте мне все же указать причины, из-за которых мать ненавидит своего ребенка, даже если это мальчик.

1. Ребенок – не ее собственный (психический) замысел.
2. Ребенок – не плод детской фантазии, это и ребенок отца, он связан кровными узами с братьями\сестрами и т.д.
3. Ребенок появляется на свет не по волшебству.
4. Ребенок представляет угрозу материнскому телу при беременности и родах.
5. Ребенок вторгается в личное пространство матери и бросает ей вызов.
6. В той или иной степени мать чувствует, что ребенок необходим ее собственной матери; так что отчасти ребенок выполняет требования ее матери.
7. Ребенок может повредить материнские соски даже при сосании, что является проявлением жевательной активности.
8. Это совершенно безжалостное существо, тиран, а она – его бесправная прислуга, рабыня.
9. И она должна полюбить это существо, его выделения и все, что с ним связано, пока у него не появится хоть какое-то осознание себя.
10. Он причиняет ей боль, периодически кусает ее, и все это от любви к ней.
11. Он демонстрирует ей свое разочарование ею.
12. Его невероятная любовь – это корыстная любовь; так что получив желаемое он хочет избавиться от нее, как от корки апельсина.
13. Сначала ребенок должен доминировать, он должен быть защищен от любых случайностей, жизнь должна подчиняться его желаниям, и все это требует от матери постоянного и скрупулёзного анализа. Например, она не должна тревожиться, держа его на руках.
14. Сначала ребенок и понятия не имеет, что она делает для него или чем жертвует. И конечно же он не должен давать повода для ее ненависти.

15. Он подозрителен, отказывается от ее хорошей еды, – из-за чего она сомневается в себе, – но при этом может хорошо есть у няни.

Все это приводит к тому, что мать стремится хоть куда-то деться от ребенка, в то время как он мило улыбается совершенно постороннему человеку, который умиляется: «Ну разве он не прелесть?».

Но мать точно знает, что если она не справится со всем этим сейчас, он ей этого никогда не простит.

Она испытывает возбуждение, но при этом сильно фрустрирована: она не должна поглотить его или заниматься с ним сексом.

Я думаю, что в анализе психотиков и на завершающих этапах анализа даже психически здорового человека аналитик должен придерживаться позиции, сходной с позицией матери по отношению к новорожденному ребенку. Глубоко регрессируя, пациент не может идентифицировать себя с аналитиком или принимать его точку зрения, подобно тому, как плод или новорожденный не может сочувствовать матери.

Мать может ненавидеть своего ребенка, никак не проявляя этого внешне. Она не может ему этого показать. Когда ребенок делает ей больно, она конечно же ненавидит его, но боится это показать, и поэтому все это заканчивается мазохизмом. На мой взгляд, корни ошибочной теории естественного мазохизма у женщин именно в этом. Мать, прежде всего, характеризует то, что она готова терпеть, когда ребенок делает ей больно, и ненавидеть его всей душой, – вовсе не собираясь отплатить ему тем же, – а также ждать вознаграждения, которого может и не быть. Быть может, она находит некоторую поддержку в напеваемых ею песенках, которые так нравятся ее ребенку, но их смысла он, скорее всего, не понимает.

На верхушке дерева, баю-баю, детка,
Дует, дует ветер, качает колыбельку,
Сломится ветка – рухнет колыбелька,
С колыбелькой – детка, с деткой — все-все-все.

Я думаю о матери (или отце), которые играют с маленьким ребенком; ребенок вполне доволен игрой и не осознает, что слова родителя могут выражать ненависть, возможно, в отношении символизма рождения. И в этом нет никакой сентиментальности. Сентиментальность бесполезна для родителей, ибо она фактически отрицает ненависть, а сентиментальность матери и вовсе никуда не годится с точки зрения ребенка.

Я сомневаюсь, что ребенок в процессе развития способен выносить собственную ненависть, находясь в сентиментальном окружении. Он нуждается в ненависти в ответ на ненависть

А если это так, то и психотик в анализе не сможет выдержать свою ненависть, если аналитик не в состоянии его ненавидеть.

Соглашаясь со всем вышесказанным, нам остается рассмотреть еще вопрос об интерпретации ненависти аналитика к пациенту. Очевидно, это чревато опасностью, и для этого нужно очень осторожно выбирать время. Но я считаю, что анализ не может считаться завершенным, пока аналитик, пусть и в самом конце, не найдет возможности рассказать пациенту о своих действиях, предпринятых без его ведома в то время, когда тот был болен, в начале их работы. До тех пор, пока не будет такой интерпретации, пациент до известной степени удерживается в позиции ребенка, который так и не может понять, чем же он обязан своей матери.

Аналитик должен проявить все свое терпение, выдержку и надежность, подобно матери, преданной своему ребенку; он должен быть способен понимать желания и потребности пациента; абстрагироваться от всего того, что мешает сосредоточиться на пациенте и объективно относиться к нему; он должен уметь притворяться, опять же руководствуясь потребностями пациента.

В начале может быть долгий период, когда пациент еще не в состоянии оценить (даже бессознательно) позицию аналитика. Здесь не стоит ожидать признания. На определенном примитивном уровне пациент пока еще не способен к идентификации с аналитиком и, конечно же, он пока еще не понимает, что ненависть аналитика часто порождается проявлениями незрелой любви со стороны пациента.

Таким образом, в анализе (исследовании и анализе) или просто, главным образом, в работе с психотиками, на аналитика (психиатра, медсестру) ложится колоссальная нагрузка. Поэтому так важно изучать пути формирования психотической тревоги и ненависти у тех, кто работает с тяжелыми психическими больными. Только так мы сможем избежать терапии, направленной больше на интересы врача, нежели пациента.

Глава XVI

Агрессия и ее связь с эмоциональным развитием [1950]

I. Мой вклад в общую тему

В данном анализе агрессии основная идея заключается в том, что если общество в опасности, то это происходит вовсе не из-за агрессии человека, но по причине подавления личной агрессивности у людей.

В анализе психологии агрессии студент сталкивается с огромным напряжением в силу следующих причин. В общей психологии, если в отношении кого-то или чего-то совершается вторжение, – это то же самое, что и воровство и одинаково агрессивное действие. Быть слабым столь же агрессивно само по себе, что и нападения сильного на слабого. Убийство и самоубийство по сути одно и то же. Возможно, самое сложное из всего этого то, что обладание столь же агрессивно, что и жадное приобретение; в действительности приобретение и обладание с психологической точки зрения будет одинаково неполным без другого. При этом мы вовсе не собираемся утверждать, что приобретение и обладание – это хорошо или плохо.

Все эти вещи достаточно болезненны, поскольку речь идет о диссоциациях, скрытых в текущем социальном принятии; их невозможно исключить из анализа агрессии. Кроме того, основой для анализа реальной агрессии должно быть исследование корней агрессивного желания.

Агрессия имеет место еще до того, как происходит личностная интеграция. Ребенок толкается в утробе; мы не можем утверждать, что таким образом он пытается вырваться. Ребенок, которому всего лишь несколько недель от роду, сучит ручками; при этом мы вовсе не хотим сказать, что он хочет ударить нас. Ребенок захватывает сосок ртом; но это вовсе не значит, что он собирается предпринять что-то нехорошее или же причинить боль. Изначально агрессивность практически синонимична деятельности; вопрос лишь отдельных функций.

Именно эти отдельные функции постепенно организуются ребенком, по мере того, как он становится цельным человеком, в агрессию. В болезни у пациента может не до конца отражаться активность и агрессивность. Интеграция личности не происходит в одночасье. Она наступает и исчезает, и даже достигнутая однажды она может быть утрачена из-за неблагоприятного воздействия окружения. Тем не менее, если человек здоров, рано или поздно он достигнет целенаправленного поведения.

Говоря о целенаправленном поведении, мы так или иначе имеем в виду агрессию. И здесь мы сразу же сталкиваемся с основным источником агрессии – инстинктивным опытом. Агрессия отчасти не что иное, как примитивное выражение любви. В данном случае мне представляется вполне возможным описание, поскольку я анализирую первичные любовные импульсы.

Оральный эротизм включает в себя агрессивные составляющие, а в нормальном здоровом состоянии именно оральная любовь по большей части представляет подлинную агрессивность: т.е агрессию, заранее преднамеренную (самим человеком) и которая ощущается, как таковая, окружением.

Любой опыт – это опыт как физический, так и нефизический. Всевозможные представления сопровождают и обогащают телесные функции, а воображение претворяется в жизнь благодаря телесному функционированию. Говоря о совокупности представлений и воспоминаний, необходимо сказать о том, что они постепенно преобразуются в то, что будет доступно сознанию; то, что доступно сознанию только при определенных обстоятельствах; и то, что представляет собой вытесненное бессознательное, недоступное из-за невыносимого воздействия.

В данном случае я понимаю, что не разделяю должным образом тему подлинной агрессивности с агрессивным импульсом. При этом, как мне кажется, одно невозможно изучать без другого. Ни один акт агрессии невозможно до конца понять, как нечто, совершенно отдельное; на самом деле анализ любого поступка ребенка должен включать в себя следующее:

1. Ребенок находится в своем окружении, со взрослыми, которые заботятся о нем.
2. Ребенок развивается в соответствии с хронологическим и эмоциональным возрастом.
3. У ребенка, пусть и довольно зрелого для своего возраста, можно увидеть все уровни незрелости, уходящие в глубь его первичного состояния.
4. Ребенок, как больной человек, имеет определенные фиксации на незрелых уровнях.
5. Ребенок в достаточно неорганизованном эмоциональном состоянии, так или иначе склонен к регрессии и спонтанному выходу из нее.

Агрессия на разных этапах

Наверное, было бы правильно начинать с самых первых шагов жизни человека, но здесь есть много того, что до конца не известно нам. Итак, полный анализ позволит нам проследить агрессивность на разных этапах развития Эго:

Первоначальный	До-интеграция Неосознаваемая цель
Промежуточный	Интеграция Осознаваемая цель Чувство вины
Завершенный (личностный)	Межличностные отношения Триангулярные ситуации и проч. Конфликт, осознанный и бессознательный

То, о чем я здесь говорю, – преимущественно развитие второго из этих трех этапов, а именно: промежуточного этапа.[33]

Первичное беспокойство

Итак, нам необходимо описать теоретическую стадию беспечности или беспощадности, в которой про ребенка можно сказать, что он существует как личность и даже имеет цель, но при этом его совершенно не волнуют результаты. Он еще не в состоянии оценить тот факт, что то, что он разрушает в состоянии возбуждения, – то же самое, что он ценит в спокойных промежутках между волнениями. Его возбужденная любовь есть не что иное как образное нападение на тело матери. Это и есть агрессия как часть любви.[34]

Отчасти это проявляется в диссоциациях между аспектами личности (в спокойном состоянии и в состоянии возбуждения), так что дети, которые обычно ведут себя тихо и спокойно, будут пытаться «отреагировать символы» и демонстрировать агрессию в адрес тех, кого они любят, не чувствуя в полной мере ответственности за свои действия.

Если агрессия утрачивается на данном этапе эмоционального развития можно видеть также и некоторую утрату способности любить, то есть устанавливать отношения с объектами.

Стадия беспокойства

Далее идет стадия, описываемая Мелани Кляйн как «депрессивная позиция» в эмоциональном развитии. Я буду называть это Этапом Беспокойства. Интеграции человеческого Эго достаточно для того, чтобы оценить личность матери; и то, что его волнуют результаты его инстинктивного, физического опыта, а также опыта, связанного с воображением, приносит потом огромные плоды.

---

[33] В Части II настоящей главы я постараюсь затронуть тему агрессии, связанную с первыми этапами развития Эго.

[34] Обычно это называют «до-амбивалентным», но данный термин не позволяет нам увидеть интеграцию части объекта и целого объекта, груди и матери, которая держит своего ребенка и заботится о нем.

На стадии беспокойства человек уже способен испытывать чувство вины. Отныне некоторые проявления агрессии проявляются клинически как горе или чувство вины или какие-то иные физиологические проявления, например, рвота. Вина воспринимается как нанесенный ущерб любимому человеку в отношениях в состоянии возбуждения. Если ребенок здоров, он может сдерживать чувство вины, таким образом при поддержке активно участвующей матери (некий временной фактор) он способен и дальше узнавать свои личные желания, чтобы отдавать и созидать. Таким образом, большая часть агрессии трансформируется в социальные функции и выглядит как таковая. В периоды беспомощности (когда нет рядом того человека, который мог бы принять вину или признать необходимые усилия для последующего восстановления) эта трансформация разрушается, и агрессия появляется вновь. *Социальная активность не может быть удовлетворительной*, если она не основана на чувстве *личной* вины (в отношении агрессии).

Гнев

А теперь мне бы хотелось перейти к гневу при фрустрации. Фрустрация, в целом неизбежная в любом опыте, способствует дихотомии: 1. Агрессивные, не вызывающие чувства вины импульсы в отношении фрустрирующих объектов 2. Агрессивные импульсы, вызывающие чувство вины в отношении хороших объектов. Фрустрация способствует отказу от чувства вины и образованию защитных механизмов, а именно: разводить любовь и ненависть. Если происходит это расщепление объектов на хорошие и плохие[35], мы можем видеть некоторое ослабление чувства вины; но в конечном счете любовь утрачивает часть своего ценного агрессивного компонента, а ненависть становится еще более разрушительной.

[35] Я бы назвал это «идеализированный и плохой», а не «хороший и плохой» (1957).

Развитие внутреннего мира

Отныне психология ребенка становится более сложной. Ребенка волнует не только то, как мать влияет на его импульсы, но он также обращает внимание на результаты собственного опыта (как это отражается на его Я). Поскольку его инстинкты удовлетворяются, он ощущает себя вполне неплохо, воспринимая потребление и отдачу как в психологическом, так и физическом смысле. Благодаря этим позитивным ощущениям, у него формируется и сохраняется уверенность в себе и он знает, что может ожидать от жизни. В то же самое время он должен принимать во внимание всевозможные гневные нападки, в результате чего у него возникает ощущение, что его переполняет нечто плохое или пагубное или не дающее ему покоя. Эти неприятные вещи или силы, находясь внутри него, – то, так как он ощущает их, – представляют угрозу изнутри его собственной личности и тому хорошему, что формирует основу его доверия к жизни.

Теперь перед ним стоит задача (длиной в целую жизнь) управления собственным внутренним миром; при этом он не сможет приступить к этой задаче, пока он не будет хорошо управлять своим телом и не научится дифференцировать то, что находится внутри него, а также внешние факторы (то, что можно считать реальным и его собственные фантазии). То, как он будет управлять внешним миром, зависит от его управления своим внутренним миром.

Итак, мы можем видеть невероятно сложный ряд защитных механизмов, которые необходимо принимать во внимание в любых наших попытках понять агрессию у ребенка, который достиг этой стадии эмоционального развития. Тут вряд ли возможно сделать нечто большее, чем просто перечислить то, что релевантно в этой связи.

Во-первых, я буду говорить о возврате в исходное состояние после интроверсии, поскольку это важный и достаточно распространенный источник фактической агрессии.

В здоровом состоянии интересы ребенка направлены как в сторону внешней реальности, так и к внутреннему миру, и у него есть мосты между одним миром и другими (сновидения, игры и т.д.). В состоянии болезни ребенок может перестраивать свои отношения

так, что хорошее будет сконцентрировано внутри, а плохое – проецироваться. Теперь он живет в своем внутреннем мире. Можно сказать, что он становится интровертом (или патологическим интровертом).

Избавление от патологической интроверсии связано с новым переходом (что для такого ребенка представляет внешний мир, полный преследователей), *и в момент его выздоровления ребенок, как правило, бывает очень агрессивным*. Это важный источник агрессивного поведения. Если в процессе избавления от интроверсии неправильно управлять атаками и защитными механизмами, ребенок очень быстро снова вернется к ней. Помимо болезни с такими вещами нам приходится сталкиваться ежедневно в жизни любого маленького ребенка, а данную концепцию никоим образом нельзя считать исключительно теоретической. Человек крайне чувствителен после того, как ему пришлось сконцентрироваться на решении определенной задачи.

Следует не забывать о том, что в детстве мы можем видеть, как человеческое существо лишь постепенно учится различать субъективное и объективное. Состояние, похожее на бред безумия, легко проявляется через проекции ребенком собственного внутреннего мира. Даже здоровый ребенок двух или трех лет часто просыпается ночью с ощущением, что он находится в мире, который (с нашей точки зрения) является его собственным внутренним миром, а не внешней реальностью, которую мы можем разделить с ним. Днем маленькие дети заняты игрой, на самом же деле может оказаться, что ребенок живет, главным образом, в своем внутреннем мире, хотя на первый взгляд создается ощущение, что он находится в нашем мире. И совсем необязательно это признак нездоровья, но в работе с таким ребенком мы не можем ожидать соответствия логике, которая применима только к внешней или общей реальности. Далеко не каждый взрослый способен к объективным суждениям, а те, которые нам кажутся вполне объективными, зачастую никак не связаны с внутренним потенциалом.

В трех других примерах мы сможем увидеть следующее: то, как ребенок справляется с собственным внутренним миром, объясняет его агрессивное поведение.

В фантазиях ребенка внутренний мир локализован прежде всего в животе, а уже потом в голове или какой-то другой области тела.

Ребенок, достигший определенной личностной организации, и свой опыт организует таким образом, что он не может справиться с ним только посредством идентификации. Например, родители ссорятся в его присутствии, в то время как он может быть занят какой-то своей проблемой. Таким образом, он способен управлять, вобрав в себя этот совокупный опыт. Тогда можно говорить о том, что внутри него формируется устойчивая картина родителей, выясняющих перед ним отношения, и количество энергии, таким образом, направляется на интернализованные плохие отношения. Говоря клиническим языком, мы наблюдаем у него усталость, депрессию или физический недуг. В какой-то момент на смену интернализированным плохим отношениям приходит что-то еще, и тогда ребенок начинает вести себя так, как будто им «обладают» ссорящиеся родители. Итак, перед нами предстает компульсивно-агрессивный, назойливый, неразумный, запутавшийся ребенок.[36]

Или же в случае с интроецированными ссорящимися родителями ребенок периодически изобретает нечто такое, что приводит к ссорам окружающих его людей, используя потом реальную внешнюю неполноценность как проекцию того, что было «плохо» изнутри. В таких случаях вполне возможны периоды душевного расстройства с настоящими галлюцинациями (голоса или люди, ссорящиеся между собой).

В том, как ребенок справляется с собственным внутренним миром, пытаясь сохранить в нем то, что он считает благотворным, бывают моменты, когда он чувствует, что все будет хорошо, если можно будет устранить хоть какое-то пагубное воздействие (что-то вроде «козла отпущения»).

Клинически мы можем наблюдать, как инсценируется избавление от всего вредного (сучит ножками, выходят кишечные газы,

[36] Это связано с тем, что Анна Фрейд называет «идентификацией с агрессором» (1937). Работа Мелани Кляйн знакомит нас с понятием всемогущего контроля внутренних явлений, как некой защиты.

плюется и т.д.). Или же ребенок может стремиться уничтожить все плохое внутри себя.

Какие-то внутренние явления мира, ощущаемые ребенком в животе (или голове и т.д.), время от времени представляют для него такую огромную трудность, что ребенок начинает тотальный контроль всего и вся – с депрессивным настроением (клинический результат). Это приводит к состоянию внутренней безжизненности, совершенно невыносимой для него. Здесь может также наблюдаться некое комплементарное состояние (мания). В таком случае жизненные силы внутреннего мира одерживают верх и активизируют ребенка, который клинически может испытывать очень сильную агрессию, без очевидных внешних причин для гнева. Эти фазы мании не то же самое, что маниакальная защита, при которой отрицание внутренней безжизненности сменяется искусственной активностью (так называемой маниакальной защитой от депрессии, как считала Мелани Кляйн). Клинические результаты маниакальной защиты вовсе не выход агрессии, но некое общее тревожное беспокойство, гипомания, при которой можно наблюдать умеренную агрессию, что проявляется в форме неопрятности, неряшливости, раздражительности, и при этом отсутствует необходимая конструктивная настойчивость.

Здоровый человек может сохранять эти плохие качества внутри, прибегая к ним в борьбе с внешними силами, представляющими для него угрозу (он может чувствовать, что именно так и нужно). Тогда агрессия будет иметь социальную значимость.

Ценность всего этого (по сравнению с маниакальной агрессией или бредом) заключается в том, что объективность сохраняется, а угрозе можно противостоять, экономя при этом силы. Тогда нам не нужно любить врага, совершая на него нападение.

Резюме

Вышесказанное в основном описывает взаимосвязь с агрессией; то, что я называю промежуточным этапом эмоционального развития. Этот этап предшествует *общеличностному*, со всеми межличностными отношениями и ситуациями треугольника (Эдипов комплекс); он наступает после ранних этапов (беспощадность и

проч.), и того огромного отрезка, предшествующего цели и личностной интеграции.

Агрессия, которую можно отнести к *общеличностному* этапу, уже знакома нынешнему поколению благодаря работам Фрейда.

Важные источники агрессии берут свое начало на *самых ранних* этапах развития человеческого существа, а к некоторым из них мы еще вернемся в следующей части данной главы.

II. Корни агрессии

Самый простой вопрос, который бы мы хотели задать, следующий: действительно ли агрессия является следствием гнева, вызванного фрустрацией, или же у нее есть собственные корни?

Ответ, скорее всего, будет очень непростым, и здесь необходимо учитывать самые разные клинические факты, из которых и состоит наша ежедневная аналитическая практика. Но даже если это произойдет, мы рискуем так и не осознать того, что на самом деле мы столь тщательно игнорировали.

Можно сказать, что в примитивных любовных импульсах мы всегда можем отследить реактивную агрессию, поскольку на практике нет такого понятия, как полное удовлетворение Ид. Именно поэтому мы стараемся разделить его на части? Как мне кажется, это необходимо ввиду возникшей из-за этого путаницы. Но главным образом это требуется потому, что примитивный любовный импульс действует на стадии, когда развитие Эго только начинается, а интеграция, например, еще не произошла. Мы можем видеть примитивную любовь, когда еще не сформирована способность брать на себя ответственность. На данном этапе развития пока еще нет даже беспощадности; это этап, предшествующий установлению правды, и если разрушение отчасти представляет цель в импульсе Ид, то оно будет носить случайный характер для удовлетворения Ид. Эго несет ответственность за разрушение только тогда, когда имеет место интеграция и организация Эго, достаточные для существования гнева, и, следовательно, страха перед возмездием. И даже если на ранних этапах будут выявлены гнев и

страх, все же возможно признание такого развития Эго, до существования которого мы не могли говорить о гневе человека.

Ненависть достаточно сложное чувство, и она вряд ли может существовать на этих ранних стадиях. Поэтому агрессию в целом следует рассматривать отдельно от реактивной агрессии, неизбежно следующей за импульсом Ид ввиду отсутствия необходимого опыта Ид, учитывая определенную реальность.

Так что правильно будет говорить о том, что примитивный любовный импульс (Ид) имеет разрушительные свойства, хотя младенец вовсе не ставит своей целью что-то уничтожить, ибо он испытывает этот импульс на том этапе, когда ему еще не знакомо слово «правда».

Это предположение позволяет нам перейти непосредственно к деструктивной составляющей импульса (Ид)в примитивной любви.

Для упрощения фактор родовой травмы можно опустить, а нормальные или нетравматичные роды можно воспринимать как должное. Под нормой в данном случае я подразумеваю то, когда рождение ощущается младенцем как результат его собственных усилий. Этому не препятствуют никакие задержки или, напротив, спешка.

Первые опыты с Ид привносят в игру ребенка некий новый элемент, инстинктивные кризисы, которые можно охарактеризовать как подготовительный период, разрядку и то, что наступает после удовлетворения. Каждая из этих трех фаз сопряжена с определенными проблемами для ребенка.

Наша задача в данном случае заключается в том, чтобы исследовать предысторию агрессивного элемента (деструктивного ввиду стечения обстоятельств) в самом раннем опыте Ид. Мы располагаем определенными элементами, которые образовались уже тогда, когда плод начал делать свои самые первые движения (моторика). Вне всякого сомнения, в области сенсорики также будет задействован соответствующий элемент. Может ли моторика, которая начинается еще во внутриутробной жизни и сохраняется в младенческом возрасте (да и вообще на протяжении всей жизни), быть связана с активностью, присущей соответствующему опыту Ид? Должна ли подобная активность классифицироваться как

составляющие Ид или Эго? Или же лучше не дифференцировать фазу Эго-Ид (Hartmann, 1952), не делая никаких попыток классифицировать моторику на том основании, что она появилась еще до того, как произошла дифференциация Эго-Ид?

Ид-опыт любого ребенка должен содержать в себе как можно больше примитивной моторики. И здесь мы, безусловно, сталкиваемся с необходимостью фрустрирующей реальности для младенца, ибо в случае удовлетворения Ид, – если оно будет полным и беспрепятственным, – младенец остается с тем, что было усвоено им в неудовлетворенной моторике (Riviere, 1936).

В паттерне опыта Ид у любого ребенка есть х процентов примитивной моторики, включенной в Ид опыт. И остается (100 – х) процентов, которые могут быть использованы в других отношениях; именно в этом, безусловно, можно увидеть причину столь огромных различий в опыте разных людей (в отношении их агрессивности). Здесь же и корни своего рода мазохизма (см. ниже).

Полезно также исследовать паттерны, имеющие отношение к подобной моторике (Marty et Fain, 1955).

В первом паттерне, благодаря моторике, окружение постоянно открывается вновь и вновь. Здесь любой опыт первичного нарциссизма подчеркивает тот факт, что ребенок находится в самом центре; только что родившийся младенец развивается, а контакт с окружением представляет собой некий *опыт индивида* (первоначально в недифференцированном Эго состоянии). Во втором паттерне окружение вторгается в жизнь

плода (или ребенка) и вместо определенного индивидуального опыта мы имеем череду *реакций на вторжение*. Здесь же мы можем видеть отказ от всего прочего, что и делает возможным индивидуальное существование. Моторика воспринимается тогда лишь как реакция на вторжение.

В третьем паттерне, который можно считать наиболее утрированным, это гиперболизировано настолько, что в индивидуальном опыте отсутствует всякая опора; в результате это приводит к сбою в первичной нарциссической системе индивида. Впоследствии мы будем наблюдать в развитии «индивида» скорее расширение оболочки, а не ядра, а также расширение вторгающейся среды. То же,

что осталось от ядра, оказывается глубоко сокрытым и это трудно отыскать даже в самом глубоком анализе. Тогда человек существует так, как будто его *никогда и не было*. Истинное Я оказывается сокрытым, а то, с чем нам приходится клинически иметь дело, – это целый комплекс ложных Я, функция которых заключается в том, чтобы это Я скрывалось и дальше. Ложное Я может быть синтонным обществу – и это вполне удобно; но отсутствие истинного Я приводит к нестабильности, которая становится все более очевидной, чем больше общество вводит человека в заблуждение, что ложное Я одно и то же, что и истинное Я. Тогда жалобы пациента – это ощущение абсолютной бесполезности.

Первый паттерн – это то, что мы называем нормой. На его формирование оказывает влияние достаточно хорошая мать, со своей ярко выраженной любовью (поскольку на первых порах это может выражаться только физически). Мать держит своего ребенка (в утробе или на руках) и через любовь (идентификацию) знает, как адаптироваться к Эго потребностям. В таких условиях и только в них человек начинает существовать, приобретая соответствующий опыт Ид. Именно на данном этапе возможно максимально задействовать моторику в опыте Ид. Можно отметить слияние х процентов потенциала моторики с эротическим потенциалом (х потенциал достаточно высокий). Тем не менее даже здесь (100 – х) процентов потенциала моторики остается вне паттерна слияния, доступного исключительно для моторики.

Следует не забывать о том, что слияние делает возможным сам опыт *независимо от оппозиции* (реакция на фрустрацию). Там, где мы видим слияние с эротическим потенциалом, отмечается удовлетворение инстинктивных потребностей. И напротив (100 – х процентам) незадействованного потенциала моторики *требуется оппозиция*. Грубо говоря, требуется какой-то толчок, пока нет соответствующего опыта и это представляет угрозу здоровью. Однако, в здоровом состоянии человек может, напротив, стремиться к соответствующей оппозиции.

Во втором и третьем паттернах только благодаря вторжению окружения потенциал моторики начинает использоваться в опыте человека. Но это мы не можем считать нормой. В той или иной сте-

пени человеку требуется некая оппозиция, и только тогда у него появляется важный первоисточник моторики. Все это можно считать вполне удовлетворительным, несмотря на постоянные вторжения окружения, но:

Вторжение окружения должно продолжаться.

У вторгающегося окружения должен быть собственный паттерн, в противном случае будет царить хаос, ибо индивид пока не имеет собственного паттерна.

Это означает зависимость, не позволяющую человеку расти.

Уход представляется существенным решением в данном паттерне. (За исключением крайних случаев, когда истинное Я действительно сокрыто; тогда даже уход не будет доступен – примитивная защита).

Второй и третий паттерны указывают на негативный паттерн в целом (в отношении здоровья), и никакое лечение не принесет пользы, если только оно не изменит базовый паттерн, приблизив его к тому паттерну, о котором я говорил выше. Тем не менее, пациенты, которые развивались в соответствии со вторым и третьим паттерном, приходят в анализ, и на первый взгляд может показаться, что и они тоже способны извлечь для себя некую пользу в работе с аналитиком, несмотря на их ложные представления.

Вот отдельный комментарий о позитивной ценности сопротивления невротического пациента. Все эти сопротивления, которые можно глубоко проанализировать, дают нам хороший прогноз. Отсутствие сопротивления приводит к диагнозу нарушений ранних паттернов, о которых я говорил выше.

Это позволяет нам сделать вывод о том, что более высокая степень слияния моторики с эротическим потенциалом не представляется возможной только посредством анализа, за исключением тех случаев, которые можно отнести к норме в соответствии с данной классификацией. Там, где первый паттерн не установлен, возможно слияние, за исключением каких-то иных случаев, посредством «эротизации» агрессивных элементов. Здесь можно увидеть корни компульсивных садистических тенденций, которые могут перейти в мазохизм. Человек чувствует себя реальным только тогда, когда он безжалостен к окружающим и разрушает

все вокруг. Он старается установить отношения, взаимодействуя с другим человеком, пытаясь найти определенную эротическую составляющую, которая сделает возможным слияние с агрессией, которая сама по себе ничуть не больше, чем просто моторика. Здесь эротика достигает слияния с моторикой, говоря же о норме, более правильным будет сказать, что происходит слияние моторики с эротикой.

Вполне вероятно, что в перверсиях можно выделить два типа мазохизма; первый берет свои корни в садизме, представляющем собой эротизацию первичного моторного импульса, а второй – это эротизация, как таковая, пассивной моторики из активной. Так что вполне возможно, что развитие будет направлено в ту или иную сторону в зависимости от того, был ли первый партнер мазохистом или садистом. Партнерство способствует отношениям, которые тем более ценны, ибо первичные отношения, когда только начиналась эротическая жизнь, были слабыми, ибо в целом отсутствовало слияние.

Чувство реальности напрямую связано с моторными (и соответствующими сенсорными) импульсами, а эротические переживания – когда мы можем наблюдать слабое слияние моторных составляющих – не усиливают ощущение реальности или существования в целом. На самом деле подобных эротических переживаний можно и избежать именно потому, что они приводят к такому субъективному ощущению, что человек не существует; иными словами, это происходит, главным образом, у тех, у кого первоначальный паттерн не отличается разнообразием, о чем я говорил выше.

Итак, мы можем сделать вывод, что очень многое происходит задолго до того, как ребенок впервые возьмет грудь, даже если его Эго-организация является при этом незрелой. Совокупность моторного опыта способствует формированию у индивида способности к собственному существованию, а вне первичной идентификации – отказу от оболочки и становления ядром. Достаточно хорошее окружение делает возможным подобное развитие.

Только если первичное окружение достаточно хорошее, для нас будет иметь смысл обсуждать раннюю психологию человеческого

младенца, ибо *если среда не была достаточно хорошей, у человека не происходит дифференциации и здесь вряд ли можно о чем-то говорить с точки зрения нормальной психологии*. Однако, когда человек действительно существует, мы можем говорить о том, что главные действия теперь –дифференцированные Эго и Ид устанавливают отношения и поддерживают их, несмотря на трудности, связанные с реальностью, – осуществляются посредством слияния довольно высокого моторного потенциала с эротическим потенциалом.

Здесь уже возникают другие идеи, связанные с проблемой внешней природы объектов. Эту тему мы затронем в третьей части данной главы.

III. Внешняя природа объектов

В психоаналитической практике, когда анализу уделяется такое огромное внимание, аналитик оказывается в привилегированном положении: он видит первые шаги эмоционального роста.

Не так давно меня поразила следующая мысль, к которой я пришел в ходе клинической работы: когда пациент старается проявить какую-либо агрессию, аналитик, так или иначе, более истощен процессом, чем когда пациент старается открыть для себя эротические корни инстинктивной жизни.

Здесь мне сразу же хотелось бы отметить то, что материал, о котором я говорю, ассоциируется в нашем сознании со словом «прекращение слияния». Мы предполагаем слияние агрессивных и эротических составляющих у здорового человека, но мы не всегда придаем правильное значение этапу, предшествующему слиянию, а также самой задаче слияния. Достаточно просто воспринимать слияние как должное, но тогда, как только мы перестаем рассматривать фактический случай, мы начинаем приводить всякие бесплодные доводы.

Следует признать, что задача слияния достаточно серьезная, и даже у здорового человека она будет незавершенной, зачастую мы как раз сталкиваемся с достаточно большим количеством агрессии (когда не было слияния), осложняющим психопатологию человека, который проходит сейчас анализ.

В анализе, если это действительно так, мы имеем дело с отдельными проявлениями агрессивных и эротических компонентов, а удерживая каждый из них по отдельности для пациента, переживающего перенос, это не позволяет нам достичь слияния двух. В случае тяжелых нарушений, когда мы сталкиваемся с отказом в точке слияния, мы можем в свою очередь видеть отношение пациента к агрессивной и эротической составляющей. Именно в данном случае я берусь утверждать, что аналитик будет больше утомлен последним, чем предыдущим типом отношений.

Вывод, который можно сделать из данного наблюдения, следующий: на ранних стадиях, когда устанавливаются *Я* и *Не-Я*, именно агрессивный компонент в большей степени внушает индивиду потребность в *Не-я* или объекте, который ощущается как *внешний*. Эротические переживания могут быть завершенными, в то время как у объекта можно наблюдать некое субъективное восприятие, или же он близок к более раннему нарциссическому состоянию первичной идентификации.

Эротические переживания можно считать завершенными вне зависимости от того, что приносит разрядку эротическому инстинктивному влечению и делает возможным получение предварительного удовольствия, повышая напряжение общего и местного возбуждения, разрядку и прекращение эрекции или нечто аналогичное, после чего следует период отсутствия желания (что само по себе может вызывать тревогу из-за временного уничтожения субъективного объекта, возникшего благодаря его желанию). С другой стороны, агрессивные импульсы не дают никакого удовлетворительного опыта, если нет оппозиции. Оппозиция должна исходить от окружения, от *Не-я*, постепенно дифференцируемого с *Я*. Таким образом, можно говорить о том, что эротический опыт присутствует в мышцах и других тканях, задействованных в этом процессе, но это эротизм иного порядка, чем инстинктивный эротизм, связанный с конкретными эрогенными зонами.

Пациенты рассказывают нам о том, что агрессивные переживания (когда слияния уже нет) позволяют им чувствовать себя более реальными, нежели эротические переживания (также слияние отсутствует). И тот и другой опыт будет реальным, но в первом мы

видим большее ощущение реальности, ценность которого огромна. Слияние агрессии наряду с эротической составляющей подобного опыта усиливает ощущение реальности опыта.

Это правда, что в той или иной мере агрессивные импульсы могут найти свою оппозицию без внешней оппозиции; это можно видеть (в норме) в движениях позвоночника, которые начинаются в пренатальный период жизни, а также (в патологии) во вращательных движениях (бесполезных) у больных младенцев (раскачивание или напряжение, означающее магические внутренние и невидимые движения туда-сюда). Несмотря на все эти соображения, можем ли мы утверждать, что нормальная оппозиция развития извне влечет за собой развитие агрессивных импульсов?

При нормальном рождении оппозиция обеспечивает тот опыт, который ребенок получает, совершая движения вперед головой. И хотя нормальные роды довольно редкое явление, что приводит к многочисленным осложнениям, а ребенок может рождаться тазовой частью вперед, но не головой, очевидно, все же можно выделить некую общую валидность в ассоциациях между исключительно усилием и отношениями (сначала голова) в оппозиции. Это можно увидеть в наблюдениях за младенцами, совершающими свои первые сосательные движения, – на мой взгляд, им может быть оказана помощь в зависимости от степени оппозиции по отношению к позиции головы сверху.

Эта идея, как правило, находит свое выражение в следующем утверждении: «Ребенок вовсе не развивается хорошо, когда реализуются все его потребности. Мать, стремящаяся выполнить все желания ребенка, далеко не хорошая мать. Фрустрация вызывает гнев, и это помогает младенцу получить более разносторонний опыт. Это так и не совсем так. Не так, потому что в данном случае не учитываются два фактора – во-первых, что ребенок вовсе не нуждается в совершенной адаптации в самом начале, а во-вторых, ему требуется и неудачный опыт адаптации (тщательно выверенный); здесь же необходимо отметить и недостаток слияния агрессивных и эротических составляющих опыта, в то время как в теории, по крайней мере, состояние вне слияния (или предшествующего слиянию) требует отдельного рассмотрения.

Тем, кто согласен со мной, слишком просто предположить, что агрессия является реакцией на фрустрацию, т.е на фрустрацию во время эротического опыта, во время фазы возбуждения, когда инстинктивное напряжение возрастает. То есть гнев на фрустрацию в таких фазах слишком очевиден, но в нашей теории ранних чувств и состояний мы должны быть готовы к агрессии, предшествующей интеграции Эго, что делает возможным гнев во время инстинктивной фрустрации, а эротический опыт – подлинным опытом.

Можно сказать, что у любого ребенка присутствует в потенциале зональный эротический инстинкт (биологический), и этот потенциал более или менее похож у каждого ребенка. И, напротив, *агрессивная составляющая варьируется*; мы неоднократно можем наблюдать гнев малыша при всевозможных задержках кормления, когда его агрессивный потенциал находит свое выражение (в той или иной степени). Для того, чтобы получить нечто через призму агрессии, соответствующей эротическому потенциалу, необходимо вернуться к импульсам плода; к тому, что способствует его движениям, а не неподвижности; к жизненным силам тканей и первому свидетельству мышечного эротизма. Соответственно, нам требуется здесь такое определение, как жизненные силы.

Безусловно, жизненные силы и потенциал любого плода примерно одинаковы так же, как и эротический потенциал каждого ребенка. Сложность заключается в том, что количество агрессивного потенциала младенца зависит от той оппозиции, с которой ему пришлось столкнуться. Иными словами, оппозиция влияет на преобразование жизненных сил в потенциал агрессии. Кроме того, избыток оппозиции вносит сложности, делающие невозможным существование человека, который, имея агрессивный потенциал, мог достичь его слияния с эротическим.

Данный аргумент не позволяет нам идти дальше, не проанализировав подробно реализацию жизненных сил (пренатальный период) младенца.

У здорового младенца импульсы (которые он испытывал, будучи плодом) способствуют открытию окружающей среды; причем последнее является той оппозицией, которая удовлетворяется за счет движения и воспринимается во время движений. В результате это

приводит к тому, что ребенок очень рано признает мир *Не-Я*, присваивая себе *Я*. (Следует понимать, что на практике эти процессы развиваются постепенно, сначала появляются, потом исчезают).

Если ребенок не здоров, на данном раннем этапе происходит вторжение именно среды, а жизненные силы используются как реакция на вторжение – в результате, мы имеем нечто, совершенно противоположное раннему присвоению *Я*. В крайних случаях очень мало опыта импульсов, за исключением *реакций*, а *Я* так и остается не присвоенным. Вместо этого мы имеем развитие, основанное на опыте реакции на вторжение, и тогда перед нами человек, которого мы называем ложным, потому что у него отсутствует личная импульсивность. В этом случае не происходит слияния агрессивных и эротических компонентов, поскольку *Я* так и не присвоено, когда у ребенка был эротический опыт. На самом деле для ребенка является жизненно важным эротический опыт; но отдельно от эротической жизни, в которой он никогда не чувствует себя реальным, есть только агрессивная реактивная жизнь, в зависимости от опыта оппозиции.

В данном описании нам было необходимо обсудить две эти крайности, чтобы подойти к описанию распространенного состояния, в котором проблема именно *в определенной степени отсутствия слияния*. Личность состоит из трех частей: истинное *Я*, *Я* и *Не-Я* очень четко разграничены, также имеет место некоторое слияние агрессивных и эротических элементов; Я, которое не составило труда соблазнить в эротическом опыте, но в результате это привело к утрате чувства реальности; Я, которое полностью и безжалостно отдается агрессии. Эта агрессия даже не организована для чего-то деструктивного, но она важна для человека, потому что это дает ему ощущение реальности и связей; но это претворяется в жизнь только активной оппозицией или (впоследствии) преследованием. Это никоим образом не связано с личными импульсами, имеющими спонтанность Эго в качестве мотивации.

У человека может произойти ложное слияние агрессивного и эротического путем преобразования этой чистой разделенной агрессии в мазохизм, но для этого должен быть

надежный преследователь, а надежный преследователь – это садист любовник. В таком случае мазохизм первичен по отношению к садизму. Тем не менее, говоря о развитии эмоционально *здорового* человека мы рассматриваем садизм как нечто первичное по отношению к мазохизму. Когда человек здоров, садизм предполагает успешное слияние, то, что отсутствует в условиях, в которых мазохизм развивается прямо из паттерна реактивной агрессии (без слияния).

Основной вывод, который мы можем сделать, руководствуясь данными соображениями, следующий: иногда имеет место слияние, когда мы используем термин агрессии и подразумеваем при этом спонтанность. Импульсивный жест возникает и становится агрессивным, когда достигается оппозиция. В этом опыте прослеживается реальность, и это очень быстро может привести к эротическим переживаниям, с которыми сталкивается новорожденный младенец. Итак, мне бы хотелось донести до вас следующее:

именно из-за этой импульсивности и агрессии, которая развивается вследствие этого, ребенок нуждается во внешнем объекте, а не просто удовлетворяющем его объекте.

Однако, у многих детей отмечается сильный агрессивный потенциал, связанный с реакцией на вторжение, который приводится в действие преследованием: и если это так, то младенцу нравится преследование, и он чувствует себя реальным, реагируя на это. Но это представляется ложным путем развития, ибо младенцу по-прежнему требуется преследование. Количество такого реактивного потенциала не зависит от биологических факторов (определяющих подвижность и эротизм), но от возможного раннего вторжения окружения, и, конечно же, очень часто от психических нарушений у матери и состояния эмоционального окружения матери.

Когда мы имеем дело с половым актом у взрослого человека, возможно, верно и то, что для эротического удовлетворения как такового вовсе не требуется какой-то определенный объект. Это агрессивная или деструктивная составляющая в едином импульсе, фиксирующем объект и определяющем необходимость, которая ощущается для фактического присутствия, удовлетворения и выживания партнера.

Глава XVII

Психозы и уход за детьми [1952]

В настоящей работе я постараюсь показать то, что психозу в детстве в общем-то достаточно распространенное явление, но это не замечается потому, что симптомы скрыты в обычных проблемах, с которыми неизбежно сталкивается любой человек, ухаживающий за ребенком. Диагноз ставится только тогда, когда окружение уже не может больше скрывать или справляться с нарушениями эмоционального развития. Поэтому, ребенку требуется выстроить определенную защитную линию, которая признается как болезнь. Согласно данной теории можно предположить, что основы психического здоровья личности закладываются в раннем младенчестве благодаря техникам матери, которая все свое время посвящает уходу за ребенком. Я постараюсь кратко перечислить задачи, с которыми сталкивается мать на ранних этапах эмоционального развития младенца; задачи, с которыми не сможет справиться младенец, если его эмоциональное окружение не будет достаточно хорошим.

Есть два метода, позволяющих работать с темой детского психоза. Один метод психической организации болезни, хорошо известный в психиатрии, можно описать как то, что имеет место до наступления пубертата и в период раннего детства. Крик (Creak, 1952) описывает один из типов психоза, при котором отмечается упорядоченная интроверсия с последующими странными моделями поведения и вторичными нарушениями физического функционирования; при этом она совершенно точно описывает тип ребенка, хорошо известный всем детским психиатрам и педиатрам. Точ-

но так же мы сможем рассмотреть состояния меланхолии, маниакально-депрессивные колебания настроения, гипоманиакальные возбужденные состояния, различные виды спутанных состояний и проследить то, насколько часто все это встречается в детстве; материала для такого анализа у нас предостаточно.

Я же выбрал другой метод возможно потому, что мне бы хотелось выступать здесь в качестве педиатра, привыкшего думать о растущем ребенке, а на самом деле растущем младенце. Для педиатра существует такое понятие, как непрерывное развитие индивида; это развитие начинается с момента зачатия, продолжается на протяжении всего периода младенчества и раннего детства и завершается уже во взрослом состоянии, когда ребенок сам впоследствии становится родителем. Цель в уходе за ребенком не только вырастить здорового ребенка, но и обеспечить в конечном счете развитие здорового взрослого человека. На противоположной стороне мы как раз имеем то, что больше всего волнует меня здесь, а именно: что здоровье взрослого человека закладывается на всех этапах младенчества и детства. Педиатр все время в курсе таких вопросов, как уход и воспитание, зависимость младенцев и постепенное преобразование факторов внешней среды, которые должны быть непрерывными точно так же, как непрерывность внутреннего развития ребенка. Именно поэтому педиатр может внести огромный вклад в область психиатрии.

Если кто-то из педиатров предпочитает сделать фокус на физической стороне, игнорируя при этом психику, мне это не очень понятно; ведь эта фаза несомненно пройдет.

В данном случае мне бы прежде всего хотелось сконцентрироваться на психике и лишь во вторую очередь – на соматике; но я все же педиатр, а с точки зрения педиатра психическое здоровье является тем, что не может быть результатом предшествующего развития. Психическое здоровье любого ребенка закладывается матерью, которая целиком и полностью поглощена уходом за своим ребенком. Слово «преданность» может быть лишено определенной сентиментальности, используя его для описания тех важных моментов, без которых мать не сможет внести свой вклад, а именно: чувствительная и активная адаптация к потребностям

ребенка, которые в начале являются абсолютными. Слово преданность также еще раз напоминает нам о том, что для того, чтобы справиться с этой задачей, мать не обязательно должна быть умной.

Психическое здоровье – результат непрерывного ухода, что делает возможным непрерывный личный эмоциональный рост. Уже давно ни для кого не секрет, что корни невроза именно в межличностных отношениях, возникающих тогда, когда ребенок начинает занимать определенное место в семейной иерархии, как отдельный человек. Иными словами, здоровье человека с точки зрения социализации и отсутствия невроза закладывается родителями, когда ребенок находится в возрасте около года; но это утверждение предполагает нормальное развитие и в грудном возрасте. И не так хорошо известно (на самом деле это требует дополнительных фактов), что нарушения, которые могут быть признаны и определены как психотические, берут свои корни в нарушениях эмоционального развития, с которыми сталкивается ребенок в тот момент, когда он становится отдельным человеком, способным к отношениям в целом с другими людьми.

Для одних психотиков эта теория считается болеет приемлемой, чем для других. Тем, кто занимается изучением данных вопросов, вполне очевидно, что способность к депрессии (в смысле демонстрации реактивной депрессии или изменений настроения) достигается в здоровом состоянии ребенком, достигшим возраста, в котором отнятие от груди имеет определенный смысл. Депрессию можно считать чем-то сродни озабоченности, раскаянию, чувству вины, но здесь следует также отметить, бессознательные аффекты (значительная их часть), влияющие на подавленное настроение. Способность испытывать беспокойство, печаль и последовательно реагировать на утраты так, что со временем все может прийти в норму, – стадия развития, имеющая огромное значение в процессе естественного роста; эта способность формируется в процессе грамотного отнятия от груди, когда отлучение от груди понимается глобально (как обращение с младенцами 9-18 месяцев). В данной работе не представляется возможным более подробно проанализировать данный вопрос (имея в виду самые разные виды депрессии

и маниакально-депрессивные типы нарушений). Об этом впервые говорилось в работе Фрейда «Скорбь и меланхолия» (1917), а впоследствии данная тема разрабатывалась и другими, в частности, Абрахамом (1924), Кляйн (1934) и Рикманом (1928). Кроме того, в дальнейшем анализе теории Кляйн удалось выявить первопричины определенных типов параноидной организации. Концепция здорового этапа «депрессивной позиции в эмоциональном развитии» (Klein) в свою очередь предполагает благополучное предшествующее развитие; в данной же статье мне бы хотелось обозначить самые ранние и самые примитивные стадии.

Сразу же после отнятия от груди мы сталкиваемся с такой всеобъемлющей темой, как разочарование. Отлучение от груди подразумевает некогда успешное кормление, а разочарование напрямую связано с иллюзиями.

Примитивные стадии эмоционального развития

Это очень сложная тема, и я осознаю то, что многое из того, что я должен сказать, может показаться спорным. Тем не менее, необходимо проанализировать то, что психическое здоровье с точки зрения уменьшения предрасположенности к шизоидным состояниям и шизофрении закладывается на самых ранних стадиях, когда ребенок только знакомится с внешней реальностью. Вряд ли я скажу здесь нечто такое, что будет звучать как совершенно необоснованное в моей аналитической практике и иной клинической работе.

Прояснение на самых ранних стадиях эмоционального развития должно происходить, главным образом, в кабинете психоаналитика, ибо психоанализ на данный момент представляется наиболее точным инструментом как в анализе маленьких детей, так и регрессирующих взрослых или психотиков любого возраста, а также нормальных людей, у которых случаются временные или даже эпизодические регрессии.

В психоаналитическом формате есть возможность для самого разного опыта, но только при наличии общих факторов из самых

разных категорий анализа мы можем делать какие-то утверждения. В то же самое время можно выделить некоторые работы в области непосредственного наблюдения. В данном случае мы можем сослаться на труды таких психологов, как Фрейд, Боулби и Спитц (Freud & Burlingham (1942), Bowlby (1951), Spitz (1945, 1950)). Кроме того, подробный анамнез также представляется очень важным.

Сначала физическое лицо не является отдельной единицей. Вообще можно говорить о том, что на формирование любого человека так или иначе оказывает влияние среда. Любой сторонний наблюдатель скажет вам, что психика может развиваться только в определенных условиях. В таком сеттинге у человека постепенно формируется личное окружение.[37] В случае нормального развития окружение, созданное человеком, становится чем-то похожим на обычно воспринимаемое окружение, и в таком случае наступает этап в процессе развития, когда индивид переходит от зависимости к независимости. Эта тема, которую я пытаюсь проанализировать в данной работе, очень непростая. Так что я пока воздержусь от несколько опрометчивого вопроса: «действительно ли психоз обычное явление в младенчестве и детстве или же это происходит достаточно редко?» Скорее я пытаюсь здесь понять, как эмоциональное развитие на примитивных или самых ранних стадиях связано с теми же самыми проявлениями в случае шизофрении у взрослых, а также при шизоидных состояниях в целом и хорошо сформированных защитах в случае общей беспорядочности и дезинтеграции. Подробный анализ шизоидной личности любого возраста подразумевает тщательный анализ первых лет жизни этого человека (как его внутреннее развитие, так и сформировавшееся окружение).

Итак, я поставил перед собой задачу изучения всех процессов развития психосоматики с самого начала, включая задержки и всевозможные нарушения. Так или иначе мне придется быть достаточно категоричным, а использование рисунков, я надеюсь, прояснит смысл того, что я хотел бы сказать.

[37] На мой взгляд концепция тела (схематическая), представленная Скоттом (1949), касается только отдельного человека; мы не затрагиваем здесь то единство, которое мы называем взаимодействием человека и окружения.

На рис. 9 и 10 показано то, как на ребенка влияет окружение, особенно на самых ранних стадиях. На рис. 9 можно видеть, как посредством активного приспособления к потребностям ребенка среда позволяет ему находиться в ненарушенной изоляции. Ребенок этого не знает. В этом состоянии он делает спонтанные движения, и окружающая среда воспринимается без утраты собственного Я. На рис. 10 показана неправильная адаптация к ребенку, что приводит к такому вторжению окружения, когда человек становится субъектом, действующим под влиянием внешней стимуляции этого окружения. Чувство Я оказывается утраченным в данной ситуации, и его можно вернуть только вернувшись к изоляции. (Обратите внимание на временной фактор, что подразумевает некий *процесс*.)

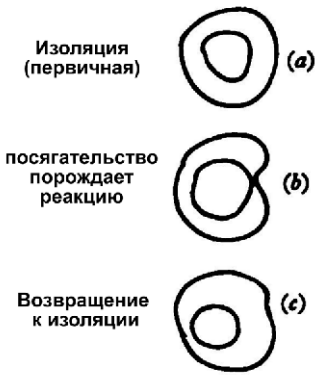


Рис. 9

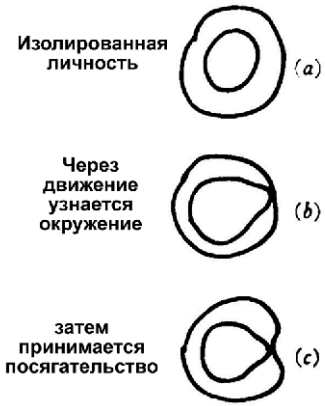


Рис. 10

Это простое утверждение может быть использовано для прояснения очень сложных вопросов. Во втором случае (разновидность опыта), когда не наблюдается достаточно хорошей активной адаптации к окружающей среде, происходит психотическое искажение организации окружения-Я. Такие отношения приводят к утрате чувства Я, и последнее можно изменить только вернувшись к изоляции. Однако, чем дальше ребенок оказывается в изоляции с самого начала, тем меньше мы можем видеть каких-то непосред-

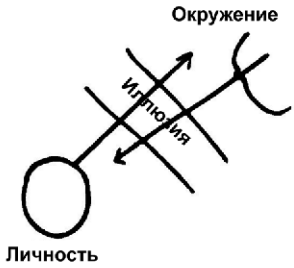


Рис. 11



Рис. 12

ственных реакций, когда задействуется все больше и больше защитных механизмов из-за отказа подчиняться вторжению окружения. Терапия в случае подобного расстройства должна обеспечить активную адаптацию к нуждам ребенка, постепенно формируя у него уважение к существующим процессам.

На рис. 11 показано в теории первое кормление. Возникающий ввиду необходимости творческий потенциал человека показывает готовность к иллюзиям. Материнская любовь и ее непосредственная идентификация с младенцем позволяет ей должным образом осознавать потребности младенца, предоставляя ему все необходимое в нужное время. Все это, что потом будет неоднократно повторяться, способствует формированию у младенца *иллюзии*, без которой невозможен контакт между психикой и окружающей средой. Если вместо слова «иллюзия» мы поставим «большой палец» или «кусок одеяла» или «мягкая тряпичная кукла» (фетиш-объект, Wulff (1946)), используемые некоторыми детьми в возрасте 8-10-12 месяцев для самоуспокоения или удобства, тогда мы увидим то, что я уже попытался описать под названием *переходного объекта* (рис. 12). (См. глава XVIII.)

На рис. 13 мы снова видим промежуточную зону иллюзии, которая в младенчестве является допустимой, бесспорной в отношении бытия, создаваемого младенцем или воспринимаемого им как некая реальность. Мы позволяем младенцу это безумие, ожидая от него лишь постепенное разграничение между субъективным и тем, что способно предоставить нам объективные или научные



Рис. 13



Рис. 14

факты. Если же говорить о нас, взрослых, то мы обращаемся к искусству и религии в непростые для себя моменты проверки реальности и принятия ее.

Если у человека наблюдается особое потворство собственным желаниям на этой промежуточной стадии, мы называем это психозом; если этот человек взрослый, мы используем эпитет «безумный». В ходе наблюдения за детьми мы можем видеть этот естественный переход от обычных проблем, с которыми сталкивается человек, к психотическим заболеваниям. Эти психотические расстройства являются своеобразной гиперболой (вряд ли здесь можно увидеть особую разницу между безумием и душевным равновесием).

На рис. 14 показан один из способов, как можно с пользой использовать предыдущий рисунок.

На рис. 15 я попытаюсь показать, как тенденция к основному расколу в организации человек-среда может проявляться через отказ активной адаптации со стороны окружения с самого начала.

В самых крайних случаях, когда мы имеем дело с расколом внутренней жизни, скрытой от нас,

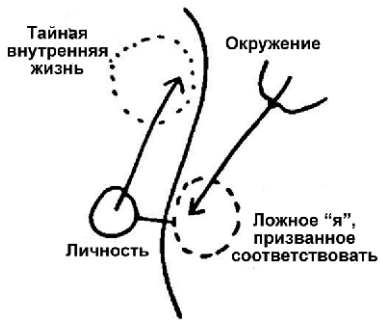


Рис. 15

это незначительно связано с внешней реальностью. Эти вещи вообще трудно передать словами.

Наблюдая такую значительную тенденцию к расколу на ранней стадии, человек рискует столкнуться с ложной жизнью, и тогда инстинкты уже поступают со стороны подстрекающего окружения. В самых крайних случаях педиатров (когда акцент делается на физическом здоровье, отрицая при этом потребности психики) воспринимают как неких эксплуататоров человеческой природы инстинктов. Подобное подстрекательство может привести к ложной самости, которая кажется вполне удовлетворительной для излишне доверчивого наблюдателя, хотя шизофрения, в конце концов, и будет латентно требовать внимания. Ложное Я, сформированное благодаря соблюдению всех первооснов, не может привести к независимой зрелости, за исключением, возможно, псевдо-зрелости в психотической среде.

Безусловно, можно утверждать, что адаптация к потребностям никогда не бывает полной, даже в самом начале, когда мать биологически ориентирована столь узко направленно. Разрыв между полной и неполной адаптацией преодолевается благодаря интеллектуальным процессам индивида, посредством которых провалы окружающей среды постепенно становятся более приемлемыми, понимаемыми, терпимыми и даже предсказуемыми. Интеллектуальное понимание способствует преобразованию недостаточно хорошей адаптации окружения к достаточно хорошей адаптации. Естественно, реализовать данный механизм гораздо проще, если окружающая среда достаточно стабильная. Переменная адаптация, ввиду ее непредсказуемости, достаточно травматична и аннулирует хороший эффект случайных периодов крайне чувствительной адаптации.

Там, где имеет место ограниченный интеллектуальный потенциал (из-за недостаточного функционирования мозговых тканей), способности младенца преобразовать недостаточно хорошую адаптацию к окружению оказываются сниженными, и в результате это приводит к тому, что некоторые типы психозов оказываются более распространенными среди дефективной, нежели нормальной популяции. Отдельные функции мозга могут привести к

серьезным сбоям адаптации, но в таком случае может отмечаться не использование по назначению умственной деятельности, и тогда мы имеем клиническую гипертрофию интеллектуальных процессов, связанных с потенциальным шизофреническим срывом.



Рис. 16

Я вовсе не стану утверждать, что это все, что мы можем сказать о происхождении интеллектуальной деятельности или психозах лиц с нарушениями; но мне представляется правильным взглянуть на проблему психической деятельности именно в таком ключе, ибо здесь мы совершенно отчетливо можем видеть, как организуется психическая деятельность и как она может стать врагом психики.

На рис. 16 и 17 мне бы хотелось обратить внимание на тот факт, что личность с самого начала не представляет собой нечто целостное, если мы говорим о младенце. Так или иначе мы должны рассматривать психику отельного человека, сначала в какие-то отдельные моменты (16б), а впоследствии – в более продолжительные периоды (16с) (Glover, 1932).

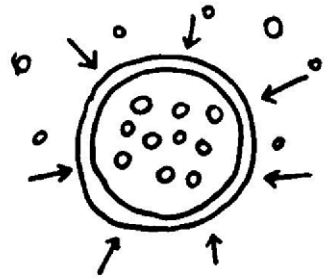


Рис. 17

Вряд ли потребуется какая-то иная иллюстрация другого важного развития, а именно: какое место занимает психика в теле. Этот процесс начинается достаточно рано – мы можем наблюдать это в определенные моменты – и постепенно становится все более

устойчивым. Тем не менее он может быть утрачен в связи с усталостью или недостатком сна или тревогой, что уже связано с другими этапами эмоционального развития.

Я могу привести здесь в качестве примера Шалтая-Болтая. У него только что произошла эта интеграция (он стал единым существом) в организации окружение-индивид, когда он сначала сидит на стене, а потом с нее сваливается. Но уже ни для кого не секрет, что он оказывается в сомнительном положении в своем эмоциональном развитии, особенно подверженный необратимой дезинтеграции.

На рис. 17 отражено то, как эти части оказываются собранными воедино, – в действительности достаточно опасные моменты для человека. В отношении общей организации (окружение–индивид) активность, связанная с интеграцией, приводит человека в некое неопределенное состояние, потенциально сравнимое с паранойей. В данном случае преследователи – все то, что происходит извне, – оказываются нейтрализованными обычным здоровым развитием благодаря непосредственной материнской любви и заботе, что физически (как поддерживающая) и психологически (как понимающая или способная к эмпатии, способствующая чувствительной адаптации) делает первичную изоляцию индивида бесспорным фактом. Проблемы с окружением (параноидный потенциал) запускаются именно здесь. И все это проявляется клинически столь рано и настолько отчетливо, что вполне можно простить тех, кто (не сведущий в вопросах детской психологии) объясняет это с точки зрения наследственности.[38]

В разного рода защитах против невыносимой тревоги, связанной с паранойей, в первые годы жизни нам довольно часто приходится сталкиваться с хорошо организованными состояниями, которые называют по-разному (защитная патологическая интроверсия и т.д.).

Ребенок постоянно живет в своем собственном внутреннем мире, тем не менее, достаточно прочно организованном. Сложности внешнего преследования так или иначе контролируются

[38] Мелани Кляйн обращала внимание на параноидный радикал в эмоциональном развитии. Чуть раньше я также отмечал то, о чем говорит Кляйн.

по причине отсутствия пока отдельного статуса. В отношениях с таким ребенком приходится балансировать туда-сюда (внутренний мир, в котором живет ребенок); и находясь в таком мире, он подвержен в большей или меньшей степени всемогущему контролю, но не контролю самой сильной центральной точки. Это некий магический мир, и можно сойти с ума, находясь в нем. Те из нас, кто занимался лечением детей психотиков, знают не понаслышке, насколько «не в себе» мы должны быть, чтобы находиться в этом мире; тем не менее мы должны быть там и находиться там как можно дольше, чтобы хоть какая-то терапия была возможна.



Рис. 18

Достаточно сложно представить простую схему такой непростой ситуации (см. рис. 18). Это будет достаточно сильным преувеличением обычной поглощенности здорового ребенка во время игры, при этом отличается от здоровой игры отсутствием начала и конца игры, степенью магического контроля, отсутствием организации игрового материала согласно некоему паттерну и неистощимости ребенка.

Заключение

Темы, обсуждаемые мною в данной главе, представляют собой ключевые положения в вопросах ухода за ребенком, а также обычной взрослой психиатрии. Чтобы следовать в нашем обсуждении дальше, я должен обратить внимание на депрессивную позицию и первопричины чувства беспокойства, а также способность испытывать вину и возникающие во внутреннем мире разного рода деформации и напряжения и т.д. Но все это мне придется опустить здесь.

Я попытался показать, что анализ теории ухода за ребенком скорее всего приведет нас к теории психического здоровья и психических расстройств (см. глава Xlll).

Основы психического здоровья закладываются матерью благодаря той заботе, которой она окружает своего ребенка каждый день, ибо только она, как никто другой, ориентирована на выполнение данной задачи. Психическое нездоровье (всевозможные психотические проявления) возникает в связи с разного рода задержками и нарушениями на ранних этапах организации среда-индивид. Психическое нездоровье возникает незаметно в процессе решения тех обычных трудностей, с которыми неизбежно сталкиваемся все мы и которые представляются особенно непростыми в уходе за ребенком, вне зависимости от того, выполняет ли данную задачу родитель, медсестра или школьный учитель. Поэтому профилактика психозов прежде всего обязанность педиатров, и они не должны забывать об этом.

Глава XVIII

Переходные объекты и переходные явления[39] [1951]

Анализ первого не-Я обладания[40]

Введение

Хорошо известно, что новорожденный прежде всего использует кулачки, пальчики, большой палец руки для стимуляции оральной эрогенной зоны, стараясь удовлетворить инстинкты в этой зоне, а также в спокойном состоянии. Также небезызвестен и тот факт, что ребенок любого пола, которому всего несколько месяцев, получает огромное удовольствие от игры в куклы; и многие матери предоставляют своим детям такой особый объект, в свою очередь ожидая от них приверженности таким объектам.

Между этими различными явлениями можно выделить отношения, разделенные временным интервалом. Таким образом, анализ перехода с одного этапа на другой представляется достаточно

[39] Доклад, сделанный в британском психоаналитическом сообществе 30 мая 1951 г.
[40] Необходимо отметить, что в данном случае мы используем именно слово «обладание», а не «объект». В материалах, распределенных ранее, в одном месте я использовал слово «объект» (вместо «обладание») по ошибке, и это привело к разного рода недопониманию. Так, было отмечено, что первый Не-Я объект – как правило, материнская грудь. Фарбэрн (1952, p. 35) часто обращает внимание читателя на слово «переходный».

полезным, что позволяет использовать важный клинический материал, на который мы раньше не обращали внимания.

Первое обладание

Тот, кому известны интересы и проблемы матерей, должен иметь представление о тех достаточно разнообразных паттернах, которые обычно демонстрируют младенцы в их первичном *Не-Я* обладании. Все эти паттерны вполне очевидны в ходе прямого наблюдения.

Можно увидеть очень сильные изменения в том, как младенец от своих первоначальных действий с кулаком переходит в конце концов к игре с мишкой, куклой, мягкой игрушкой или любой другой игрушкой.

Очевидно, здесь важно нечто другое, кроме орального возбуждения и удовлетворения, хотя и это может быть основой всего остального. Можно проанализировать многие другие важные вещи, среди которых:

- Природа объекта.
- Способность младенца распознавать объект, как *Не-Я*.
- Место объекта – снаружи, внутри, на границе.
- Способность младенца создавать, придумывать, изобретать, порождать, создавать
- объект.
- Инициирование любящего типа отношений с объектом.

Я ввел определения «переходного объекта» и «переходного явления» для обозначения промежуточной области опыта, между большим пальцем и плюшевым медведем, между оральным эротизмом и истинными объектными отношениями, между первичной творческой активностью и проекцией того, что уже было интроецировано, между первоначальным непониманием обязательств и признанием своих обязательств («Скажи: спасибо!»).

Согласно данному определению, лепет младенца или то, как ребенок более старшего возраста исполняет какую-то песенку или напевает неку мелодию, готовясь ко сну, входят в промежуточ-

ную область как некие переходные явления, наряду с извлекаемой пользой от объектов, которые пока еще не являются частью тела младенца и не признаются в полной мере как принадлежащие к внешней реальности.

Вообще любые утверждения о человеческой природе будут необоснованными с точки зрения межличностных отношений даже тогда, когда допускается проработка этих функций в воображении, а также всех фантазий целиком (как осознанных, так и вытесненных из сознания). Есть и другой способ описания, доступный нам благодаря исследованиям последних двух десятилетий, согласно которому о любом человеке, достигшем стадии, когда он становится отдельной единицей (с ограничивающей его оболочкой как снаружи, так и внутри), можно говорить о том, что у этого человека существует *внутренняя реальность*, некий внутренний мир, который может быть как богатым, так и бедным, тихим или беспокойным.

Так что я хотел бы обратить внимание на то, что если есть необходимость в этом двойном утверждении, она же есть и в тройном; в человеческой жизни есть часть, которую мы не можем игнорировать, некая промежуточная область *опыта*, для которого важна как внутренняя реальность, так и внешняя жизнь. Это область, не вызывающая никаких сомнений, потому что не делается никаких иных утверждений помимо того, что она должна существовать как некое место отдыха для человека, занятого неизменной задачей сохранения внутренней и внешней реальности отдельно и в то же самое время взаимосвязанными между собой.

Это совершенно нормально для своего рода «тестирования реальности» и проведения четкой грани между сознательным восприятием и просто восприятием. Здесь мне бы хотелось обратить внимание на это промежуточное состояние между неспособностью ребенка и растущей способностью распознавать и принимать реальность.

Поэтому я стараюсь анализировать суть *иллюзии*, все то, что разрешено младенцу, а во взрослой жизни мы можем видеть в искусстве и религии.

Разделяя уважение к *иллюзорному опыту*, мы можем собрать воедино и сформировать группу на основе сходства наших иллю-

зорных переживаний. Это те естественные основы, которые объединяют людей вместе. Однако, это скорее будет признаком душевного нездоровья, когда для взрослого человека оказывается столь важным вопрос веры и он призывает во что бы то ни стало других разделить с ним иллюзию, к которой они глубоко равнодушны.

Надеюсь, вы понимаете, что в данном случае я не имею в виду конкретно плюшевого мишку ребенка или же кулак, указательный палец, пальцы. В данном случае для меня не столь важен первый объект объектных отношений. Меня интересует первичное обладание, а также промежуточная зона между субъективным и тем, что воспринимается объективно.

Формирование личного паттерна

В психоаналитической литературе очень много внимания уделяется этому переходу от «руки в рот», затем от «руки к гениталиям», но, возможно, гораздо меньше – подлинным «*Не-Я*» объектам. Рано или поздно в развитии младенца можно увидеть этот переход от объектов, отличных от себя самого, к какому-то личному паттерну. В какой-то степени эти объекты означают грудь, но сейчас речь не только об этом.

У некоторых детей отмечается тенденция сначала засовывать большой палец в рот. Рот тогда становится активен по отношению к большому пальцу, но не по отношению к пальцам. Пальцы, ласкающие верхнюю губу или какую-то иную часть, могут или, возможно, уже стали более важными, чем большой палец во рту. Кроме того, эти ласкательные движения мы можем наблюдать и сами по себе, вне этого прямого союза большой палец-рот. (Freud, 1905; Hoffer, 1949)

В обычной практике происходит следующее (с постепенным усложнением такого ауто-эротического опыта, как сосание большого пальца:

1. другой рукой ребенок старается захватить какой-то внешний объект, скажем, кусочек простыни или одеяло в рот вместе с пальцами; или

2. так или иначе кусочек ткани удерживается, и он может его сосать, но на самом деле не делает этого. Объекты, используемые естественным путем, включают в себя салфетки и (впоследствии) платки, и это зависит от того, что легко и доступно для ребенка; или
3. здесь подойдет определение «витать в облаках», что означает следующее: нахождение в переходной или промежуточной области.
4. ребенок произносит какие-то звуки («ма-мама», первые музыкальные звуки, что-то лопочет и так далее).

Можно предположить, что мышление или фантазии напрямую взаимосвязаны с этим функциональным опытом.

Все это я называю *переходными явлениями*. Здесь же мы можем увидеть – возможно, это кусочек шерсти или уголок пледа или одеяла, или же какое-то слово или мелодия, или какие-то иные причуды – все то, что становится жизненно важным для ребенка в тот момент, когда он собирается ложиться спать, и является защитой от тревоги, особенно тревоги депрессивного характера. (Illingworth, 1951) Или же ребенок может найти для себя какие-то мягкие объекты или что-то в этом роде; впоследствии это становится тем, что я называю *переходный объект*. Этот объект по-прежнему является важным для него. Родители знают о таких объектах и стараются брать их с собой в путешествия. Мать разрешает пачкать его и делать с ним что угодно, точно зная, что если она вымоет его, это нарушит непрерывный опыт младенца; подобный разрыв может уничтожить смысл и значение данного объекта для младенца.

На мой взгляд, паттерн переходных явлений начинает проявляться около 4-6-8-12 месяцев. Но здесь, конечно же, возможны вариации.

Паттерны, усвоенные в младенческом возрасте, могут сохраняться и в детстве, так что первоначальный мягкий объект продолжает оставаться совершенно необходимым в постели или когда ребенку одиноко или же у него подавленное настроение. Однако, когда ребенок здоров, происходит постепенное расширение круга интересов, и в конечном счете этот расширенный диапазон сохра-

няется даже тогда, когда он напрямую сталкивается с депрессией. Потребность в конкретном объекте или модели поведения (это можно видеть в очень раннем возрасте) может проявиться вновь в более позднем возрасте, когда ребенок сталкивается с угрозой депривации.

Это первое обладание используется наряду с другими техниками, приобретенными в раннем детстве, которые могут включать их в себя или же существовать отдельно от непосредственной аутоэротической активности. Постепенно в жизни младенца появляются всевозможные мишки и куклы, а также жесткие игрушки. Мальчики, как правило, переходят к твердым предметам, в то время как для девочек становится важным все то, что связано с семьей. Однако, здесь важно отметить, что нет *значительной разницы между мальчиком и девочкой в том, что они делают с первоначальным Не-Я обладанием,* – то, что я называю переходным объектом.

По мере того, как ребенок начинает использовать организованные звуки («мама», «та», «да»), здесь же могут возникнуть и «слова» для обозначения переходного объекта. Название, данное ребенком этим первоначальным объектам, зачастую оказывается очень важным, и, как правило, здесь можно увидеть производные слов, уже используемых взрослыми. Например, «ба» может быть именем, в то время как «б» – иметь отношение к используемому ребенком слову «ребенок» или «медведь».

Также следует отметить, что иногда не существует переходного объекта, кроме самой матери. Или у ребенка могут быть настолько сильные нарушения в эмоциональном развитии, что он не получает никакого удовольствия от этого переходного состояния или же последовательность объектов оказывается нарушенной. Тем не менее, эта последовательность может сохраняться в скрытой форме.

Резюме особых качеств в отношениях

1. Ребенок приобретает право на объект, и мы соглашаемся с этим. При этом вопрос всемогущества – это отдельная тема с самого начала.

2. Ребенок очень трогательно заботится о данном объекте, любит его и в то же самое время готов изувечить его.
3. Он никогда не должен меняться, если только так не решит сам ребенок.
4. Он должен выстоять как в этой инстинктивной любви, так и ненависти, и, самое главное, выдержать полную агрессию.
5. Ребенок должен чувствовать, что это дает ему тепло, или определенную моторную активность, или текстуру, или же в этих движениях он должен увидеть для себя какую-то невероятную жизненную силу или особую реальность.
6. С нашей точки зрения это происходит извне, но ребенок так не считает. Равно как это не происходит изнутри; это никакая не галлюцинация.
7. Его смысловая нагрузка будет постепенно снижаться, и когда-то он будет вспоминать об этом, как о чем-то совершенно ненужном. Здесь я имею в виду то, что у здорового ребенка переходный объект не «переходит внутрь» или же у него не возникает такого чувства, что это обязательно должно подавляться. Он не забыл этот объект и не страдает по нему. Просто это теряет для него всякий смысл, и происходит это потому, что переходные явления становятся неопределенными, распространяясь по всей промежуточной территории между «внутренней психической реальностью» и «внешним миром, воспринимаемым одновременно двумя людьми», т.е. всей областью культуры.

Здесь уже речь идет о таких областях, как игра, художественное творчество и восприятие, религиозные чувства и мир грез, а также фетишизм, ложь и воровство, появление и утрата теплых чувств, наркозависимость, всевозможные навязчивых ритуалов и т.д.

Связь переходного объекта с символизмом

Кусочек одеяла (или что бы то ни было) действительно символизирует часть некоего объекта, например, грудь. Тем не менее, сам этот факт не имеет такой символической ценности, как реаль-

ность его существования. Важна не столько грудь (или мать), как тот факт, что это означает грудь (или мать).

В случае возникновения символов младенец уже способен проводить четкие различия между фантазией и фактом, внутренними объектами и внешними, первоначальным творчеством и восприятием. На мой взгляд, определение «переходный объект» делает возможным процесс принятия различий и сходств. Мне кажется, полезно использовать определения, имеющие отношение к символам; определения, показывающие этот переход исключительно от субъективного к объективному; и, как мне кажется, этот переходный объект (часть одеяла и т.д.) как раз то, что мы можем наблюдать в процессе формирования опыта ребенка.

Переходный объект вполне можно проанализировать, не до конца понимая природу символизма. На мой взгляд, символы можно в полной мере изучить только в процессе развития человека, и скорее всего он и будет иметь переменное значение. Например, если мы посмотрим на просфиру, символизирующую тело Христово, я думаю, что буду прав, говоря о том, что для римско-католического сообщества это именно тело, в то время как для протестантов – некая *замена*, напоминание о чем-то, и, в сущности, само тело. Тем не менее, в обоих случаях это некий символ.

Одна шизоидная пациентка поинтересовалась у меня после Рождества, получил ли я удовольствие, поглощая ее. И потом она задала мне следующий вопрос: *действительно ли я съел ее или только в фантазиях.* Я понимал, что вряд ли ее удовлетворит какая-то из альтернатив. При ее расколе требовался именно двойной ответ.

Клиническое описание переходного объекта

Те, кто работает с родителями и детьми, имеет в своем распоряжении множество иллюстративного клинического материала.[41]

[41] Есть прекрасные примеры в одной статье, найденной мной на заданную тему. Вулфф («Фетишизм и выбор объекта в раннем детстве, 1946, 15, p. 450) изучает тот же самый феномен, но он называет это «фетиш объекты». Я не совсем согласен с данным определением, поэтому еще вернусь к нему позже. До того, как я

Приведенные ниже иллюстрации, возможно, напомнят читателям о похожих примерах из собственного опыта.

Два брата: контраст в первоначальном обладании

Нарушения в использовании переходного объекта. Х, теперь здоровый человек, прошел непростой путь прежде чем прийти к определенной зрелости. Мать изо всех сил «старалась быть настоящей матерью», когда родился Х, поэтому ей удалось избежать некоторых ошибок с другими детьми, поскольку у нее уже был некий опыт. Были и внешние причины, почему она испытывала столь сильную тревогу (в целом ей приходилось в одиночку управляться с ним), когда родился Х. Она очень серьезно отнеслась к своей материнской роли, и Х находился на грудном вскармливании в течение семи месяцев. Потом ей показалось, что это слишком долго, и было очень непросто отучить его от груди. Он никогда не сосал большой палец или пальцы, и когда она прекратила его кормить, «ему было не к чему вернуться». Он никогда не сосал бутылку или соску. Ему была знакома только грудь. Поэтому у него сформировалась очень сильная и ранняя *привязанность к самой матери*, именно как человеку, и она была необходима ему именно как человек.

Когда Х исполнился год, у него появился кролик, которого он баюкал и любил. Надо сказать, что эта любовь к кроликам впоследствии распространилась и на реальных кроликов. Именно этот кролик оставался с ним до пяти или шести лет. Это то, что всегда *утешало* его, но у него никогда не было истинного качества переходного объекта. Это никогда не было – как истинный переходный объект – важнее, чем мать; практически неотделимая часть самого младенца. В случае с данным конкретным мальчиком тревога, перешедшая на другой уровень (головы, когда в возрасте семи месяцев его отлучили от груди), привела впоследствии к

приступил к написанию собственной статьи, работы Вулфа были мне не знакомы, но я получил огромное удовольствие и поддержку, ознакомившись с анализом интересующей меня тмы у одного из моих коллег. (see also Abraham (1916) and Lindner (1879)).

астме, и только постепенно он смог справиться с этим. Для него было важно, что в конце концов он нашел работу вдали от родного города. Его вполне можно отнести к категории нормы или назвать здоровым. Правда, он по-прежнему не женат.

Обычное использование переходного объекта.

Младший брат X, У, развивался спокойнее. У него уже трое собственных здоровых детей. Его кормили грудью в течение четырех месяцев, а потом совершенно спокойно отучили от груди.[42] Первое время У сосал большой палец, и это опять же позволило отлучить У от груди гораздо проще, чем в случае с его старшим братом. Где-то после пяти-шести месяцев он обнаружил дырку в одеяле (торчавшие через нее нитки щекотали ему нос). Очень быстро он стал называть это «Баа»; он сам придумал это слово, как только начал использовать единые звуки. Где-то около года он находит замещение одеялу. Это была мягкая зеленая майка с красным галстуком. Это было не «утешением», как в случае с его депрессивным старшим братом, но скорее «пустышкой». Это было лекарство, которое всегда работало. Это типичный пример того, что я называю переходным объектом. Когда Y был маленьким мальчиком, он всегда знал, что если кто-то даст ему «Баа», он тут же начнет сосать это и тревога уйдет. На самом деле он тут же засыпал, если приближалось время сна. В то же самое время он продолжал сосать большой палец, и это длилось до трех или четырех лет. Он до сих пор помнит, как сосал палец, а на том месте, где он постоянно его сосал, образовалась ямка. Теперь уже его самого, как отца, интересуют все эти темы: сосание большого пальца и появление всевозможных звуков, типа «Баа».

Истории семи детей (в норме) приведены для сравнения в таблице ниже.

[42] Из опыта со своим первым ребенком мать пришла к выводу, что наряду с грудью неплохо давать и бутылочку. Таким образом, была сформирована позитивная ценность замещения себя. И поэтому отлучить У от груди было гораздо проще, чем X.

		Большой палец	Переходный объект		Тип ребенка
X	Мальчик	О	Мать	Кролик (спокойствие)	Фиксированный на матери
Y	Мальчик	+	«Баа»	Кофта (утешение)	Свободный
Близнецы	Девочка	О	Кукла	Ослик (друг)	Поздняя зрелость
	Мальчик	О	«Ее»	Ее (защита)	Латентная психопатия
Дети Y	Девочка	О	«Баа»	Одеяло (успокоение)	Развивается хорошо
	Девочка	+	Большой палец	Большой палец (удовлетворение)	« »
	Мальчик	+	«всякая всячина»*	Объекты (распознавание)	« »

*Всевозможные мягкие объекты, различимые по цвету, длине, ширине, достаточно рано распознаваемые и классифицируемые.

В консультации с одним из родителей часто бывает очень ценно получить информацию о ранних техниках и обладании (это касается всех детей в семье). Мать начинает сравнивать детей между собой, и это дает ей возможность вспомнить и сравнить их особенности в раннем возрасте.

Зачастую от ребенка можно получить информацию в отношении переходных объектов; например, Ангус (11 лет 9 месяцев) рассказал мне, что у его брата «полным-полно медведей и всего остального», а «прежде у него были маленькие мишки», и все это перемежалось с его собственной историей. Оказалось, что у него самого никогда не было мягкой игрушки. Была какая-то веревка,

за которую он пытался ухватиться, когда засыпал. В конце концов оборвалась и она. Правда, потом было что-то еще. Вообще он не любит об этом вспоминать. Это был фиолетовый кролик с красными глазами. «Я не любил его». Обычно он валялся где-то поблизости. Теперь он у Джереми, я отдал его ему. Я отдал его Джереми, потому что он не слушался. Он часто падал с комода. *И он по-прежнему навещает меня. Мне нравится, когда он ко мне приходит*». Он сам удивился, вытащив откуда-то этого фиолетового кролика.

Мы еще вернемся к тому, что этот одиннадцатилетний мальчик с достаточно хорошим для его возраста ощущением реальности говорил так, как будто ему недоставало чувства-реальности, когда он описывал качества и действия переходного объекта. Потом, когда я встретился с матерью, она была удивлена, что Ангус до сих пор помнит того фиолетового кролика. Ей не составила труда вспомнить его из-за яркой окраски.

В данном случае я специально воздерживаюсь от того, чтобы привести как можно больше случаев, отчасти чтобы избежать впечатления, что все то, о чем я рассказываю здесь, большая редкость. Вообще надо отметить, что практически любая история может представлять интерес с точки зрения переходных явлений или их отсутствия (Stevenson, Olive, 1954).

Теоретическое исследование

Итак, на основании существующей психо-аналитической теории можно сделать ряд комментариев.

1. Переходный объект означает грудь или объект первых отношений.
2. Переходный объект предвосхищает последующую проверку реальности.
3. В отношениях с переходным объектом ребенок проходит этап от (магического) всемогущего контроля до контроля

посредством манипуляций (включая мышечный эротизм и удовольствие от согласованных действий).

4. Переходный объект может в конце концов перейти в фетиш-объект и продолжать существовать уже во взрослой сексуальной жизни. (Wulff).
5. Переходный объект может, в силу анально-эротической организации, означать фекалии (но не поэтому он может плохо пахнуть, и его не стирают).

Отношение к внутреннему объекту (Кляйн)

Интересно сравнить концепцию переходного объекта с концепцией Мелани Кляйн внутреннего объекта. Переходный объект не является *внутренним объектом* (психологическое понятие) – это обладание. В то же самое время он не является (для младенца) и внешним объектом.

Здесь мы переходим к следующему непростому утверждению. Ребенок может использовать переходный объект, когда внутренний объект живой и настоящий и достаточно хороший (не слишком преследующий). Но этот внутренний объект зависит от окружения, жизненных сил и поведения внешнего объекта (грудь, материнская фигура, забота окружения в целом). Неполноценность или сбой в работе последнего косвенно приводит к безжизненности или своеобразному преследованию внутреннего объекта. После того, как этот сбой (с внешним объектом) сохраняется, внутренний объект перестает иметь смысл для ребенка, и только потом переходный объект также становится бессмысленным. Поэтому переходный объект может служить объяснением «внешней» груди, но *косвенно*, это означает «внутреннюю» грудь.

Переходный объект никогда не находится под магическим контролем, как внутренний объект, равно как его нельзя контролировать извне, как реальную мать.

Иллюзия – Разочарование

Чтобы внести свой собственный позитивный вклад в данную тематику, мне бы хотелось сказать несколько слов о том, что воспринимается как должное во многих психо-аналитических работах, посвященных эмоциональному развитию младенцев, хотя это и можно увидеть только на практике.

Ребенок никогда не сможет перейти от принципа удовольствия к какому-то реальному принципу или в направлении первичной идентификации или выходу за ее пределы (Фрейд, 1923, p. 14),[43] пока не будет рядом достаточно хорошей матери.[44] Достаточно хорошая «мать» (не обязательно собственная мать младенца); это тот, кто активно адаптируется к потребностям младенца; это такая активная адаптация, которая постепенно сокращается в соответствии с возрастающими способностями младенца объяснять для себя любые неудачи адаптации и справляться с результатами фрустрации. Естественно, больше вероятности в том, что мать младенца справится с этой ролью лучше, чем кто-то другой, так как подобная активная адаптация требует всецелой и полной преданности ребенку; на самом деле успешный уход за ребенком зависит именно от преданности, а вовсе не от ума или интеллектуальных способностей.

Достаточно хорошая мать, как я уже говорил, начинается с почти абсолютного удовлетворения потребностей ее ребенка, но со временем она это делает все меньше и меньше, постепенно учитывая возрастающую способность ребенка справиться с ее провалом.

---

[43] См. также Фрейд (1921), p. 65.

[44] Одно из последствий этого, причем одно из самых главных, неудач матери в этом отношении с самого начала жизни младенца, подробно объясняется Мэрион Милнер (1952, стр. 181). Она показывает, как подобные неудачи матери приводят к преждевременному развитию Эго, с преждевременной классификацией на плохой и хороший объект. Таким образом, период иллюзии (или мой переходный период) нарушается. В ходе анализа или в обычной жизни мы можем видеть, как человек старается найти ценные для себя иллюзии. Таким образом, иллюзия имеет положительное значение. См. также Фрейд (1950).

Средства младенца, позволяющие ему справиться с подобным материнским провалом, включают в себя следующее:

- Опыт младенца, зачастую повторяющийся, что у него есть ограниченное время на разочарование. Сначала, конечно же, этот срок должен быть коротким.Все возрастающее ощущение процесса.
- Начало умственной деятельности.
- Применение аутоэротического удовлетворения.
- Воспоминания, переживания, фантазии, сновидения; интеграция прошлого, настоящего и будущего.

Если все будет идти должным образом, ребенок сможет получить для себя что-то ценное в этом опыте фрустрации, ибо неполная реализация потребностей делает объекты реальными; иными словами, он сможет в той же мере ненавидеть, что и любить. В результате *в норме* ребенок может испытывать обеспокоенность в связи с реализацией какой-то из его потребностей, которая возникла уже давно, но естественного спада не происходило, ибо полнейшая реализация напоминает определенное магическое действие, а объект, демонстрирующий некие совершенные действия, оказывается не лучше, чем галлюцинация. Тем не менее *в самом начале* подобная реализация должна быть практически полной, ведь если этого нет, у ребенка не будет опыта формирования отношений с внешней реальностью или же он не сможет сформировать концепцию внешней реальности.

Иллюзии и ценность иллюзий

В самом начале мать, благодаря почти полной реализации потребностей младенца, дает ему *иллюзию*, что ее грудь принадлежит младенцу. Как будто бы он ее волшебным образом контролирует. То же самое можно сказать и в отношении ухода за ребенком в целом в те периоды времени, когда его состояние ровное и спокойное. Таким образом, всемогущество – практически непреложный факт его опыта. В конечном счете задача матери заключается в том, чтобы постепенно разочаровывать младенца, но все ее дей-

ствия обречены на провал, если сначала она лишила его возможности иллюзии.

Иными словами, грудь воссоздается младенцем вновь и вновь благодаря способности младенца любить или (можно сказать) в силу его потребности. Таким образом, у ребенка формируется некое субъективное понятие, которое мы называем грудью.[45] Мать предлагает реальную грудь именно тогда, когда младенец готов к созиданию в самый нужный момент.

Таким образом, с самого рождения человеческое существо озабочено проблемой взаимосвязи между тем, что объективно воспринимается и тем, что субъективно для него значит, и эту проблему не сможет решить тот, кого не поддерживала должным образом мать с самого начала. *Промежуточная область, на которую я ссылаюсь, – это область, разрешенная младенцу, между первичным творчеством и объективным восприятием, основанным на проверке реальности*. Переходные явления представляют собой первоначальные стадии переживания иллюзии, без которой нет никакого смысла для человеческого существа в отношениях с объектом, который воспринимается другими как внешний по отношению к этому существу.

Иллюстрацию этой идеи можно увидеть на рис. 19: в некой теоретической точке на самых ранних этапах развития любого человеческого существа младенец, в определенной обстановке, при поддержке матери, способен выносить некую идею, соответствующую его растущим потребностям, возникающим в результате напряжения инстинктов. Мы не можем утверждать, что ребенок знает с самого начала, что бы он хотел создать. И вот здесь возни-

[45] Здесь я имею в виду все техники материнства. Когда говорят, что первым объектом является грудь, используемое слово «грудь», на мой взгляд, означает как различные техники материнства, так и реальную плоть. Речь не идет о том, что невозможно быть достаточно хорошей матерью (в моем понимании правильно предложить ее) с бутылочкой для кормления. Если помнить об этом более широком толковании слова «грудь», а также материнских техниках, связанных с этим общепринятым понятием, тогда становятся вполне понятны формулировки как Мелани Кляйн, так и Анны Фрейд. Единственная разница лишь во времени, но в сущности это уже неважно, ибо со временем эта разница все равно исчезнет.



Рис. 19

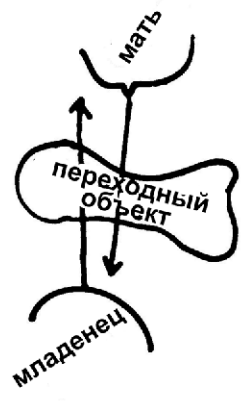


Рис. 20

кает мать. Как правило, она предлагает свою грудь, демонстрируя потенциальное желание накормить ребенка. Удовлетворение матерью потребностей младенца, когда она вполне неплохо с этим справляется, дает младенцу *иллюзию* того, что существует некая внешняя реальность, соответствующая способности самого младенца созидать. Иными словами, мы видим некое частичное совпадение между тем, что предлагает мать, и тем, что это может означать для ребенка. Сторонний наблюдатель может сказать, что ребенок чувствует, что в действительности представляет мать, но это не совсем так. Младенец воспринимает грудь только здесь и сейчас. Нет никакого взаимного обмена между матерью и младенцем. Психологически младенец берет от груди то, что принадлежит ему, а мать дает молоко младенцу, которое является частью ее. В психологии идея взаимного обмена основана на иллюзии.

На рис. 20 мы как раз видим иллюзию, иллюстрирующую нам то, что я считаю главной функцией переходного объекта и переходных явлений. Любое человеческое существо в вопросах переходного объекта и переходного опыта сталкивается с тем, что всегда будет важно для него, а именно: тот нейтральный опыт, с которым никогда и ничего не происходит. *Говоря о переходном объекте, можно сказать, что речь идет о некой договоренности между нами и младенцем, что мы никогда не будем задавать вопрос:*

Ты действительно имел это в виду или же это было представлено тебе извне? Важным здесь является то, что никакого решения по этому вопросу и не ожидается. Так что нет необходимости в формулировке вопроса.

Эта проблема, несомненно касающаяся человеческого младенца в скрытой форме в самом начале, постепенно становится очевидной ввиду того, что главной задачей матери (наряду с предоставлением возможностей для иллюзий) является разочарование. Это предшествует задаче отлучения от груди и продолжает иметь место как одна из задач родителей и воспитателей. Иными словами, эта проблема *иллюзии* является неотъемлемой для любого человеческого существа, но решить ее – так или иначе – не удается никому, несмотря на всевозможные *теоретические* доводы и решения. В норме в этом процессе постепенного разочарования для фрустрации складывается определенный фон, под которым мы подразумеваем отнятие от груди; но следует помнить, что когда мы говорим о таком явлении (Кляйн специально делала на этом акцент), как отлучение от груди, мы подразумеваем некие глубинные процессы: процессы, делающие возможными возникновение иллюзий и постепенное разочарование. Если происходит некий сбой в этом процессе (формирование иллюзий-последующее разочарование), младенец не сможет достичь такой естественной фазы, как отнятие от груди, или же реакции на отнятие от груди, и тогда бессмысленно говорить об отнятии от груди вообще. Само по себе прекращение кормления грудью не одно и то же, что отнятие от груди.

Все мы знаем, насколько важно отнятие от груди для нормального ребенка. Наблюдая сложную реакцию, запущенную у конкретного ребенка в процессе отнятия от груди, мы знаем, что это может происходить у данного ребенка потому, что процесс иллюзии-разочарования был запущен столь эффективно, что мы можем игнорировать его при обсуждении фактического отлучения от груди.

Мы говорим здесь о том, что задача принятия реальности никогда не будет до конца завершенной; ведь ни один человек не свободен от напряжения, связанного с внутренней и внешней реаль-

ностью, и освободиться от этого напряжения можно только благодаря некоему промежуточному опыту, не вызывающему сомнений (искусство, религия и т.д.). (Riviere, 1936). Эта промежуточная область напрямую связана с игровой зоной маленького ребенка, который «потерялся» в игре.

В младенчестве эта промежуточная область необходима для инициирования отношений между ребенком и миром, и это становится возможным благодаря достаточно хорошей материнской поддержке на ранних критических этапах. Существенным здесь является непрерывность (во времени) внешней эмоциональной среды и отдельных элементов в физической среде, например, переходный объект или объекты.

Переходные явления допустимы для ребенка ввиду интуитивного признания родителями того напряжения, которое неизбежно в случае объективного восприятия. Кроме того, мы не стремимся бросить вызов младенцу в отношении субъективности или объективности именно здесь, где есть переходный объект.

В случае, если взрослый предъявляет нам какие-то претензии в отношении принятия нами объективности каких-то его субъективных явлений, мы можем усмотреть в этом или диагностировать определенное психическое нездоровье. Однако, если взрослый способен получать удовольствие от личной промежуточной области, не предъявляя при этом каких-то особых требований, мы можем говорить о существовании соответствующих промежуточных областей и с удовольствием находим точки соприкосновения, так сказать некий общий опыт между членами группы в искусстве, религии или философии.

Мне бы хотелось обратить особое внимание на работу Вульфа, упомянутую мной выше, в которой клинический материал иллюстрирует именно то, что я имею в виду под названием переходных объектов и переходных явлений. Существует разница между моей точкой зрения и точкой зрения Вульфа, что отражается в том, как использую этот специальный термин я и как использует он определение «фетиш объекта». Проанализировав работу Вульфа, я обратил внимание на то, что в используемом им слове фетиш он отсылает нас обратно к младенчеству; т.е видит в этом

нечто такое, что в обычной теории связывают с сексуальными извращениями. В данной работе я не смогу рассмотреть переходный объект ребенка как здоровый первоначальный опыт. Тем не менее, я действительно считаю, что переходные объекты вполне универсальны и это нормально. Кроме того, если мы расширим понятие фетиш, которое будет включать в себя и норму, возможно, отчасти мы утратим ценность данного термина.

Я бы предпочел сохранить слово фетиш для описания объекта, употребляемого в отношении *иллюзии* материнского фаллоса. Тогда я бы пошел еще дальше, говоря о том, что нам следует оставить место для *иллюзии* материнского фаллоса, то есть, представления о чем-то универсальном, а не патологии. Если же немного сместить акцент от слова «объект» к слову «иллюзия», мы совсем близко подойдем к переходному объекту младенца; и важной здесь будет именно концепция *иллюзии*, универсальная в любом опыте.

Тогда мы сможем допустить, что переходный объект вполне может быть материнским фаллосом, но первоначально все же это грудь, то есть нечто, созданное младенцем и в то же самое время предоставленное ему окружением. Таким образом, как мне кажется, анализ использования младенцем переходного объекта и переходных явлений в целом может пролить свет на происхождение объекта фетиша и понятие фетишизма. Однако, возвращаясь назад от психопатологии фетишизма к переходным явлениям, – все то, что мы можем видеть на начальном этапе любого опыта при нормальном эмоциональном развитии, – что-то при этом несомненно будет утрачено.

Резюме

Итак, прежде всего следует обратить особое внимание на тот ранний опыт здорового ребенка, который выражается главным образом в отношениях, связанных с первым обладанием.

Это первое обладание имеет отношение к периоду всевозможных аутоэротических явлений, сосанию большого пальца, а также тому, что будет позже: первая мягкая игрушка, кукла и твердые

игрушки. Это связано как с внешним объектом (грудь матери), так и внутренними объектами (магически интроецируемая грудь), но при этом мы говорим о разных вещах.

Переходные объекты и переходные явления относятся к области иллюзии, лежащей в основе инициирования любого опыта. Эта ранняя стадия развития становится возможной благодаря особой способности матери адаптироваться к потребностям своего ребенка, тем самым давая младенцу иллюзию того, что нечто, созданное им самим, действительно существует.

Эта промежуточная область опыта, бесспорная в отношении его принадлежности к внутренней или внешней (общей) реальности, представляет собой большую часть опыта младенца и на протяжении всей жизни сохраняется в тех интенсивных переживаниях, которые связаны с искусством и религией, а также воображением и творческим началом.

Таким образом, позитивная ценность иллюзий бесспорна.

Переходный объект младенца, как правило, постепенно лишается энергетической нагрузки, особенно по мере развития культурных интересов.

Итак, в психопатологии:

- *Аддиктивность* можно охарактеризовать как регрессию на более раннюю стадию, на которой переходные явления бесспорны.
- *Фетишизм* может быть описан как сохранение определенного объекта или типа объекта, берущего начало в инфантильном опыте в переходной области, связанной с крушением иллюзий в отношении материнского фаллоса.
- *Истерические фантазии и воровство* можно описать в терминах бессознательных побуждений индивида преодолеть разрыв непрерывного опыта в отношении переходного объекта.

Глава XIX

Психика и ее связь с психо-сомой [1949]

На мой взгляд, одной из самых важных целей, стоящих перед нами, будет понять, наконец, из чего же состоят непреодолимые психические элементы, преимущественно динамического характера. Эти составляющие, скорее всего, будут иметь соматический и возможно неврологический компонент. Поэтому, научный метод позволяет нам достаточно сузить возрастной разрыв между психикой и телом. И я могу утверждать, что противоположности, с которыми сталкивались все философы, были связаны именно с иллюзиями. *Иными словами, я не думаю, что психика правда существует как нечто отдельное,* – возможно, данное утверждение удивит многих психологов [курсив мой]. Говоря о психике, влияющей на тело, или о теле, оказывающем влияние на психику, мы всего лишь используем удобное для нас условное обозначение в случае более громоздкой фразы… (Jones, 1946).

Взяв за основу данное определение Скотта (Scott, 1949), я попытаюсь высказать собственные соображения в отношении этой обширной и достаточно непростой темы. Телесная схема с ее временными и пространственными аспектами представляет ценное подтверждение диаграммы человека его Я, и здесь, на мой взгляд, нет места психике. Тем не менее в клинической практике мы действительно сталкиваемся с психикой, локализованной в каком-то месте пациентом; таким образом, представляется крайне важным дальнейшее изучение данного парадокса, что «психика в действительности не существует как нечто отдельное».

Психика как функция психо-сомы

В анализе такого понятия, как психика, мы всегда должны анализировать все аспекты человека, включая развитие с самого начала его психосоматического опыта. Исходя из этого мы можем исследовать психическую деятельность человека, берущую свое начало в той ее части, которая относится к психо-соме.

Психика никогда не будет существовать как единое целое, если на самых ранних этапах не было удовлетворительного развития психо-сомы или телесного развития; тогда психика – не более, чем частный случай функционирования психо-сомы.

В исследовании этапов развития индивида часто можно встретиться с такими понятиями, как *ложная сущность* и *ложная локализация*. Анализу этих аномальных тенденций должно предшествовать более непосредственное изучение здоровой или нормальной психики.

Мы уже привыкли к тому, что эти два слова (психическое и физическое) встречаются нам, как некие противоположности, поэтому мы ничего не имеем против этой оппозиции в наших обычных дискуссиях. Однако, совсем другое дело, если эта оппозиция встречается нам в научной дискуссии.

Используя эти два слова – физическое и психическое – в описании болезни, мы сразу же сталкиваемся с определенными сложностями. Психосоматические расстройства (все то, что находится между психическим и физическим) довольно сложная тема. Исследования в области психосоматики в какой-то степени обусловлены всеми теми непростыми вопросами, с которыми нам приходится сталкиваться (MacAlpine, 1952). Кроме того, нейро-хирурги также стараются изменить или даже улучшить психическое состояние. Такие терапевты, работающие с «физиологией», оказываются совершенно сбитыми с толку собственными теориями; как это ни странно, они ничего не говорят о значимости физического тела, где мозг является неотъемлемой частью.

Итак, давайте подумаем о развитии личности с самого начала. Мы имеем тело, но психика и сома не должны быть исключены из этой связки, учитывая общую направленность. Мы можем обратить внимание на развитие тела или развитие психики. На мой

взгляд, слово психика здесь означает *совершенствование в воображении частей сомы, чувств и функций*, то есть это означает то, что человек жив. Нам известно, что подобное совершенствование в воображении зависит от наличия и нормального функционирования головного мозга, особенно некоторых его аспектов. Однако, человек не может ощущать локализации собственной психик в головном мозге или же где-то еще.

Постепенно мы можем наблюдать взаимный обмен между психикой и сомой растущего человека. Подобная взаимосвязь между психикой и сомой представляет собой один из первых этапов индивидуального развития (см. глава XII). На более поздних этапах тело, с его ограничениями, а также внутренними и внешними функциями, *ощущается индивидом* как нечто, представляющее сущность его воображаемого Я. Развитие на данном этапе является невероятно сложным, и, хотя оно, возможно, закончится, когда младенцу исполнится несколько дней, есть огромные риски всевозможных искажений естественного процесса развития этих отношений. Кроме того, все то, что относится к более ранним стадиям вполне применимо и ко всем другим этапам, вплоть до этапа, который мы называем этапом зрелой взрослости.

Психическая теория

Основываясь на этих предварительных выводах мне бы хотелось перейти теперь к психической теории. Эта теория основана на работе с пациентами в анализе, которым было необходимо регрессировать до самого раннего уровня развития в переносе. В данной статье я приведу лишь часть иллюстративного клинического материала; теории же, как мне кажется, и так хватает в избытке в нашей обычной аналитической практике.

Предположим, что норма в раннем развитии личности предполагает *непрерывность бытия*. На начальном этапе психо-сома развивается должным образом при условии, что *непрерывность бытия не нарушается*; другими словами, для здорового развития

психо-сомы на ранних этапах необходима идеальная среда. Сначала данная потребность является абсолютной.

Идеальная среда – это такая среда, которая активно адаптируется к потребностям вновь сформированной психо-сомы, что, как мы знаем, и представляет собой ребенок в самом начале. Плохая окружающая среда плохая именно потому, что из-за своей неспособности адаптироваться должным образом она становится вторжением, на которое должна *реагировать* психо-сома (т.е. младенец). Это реагирование нарушает непрерывность движения вперед и бытия нового индивида. В самом начале хорошая (психологическая) окружающая среда – это физическая среда, когда ребенок находится в утробе матери или его держат в руках или в целом заботятся о нем; только с течением времени в среде появляются новые характерные черты, требующие нового описания, например, нечто эмоциональное, психологическое или социальное. Именно здесь возникает достаточно хорошая мать с ее способностью активной адаптации к потребностям ребенка, благодаря ее преданности, что становится возможным в силу ее нарциссизма, способности к воображению, воспоминаниям, позволяющим ей знать, через идентификацию, потребности своего ребенка.

Потребность в хорошей среде, которая сначала является абсолютной, довольно скоро становится относительной. *Обычная хорошая мать достаточно хороша*. Если она *достаточно хороша*, младенец (благодаря психической деятельности) позволяет ей всевозможные недостатки. Это относится к удовлетворению не только инстинктивных импульсов, но и всех самых примитивных потребностей Эго, в том числе необходимости отрицательного ухода или полного отрицания. Психическая активность ребенка превращает достаточно хорошее окружение в идеальную среду, то есть, *относительные неудачи в адаптации* в адаптивный успех. Итак, понимание младенца – это то, что освобождает мать от ее потребности быть почти совершенной. В обычной жизни мать старается не допускать тех сложностей, которые вряд ли будут понятны ребенку; в частности, она пытается оградить своего ребенка от всевозможных случайностей и других явлений, которые младенец

пока еще не в состоянии понять. В целом она старается сохранять мир младенца как можно более простым.

Итак, психика имеет в качестве одной из первооснов изменчивое функционирование психо-сомы, все то, что связано с угрозой непрерывности бытия и имеет место в случае любых неудач (активной адаптации к окружению). Из этого следует, что на развитие психики огромное влияние оказывают самые разные факторы, совсем не обязательно личные, но и какие-то случайные события.

В младенчестве жизненно важно, чтобы мать сначала физически, а потом и в воображении могла запустить такую активную адаптацию, но также это и одна из характерных черт материнской функции обеспечить *постепенные неудачи в адаптации* в соответствии с растущей способностью младенца допускать относительные неудачи психики или же относясь к этому с пониманием. Таким образом, у ребенка возникает толерантность в отношении как Эго потребности, так и напряжения инстинктов.

Очевидно, можно утверждать то, что матери младенцев с низким IQ освобождаются от младенцев медленнее, чем матери младенцев с высоким IQ, освобождающих своих матерей гораздо быстрее.

Согласно этой теории, в развитии любого человека психика имеет некую первооснову, возможно, самую важную первооснову в потребности индивидуального, в ядре Я, в создании идеальной среды. В этой связи я могу сослаться на собственное представление о психозе, а именно: недостаток внимания окружения (см. глава XVII). Можно говорить об определенных изменениях данной теории, которые представляются мне достаточно важными. Всевозможные отказы со стороны матери, особенно неустойчивое поведение, способствуют гипер-активности психического функционирования. В данном случае, в этом чрезмерно быстром развитии психических функций (как реакция на беспорядочное материнство) мы можем видеть, как развивается оппозиция между психикой и психо-сомой, так как реагируя на подобное ненормальное состояние окружающей среды мышление индивида начинает функционировать особенно активно, специально контролируя психо-сому, в то время как в здоровом состоянии это является

функцией среды. В здоровом состоянии психика не узурпирует функции окружающей среды, но делает возможным понимание и, в конечном счете, видит определенный смысл в этом относительном поражении.

Постепенный процесс, когда индивид сможет, наконец, позаботиться о себе, относится к более поздним этапам индивидуального эмоционального развития, эти этапы, будут достигнуты в определенное время благодаря естественному развитию.

Говоря о переходе на следующую стадию, можно было бы поинтересоваться, что происходит, если фокус на психическом функционировании, – в попытках защититься от мучительного раннего окружения, – становится все сильнее и сильнее? Здесь вполне возможны состояния спутанности сознания и (в самых крайних случаях) психические нарушения, не зависящие от дефицита ткани головного мозга. Но гораздо чаще, говоря о меньших последствиях неправильного ухода за ребенком на самых ранних стадиях, мы имеем *психическое функционирование как нечто отдельное,* что практически заменяет хорошую мать и делает ее ненужной. Клинически это может проявляться наряду с зависимостью от фактической матери и ложным личностным ростом (своеобразная податливость). И это самое неприятное, особенно потому, что психика индивида оказывается «совращенной» разумом из-за тех близких отношений, которые изначально сложились у психе с сомой. Как следствие, мы имеем психику (разум), представляющую собой патологию.

Человек, который развивается таким образом, демонстрирует нам искаженный паттерн, который будет влиять на все последующие этапы развития. Например, можно наблюдать быструю идентификацию с объектом, связанным с окружением, во всех отношениях, предусматривающих зависимость, а также трудности в идентификации с зависимым человеком. Клинически мы можем наблюдать превращение подобного человека в того, кто является *невероятно хорошей матерью для других* какое-то время; на самом же деле человек, отвечающий этим критериям, может считаться экстраординарным из-за своей невероятной способности к активной адаптации к самым примитивным потребностям. Однако,

недостаточность этих паттернов для личностного выражения становится очевидной на практике. Срыв близок или уже произошел, ибо то, в чем такой человек постоянно нуждается, – это *найти кого-то еще*, кто сделает реальной эту концепцию «хорошего окружения» с тем, чтобы человек мог вернуться к зависимой психо-соме, представляющей собой то единственное место, где только возможно ему находиться. В данном случае это состояние «без ума» становится наиболее желаемым состоянием.

Но, конечно же, вряд ли возможно прямое взаимодействие между психикой-разумом и телом человека. *Разум*-психика – нечто, находящееся внутри (либо внутри головы, либо вне ее), но ввиду непосредственной связи с головой это представляет собой важнейший источник головной боли, как симптом.

Пытаясь ответить на вопрос, почему голова является тем самым местом, где сосредоточен разум человека, я вряд ли смогу дать ответ. Мне представляется важным отметить здесь потребность человека так или иначе локализовать разум, ибо это его враг; иными словами, чтобы контролировать его. Один шизоидный пациент рассказывал мне, что голова – это то место, где может быть сосредоточен разум, *и поскольку голова не может наблюдать себя*, она, очевидно, не существует как некая составляющая. Другое дело, что во время родов мы имеем особый опыт, связанный с головой, но для того, чтобы использовать данный факт в полной мере, мне следует перейти к рассмотрению другого типа психического функционирования, который может быть запущен во время родов. Это связано со словом «запоминание».

Как я уже отмечал, непрерывность бытия в развитии психо-сомы (внутренние и внешние отношения) нарушается реакциями на вторжение окружения; иными словами, неспособностью окружения к активной адаптации. Согласно моей теории, возрастающая реакция на вторжение, разрушающая непрерывность психо-сомы, вполне ожидаема и допустима в зависимости от умственных способностей. Не следует допускать вторжений, требующих *чрезмерного* реагирования (согласно следующей части моей теории). Вообще подобные реакции достаточно очевидны. Как правило, рождение считается невероятным нарушением непрерывности из-

за реакции на вторжение, а умственные процессы, которые я сейчас описываю, касаются точного запоминания во время процесса родов. В психоаналитической практике я иногда сталкиваюсь с регрессиями, полностью контролируемыми, и все же их корни уходят в пренатальную жизнь. Пациенты, которым удается упорядоченно регрессировать, воспроизводят процесс рождения вновь и вновь; и меня поражают достаточно убедительные доказательства того, что младенец во время родов не только запоминает каждую реакцию, нарушающую непрерывность бытия, но и, по-видимому, запоминает их в нужном порядке. Я не использовал гипноз, но я в курсе всех этих современных течений, возможных благодаря гипнозу. Психическое функционирование, которое я описываю здесь и которое можно было бы назвать запоминанием или фиксацией, может быть невероятно активным и точным в момент рождения ребенка. Я постараюсь проиллюстрировать это на отдельном случае, но сначала я хотел бы прояснить собственную точку зрения, что *данный тип психического функционирования представляет собой определенные препятствия для психо-сомы* или непрерывности индивидуального человеческого бытия, а именно: Я человека. Человек может вновь пережить этот процесс рождения в игре или в хорошо контролируемом анализе. Но подобный тип психического функционирования (склонный к фиксации) походит на некое инородное тело, если это связано с неудачной адаптацией окружения, что невозможно понять или предсказать.

Вне всякого сомнения, если человек здоров, может случиться так, что факторы окружающей среды окажутся еще более устойчивыми (благодаря этому методу), пока человек не в состоянии будет присвоить их себе после того, как он уже испытал либидинозные и особенно агрессивные влечения, которые могут проецироваться. Таким образом, – и это, по сути, ложный путь, – человек начинает чувствовать себя ответственным за плохое окружение, чего в действительности не может быть, ибо он в той же мере вполне бы мог (если бы это было ему известно) предъявить подобные обвинения миру за нарушение непрерывности его врожденных процессов развития до того, как его психо-сома стала достаточно хорошо организованной, чтобы ненавидеть или любить.

Клиническая иллюстрация

В следующем фрагменте клинической истории я постараюсь проиллюстрировать свой тезис. Понятно, что не так просто выбрать что-то одно из столь интенсивной работы на протяжении многих лет; тем не менее, я включил сюда этот фрагмент, чтобы показать, что это в общем-то часть моей обычной ежедневной практики с пациентами.

У женщины, которой сейчас 47 лет, были прекрасные отношения с миром, и она всегда хорошо обеспечивала себя – так, по крайней мере, считали другие, но не она сама. У нее было неплохое образование, и в целом ее достаточно ценили; на самом же деле, как мне кажется, ей просто не доводилось испытывать враждебных чувств в свой адрес. Сама она, однако, чувствовала себя совершенно неудовлетворенной, как будто она всегда стремилась найти себя и неизменно терпела фиаско. Конечно же, периодически у нее возникали суицидальные идеи, справиться с которыми ей помогала глубокая вера с детства, что в конце концов она решит проблему и найдет себя. В течение нескольких лет она проходила так называемый «классический» анализ, но ядро ее болезни оставалось неизменным. Я же довольно быстро осознал то, что данной пациентке либо придется очень сильно регрессировать, либо вообще отказаться от борьбы. Поэтому я просто последовал за данной пациенткой в ее регрессии, позволив ей пройти весь этот путь; в конце концов, ее регрессия достигла определенного предела, и с тех пор можно наблюдать естественный рост ее истинного Я, а не ложного.

В данном случае из всего того многообразия мне бы хотелось представить лишь один небольшой фрагмент. В предыдущем анализе у этой пациентки нередки были случаи, когда она бросалась на пол в истерическом припадке. Все эти эпизоды интерпретировались как обычные истерические явления такого рода. При более глубоком анализе ее регрессии пришлось обратить внимание на значение этих падений. На протяжении двух лет нашего анализа пациентка неоднократно регрессировала на более раннюю стадию, которая, конечно же, была дородовой. Поэтому требовалось сделать сам процесс рождения наиболее безболезненным для нее, и

в конце концов я понял, что бессознательная потребность данной пациентки вновь пережить процесс рождения лежала в основе ее истерических припадков ранее.

Здесь, наверное, можно сказать достаточно много, но, на мой взгляд, главным все же является то, что сохранилась каждая деталь опыта при рождении и не только, и эти детали сохраняются в точной последовательности первоначального опыта. Этот процесс рождения воспроизводился неоднократно, и всякий раз реакция на внешние особенности первоначального опыта (рождение) повторялась вновь.

Вообще подобные повторные переживания иллюстрируют одну из основных функций отреагирования; итак, отреагируя, пациентка напоминала себе о той психической реальности, которую трудно было осознать в определенный момент, но столь важной для нее. Я постараюсь привести здесь некоторые паттерны отреагирования, но, к сожалению, не смогу передать ту последовательность, которая – я в этом ничуть не сомневаюсь – была очень важна.

Все то, что связано с изменением дыхания, необходимо анализировать более подробно.

Необходимо было избавить ее от спазмов в нижней части тела и запомнить это.

Фантазии по поводу рождения из живота матери, которая была депрессивной и зажатой.

Переход – сначала к кормлению грудью, а потом уже из бутылки.

Все то же самое и наряду с этим то, что пациентка сосала указательный палец в утробе матери, а уже после рождения – кулак (наряду с грудью или бутылкой), тем самым устанавливая непрерывность между объектными отношениями внутри и снаружи.

Сильное давление в области головы, а потом резкое освобождение от этого давления; на данной фазе, если только ее голова не поддерживалась, повторное отреагирование становилось крайне затруднительным. В настоящем анализе по-прежнему есть множество аспектов, которые еще только предстоит понять (влияние процесса рождения на функции мочевого пузыря).

Переход от давления со всех сторон (что связано именно с мочевым пузырем) к давлению снизу (внеутробное состояние). Давление, если оно не является чрезмерным, означает любовь. Таким образом, после рождения проявляли заботу только о ее нижней части тела, а если ее периодически не поворачивали, она вообще не понимала, что происходит.

Здесь мне придется опустить десятки других факторов, не менее важных.

Постепенно отреагирование достигает самой негативной фазы. Подходя к этому, мы сталкиваемся с тревогой сжатия головы. Это впервые стало хоть как-то контролироваться благодаря идентификации пациентки с механизмом разрушения. Это представляло определенную опасность, ибо отреагирование вовне ситуации переноса означало самоубийство. В данной фазе отреагирования пациентка существовала среди каких-то глыб или там было возможно все, что угодно; и она испытывала удовлетворение от *разрушения* головы (в том числе сознания и ложной психики), что утрачивало для нее определенное значение, как часть Я.

В конечном счете пациентке пришлось смириться с уничтожением. У нас уже было достаточно признаков своего рода затмения или бессознательного состояния, а компульсивные движения указывали на вероятность того, что в младенчестве здесь действительно что-то произошло. Оказывается, в реальном опыте действительно была потеря сознания, что мы не можем сравнить с Я пациента, пока это не будет принято, как смерть. Как только это становится реальным, слово «смерть» перестает быть неправильным, и пациентка находит некое замещение «отдаче»; и в конце концов появляется соответствующее слово «незнание».

В полном описании данного случая мне бы хотелось остановиться на этом подольше, но более полный анализ – это тема дальнейших публикаций. Сам факт принятия незнания вызвал огромное облегчение. «Знание» трансформировалось в то, что «знает аналитик», т.е надежно действует в активной адаптации к потребностям пациента. Вся жизнь пациентки строилась вокруг психического функционирования, которое было ложным местом (в голове); с этим ей приходилось как-то жить, и ее жизнь, кото-

рая действительно казалась ей ложной, брала свои корни именно в этом психическом функционировании.

Возможно, данный клинический пример сможет как-то проиллюстрировать мою мысль о том, что приведенные реакции на вторжение окружения – по времени это относилось к моменту рождения – можно было считать точными и полными; на самом же деле я чувствовал, что единственной альтернативой этому был полный провал, совершенная путаница и всевозможные психические дефекты.

Непосредственный случай должен проиллюстрировать мою мысль как в целом, так и в частностях.

И здесь мне бы хотелось вновь процитировать Скотта (1949):

> Точно так же, как пациент в процессе анализа теряет свой разум в том смысле, что он утрачивает иллюзию необходимости некоего психического аппарата, который является отдельным от всего того, что он называет своим телом, миром и т.д. и т.п., – эта утрата равноценна всему тому осознанному доступу и контролю связей между поверхностным и глубинным, границами и устойчивостью его Телесной Схемы (его воспоминания, его восприятия, его образы, и т.д., от которых он отказался в более ранний период своей жизни, когда только стала проявляться двойственность его психо-сомы).
>
> Нередко у пациента, первой жалобой которого был страх «сойти с ума», – желание поверить во что-то лучшее становится очевидным.

В этот момент в анализе возникает сновидение о птице, которую он считал «совершенно неподвижной, и лишь вздымающееся брюшко указывало на то, что она дышит». Иными словами, пациент в свои 47 лет достиг такого состояния, когда главным для него стало именно физиологическое функционирование. После этого можно было сосредоточиться на анализе с точки зрения физиологии. Подобный психический анализ функционирования (физи-

ологии) довольно сильно отличался от интеллектуальной работы, которая так просто может стать вещью в себе и ложным местом для психики.

Естественно, я могу остановиться здесь лишь на каком-то фрагменте, и даже выбрав самый небольшой фрагмент, мне удастся описать совсем немногое. Тем не менее, мне бы хотелось затронуть такой вопрос, как разрыв в сознании. Я не стану описывать разрыв наиболее реалистично; например, как дно ямы, из которой зияли во тьме мертвые и разлагающиеся тела. В данном случае меня интересуют наиболее примитивные способы, позволяющие увидеть этот разрыв самой пациенткой посредством заново проживаемых процессов, относящихся к ситуации переноса. Разрыв состоял именно в этой непрерывности, которая всегда столь сильно отрицалась пациенткой, а теперь была ей крайне необходима. Мы столкнулись с всевозможными патологичными процессами (особенно это затрагивало процессы, происходящие у нее в сознании). Так, периодически можно было наблюдать острую потребность в уничтожении психических процессов, локализованных у пациентки в голове. Поэтому до принятия подобного состояния отсутствия сознания нам пришлось столкнуться с рядом защит, связанных с желанием достижения этого разрыва в непрерывности сознания. Так случилось, что в день, когда наша работа достигла своего апогея, пациентка перестала вести свой дневник.[46] Этот дневник был всегда при ней на протяжении всего анализа, таким образом можно было воспроизвести все события вплоть до последнего. Любая ее реакция по находила отражение по крайней мере в дневнике. Но смысл данного дневника становится понятен только теперь – это была проекция ее психического аппарата, а не картина истинного Я, которого, по сути, никогда и не было, пока в самой сильной регрессии не появилась возможность зарождения подлинного Я.

В результате эта небольшая работа привела к временной фазе, в которой не было ни психики, ни психической деятельности. И

[46] Вернувшись к дневнику чуть позже, лишь на какое-то время, она уже относилась к этому более свободно и позитивно, допуская то, что однажды ей пригодится собственный опыт.

должна была наступить такая фаза, в которой самым главным становилось дыхание. Таким образом, пациентка могла допустить это состояние (незнания), поскольку я поддерживал ее, сохраняя непрерывность собственного дыхания, в то время как она могла отпустить себя, сдаться, ничего не зная; вряд ли была бы какая-то польза от того, если бы я держал ее, поддерживая собственную непрерывность жизни, а она была бы мертвой. Все это сработало, ибо я мог видеть и слышать движения ее живота, как она дышала (как птица), и поэтому я знал, что она жива.

Так вот теперь, впервые в жизни, у нее была психика, – нечто принадлежащее только ей, – тело, способное дышать, а также фантазии, связанные с дыханием и другими физиологическими функциями.

Мы, как исследователи, конечно же понимаем, что психическая деятельность, позволяющая психике находиться здесь и обогащающая сому, зависит от непосредственного контакта с мозгом. Но мы не можем поместить психику в любое место, даже если речь идет о мозге, от которого она зависит. Для данной пациентки, регрессировавшей таким образом, все это стало наконец не важным. Я полагаю, что теперь ей удастся локализовать психе, ибо ее сома жива.

С момента выхода в свет данной статьи у пациентки отмечается значительный прогресс. Сейчас, в 1953 году, мы можем оглянуться назад на выбранные для описания стадии и увидеть все это в перспективе. В целом, здесь не требуется каких-то особых изменений. За исключением некоторой неразберихи в возникших телесных воспоминаниях, не было никаких существенных нарушений в регрессии пациентки к самой ранней стадии и ее последующем движении вперед к новому существованию как реальный человек, который действительно ощущает себя реальным.

Психика, локализованная в голове

А сейчас мне бы хотелось оставить свои иллюстрации и вернуться к теме локализации психики в голове. Я уже говорил о том, что образный анализ телесных и иных

функций не локализован. Однако, могут иметь место локализации, вполне логичные в том смысле, что это как раз и есть то, что мы называем телесным функционированием. Например, тело вбирает в себя нечто и что-то отдает. Поэтому внутренний мир (личное воображение) находит свое выражение в самых разных вещах, и общая реальность в целом рассматривается как то, что выходит за пределы личности. И хотя дети не способны к сильным образам, я думаю, они вполне могут (если только у них не отсутствует этот навык) представлять себя в соответствующем окружении в определенные моменты в первые месяцы своей жизни. Возможно, в норме у них может возникнуть этот навык вскоре после рождения; во всяком случае, у нас есть соответствующие факты, что в возрасте шести месяцев ребенок время от времени использует круг или сферу как схему собственного Я.

Именно в этот период телесная схема Скотта оказывается наиболее яркой, и особенно его напоминание о том, что мы подразумеваем как время, так и пространство. В данной телесной схеме, насколько я понимаю, нет места для психики, и это вовсе не критика телесной схемы как диаграммы; скорее речь идет об ошибочности психической концепции как имеющей некую локализацию.

Пытаясь понять, почему голова является тем самым местом локализации психики, я не могу не думать о том воздействии, которому подвергается голова ребенка во время родов, когда психика неистово фиксирует реакции на определенные вторжения окружения.

Нам известно о локализации черепно-мозговой деятельности в голове, и все эти процессы заслуживают отдельного внимания. До недавнего времени хирурги не делали таких операций, как вскрытие черепа умственно отсталых младенцев, что позволило бы в дальнейшем развиваться их мозгу, очевидно, суженному костной тканью черепно-мозговой коробки. На мой взгляд, трепанация

черепа в раннем возрасте помогает устранить *психические* расстройства, т.е. исцелить тех людей, у которых психическое функционирование было патологичным (с локализацией психического функционирования в голове). Довольно интересно, что в медицинских научных исследованиях мозг отождествляют с психикой, что воспринимается некоторыми больными людьми как нечто чуждое им (то, что находится у них в черепе). Хирург, проводящий лейкотомию, на первый взгляд, делает то, о чем просит его пациент, а именно: избавляет пациента от психической деятельности, когда психика становится врагом психо-сомы. Тем не менее, мы можем видеть, что хирург оказывается втянутым в ложную локализацию психики в голове, со всем тем, что выходит за ее пределы (отождествляя психику и мозг). Но выполнив часть своей работы, он сталкивается далее с определенными трудностями. Пациент ожидает, что его избавят от *психической деятельности*, которая стала угрозой для психо-сомы, при этом он нуждается в полноценном функционировании мозговой ткани с тем, *чтобы стало возможным существование психо-сомы*. Но дело в том, что лейкотомия, с ее необратимыми изменениями мозга, делает это невозможным. Вся эта операция была бы совершенно бессмысленной, если бы не тот смысл, который придает этому пациент. Но проработка психического, соматического, а также духовного опыта – для тех, кто использует данный термин, – в воображении зависит от непосредственного контакта с мозгом, насколько нам известно. Поэтому мы не можем ожидать этого от *бессознательного*, при этом понимая, что *в какой-то степени* нейро-хирурги должны это учитывать.

Таким образом, мы можем видеть, что одна из целей *психосоматической болезни* – увести психику обратно от сознания к первоначальной тесной связи с сомой. Но этого вовсе недостаточно для того, чтобы проанализировать ипохондрию пациента, страдающего психосоматическим заболеванием, хотя это и является неотъемлемой частью лечения. Мы также должны уметь видеть *позитивную ценность соматического нарушения* в том, как оно противодействует «подстрекательству» психики (говоря о сознании). В той же самой парадигме следует рассматривать цели как физи-

отерапевтов, так и релаксационистов. Им вовсе не нужно знать, что они делают, чтобы быть успешным психотерапевтами. Так, например, если попытаться научить беременную женщину все делать правильно, это не только вызовет у нее тревогу, но мы увидим и тенденцию психики вмешиваться в эти психические процессы. *С другой стороны*, всевозможные методы релаксации позволяют матери начать осознавать собственное тело (если она не является душевнобольной), и тогда эти методы помогают ей создать непрерывное бытие, ощущая при этом психо-сому. Это очень важно, если она хочет естественно подойти к родам и самым первым этапам материнства.

Резюме

1. Истинное Я, непрерывность бытия, если человек здоров, основано на развитии психо-сомы.
2. Психическая деятельность – отдельный аспект функционирования психо-сомы.
3. Сохранный мозг – основа как самой психики, так и психической деятельности.
4. Нет такого места как Я в психике, как и того, что можно было бы назвать психической деятельностью.
5. Можно выделить два важных момента в нормальном психическом функционировании, а именно: (а) преобразование достаточно хорошей среды в совершенную (адаптированную) среду, что сделает возможным минимальное реагирование на вторжение и максимальное естественное (непрерывное) развитие Я; и (б) фиксация вторжений (родовые травмы и т.д.) для ассимиляции на более поздних стадиях развития.
6. Следует отметить, что развитие психе-сомы происходит у всех одинаково и сложности здесь неизбежны, в то время как психическое развитие в какой-то степени зависит от изменяющихся факторов, таких как: качество первоначальных факторов окружения, сам феномен рождения и уход сразу же после рождения и т.д.

7. Вполне логично противопоставлять психику и сому, и, соответственно, как эмоциональное, так и телесное развитие личности. Однако, нет никакой логики в том, чтобы противопоставлять психическое и физическое, ибо это далеко не одно и то же. Различные психические явления – это определенные препятствия, тем не менее очень важные в непрерывности бытия (психо-сома), что в конце концов должно привести к формированию целостного Я человека.

Глава XX

Уход и регресс [1954]

За последние десять лет мне неоднократно приходилось наблюдать взрослых пациентов, совершающих регресс во время переходного периода в ходе анализа.

Я бы хотел рассказать об одном случае в анализе с пациентом, у которого в клинической картине не наблюдалось регрессии, но при этом его регрессии выражались в сиюминутных состояниях ухода во время аналитических сессий. Мой опыт работы с пациентами в состоянии регрессии очень помог мне контролировать эти состояния ухода у пациентов в состоянии регрессии.

(Под уходом в данной работе я понимаю отстраненность на какое-то время от активных отношений с внешней реальностью, такая отстраненность иногда носит характер кратковременного сна. Под регрессией я подразумеваю регрессию в состояние зависимости и совсем не обязательно регрессию в отношении эрогенных зон).

Мне бы хотелось привести несколько важных эпизодов из всего материала, собранного мною в анализе одного шизоидно-депрессивного пациента. Пациент – мужчина, состоящий в браке. В самом начале заболевания у него отмечались нарушения, когда он воспринимал себя нереальным и потерянным, и при этом у него было очень мало спонтанности. После того, как начался анализ, он не мог работать в течение нескольких месяцев, но сначала он пришел ко мне как пациент из психиатрической клиники. (У него был короткий период анализа со мной во время войны, и тогда ему удалось преодолеть одно острое расстройство еще со времен подросткового возраста, правда каких-то сильных инсайтов так и не произошло).

То, что прежде всего заставляет данного пациента осознанно стремиться к анализу, – его неспособность быть импульсивным и вставлять какие-то ремарки в разговор, несмотря на поддержание глубокой беседы, начатой другими. Он практически одинок, ибо те дружеские связи, которые у него были, потерпели фиаско ввиду его неспособности инициировать что-либо, что делает его скучным собеседником. (Он рассказал мне, что однажды даже рассмеялся в кино, и это незначительное свидетельство хоть каких-то улучшений позволило ему почувствовать в себе определенные силы, возлагая надежды на анализ).

Довольно долгое время его свободные ассоциации выражались в форме некоего риторического сообщения (та беседа, которая все время происходила у него внутри), его свободные ассоциации были тщательно подобраны и представлены таким образом, чтобы материал представлял интерес для аналитика.

Как и многие другие пациенты в анализе этот пациент иногда глубоко погружался в аналитическую ситуацию; в каких-то важных, но редких случаях он совершал уходы. В подобные моменты с ним происходили самые неожиданные вещи, о которые он иногда мог рассказать. Итак, из огромного множества обычного психоаналитического материала я постараюсь выбрать лишь какие-то отдельные фрагменты, к которым мой читатель, я надеюсь, будет достаточно благосклонен.

Эпизоды 1 и 2

Первый раз (он смог запомнить эти фантазии и потом рассказать мне), когда у него случился внезапный уход (это происходило прямо на кушетке), – *он свернулся калачиком и перевернулся к спинке кушетки*. Это было первым прямым подтверждением в анализе его спонтанного Я. Следующий уход произошел спустя несколько недель. Он только что попытался использовать меня в качестве замещающей фигуры своего отца (который умер, когда пациенту было 18 лет), и спросил меня, что я думаю об этом. Прежде всего я обсудил с ним все эти вопросы, отметив, однако, что я нужен ему в

качестве аналитика, а не как отец-замена. Он сказал, что это будет пустой тратой времени продолжать, как и раньше , а затем заметил, что он стал замкнутым и чувствовал, будто пытается убежать от чего-то. Также он не мог вспомнить ни одного сновидения, связанного с этим периодом. Я обратил его внимание на то, что уход в данный момент представлял собой бегство от болезненного опыта нахождения именно в той точке – между бодрствованием и сном – или рациональной беседы со мной. Только сейчас он смог сказать мне, что ему опять хотелось бы свернуться *калачиком*, хотя на самом деле он лежал на спине, как обычно, с руками, сложенными на груди.

И здесь я позволил себе интерпретации, которые бы точно не сделал двадцать лет тому назад. Эта интерпретация оказалась весьма значительной. Говоря о том, что он хотел бы свернуться калачиком, он делал соответствующие движения руками, как бы показывая, что подобное положение относится к фронтальной части лица, и он передвигается в подобном положении. Я тут же заметил ему: «Говоря о том, что вы свернулись калачиком и совершаете эти вращательные движения, вы в то же самое время подразумеваете нечто такое, что естественно не можете описать, не осознавая всего этого; вы подразумеваете *нечто промежуточное.* Через какое-то время, когда я поинтересовался, понял ли он, что я имею в виду, мне сразу стало очевидно, что вопросов у него не возникло; он лишь заметил: «Как и масло, позволяющее колесам вращаться». Итак, представляя теперь, как нечто держит его, он пытался подобрать соответствующие слова, показывая руками, как он совершает эти вращательные движения, и все это представляло разительный контраст с тем, что происходило на кушетке всего несколько недель тому назад.

Данная интерпретация промежуточного процесса позволила мне развивать и дальше тему аналитической ситуации; наряду с этим мы разработали довольно четкое представление об особых условиях, предусмотренных аналитиком, а также неких пределах (способность аналитика адаптироваться к потребностям пациента). После этого пациенту приснилось очень важное сновидение, показывающее, что он в состоянии избавиться от этой защиты, которая ему уже больше не нужна, ибо мне удалось убедить его, что я могу предоставить ему нечто промежуточное и удобное в момент

его ухода. Очевидно, *сразу же предоставив ему эту промежуточную среду – в моменты уходов – мне удалось трансформировать его уходы в регрессию.* В самом начале своей аналитической карьеры я бы вряд ли это заметил. Итак, пациент описал данную аналитическую сессию как нечто, «знаковое» для него.

В подобной детализации анализа был очень большой плюс: более четкое понимание той роли, которую я бы мог играть в качестве аналитика; признание зависимости, которая в определенные моменты могла быть очень сильной, хоть это было и трудно признать; а также возможность подойти вплотную – совершенно иначе – к решению его реальной ситуации как на работе, так и дома. Он, кстати, сообщил мне, что его жена забеременела, и, конечно же, подобное состояние – «свернуться калачиком» – он связывал с положением плода в утробе матери. Он фактически отождествлял себя с собственным ребенком, в то же самое время подтверждая свою первоначальную зависимость от матери.

В следующий раз, встретившись с матерью после сессии, он смог впервые поинтересоваться у нее, во сколько ей обходится анализ, что вызвало у него определенное беспокойство. На следующей сессии он начал активно меня критиковать, подозревая в мошенничестве.

Эпизод 3

Следующая деталь возникла несколько месяцев спустя после очень эффективного периода анализа. Это произошло в тот момент, когда материал был связан с анальным и гомосексуальным аспектами в ситуации переноса; к тому аспекту анализа, который больше всего напугал его, нам пришлось вернуться повторно. Он рассказал мне о своем страхе в детстве, что его преследуют. Я высказал определенные соображения на этот счет, и он сообщил мне, что пока я все это говорил, он был очень *далеко отсюда, где-то на заводе*. На обычном языке это означало, что его «мысли блуждали». Подобное блуждание было вполне реальным для него, и у него было такое ощущение, что он и правда работает на заводе, куда он ушел после завершения самой первой фазы нашего с ним анализа (который

пришлось прекратить из-за войны). Я сразу же сделал интерпретацию, что он вырвался от меня *(с коленей)*. Слово колени в данном случае было наиболее подходящим, ибо в состоянии ухода и с точки зрения его эмоционального развития он находился в стадии младенчества, так что кушетка автоматически становилась коленями аналитика. Не составляет труда увидеть, что существует определенная связь между моим стремлением предоставить ему колени, куда он может залезть, и тем промежуточным состоянием, от которого зависела его способность перемещаться по кругу в этом положении (свернувшимся калачиком) в пространстве.

Эпизод 4

Четвертый эпизод, который я хотел бы выделить, не столь очевиден. Это происходило на сессии, когда он сказал, что не может заниматься любовью. Совокупный материал позволил мне интерпретировать определенные диссоциации в его отношении к миру; с одной стороны, спонтанность *истинного* Я, лишенного всякой надежды найти объект, кроме как в воображении; и, с другой стороны, ответ на влияние Я, в какой-то степени *ложного* или нереального. В интерпретации я указал на то, что он надеется так или иначе присоединиться к этому расколу в себе (его отношение ко мне). На какое-то время он смог погрузиться в это состояние ухода, а потом рассказать мне, что происходило тогда; *стало темно, тучи сгустились и пошел дождь; дождь хлестал его по голому телу*. И тогда в эту жестокую, безжалостную окружающую среду мне удалось поместить его – новорожденного ребенка, – показывая ему, в какой среде ожидается его интеграция и независимость. Это была «промежуточная» противоположная интерпретация.

Эпизод 5

Пятый эпизод имеет отношение к тому, что происходило после перерыва (девять недель), включая мой летний отпуск.

Пациент вернулся после длительного перерыва, говоря о том, что он не уверен, зачем он вообще вернулся и ему трудно теперь начать все сначала. Первое, на что он обратил внимание, – это определенные трудности, связанные со спонтанными реакциями (будь то дома или в кругу друзей). Он мог только присоединиться к разговору; это было проще всего, когда ответственность лежала на двух других, беседующих между собой. Если бы он сделал замечание, у него было бы такое чувство, что он узурпировал функции одного из родителей (в первоначальном смысле), в то время как на самом деле он нуждался в родительском признании, как младенец. Он уже рассказал мне достаточно о себе, чтобы я был в курсе всех его дел.

Этот пятый эпизод возник после анализа обычного сновидения.

В ночь после первой сессии ему приснился сон, о котором он рассказал мне на следующий день. Это сновидение было необычайно ярким. В выходные он решил поехать за границу (*выехать в субботу и вернуться в понедельник*). Главным в этой поездке было то, что он должен был встретить пациента, который уехал за границу (до этого он проходил лечение в клинике. Оказалось, что это тот самый пациент, которому ампутировали конечности. Здесь были и другие важные детали, не касающиеся конкретно предмета нашего обсуждения.)

Моей первой интерпретацией был комментарий, что во сне он *уезжает и возвращается*. Именно на нем мне бы хотелось остановиться, ибо он связан с моими комментариями о первых двух эпизодах – промежуточная среда и колени, – а также с четвертым эпизодом, когда он оказывается в плохих условиях (его галлюцинация). Я постарался представить здесь наиболее полную интерпретацию, а именно: сновидение выражает два аспекта его отношения к анализу; в первом – он уходит и возвращается, а во втором – уезжает за границу, пациент из клиники (отчасти это он сам); он идет на контакт с этим пациентом, и ему это удается (это значит, что он пытается разрушить диссоциации между этими двумя аспектами Я). Мой пациент согласился с этим, подтверждая то, что во сне он

был действительно заинтересован вступить в контакт с пациентом, давая понять, что теперь он знает о существующей диссоциации или расщеплении Я, выражая желание интеграции.

Этот эпизод, представленный в форме сновидения, вообще мог не иметь отношения к анализу (т. к в нем содержались два элемента – расколотое Я и все то, что связано с окружением). Промежуточный аспект (аналитик) – нечто интроецированное.

Вот мои интерпретации дальше: сновидение показало нам отношение пациента к свободному времени; он мог получать удовольствие от того, что ему удалось, наконец, бежать, хотя он и знал, что ему все равно придется вернуться. В частности, длительный перерыв (для данного пациента это могло быть очень серьезно) оказался не столь критичным. Пациент специально обратил внимание на то, что эти идеи – уехать куда глаза глядят, как можно дальше отсюда – как раз ассоциируются у него с оригинальными замечаниями или чем-то спонтанным. Потом он рассказал мне, что в тот же самый день, когда ему приснился этот сон, он опять почувствовал этот страх: что он может вдруг кого-то поцеловать; этим человеком может оказаться любой, кто будет рядом с ним; это может быть и мужчина. Если он вдруг поцелует женщину, вряд ли в этом можно усмотреть что-то крамольное.

Теперь он стал более глубоко погружаться в анализ. У него было такое чувство, что он снова оказался маленьким ребенком у себя дома, и если он что-то говорил, то это все было неправильно; потому что тогда он займет место родителей. Было чувство безысходности по поводу всей этой спонтанности (и это вполне подтверждает то, что мне известно о его домашней ситуации). Сейчас возник более глубокий материал, и у него было такое чувство, что кто-то постоянно входит и выходит; моя интерпретация, что это связано с его дыханием, была подтверждена его дальнейшими ассоциациями. Идеи – все равно, что дыхание; и как дети – если я ничего не делаю для них, им кажется, что от них отказались. Его самый сильный страх: покинутого ребенка или идеи, от которой пришлось отказаться, или какого-то замечания или жеста ребенка, на который никто не обратил внимания.

Эпизод 6

Через неделю пациент (совершенно неожиданно, как ему показалось) осознал то, что он так и не смирился со смертью отца. Он понял это после сновидения, в котором был его отец и он мог достаточно свободно обсуждать с ним свои сексуальные проблемы. Через два дня он пришел и рассказал мне, что у него серьезные нарушения, потому что сильно *болит голова*, и эта боль совершенно иного характера, – совсем не такая, как прежде. Это произошло вскоре после предыдущей сессии (за два дня до того). Головная боль носила временный характер, иногда он ощущал ее в лобной части затылка, и *у него было такое чувство, как будто это где-то вне головы*. Так происходило всегда, и ему было очень плохо; если бы только он мог добиться сочувствия от собственной жены, он бы просто пошел спать, и его бы здесь не было. Вся эта ситуация вызывала у него определенное беспокойство, ибо как врач он не мог не видеть, что это явно функциональное расстройство, и все же его невозможно объяснить с точки зрения физиологии. (Потому это воспринималось как безумие)

В течение часа я смог удостовериться в том, что интерпретация была верной, и заметил ему: «Боль где-то *вне* головы – это ваша *потребность, чтобы кто-то подержал вашу голову,* что происходило бы естественным образом, если бы вы оказались в состоянии глубокого эмоционального дистресса, как ребенок». Сначала он не придал этому значения, но потом это стало более понятным. Он понял, что тем самым человеком, который скорее всего правильно и в нужный момент держал его голову, был его отец, а не мать. Иными словами, после смерти отца не оказалось никого, кто бы мог подержать ему голову в трудные моменты.

Я связывал собственную интерпретацию с главной интерпретацией промежуточной среды, и постепенно он согласился с тем, что моя идея о руках верная. Он рассказывал мне об уходе на какое-то мгновение, когда у него возникло такое чувство, что у меня есть машина, которую я могу активировать и наделить всеми необходимыми атрибутами симпатического управления. Это означало, что ему было важно, чтобы на самом деле я не держал его голову, а в действительности это было механическим применением тех-

нических принципов. *Важным было то, что я сразу же понял, что ему необходимо.*

В конце сессии он и сам удивился, вспомнив, что после обеда ему пришлось поддерживать голову ребенка. У ребенка была несложная операция под местным наркозом, которая занимала не более часа. Он сделал все возможное, чтобы помочь ребенку, но без особого успеха. Ему казалось, что для ребенка действительно крайне важно, чтобы кто-то поддерживал ему голову.

Теперь ему пришлось согласиться с тем, что мои интерпретации как раз то, для чего он однажды и оказался однажды в анализе; и он даже благодарен своей жене за то, что она не выразила ему никакого сочувствия и поддержки, хотя могла бы.

Резюме

Итак, основная идея здесь заключается в том, что если нам известно в анализе о регрессии, мы можем столкнуться с ней немедленно и таким образом разрешить некоторым пациентам, которые не особенно нарушены, совершить необходимую регрессию в короткие промежутки, возможно, практически сразу. Я бы сказал, что *в состоянии ухода пациент удерживает собственное Я*, и если это состояние ухода возникает сразу же, *аналитик может поддерживать пациента*, то, что в противном случае (уход) становится регрессом. Преимуществом *регресса* является то, что это несет в себе возможность коррекции недостаточной адаптации к потребностям в прошлой истории пациента, т.е в том, как ухаживали за младенцем. И, напротив, *уход* ничего не дает нам, ибо после того, как пациент восстанавливается, ничего в общем-то не меняется.

Всякий раз, когда мы стараемся понять пациента на самом глубоком уровне и показать ему, что мы делаем это с помощью правильных и своевременных интерпретаций, на самом деле мы поддерживаем пациента, также принимая участие в отношениях, в которых пациент находится в состоянии зависимости и регресса.

Обычно считается, что регресс пациента во время психоанализа таит в себе некую опасность. Но опасность не в самом регрессе, а в неготовности аналитика встретиться с регрессом и неизбежной

зависимостью. Когда у аналитика есть определенный опыт, позволяющий ему уверенно справляться с регрессией, вероятно, справедливо будет сказать, что чем быстрее аналитик примет регрессию и встретится с ней в полной мере, тем меньше вероятность того, что пациент регрессирует в какую-то болезнь.

Глава XXI

Депрессивная позиция в процессе нормального эмоционального развития[47] [1954-5]

Настоящую работу можно считать попыткой дать соответствующее объяснение депрессивной позиции Мелани Кляйн. Справедливости ради следует сказать, что я не проходил анализ ни у нее, ни у кого бы то ни было из ее анализандов. Мне захотелось исследовать те области в работе с детьми, основоположником которых была именно Мелани Кляйн, и я получал от нее специальные инструкции в период с 1935 по 1940 годы (супервизии случаев). Объяснения самой Кляйн можно также найти в ее работах (1935, 1940).

Слово норма в названии очень важно для нас. Эдипов комплекс характеризует нормальное или здоровое развитие ребенка, а депрессивная позиция – это нормальный этап в развитии здоровых младенцев (равно как абсолютная зависимость или первичный нарциссизм – все это естественные стадии развития здорового младенца вскоре после рождения или в первые месяцы жизни).

Я подчеркиваю, что депрессивная позиция в эмоциональном развитии является своеобразным *достижением.*

Особенностью депрессивной позиции является то, что она относится к области клинической психиатрии, где-то на полпути между возникновением психоневроза и соответственно психоза.

---

[47] Доклад, сделанный в британском психоаналитическом сообществе в феврале 1954 г.

Ребенок (или взрослый), достигший этой способности к межличностным отношениям, что характерно для стадии развития здорового ребенка ясельного возраста, и способный к анализу бесконечных вариаций трехсторонних человеческих отношений, уже *прошел* через эту депрессивную позицию и *преодолел* ее. С другой стороны, ребенок (или взрослый), занятый главным образом врожденными проблемами личностной интеграции и отношениями с окружением, еще не находится в этой депрессивной позиции в своем личностном развитии.

С точки зрения окружения малыш находится в ситуации семьи, и его инстинктивная жизнь формируется в межличностных отношениях, в то время как младенца поддерживает мать, которая приспосабливается к Эго потребностям; где-то между – младенец или маленький ребенок, пребывающий в депрессивной позиции, поддерживаемый матерью, но более того, переходящий на новый этап жизни. Здесь следует отметить *фактор времени*, и мать некоторым образом *удерживает эту ситуацию*, чтобы у младенца была возможность справиться с последствиями подобного инстинктивного опыта; как мы увидим, эта способность справиться вполне сопоставима с пищеварительным процессом, который непростой сам по себе.

Мать сдерживает ситуацию и делает это вновь и вновь, а также в критические моменты в жизни ребенка. Важным здесь является то, что всегда можно что-то сделать. Материнские техники делают возможным разделение, взаимосвязь и постепенный здоровый контроль изнутри существующих любви и ненависти у ребенка.[48]

Представим ребенка в возрасте отлучения от груди. Фактическое время отлучения варьируется в зависимости от культуры, но для меня возможность отнятия от груди – это тот возраст, когда ребенок способен поднять упавшую игрушку и начать играть с ней. такая игра начинается где-то около пяти месяцев и является обычным явлением до, скажем, одного года или восемнадцати ме-

[48] Именно здесь следует искать причины источника амбивалентности. Термин «амбивалентность» стали широко использовать, подразумевая то, что подавленная ненависть исказила позитивные отношения. Однако, это не может скрывать способность к амбивалентности, как некое достижение в эмоциональном развитии.

сяцев. А теперь представим себе ребенка, который достиг в этом определенного совершенства – скажем, в возрасте девяти месяцев (см. Фрейд, 1920 год. См. также главу IV).

Депрессивная позиция – это достижение определенного этапа развития, который относится к возрасту отнятия от груди. В норме депрессивную позицию можно наблюдать

где-то во второй половине первого года. Второе часто требует гораздо больше времени при более или менее здоровом развитии. Мы также знаем, что у многих детей и взрослых, которые проходят анализ, приближение и повторное приближение к депрессивной позиции являются важнейшей особенностью анализа, указывая на прогресс и в то же самое время подразумевая определенные неудачи на данном раннем этапе развития. Фиксация точного возраста здесь не требуется. Возможно, некоторые младенцы достигают депрессивной позиции раньше, чем в шесть месяцев, быть может, даже гораздо раньше. Подобное достижение является благоприятным признаком, но вовсе не указывает на установление депрессивной позиции. Если я вижу, что аналитик излишне фокусируется на депрессивной позиции в развитии, которая относится к первым шести месяцам жизни, я могу прокомментировать это следующим образом: он очень боится утратить ценную концепцию из-за того, что в это трудно поверить.

То, что я не пытаюсь это найти в первые месяцы жизни, вовсе не означает, что в грудном возрасте все происходит настолько гладко. Вовсе нет! Очень многое происходит с самого начала, а на самом деле еще до рождения; но я сомневаюсь, что с депрессивной позицией могут возникать такие сложности, – например, сдерживание тревоги и надежды в течение определенного периода времени. Тем не менее, если мы получим подтверждение того, что в первые недели ребенок способен испытывать депрессивную позицию, меня это вряд ли удивит. Как правило, принято считать, что депрессивная позиция относится к возрасту от шести до двенадцати месяцев, что еще раз указывает на личностный рост, тот самый рост, который зависит от понимания и неизменного окружения.

Итак, мы можем выделить условия, предшествующие достижению депрессивной позиции. В этой связи у нас есть огромный

практический опыт, заслуживающий отдельного внимания, ибо нам неоднократно доводилось наблюдать, как пациенты любого возраста достигают данного этапа эмоционального развития только тогда, когда в анализе все идет хорошо. Если необходимо достичь этой депрессивной позиции, обязательно необходимо рассмотреть более ранние этапы в реальной жизни или в анализе, или и в том, и в другом. Для достижения депрессивной позиции ребенок должен уже сформироваться как целостная личность, и он должен входить именно в эту категорию (целостная личность). Сюда же относится и грудь, ибо по мере того, как ребенок становится целостной личностью, грудь, материнское тело и вообще что бы то ни было воспринимаются младенцем как нечто целостное.

Воспринимаем как должное то, что было раньше, мы можем утверждать, – говоря о ребенке и его отношениях с матерью в целом, – что данная стадия, когда могла быть достигнута депрессивная позиция, была уже подготовлена. Если эту целостность не воспринимать как должное, тогда вряд ли можно говорить о подобной депрессивной позиции. Ребенок просто следует в своем развитии дальше, минуя эту стадию; и так происходит у многих. На самом деле при шизоидном типе личности вообще вряд ли такое возможно (достижение существенной депрессивной позиции), и тогда следует прибегать к своеобразному магическому воссозданию за отсутствием того, что можно описать как некую компенсацию и восстановление. Мне были знакомы аналитики, стремящиеся найти

депрессивные позиции у пациентов, когда для этого не было никаких предпосылок. Конечно, довольно неприятно констатировать какие бы то ни было неудачи и как следствие вывод о том, что депрессивная позиция – это ложная концепция. И, напротив, аналитики стремятся продемонстрировать такое явление, как депрессивная позиция, когда это далеко не самый важный вопрос в анализе пациентов, которые уже достигли депрессивной позиции, получив этот статус отдельной единицы в младенческом возрасте.

Если в развитии ребенка мы можем воспринимать как должное, что чувство целостности непреложный факт для него, мы можем предположить, что ощущение тела также крайне важно для него. Данная деталь существенна, но я не могу развивать здесь эту тему.

Итак, перед нами человек, целостное существо (ребенок) и мать, сдерживающая ситуацию и позволяющая ребенку пройти через определенные процессы, на которых я еще буду останавливаться.

Однако, во-первых, необходимо будет сделать некоторые замечания в отношении названия – «депрессивная позиция».

Определение «депрессивная позиция» – существующее название естественного процесса за неимением лучшего определения. На мой взгляд, правильнее было бы это называть *этапом беспокойства*. Я считаю, что этот термин очень точно отражает данное понятие. Мелани Кляйн в описании использует слово «беспокойство». Однако, данное определение нельзя считать исчерпывающим. Так что, как мне кажется, мы и дальше будем использовать первоначальное определение.

Часто отмечалось, что термин, подразумевающий болезнь, не следует использовать там, где описывается нормальный процесс. Термин депрессивная позиция, по-видимому, означает то, что здоровые младенцы обязательно проходят через стадию депрессии или перепады настроения. На самом деле имеется в виду совсем не это.

Шпиц (1946), выявляя и описывая депрессию у младенцев, которые лишены обычного хорошего ухода, совершенно прав, говоря о том, что это нельзя считать примером депрессивной позиции; на самом деле это не имеет к депрессивной позиции никакого отношения. Дети, которых описывает Шпиц, деперсонализированные и утратившие всякую надежду на какие бы то ни было внешние контакты; так что по сути у них отсутствуют всякие предпосылки для достижения депрессивной позиции.

В концепции депрессивной позиции при нормальном развитии ребенка нет никаких указаний на то, что младенец должен впасть в депрессию. Депрессия, несмотря на то, что это достаточно распространенное явление, является симптомом болезни и указывает на определенное настроение, подразумевающее бессознательные комплексы, которые могут действительно стать бессознательными. Бессознательные процессы связаны с чувством вины, а чувство вины можно отнести к элементу разрушения, свойственному любви. Депрессию, как аффективное расстройство, вряд ли стоит считать неотъемлемым или нормальным явлением.

Тогда что же это такое – так называемая депрессивная позиция?

Можно отметить правильный подход к данной проблеме, когда используется слово «безжалостный». Сначала младенец (с нашей точки зрения) безжалостен; его пока еще не волнуют результаты инстинктивной любви.[49] Подобная любовь изначально является проявлением импульсивности, определенных жестов, контактов, отношений, и это дает ребенку чувство удовлетворения от самовыражения и позволяет избавиться от инстинктивного напряжения; более того, он помещает объект вне себя.

Следует отметить, что младенец не чувствует себя жестоким, но оглядываясь назад (и это часто происходит при регрессии), человек может сказать: я был невероятно жестоким тогда! Данный этап – этап, предшествующий раскаянию.

В какой-то момент в развитии каждого нормального человека происходит переход от этапа, предшествующего раскаянию, непосредственно к раскаянию. Вряд ли это у кого-то вызовет сомнение. Но когда это происходит и при каких обстоятельствах? Понятие депрессивной позиции и есть некая попытка ответить на эти три вопроса.

Согласно данной концепции переход от жестокости к раскаянию происходит постепенно, при определенных условиях материнства, в период от пяти до двенадцати месяцев, и этот переход не обязательно будет окончательным (это может произойти гораздо позже); или же в анализе может выясниться, что этого вообще никогда не было.

Таким образом, депрессивная позиция довольно сложный вопрос, неизбежно вызывающий споры (вопросы перехода от жестокости к раскаянию или беспокойству).

49 Здесь речь совсем о другом, что я вынужден опустить пока: агрессия, которую нельзя считать неизбежной и которая связана с самыми разными неблагоприятными репрессиями, - удел лишь некоторых младенцев, но не большинства.

Функция окружения

А теперь мы переходим к психологии этапа, который наступает сразу же после достижения человеком нового статуса. Понятно, что этапы, предшествующие достижению этого статуса единицы, умышленно опущены. Тем не менее, мне бы хотелось обратить внимание на то, что чем дальше человек оглядывается назад, тем больше он способен увидеть; действительно нет смысла говорить о человеке, не постулируя все время достаточно хорошую адаптацию окружения к индивидуальным потребностям. На ранней стадии человек даже достигает позиции, когда только сторонний наблюдатель может дифференцировать человека и его окружение (первичный нарциссизм); сам человек не в состоянии этого сделать, поэтому здесь правильнее будет говорить о сеттинге – окружение-личность, а не просто личность.

Дальнейший анализ после достижения статуса единицы по-прежнему зависит от стабильности и надежной простоты окружения.

Мать должна быть в состоянии объединить и сохранить эти две функции во времени, чтобы у младенца была возможность использовать этот специальный сеттинг. Она адаптируется к потребностям младенца, как правило, благодаря специальным техникам ухода (A. Freud, 1953), и ребенок узнает эти техники (как часть матери), точно так же, как ее лицо, уши, и украшения, которые она носит, а также всевозможные отличительные черты

(спешка, лень, тревога, беспокойство, волнение и т. д.). Младенец любит мать за то, что она воплощает в себе все эти качества. Здесь подойдет термин привязанность, и именно эти качества матери находят свое выражение в объекте, к которому тянет свои ручки и пытается обнять младенец (см. Главу XVIII).

В то же время мать являлась объектом нападок во время фаз инстинктивного напряжения. Можно видеть, что я различаю функции матери в зависимости от того, спокойный или возбужденный ребенок. У матери есть две функции, соответствующие спокойному и возбужденному состояниям младенца.

Наконец, наступает этап объединения в сознании младенца этих двух функций матери.

Именно здесь могут возникнуть очень большие трудности, которым уделяла особое внимание Мелани Клейн в своей работе, будучи первопроходцем в данной области.

Человеческий младенец не в состоянии принять тот факт, что мать, настолько ценная для него в спокойных фазах, – тот самый человек, который был и будет беспощадно атакован в фазах возбуждения.

Младенец, как целостное существо, способен идентифицировать себя с матерью, но пока для ребенка не существует четкого разделения между ожидаемым и тем, что происходит на самом деле. Функции и их производные пока еще не различаются четко как факты и фантазии. Достаточно интересно, что это должно происходить с ребенком именно на данном этапе.

Итак, давайте посмотрим, что произойдет, если «тихая» мать будет сдерживать ситуацию какое-то время, так что ребенок сможет попробовать эти «возбужденные» отношения и встретиться с их последствиями.

В самых простых условиях возбужденный ребенок, едва осознавая происходящее, оказывается под воздействием грубых инстинктов и всего того, что связано с такого рода инстинктами. (Здесь мы говорим о достаточно удовлетворительной среде или ином инстинктивном опыте)

Итак, наступает время, когда младенец уже понимает, что есть два совершенно разных способа использования одной и той же матери. Новая потребность возникает на основе импульсов и напряжения инстинкта, требующего разрядки, и это связано с кульминацией или оргазмом. Там, где имеет место опыт, связанный с оргазмом, обязательно можно видеть усиление боли при фрустрации. Как только начинается возбуждение и нарастает напряжение, это неизбежно влечет за собой риск.

Думаю, мы должны понимать, что многие из этих вещей должны переживаться задолго до того.[50]

[50] Мы не должны забывать о том, что я даю объяснение здесь с точки зрения клинической психологии, описывая реальные ситуации, в которых оказывается младенец, так же как и аналитические ситуации.

Как я уже отметил, происходит следующее. Первое, это восприятие идентичности двух объектов, мать в спокойные фазы, и мать, используемая и даже подвергающаяся нападению, когда инстинкты достигают своей кульминации. И второе – это признание существования идей, фантазий, творческих импульсов, принятие идей и фантазий, непосредственно с чем-то связанных, но не путать с самим фактом существования таких фантазий.

Такой сложный прогресс в эмоциональном развитии личности не может быть достигнут без достаточно хорошей помощи окружения. Последнее здесь связано с выживанием самой матери. Пока ребенок не соберет достаточно информативной памяти, он не может позволить матери исчезнуть.[51]

Мне кажется, это один из главных постулатов теории Мелани Кляйн о том, что человеческое существо не может смириться с фактом возбужденных или инстинктивных отношений или же нападения на «тихую» мать. Интеграция в сознании ребенка раскола между окружением, заботящимся о ребенке, и возбуждающим окружением (два аспекта матери) не может быть достигнута, если мать недостаточна хороша и она не смогла справиться со своими задачам некоторое время назад.

А теперь представим один день из жизни матери, когда ей удавалось сдерживать ситуацию, веря в то, что у ребенка должен быть определенный инстинктивный опыт. Для простоты возьмем кормление, ибо это действительно основа всех основ. Итак, мы можем видеть беспощадную атаку, которая отчасти находит свое выражение в физическом поведении ребенка, а отчасти – в фантазиях ребенка определенных физических функций. У ребенка все это складывается в единую картину, и он начинает понимать, что ответ один, а не два. Мать в этих зависимых отношениях (аналитических) также является объектом инстинктивной (биологически обусловленной) любви.

Ребенок пытается наесться сам; инстинктивное напряжение исчезает, его обманули, и он в общем-то доволен. Довольно просто предположить, что еда приносит лишь удовлетворение и сон. Часто

[51] Вне всякого сомнения, есть и другие самые первые фантазии, но мне придется опустить их здесь.

мы можем видеть как раз страдание, если физическое удовлетворение произошло слишком быстро, что лишает младенца остроты ощущений. Тогда у ребенка остается только агрессия, которая так и не нашла выхода, ибо в процессе кормления мышечный эротизм или примитивные импульсы (или моторные импульсы) оказываются невостребованными; либо ощущение «провала», так как чувство жизнерадостности внезапно исчезает, и младенец пока еще не знает, что он сможет испытать это вновь. Все это находит выражение в клиническом аналитическом опыте и, по крайней мере, не противоречит непосредственному наблюдению за младенцами.

Но мы не можем справиться со слишком многими осложнениями сразу. Давайте воспринимать как должное, что ребенок испытал инстинктивную разрядку. Мать сдерживает ситуацию, и все идет, как прежде; это позволяет ребенку понять, что «тихая» мать была вовлечена в весь этот поток инстинктивного опыта и выдержала его. Это повторяется изо дня в день и, в конечном счете, приводит к осознанию ребенком разницы между тем, что называется фактами и фантазией, или внешней и внутренней реальностью.

Депрессивная тревога

Теперь мы переходим к более сложному вопросу. Инстинктивный опыт вызывает два типа тревоги у ребенка. Во-первых, это то, о чем я говорил выше: беспокойство в отношении объекта инстинктивной любви. Мать не такая же, как раньше. Мы можем использовать здесь специальные слова для описания чувств ребенка: образуется своеобразная дыра там, где раньше было ощущение полной жизни. Это можно выразить и иначе, когда ребенок становится старше и у него появляются более изощренные идеи.

Другая тревога – это, что происходит у ребенка внутри. У него уже был некий опыт, поэтому он не чувствует себя так же, как раньше. В данном случае вполне уместно сравнение – изменение к лучшему или худшему – со взрослым человеком после сексуального опыта. Помните, что все время мать сдерживает ситуацию. Теперь необходимо подробно изучить личные внутренние реакции ребенка.

Обратимся к опыту кормления.[52] Младенец берет что-то в рот. Это считается хорошо или плохо в зависимости от того, соответствует ли это удовлетворительному инстинктивному опыту или же опыту, который еще больше усложняется чрезмерным гневом при фрустрации. Гнев при фрустрации, безусловно, неотъемлемая часть любого процесса (удовлетворительного), связанного с принятием пищи.

Я несколько упрощаю внутренние процессы здесь, но позже я еще вернусь к более точным оценкам фантазии младенца о внутренней части собственного Я, силах, конкурирующих между собой, и системах контроля.

Итак, мы уже можем говорить о том, что происходит внутри, поскольку мы уже констатировали достижением ребенком статуса отдельной единицы; ребенок уже стал отдельной единицей, ограничивающей его как внутри, так и снаружи.

Здесь следует отметить, что младенец – помимо кормления и этой восприимчивости к воображаемой дыре в теле матери – также очень увлечен борьбой, которая происходит внутри него самого; борьбой между тем, что можно считать хорошим, то есть чем-то устойчивым, и плохим, то есть некое преследование самого себя.

Внутри происходят некие сложные процессы, и ребенок может только ждать результата, точно так же, как результаты пищеварения возможны после принятия пищи. Таким образом, внутри происходит своеобразный отбор, и скорость этих процессов у каждого своя. Наряду с интеллектуальным контролем и в соответствии с постепенно развивающимися личными паттернами происходит некая интеграция между преследованием и поддержкой до тех пор, пока не будет достигнуто определенное равновесие (то, что младенец будет стремиться сохранить или устранить в соответствии с внутренней потребностью). Наряду с устранением младенец получает дополнительный контроль, так как это вновь задействует функции тела. Но в то время как в физическом процессе пище-

[52] На мой взгляд, инстинктивный опыт соответствует текущим процессам Эго, иначе мне бы пришлось говорить о реакциях младенца на вторжение окружения, что выражается в инстинктивном напряжении и реактивной активности.

варения мы видим устранение только бесполезного материала, в процессе воображения речь идет как о хорошем, так и плохом потенциале.

Я специально ничего не говорю здесь об анальных и уретральных переживаниях (типы инстинктивного удовлетворения), поскольку планирую вернуться к этой теме позже; в данном же контексте анальные и уретральные переживания можно отнести исключительно к процессу пищеварения и переработки пищи.

Все это время мать сдерживает ситуацию. Таким образом, в жизни младенца происходит все, как и прежде: физическое переваривание и соответствующие в психические процессы. Весь этот процесс требует времени, и младенец может только ждать результата, пассивно подчинившись тому, что происходит внутри. Если не происходит никаких отклонений, подобный личный внутренний мир становится бесконечно богатым ядром Я.

Таким образом, в жизни любого здорового младенца, в результате внутренней работы, появляется как хорошее, так и плохое. Мать принимает во всем этом участие (как в хорошем, так и плохом), поэтому предполагается, что она имеет определенное представление об этих процессах. Ребенку впервые что-то предлагается, и без этого предложения невозможно по-настоящему что-то получить. Все это сугубо практические повседневные вопросы ухода за младенцами и даже анализа.

Младенец, которого поддерживает выжившая мать, знающая, как доставить удовольствие ребенку, теперь оказывается в положении, когда она может что-то сделать и по поводу этой дыры, дыры в груди или теле, образно зафиксированной первоначально. В данном случае речь идет о восстановлении и удовлетворении; понятия, столь важные в правильном сеттинге, но которые довольно легко могут стать клише, если их использовать свободно. Такой жест (доставить удовольствие) может привести к дыре, если мать будет только играть.

Итак, теперь вам должно быть понятно, почему я настаиваю на важности того, чтобы мать сдерживала ситуацию во времени.

Сейчас мы имеем своеобразный умеренный цикл. Из сложностей, пожалуй, следует выделить следующие:

- Отношения между младенцем и матерью осложняются инстинктивным опытом.
- Тусклое восприятие эффекта (дыра).
- Внутренняя проработка, дифференцируются результаты опыта.
- Способность отдавать из-за разграничения на хорошее и плохое.
- Восстановление.

Результатом ежедневного укрепления этого умеренного цикла будет то, что ребенок теперь способен переносить дыру (результат инстинктивной любви). Именно здесь начинается *чувство вины*. Это единственная истинная вина, поскольку навязанная вина является ложной для Я. Вина становится возможной благодаря интеграции двух матерей; тихой и возбужденной, любви и ненависти, и это чувство постепенно развивается до здоровых и нормальных отношений. Вот один из источников потенциала и социальной значимости, а также художественного воплощения (но не самого искусства, корни которого следует искать на более глубоком уровне).

Таким образом, огромная важность депрессивной позиции становится очевидна, а вклад Мелани Кляйн в психоанализ здесь можно считать истинным вкладом для общества, а также в таких вопросах, как уход за детьми и образование. *Здоровый ребенок способен испытать чувство вины*, и ему не нужно учиться этому. Конечно, подобная норма наблюдается не у всех детей. Такой логический вывод напрашивается сам собой. Но, теоретически, по крайней мере, у каждого ребенка есть потенциал для развития чувства вины. В клинической практике мы можем наблюдать детей, которые не испытывают чувства вины, но нет такого ребенка, который бы не испытывал чувства вины уже в депрессивной позиции. В пограничных случаях мы можем наблюдать, например, детей, склонных к антисоциальному поведению, которые учатся в специализированных школах для так называемых плохо адаптивных детей.

В этом умеренном цикле ребенок оказывается способен испытывать беспокойство благодаря пробуждающемуся сознанию (ему

удалось что-то сделать с этой дырой и различными последствиями импульсов Ид – говоря о материнском теле).

Таким образом, инстинкты становятся более свободными, и возможно больше рисков. Это вызывает еще большее чувство вины, но при этом происходит также интенсификация инстинктивного опыта с его творческими составляющими (в результате мы имеем более богатый внутренний мир с его потенциальными плюсами).

Мы можем видеть это вновь и вновь в анализе, когда сталкиваемся в переносе с депрессивной позицией. Мы видим выражение любви, сопровождаемое тревогой в отношении аналитика, а также ипохондрические страхи. Или же, в более позитивном ключе, мы можем видеть высвобождение инстинктов и развитие (в сторону личностного роста), а также рост возможностей или общего потенциала.

Через какое-то время индивид, очевидно, уже сможет накопить определенные воспоминания о переживаниях, которые считаются хорошими, так что опыт матери, сдерживающей ситуацию, становится частью собственного Я, ассимилированного в Эго. Таким образом, фактическая мать постепенно становится все менее и менее необходимой. У человека формируется внутренняя среда. Итак, теперь ребенок способен найти новый опыт, связанный со сдерживанием ситуации, и может со временем взять на себя ответственность за то, чтобы сдерживать ситуацию для кого-то другого, не впадая при этом в гнев.

Из этой концепции умеренного цикла депрессивной позиции можно выделить следующие очень важные вещи:

1. Когда умеренный цикл нарушается, а мать, сдерживающая ситуацию, уже не столь важна, происходит разрушение процесса, что приводит прежде всего к инстинктивному торможению и общему личностному истощению, а впоследствии к утрате способности испытывать чувство вины. Это чувство вины может быть восстановлено, но только при воспроизведении ситуации сдерживания (достаточно хорошая мать). Без чувства вины ребенок может продолжать и дальше испытывать инстинктивные чувственные удоволь-

ствия, но при этом он утрачивает способность к прочным чувствам.

2. Достаточно долгое время ребенку нужен будет человек, не только любимый им, но и принимающий его потенциал (будь то мальчик или девочка) с точки зрения восстановления и удовлетворения. Другими словами, у маленького ребенка должна быть возможность отдаться такому инстинктивному опыту, испытывая при этом чувство вины, ибо это и есть возможность роста. Здесь можно видеть зависимость более высокого порядка, но это не абсолютная зависимость ранних фаз.

   Все это выражается в игре, но для конструктивной игры в самом начале необходим близкий человек рядом, по крайней мере хотя бы вовлеченный, если не ценящий по-настоящему конструктивный элемент в игре. Это явный признак недостаточного понимания маленьких детей (или депривированных детей, которые нуждаются в регрессивных исцеляющих переживаниях), когда взрослый считает, что он помогает, давая что-либо, отказываясь при этом видеть первостепенную важность нахождения рядом с ним.
3. Если внутренние процессы создают какие-то проблемы, ребенок (или взрослый) отторгает весь свой внутренний мир и функционирует на низком уровне жизненных сил. Депрессия – это определенное настроение. В своем описании я впервые связываю термин депрессия с понятием депрессивной позиции.

Депрессии, которые встречаются в клинической психиатрии, как правило, не имеют ничего общего с тем типом, который имеет отношение к «депрессивной позиции». Они в большей степени связаны с деперсонализацией или безнадежностью в отношении объектных отношений; или ощущением бесполезности, которое возникает в результате развития ложного Я. Все это можно отнести к периоду, предшествующему депрессивной позиции в развитии личности.

Маниакальная защита

В том, как человек пытается справиться с депрессией, непосредственно связанной с тревогой, можно увидеть печально известную передышку от депрессии, а именно: *маниакальные защиты*. При маниакальной защите все серьезные вещи отрицаются. Смерть воспринимается как нечто возвышенное, тишина становится шумом, нет ни печали, ни беспокойства, ни конструктивной работы, ни спокойного удовлетворения. Подобное реактивное формирование связано с депрессией, и его следует рассматривать отдельно. Клинически это означает то, что человек испытывает депрессию, и про такую депрессию можно сказать, что она скорее достаточно неопределенная и отрицается, нежели с ней удалось справиться.

Самый распространенный диагноз в медицинской клинической педиатрии – это то, что я назвал (в 1930 году, до того, как я встретился с идеями Мелани Кляйн) «общим тревожным беспокойством» (p. 22). Подобное клиническое состояние связано, главным образом, с отрицанием депрессии. Такая болезнь у ребенка часто проходит незамеченной, так как она скрывается за той динамикой и беспечностью, с которой ребенок воспринимает жизнь. Как болезнь, общая тревожность соответствует состоянию гипомании у взрослых, что вызывает самые разные психосоматические расстройства.

Маниакальную тревожность следует отличать от тревожности, связанной с всевозможными преследованиями, приподнятым настроением и манией.

Анализ внутреннего мира

А теперь мне бы хотелось кратко остановиться на анализе внутренних явлений. На самом деле подобная тема достаточно обширная.

Следует отметить, что я специально здесь все упрощаю, имея дело с депрессивной позицией (в плане кормления и той пищи, которой кормят ребенка). Но речь идет не только о кормлении, молоке или еде. Нас волнуют всевозможные инстинктивные пере-

живания, в то время как хорошие и плохие объекты оказываются хорошими и плохими чувствами, возникающими в инстинктивной жизни человека и в его воображении. Более сложные формулировки также будут здесь вполне уместны.

Итак, внутренний мир человека формируется в трех основных направлениях:

A. Инстинктивные переживания.
B. Все то, что инкорпорируется, удерживается или устраняется.
C. Все отношения или ситуации, которые магическим образом интроецируются.

Из всех этих типов первый можно считать свойственным любому человеку, где бы он ни находился. Второй – более или менее распространен среди младенцев, хотя, конечно же, опытный наблюдатель сможет увидеть здесь определенные различия (молоко, бутылка, молоко, банан, кокосовый сок и т. д.) согласно тем обычаям, которые свойственны данной культуре.

Третий тип, в сущности, личного характера, свойственный индивидууму в реальном сеттинге, включая все то, что происходит с этой фактической матерью, медсестрой, тетей в этом доме, квартире, палатке, и с той реальностью, которая там представлена. Здесь следует отметить определенное беспокойство, перепады настроения, ненадежность матери, а также периоды, когда она достаточно хорошо справляется со своими обязанностями. Отец появляется косвенно в качестве мужа и является лицом, непосредственно заменяющим мать.

Чтобы связать внутренний мир (депрессивную позицию) с тем, что К. Г. Юнг и аналитические психологи называют архетипами, нам следует ограничиться изучением первой группы. То, что здесь происходит, можно отнести к человечеству в целом и это можно видеть в таких вещах, как мир сновидений, искусство, религии и мифы, независимо от времени и пространства. Все это свойственно человеческой природе вообще, но только в той мере, насколько глубоко человек переживает эту депрессию. Однако, это не весь

внутренний мир ребенка, и мы не можем пренебрегать двумя другими группами в своей клинической практике.

Независимо от того, что мы находим в этих архетипических организациях во внутреннем мире, мы должны не забывать о том, что *постоянные терапевтические изменения могут быть вызваны только новыми инстинктивными переживаниями*, и это возможно только в неврозе переноса в ходе анализа; мы не стараемся изменить архетипы, показывая пациенту, что его фантазии совпадают с тем, что можно видеть в мифологии.

Рассматривая внутренний мир человека, достигшего депрессивной позиции, мы может видеть:

- Силы сопротивления (группа А).
- Объекты или соответствующие предметы, хорошие и плохие (группа В).
- Хорошая воспринимаемая материя, интроецированная для личного обогащения и стабилизации (группа С).
- Плохо воспринимаемая материя, интроецированная для контроля (группа С).

Говоря о том, что в терапии *реальные изменения в отношении групп А и В возможны благодаря работе с переносом*, мы знаем, что в данном случае подразумевается упорядоченная последовательность, хоть мы и признаем ее бесконечную сложность в любом фактическом случае, даже когда пациентом является маленький ребенок.

Итак, анализ орального садизма в переносе уменьшает потенциал преследования во внутреннем мире пациента.

Типы защит

Один из типов защит от депрессивной тревоги – это относительное торможение самих инстинктов, что приводит к уменьшению (в количественном выражении) всех последствий инстинктивных

переживаний. Таким образом, во внутреннем мире, возникают другие защитные механизмы, такие как:

- Общий контроль, постепенно поднимается (депрессивное настроение).
- Департментализация.
- Изоляция некоторых групп преследований.
- Инкапсуляция.
- Интроекция идеализированного объекта.
- Тайное укрытие хороших вещей.
- Магическая проекция хорошего.
- Магическая проекция плохого.
- Устранение.
- Отрицание.

Здесь очень много из того спектра, который мы называем детской игрой; в действительности, все так и есть, ибо все это правда проявляется в игре. Дело в том, что достаточно легко получить временное облегчение от инкапсуляции группы преследователей, посредством соответствующей проекции. Однако, это определенное бредовое состояние, и мы называем это безумием, если только внешняя реальность не обеспечивает идеального примера проецируемого материала.

Необходимо упомянуть еще одно осложнение. Уже было отмечено, что подобное формирование внутреннего мира посредством инстинктивного опыта началось задолго до рассматриваемого нами периода времени. Приближаясь к возрасту шести месяцев человеческое существо вбирает в себя весь тот опыт, который мы называем младенческим периодом, а именно: все то, что связано с инстинктивным и неинстинктивным, периодами возбуждения и спокойствия. В связи с этим можно утверждать, что некоторые вещи, о которых я говорю, начинаются с рождения или задолго до рождения. Однако, конечно же, это не относится непосредственно к депрессивной позиции в эти первые месяцы, недели и дни, потому что депрессивная позиция зависит от чувства времени, понимания разницы между фактом и фантазией и, прежде всего, от

факта интеграции индивида. Весь этот процесс очень непростой, и мы можем наблюдать, как мать сдерживает ситуацию, а ребенок пользуется этим, за исключением тех случаев, когда он уже достаточно взрослый, чтобы играть с упавшими вещами.

(Мне доводилось видеть, как ребенок, которому от роду было всего 12 недель от роду, пытался засунуть ручку в рот матери, когда она кормила его грудью. О нем прекрасно заботились, и теперь это один из самых здоровых мальчиков десяти лет, с которым мне когда-то приходилось работать. Так и хочется сказать, что он находился в депрессивной позиции, но ведь мы должны учитывать все довольно странные процессы идентификации; кроме того, это не столь распространено в возрасте 12 недель и крайне редко встречается раньше. Мы также должны создать все возможности для обеспечения истинной интеграции, что скорее всего связано с грамотным управлением, чем достижением интеграции в состоянии независимости).

Если кто-то захочет исследовать не депрессивную позицию, а первопричины того, что мы называем преследованием, а также некие поддерживающие силы внутри Эго, тогда нужно будет идти гораздо дальше, чем вторая половина первого года. Но тогда также нужно будет вернуться к дезинтеграции, к отсутствию ощущения жизни в теле, к размытым границам между фантазией и фактом, и, прежде всего, – к зависимости от матери, которая все время так или иначе сдерживает ребенка, и в конечном счете к тому, что можно назвать *двойной зависимостью*, когда зависимость абсолютна, потому что окружающая среда не воспринимается вообще.

Я не буду останавливаться сейчас на чрезвычайно сложной психологии раннего формирования позитивных и преследующих элементов и постараюсь все же придерживаться своей первой позиции, а именно: начать с того момента, когда человек становится цельным, отдельной единицей и уже может справиться с теми важными вопросами, которые неизбежно последуют после данного этапа.

Реакция на утрату

Работа Мелани Кляйн позволяет нам еще лучше понять утрату, о которой говорил в свое время Фрейд. Если человек достигает депрессивной позиции и полностью укрепляется в ней, тогда реакция на утрату – это *горе или печаль*. Там, где присутствует элемент неудачи в депрессивной позиции, результатом утраты будет депрессия. Траур означает, что утраченный объект был магическим образом интроецирован, и (как показал Фрейд) теперь он является объектом ненависти. На мой взгляд, это означает то, что ему разрешен контакт с внутренними элементами преследования. Это приводит к внутренней потере баланса таким образом, что элементов преследования становится все больше, а добрые или поддерживающие силы сходят на нет. Возникает опасная ситуация, а защитный механизм общей гнетущей атмосферы способствует формированию депрессии. Депрессия является исцеляющим механизмом; она обволакивает своеобразным туманом поле битвы, позволяя упорядочить какие-то вещи (в более спокойном режиме) и проявиться всем возможным защитам, отреагируя их таким образом, что в конечном счете может возникнуть спонтанное выздоровление. Клинически депрессия (такого рода) способствует некоему подъему. Это довольно распространенное психиатрическое наблюдение.

У субъекта с явной депрессивной позицией становится все больше того, что бы я назвал интроекцией группы С или воспоминаниями о хороших переживаниях и любимых объектах, что позволяет субъекту, в конце концов, следовать дальше даже без поддержки окружения. Любовь к внутреннему потерянному внешнему объекту (его представление об этом) может уменьшить ненависть интроецированного любимого объекта, что влечет за собой утрата. В этих и других отношениях переживается траур, а горе ощущается так, как есть.

Игра ребенка, бросающего игрушки, на чем я делаю особый акцент, является показателем все большей способности ребенка справиться с утратой, и поэтому это указывает на возможность отлучения от груди.[53] Такая игра в какой-то степени сходна с интроекцией группы С.

[53] Говоря об отлучении от груди, я должен упомянуть здесь о том, что под отлучением от груди подразумевается крушение иллюзий.

Понятие «хорошей груди»

А теперь поговорим о том, что мы подразумеваем под определением «хорошая грудь».

Внешне хорошая грудь – это то, что уже использовано (ребенок высосал все молоко) и теперь нуждается в реконструкции. Иными словами, это всего лишь мать, сдерживающая ситуацию во времени именно так, как я и описал.

Поскольку хорошая грудь – некое *внутреннее* явление (при условии, что индивид достиг депрессивной позиции), мы должны будем применить наш принцип трех групп, чтобы понять данную концепцию.

Группа А. В этой группе нет смысла использовать термин «грудь». Здесь мы ссылаемся на архетипический опыт или удовлетворительный инстинктивный опыт.

Группа Б. Тут нет хорошей груди, поскольку, если грудь хорошая, ее непременно используют (высосут молоко), получая от этого удовольствие. Вряд ли можно как-то дифференцировать материнскую грудь. Ребенок вырастает из этой материи и устраняет то, что не нужно, или то, что считается плохим.

Группа С. Здесь, наконец, можно использовать термин «хорошая внутренняя грудь».

Воспоминания о позитивном сдерживании ситуации помогают ребенку преодолеть краткие периоды, когда у матери возникают сложности, и это представляет основу для «переходного объекта», а впоследствии – для знакомой смены замещающих объектов (грудь и мать).

Здесь мне бы хотелось напомнить о том, что интроекция хорошей груди иногда является очень патологичной, защитной организацией. Тогда грудь становится некой идеализированной грудью (матерью), и эта идеализация указывает на безнадежность внутреннего хаоса и беспощадность инстинкта. Хорошая грудь, основанная на отдельных воспоминаниях или на потребности матери быть хорошей, обеспечивает уверенность в себе. Такая интроецированная идеализированная грудь доминирует; и пациент считает, что у него все в порядке. Однако, близкие пациента считают, что это далеко не так, поскольку подобную интроецированную

хорошую грудь следует так или иначе рекламировать, и пациент становится защитником «хорошей груди».

Аналитикам зачастую приходится сталкиваться с этой непростой проблемой: должны ли пациенты выражать нам признательность? Да, именно так всегда и происходит. Но мы сожалеем об этом. Нам бы не хотелось становиться интернализированной хорошей грудью у других и видеть, как нас рекламируют те, чей внутренний хаос неустойчиво удерживается интроекцией идеализированного аналитика.

Итак, что же мы хотим? Мы хотим, чтобы нас поглотили (съели), а не магическим образом интроецировали. В этом нет никакого мазохизма. Быть поглощенной совершенно нормальное желание и очевидная потребность (матери) на очень ранней стадии ухода за младенцем. Это означает, что если не наблюдается подобного каннибалистического нападения, то, как правило, вряд ли можно говорить о таких вещах, как восстановление, трансформация и социальная адаптация.

Только при условии, что нас съели, использовали, украли, мы способны выдерживать малейшие магические интроекции и быть помещенными в закоулки памяти внутреннего мира кого бы то ни было.

Итак, резюмируя вышесказанное, депрессивная позиция, которая может считаться позитивной при благоприятных обстоятельствах в течение шести-девяти месяцев, обычно не достигается до тех пор, пока субъект не вступит в анализ. Что касается более шизоидных людей и пациентов психиатрических клиник, – которые никогда не достигают подлинной самореализации или самовыражения, – депрессивная позиция для них не столь важна; это как цвет, для слепых. И, напротив, для всей маниакально-депрессивной группы, включающей в себя большинство так называемых нормальных людей, субъект депрессивной позиции при нормальном развитии – это тот, кого нельзя оставить в стороне; это так и есть и по-прежнему является определенной *проблемой в жизни*, за исключением тех случаев, когда эта проблема решена. С вполне здоровыми людьми это воспринимается как должное, и человек включается в активную жизнь в обществе. Ребенок, который успешно справился с достижением депрессивной позиции, также способен решить проблему треугольника в межличностных отношениях и классическом Эдиповом комплексе.

Глава XXII

Метапсихологические и клинические аспекты регресса в психоаналитическом сеттинге[54] [1954]

Анализ места регресса в аналитической работе можно считать одной из задач, которые завещал нам Фрейд, и на мой взгляд это тема, к которой Общество уже готово. В данном случае я основываюсь на том фактическом материале, который часто можно встретить в статьях, изложенных перед Обществом. Как правило, на данный аспект нашей работы не обращают особого внимания или же его относят к интуитивному или «иллюстративному» аспектам психоаналитической практики.

Регресс – тема, неоднократно привлекающая мое внимание в ряде случаев на протяжении последних десяти лет клинической работы. Это, конечно же, слишком обширная тема, чтобы мы рассматривали ее здесь и сейчас. Поэтому я выберу лишь те аспекты, которые мне представляются полезными для нашего совместного обсуждения.

Анализ – это не только техники. Это то, что мы способны сделать, когда уже приобрели какие-то базовые техники. То, что мы можем осуществить, позволяет нам сотрудничать с пациентом в следующем *процессе* (когда у каждого пациента свой темп и ритм);

[54] Впервые представлено перед Британским Психоаналитическим Сообществом 17 марта, 1954 г.

а все важные особенности этого процесса зависят от пациента, а не от нас, аналитиков.

Поэтому давайте четко отслеживать разницу между техниками и непосредственно

лечением. Вполне возможно провести анализ, имея лишь ограниченный набор техник, и напротив, располагая самыми совершенными техниками, в общем-то провалить лечение.

Не будем забывать и о том, что грамотно подходя к собственному выбору, мы можем и обычно стараемся избегать соприкосновения с теми аспектами человеческой природы, в решении которых наши техники могут оказаться бесполезными.

Любой случай подразумевает некую классификацию. В данном вопросе я стараюсь группировать случаи в соответствии с техническими навыками, которые могут потребоваться аналитику. Я разделяю случаи на следующие три категории. *Первая* категория – это такие пациенты, которые выглядят вполне сохранными и чьи трудности можно отнести к сфере межличностных отношений. Методы лечения этих пациентов берут свое начало в области психоанализа, у истоков которого стоял Фрейд.

Вторая категория – это такие пациенты, целостность которых только зарождается, что можно воспринимать как должное; на самом деле можно сказать, что анализ имеет отношение к первым событиям, связанным и непосредственно следующим не только за достижением целостности, но и любовью и ненавистью, а также и зарождающимся признанием зависимости. Это анализ стадии тревоги или того, что известно, как «депрессивная позиция». Для таких пациентов требуется анализ их настроения. Техники, необходимые для этой работы, не очень отличаются от тех, которые необходимы пациентам первой категории; тем не менее, некоторые новые проблемы, связанные с управлением, возникают из-за увеличения диапазона исследуемого клинического материала. С нашей точки зрения, здесь важна идея *выживания аналитика,* как некий динамический фактор.

К *третьей* группе я бы отнес всех тех, в анализе которых нам приходится иметь дело с ранними этапами эмоционального развития до достижения статуса отдельной единицы во времени и про-

странстве. Личностная структура пока еще не установлена. Что касается этой третьей группы, то акцент совершенно точно будет сделан на организации, а порой обычную аналитическую работу с этими пациентами приходится отложить на довольно длительное время; при этом работа ведется только с организацией.

Пересмотрев ситуацию с точки зрения окружения, можно сказать, что в первой группе мы имеем дело с пациентами, которые сталкиваются с трудностями в своей обычной жизни дома, принимая эту жизнь в период, предшествующий латентному периоду и предполагающий удовлетворительное развитие на более ранних стадиях инфантильности. Во второй группе, анализируя депрессивную позицию, мы имеем дело с отношениями матери и ребенка, особенно в то время, когда отлучение от груди становится столь важным. Мать удерживает ситуацию во времени. В третьей группе происходит примитивное эмоциональное развитие, когда требуется, чтобы мать фактически сдерживала младенца.

В последнюю из этих трех групп можно отнести одного из моих пациентов, который, скорее всего, и научил меня многому в отношении регресса. Я постараюсь еще более подробно рассказать об этом лечении, сейчас же мне бы просто хотелось указать на то, что у меня был опыт полностью допустить регресс и наблюдать за его результатом впоследствии.

Если говорить кратко, у меня был пациент (женщина среднего возраста), которая уже проходила анализ до прихода ко мне, но она, очевидно, все еще нуждалась в помощи.

Этот случай изначально я отнес к первой категории своей классификации, и хотя речь не шла о диагнозе психоза (психиатрического характера), все же пришлось провести аналитическую диагностику, в которой бы принималось во внимание очень раннее развитие ложного Я. В целях эффективного лечения требовался регресс в поисках истинного Я. К счастью, в данном случае я смог сам управлять всем регрессом, то есть не прибегая к помощи специального учреждения. Вначале я решил, что регресс должен проявиться полностью, и никаких попыток, за исключением тех, которые были в самом начале, не предпринималось с целью вмешательства в регрессивный процесс (следующий сво-

им ходом). (Лишь однажды мне пришлось прибегнуть к интерпретации, связанной с материалом орального эротизма и садизма в переносе. Решение было правильным, но срок около шести лет еще слишком малый, потому что я еще не до конца верил в регресс. Таким образом, я решил проверить для себя влияние одной обычной интерпретации. Когда же наступило подходящее время для этой интерпретации, это стало ненужным.) Прошло где-то три-четыре года, прежде чем была достигнута глубина регресса, после чего начался определенный прогресс в эмоциональном развитии. Регресса так и не было. Хаос также не наблюдался, хотя угроза хаоса всегда была.

Поэтому у меня был уникальный опыт даже для аналитика. Так или иначе после анализа происходят значительные перемены. Не аналитикам совершенно невдомек тот невероятный опыт, который появляется у аналитика в ходе работы с пациентом; аналитики же поймут, что именно этот опыт способствует пониманию психоанализа и возможности многому научиться в этой связи.

В данном случае лечение и работа потребовали от меня всего того, чем я обладаю как человек, психоаналитик и педиатр. Мне был необходим и собственный личностный рост в ходе этого лечения, которое было болезненным и которого я бы с радостью избежал. В частности, мне приходилось учиться анализировать собственные техники всякий раз, когда возникали трудности, а сталкиваясь с различным сопротивлением всегда оказывалось то, что причина заключалась именно в контрпереносе, что требовало дальнейшего анализа самого аналитика. В данном случае передо мной не стоит цель описания этого случая, ибо неизбежно приходится выбирать, придерживаться ли клинического или теоретического подхода, я же сделал выбор в пользу теоретического. Тем не менее, я никогда не забываю и о клиническом.

Главное, что в данном случае, как и во многих других, с которыми мне пришлось столкнуться в собственной практике, мне пришлось пересмотреть свои техники, даже те из них, которые уже были адаптированы к более распространенным случаям. Прежде чем перейти к объяснению того, что я имею в виду, я должен объяснить то, как я использую слово «регресс».

Для меня слово регресс просто нечто, обратное прогрессу. Прогресс – это эволюция личности, психо-сомы, личности и разума (в конечном счете) с последующим формированием характера и социализацией. Вне всякого сомнения, прогресс начинается задолго до рождения. Всякий прогресс – это некая эволюция (биологическая). Один из важнейших принципов психоанализа заключается в том, что здоровье подразумевает преемственность этого эволюционного развития психики; а здоровье – необходимое эмоциональное развитие, соответствующее возрасту индивидуума, некая зрелость, если можно так выразиться, в отношении данного эволюционного процесса.

При более подробном анализе сразу становится понятно, что невозможно просто дать обратный ход тому, что мы считаем прогрессом. Чтобы это стало возможным, в индивидуальной организации должна быть некая организация, допускающая регресс.

Итак, вот что мы можем видеть:

- Недостаточную адаптацию окружения, приводящую к развитию ложного Я.
- Вера в возможность исправления первоначальной неудачи, представленной скрытой способностью к регрессу и подразумевающей сложную организацию Эго.
- Специальные условия окружения, после чего фактически следует регресс.
- Последующее эмоциональное развитие, со всеми теми сложностями, которые будут описаны ниже.

На мой взгляд, не стоит использовать слово регресс в тех случаях, когда мы имеем дело с инфантильным поведением. Слово регресс является достаточно распространенным, но использовать его нужно с осторожностью. Когда мы говорим о регрессе в психоанализе, мы подразумеваем некую Эго-организацию и угрозу хаоса. Здесь огромная область для анализа того, как человек запоминает какие-то воспоминания, идеи и потенциальные возможности. Как будто могут возникнуть некие благоприятные условия, оправдывающие регресс и предлагающие новые возможности для

движения вперед, что было изначально невозможно или сложно из-за сбоев, связанных с окружением.

Мы сможем увидеть, что я рассматриваю регресс в высокоорганизованном механизме Эго-защиты, предполагающем существование ложного Я. В случае упомянутого выше пациента это ложное Я постепенно становится «заботливым Я», и только через несколько лет это заботливое Я может быть передано аналитику, а Я – Эго.

Необходимо включить в теорию развития человека представление о том, что для человека естественным и здоровым является способность защищать себя от определенных сбоев окружения, так сказать *замораживая ситуацию отказа*. Наряду с этим возникает неосознанное предположение (которое впоследствии может стать осознанной надеждой), что потом может появиться возможность возобновления опыта, когда ситуация со сбоями может быть разморожена и повторена вновь, а человек испытает регресс уже в среде, способной к адекватной адаптации. Согласно данной теории регресс рассматривается как часть процесса исцеления, в действительности совершенно нормальное явление, которое можно должным образом проанализировать у здорового человека. У очень больного человека мало надежды на новые возможности. В крайнем случае терапевту потребуется непосредственно быть с пациентом, демонстрируя ему хорошее материнство; опыт, совершенно неожиданный для пациента.

Есть несколько способов, позволяющих здоровому человеку иметь дело с определенными ранними провалами окружения; но один из них я бы назвал замороженной неудачной ситуацией. Между данным понятием и понятием точки фиксации должна быть определенная связь.

В психоаналитической теории мы часто говорим о том, что в ходе инстинктивного развития в догенитальных фазах *неблагоприятные ситуации* могут создавать точки фиксации в эмоциональном развитии личности. На более позднем этапе, например, на стадии генитального доминирования, т.е когда в межличностные отношения вовлечен весь человек (и здесь, следуя за Фрейдом, совершенно естественно говорить об Эдиповом комплексе и страхах кастрации),

тревога может приводить к регрессу (инстинктивное качество) данной действующей точки фиксации, и, как следствие, мы будем иметь подкрепление исходной ситуации отказа. Данная теория доказала свою ценность и повсеместно используется, и нет необходимости отказываться от нее или же пересматривать ее заново.

В качестве простого примера можно привести случай одного мальчика. В детстве у него не возникало никаких трудностей, но во время тонзилэктомии ему была сделана клизма, сначала матерью, а затем медсестрами, которым пришлось его удерживать. Тогда ему было два года. После этого у него были проблемы с кишечником, но в возрасте девяти лет (начало анализа) ему ставят диагноз тяжелых запоров. Тогда же происходит серьезное вмешательство в его эмоциональное развитие с точки зрения генитальных фантазий. В данном случае мальчик отреагировал на клизму, как будто это была месть со стороны матери из-за его гомосексуализма, а подавлялся у него именно гомосексуализмом наряду с анально-эротическим потенциалом. В анализе этого мальчика мы будем иметь дело с отреагированием и повторной навязчивостью, связанной с первоначальной травмой. Известно также, что изменения у этого мальчика не будут происходить по схеме простого воспроизведения травмы, а будут следовать обычной эдиповой интерпретации в неврозе переноса.

Я привожу это как обычный случай, иллюстрирующий симптом, который был регрессом к точке фиксации, где явно присутствовала травма.

По мнению аналитиков, более естественными можно считать *хорошие* догенитальные ситуации, к которым человек может возвращаться в сложные периоды на более поздних этапах. Это нормальное явление. Таким образом, возникает идея двух типов регресса в отношении развития инстинкта; первый – возвращение к первоначальной ситуации неудачи, а второй – к первоначальной успешной ситуации.

На мой взгляд, недостаточное внимание обращалось именно на разницу между этими двумя явлениями. В случае ситуации провала окружения мы можем видеть явные *личные защиты*, организованные самим человеком и требующие анализа. В случае же более

успешной ранней ситуации мы имеем дело с памятью о *зависимости*, поэтому мы сталкиваемся с *ситуацией окружения*, а не с личной защитной организацией. Личная организация здесь не столь очевидна в силу своей подвижности и менее защитного характера. На данном этапе мне следует упомянуть о том, что я полагаюсь на предположение, сделанное мной раньше, и которое отнюдь не всегда принимается, а именно: теоретически в самом начале остается все меньше и меньше того, что связано с личностным провалом, а в конечном счете – только провалы адаптации окружения.

Поэтому мы обеспокоены не просто регрессом к хорошим и плохим моментам в инстинктивном опыте человека, но и хорошими и плохими моментами в адаптации окружения к потребностям Эго и потребностям Ид у каждого человека.

Мы можем рассуждать с точки зрения генитальных и догенитальных этапов развития (качества *инстинктов*), используя словесную регрессию просто как обратный ход прогресса, от генитального к фаллическому, от фаллического к экскреторному, от экскреторного к пищевому. Но что бы ни думали в этой связи, мы должны признать то, что в основу этой теории не может быть положено множество клинических материалов.

Альтернативой здесь может быть акцент на развитии Эго и зависимости, и в этом случае, когда мы говорим о регрессе, мы тут же говорим об адаптации окружения как к успехам, так и неудачам. Один из моментов, который бы мне хотелось прояснить здесь, – это то, что возникает некоторая путаница в попытках проследить развитие Эго без нашего участия в силу все большей важности окружения для нас. Мы можем совершенствовать теории инстинктивного развития, решив не касаться окружения, но нет возможности сделать это в отношении *раннего развития Эго*. На мой взгляд, мы всегда должны помнить о том, что конечным результатом (в развитии Эго) будет первичный нарциссизм. В первичном нарциссизме окружение сдерживает человека, *в то же самое время* человек ничего не знает об окружении и представляет с ним единое целое.

Если бы у меня было время, я бы рассказал здесь о том, как организованную регрессию иногда путают с патологическим уходом

и всевозможными защитными расщеплениями. Эти состояния связаны с регрессом в том смысле, что они являются защитными организациями. Организация, делающая регресс полезным, имеет эти качества, отличные от других защитных организаций, и проявляется это в том, что это дает нам некую надежду на новую возможность размораживания ситуации, а также возможности для окружения, то есть нынешнего окружения, чтобы стала возможной адекватная, пусть и немного запоздалая адаптация.

Из этого вытекает следующее: действительно ли возможно спонтанное выздоровление пациента от психоза, в то время как это точно невозможно в случае психоневроза, и здесь действительно необходим психоаналитик.

Иными словами, психоз напрямую связан со здоровьем, когда бесчисленные ситуации провалов окружения оказываются замороженными, но к ним можно подойти вновь и постараться разморозить их благодаря самым разным исцеляющим событиям обычной жизни, а именно: дружба, уход во время физической болезни, поэзия и т. д. и т. п.

Мне кажется, только недавно в литературе *регресс к зависимости* занял свое законное место в клинических описаниях. Причина этого, очевидно, кроется в том, что только недавно мы почувствовали себя достаточно сильными в нашем понимании индивидуальной психо-сомы и психического развития, чтобы позволить себе изучить и допустить ту роль, которую играет окружение.

А теперь мне бы хотелось перейти непосредственно к Фрейду, показав несколько искусственное различие между двумя аспектами работы Фрейда. Итак, мы можем видеть, что Фрейд разрабатывал психоаналитический метод, исходя из клинической ситуации, в которой было логично использовать гипноз.

Итак, давайте посмотрим, что сделал Фрейд в выборе своих случаев. Можно сказать, что из общей психиатрической выборки, включающей в себя пациентов из приютов и многих других, он брал те случаи, в которых наблюдалось *адекватное развитие событий в раннем детстве* (речь идет о психоневротиках). Вряд ли было бы возможно подтвердить это посредством тщательного анализа ранних случаев, с которыми работал Фрейд, но с другой

стороны мы можем быть уверены, – и это самое главное, – что ранняя личная история Фрейда была такова, что он относился к Эдипальному или долатентному периоду в своей жизни как чему-то особенному. Его собственные младенческие переживания были вполне удовлетворительными, так что в своем анализе он мог воспринимать материнскую заботу (уход за младенцем) как должное.

Фрейд считает само собой разумеющейся подобную раннюю ситуацию (материнскую заботу), и мне кажется, *что это проявляется – так или иначе – в его сеттинге*, когда он практически не осознает собственных действий. Фрейд мог анализировать себя как независимый и целостный человек, и его интересовала тревожность, которая относится к межличностным отношениям. Впоследствии он, конечно же, рассматривал младенчество теоретически, постулируя догенитальные фазы инстинктивного развития, отдельно останавливаясь на деталях и иных вопросах индивидуального развития. Эту работу, связанную с догенитальными этапами, нельзя было считать полной, ибо она не была основана на исследовании пациентов, которые нуждались в регрессе в аналитической ситуации.[55]

А теперь мне бы хотелось прояснить, каким образом я искусственно разделяю работу Фрейда на две части. Во-первых, существует методика психоанализа, которая постепенно совершенствуется и берется за основу в образовательном процессе. Материал, представленный пациентом, должен *пониматься и интерпретироваться* соответствующим образом. И во-вторых, существует *сеттинг*, в котором ведется работа.

[55] Вам следует обратить внимание на то, что я вовсе не пытаюсь сказать, что эта теоретическая работа, связанная с догенитальным инстинктом, не может быть успешной из-за недостаточного контакта с младенцами у Фрейда, потому что я не вижу причин, почему у Фрейда не должно было быть очень хорошего опыта в качестве наблюдателя за ситуацией мать-младенец как в его собственной семье, так и в работе. Кроме того, мне говорили о том, что Фрейд работал в детской клинике и подробно изучал реакции младенцев при анализе младенческих заболеваний. Прежде всего я хотел бы обратить внимание на то, что первоначально Фрейда вовсе не интересовала потребность пациента в регрессе в аналитической ситуации, когда регресс совсем не нужен и когда можно воспринимать как должное работу, проделанную матерью, а также раннюю адаптацию к окружению в прошлой истории пациента.

Итак, давайте рассмотрим клинический сеттинг Фрейда. В этом описании я постараюсь представить несколько очевидных моментов.

1. В указанное время ежедневно, пять или шесть раз в неделю, Фрейд проводит работу с пациентом. (Время определяется заранее, чтобы это удовлетворяло потребностям как аналитика, так и пациента).
2. На аналитика точно можно в этом положиться; он будет своевременно на месте, полон сил и энергии.
3. В специально отведенное время (около часа) аналитик целиком и полностью сфокусирован на пациенте.
4. Аналитик выражает свою любовь позитивным интересом, то же самое в отношении ненависти. Любовь и ненависть выражаются честно и открыто, то есть это не отрицается аналитиком.
5. Цель анализа – установить связь с процессами пациента, понять представленный материал и вернуть это понимание своими словами. Сопротивление подразумевает страдания, и здесь возможны интерпретации.
6. Методы работы аналитика – объективное наблюдение.
7. Работа должна проводиться в отдельном кабинете, а не каком-то проходном помещении; это должен быть тихий кабинет, куда не доносятся посторонние звуки. Освещение в комнате должно быть соответствующим, но это никоим образом не должен быть свет в лицо или рассеянный свет. Комната не может быть темной, и в ней должно быть комфортно и тепло. Поскольку пациент ложится на кушетку, ему должно быть там удобно, а под ноги желательно положить ковер. Рядом должна стоять вода.
8. Аналитик (как известно) старается придерживаться определенных моральных суждений в этих отношениях, не вмешиваясь с какими-то деталями и подробностями собственной личной жизни; он также предпочитает не занимать какую-то сторону в исполнительных системах, даже если это проявляется в неких реальных ситуациях, характерных для

данной местности, и прочее. Естественно, если разразится война или начнется землетрясение или умрет королева, аналитик, конечно же, будет в курсе этого.

9. В аналитической ситуации на аналитика можно гораздо больше полагаться, чем на человека в обычной жизни; в целом он пунктуален, не подвержен вспышкам гнева, не склонен к компульсивным влечениям и т. д.
10. Можно провести очень четкие различия в анализе фактов и фантазий с тем, чтобы не травмировать аналитика агрессивным сновидением.
11. Можно рассчитывать на то, что не последует реакции возмездия.
12. Аналитик справится с поставленной задачей.

Здесь можно было бы сказать гораздо больше, но все это связано с поведением аналитика в целом, и это не составляет ему никакого труда просто потому, что он вполне зрелый человек. Если бы Фрейд этого не умел, ему бы никогда не удалось разработать соответствующую психоаналитическую технику или теорию. Это действительно так, хоть это и не умаляет прочих его достоинств. Главным здесь можно отметить то, что практически любая деталь может оказаться чрезвычайно важной на конкретной фазе анализа, включающей в себя некоторую регрессию пациента.

Итак, мы имеем огромнейший материал для анализа, и можно отметить, что между всеми этими вещами и обычной задачей родителей есть явное сходство; особенно это касается матери с младенцем или отца, играющего роль матери, а в некоторых случаях это предстоит матери в самом начале.

Позвольте мне добавить к этому, что для Фрейда существует три человека, один из которых оказывается исключенным из кабинета аналитика. Если участвует только два человека, то в аналитическом сеттинге происходит регресс пациента, и этот сеттинг представляет собой мать с ее техниками, а пациент – это ее младенец. Можно отметить дальнейшее состояние регресса, когда мы видим только одного человека, а именно: пациента; и это действительно так, даже если в противном случае, с точки зрения наблюдателя, их два.

Итак, мой тезис может быть выражен следующим образом:

- Психотическая болезнь связана с провалами окружения на ранней стадии эмоционального развития личности. Чувство бесполезности и нереальности имеет отношение к формированию ложного Я, которое развивается в защиту истинного Я.
- Сеттинг анализа воспроизводит ранние и самые ранние техники материнства. Он способствует регрессу в силу определенной надежности.
- Регресс пациента – это особое возвращение к ранней зависимости или двойной зависимости. Пациент и сеттинг представляют собой ситуацию первичного нарциссизма.
- Прогресс от первичного нарциссизма начинается заново с подлинного Я, способного справляться с ситуациями провала окружения, без организации защит, включающих в себя ложное Я, защищающее истинное Я.
- В этом случае от психотических болезней можно избавиться только благодаря специальному окружению, имеющему представление о регрессе пациента.
- Теперь движение из этой новой позиции, когда истинное Я подчиняется целостному Эго, можно изучать с точки зрения сложных процессов индивидуального роста.

На практике можно выделить следующую последовательность событий:

1. Обеспечение сеттинга, дающего уверенность в себе.
2. Регресс пациента к зависимости, с учетом возможного риска.
3. У пациента возникает это новое чувство собственного достоинства, в то время как Я, до сих пор сокрытое, подчиняется целостному Эго. Таким образом, имеет место развитие индивидуальных процессов, которые до этого прекратились.
4. Размораживание ситуации с провалом окружения.

5. С новых позиций силы Эго, гнев, связанный с ранним провалом окружения, ощущается и выражается здесь и сейчас.
6. Возвращение от регресса к зависимости, чтобы можно было перейти к независимости.
7. Инстинктивные потребности и желания становятся подлинными и реальными.

Все это повторялось вновь и вновь.

Здесь следует сделать комментарий к диагнозу психоза.

Говоря о той группе лиц, которых мы называем душевно больными, необходимо отметить огромную разницу между теми, чьи защиты находятся в хаотическом состоянии, и теми, кто смог так или иначе организовать болезнь. Несомненно, в случае применения психоанализа к психозам, он будет более успешным, если это организованная болезнь. Мой личный ужас лейкотомии и подозрения на Е.С.Т некоторым образом связаны с моими собственными взглядами на психотическую болезнь как защитную организацию, предназначенную для защиты истинного Я; а также представления о том, что кажущееся здоровье с ложным Я не имеет никакого значения для пациента. Болезнь с сокрытым истинным Я – как бы это ни было болезненно – то единственное правильное состояние, если бы мы могли, как терапевты, вернуться с пациентом и вытеснить исходную ситуацию с провалом окружения.

Здесь, естественно, высказать следующее соображение. В группе психотиков будут те, кто подвергся клиническому регрессу, так и те, у кого этого не произошло. Это вовсе не означает, что те, кто пережил клинический регресс, более нарушены. С точки зрения психоаналитика гораздо легче справиться с ситуацией пациенту, пережившему кризис, чем пытаться решить подобную ситуацию у другого – в состоянии бегства в норму.

На самом деле требуется невероятное мужество пережить кризис, но может случиться так, что альтернативой будет *бегство в норму*; состояние, сопоставимое с маниакальной защитой от депрессии. К счастью, в большинстве случаев подобные кризисы возникают именно в ходе анализа или же они ограничены и лока-

лизованы, так что социальная среда пациента может поглотить их или справиться с ними.

С целью разъяснения данного вопроса мне бы хотелось сделать несколько сравнений:

Пациенту доступны кушетка и подушки. Сначала они появляются в неких представлениях и мечтах, а впоследствии будут означать тело аналитика, грудь, руки, руки и т. д. Поскольку пациент регрессирует (на какое-то время или в течение часа или в течение длительного периода времени), кушетка становится аналитиком, подушки – грудью, аналитик – матерью. Но, конечно же, мы не можем настолько безапелляционно заявлять, что кушетка становится аналитиком.

Правильнее говорить о *желаниях* пациента, о желании (например) спокойствия. С регрессирующим пациентом слово «желание» будет неверным; здесь нам потребуется какое-то иное нужное слово. Если регрессирующий пациент нуждается в *тишине*, то без этого ничего не может быть сделано вообще. Если потребность не выполняется, результатом будет не гнев, а только воспроизведение ситуации провала окружения, что приостановило процессы саморазвития. Способность индивида «желать» в какой-то момент стала мешать ему, и мы можем говорить о повторном воспроизведении первоначальной причины ощущения бесполезности.

Регрессирующий пациент близок к воспроизведению ситуаций сновидений и воспоминаний; воспроизведение сновидений может указывать на то, что для пациента это крайне важно сейчас, а обсуждение того, что было отреагировано, следует после этого действия, но никак не может предшествовать ему.

Или же возьмем такой момент, как «приходить вовремя». Аналитик вряд ли будет держать пациента в ожидании. Это пациент мечтает о том, что его будут ждать и тому подобное. Но если вдруг аналитик опоздает, это непременно вызовет злость у пациента. Процесс строится именно таким образом. Но регрессирующие пациенты совершенно иные, чем в самом начале. В анализе наступает такая фаза, когда все зависит от пунктуальности аналитика. Если аналитик готов подождать – прекрасно, если же нет – тогда пациент и аналитик могут расходиться по домам, ибо никакая

работа уже невозможна. Или же, учитывая непунктуальность самого пациента, невротический пациент, который опаздывает, возможно, находится в состоянии отрицательного переноса. Депрессивный пациент скорее всего опаздывает, чтобы дать аналитику небольшую передышку и он мог больше времени посвятить иной деятельности и интересам (защита от агрессии, жадности).

Психотический (регрессирующий) пациент, вероятно, опаздывает потому, что у него еще нет надежды на то, что аналитик будет вовремя. Так что в общем-то бесполезно приходить вовремя. Так много зависит от этого, что невозможно рисковать, и пациент опаздывает; поэтому никакая работа не может пока выполняться.

Опять же здесь следует отметить то, что пациентам-невротикам нравится, когда *исключают* какое-то третье лицо, а ненависть, вызванная встречей с другими пациентов, может нарушать работу совершенно непредсказуемым образом. Депрессивные пациенты могут быть вполне рады встрече с другими пациентами, пока не достигнут той примитивной или жадной любви, которая порождает их вину. Регрессирующие пациенты либо не возражают против других пациентов, либо не могут даже представить, что где-то есть другой пациент. Другой пациент – не что иное, как видоизмененная версия собственного Я.

Пациент, лежащий на кушетке, кажется вполне умиротворенным. Пациент совершенно один. Конечно, мы уже привыкли к тому, что выход агрессии может быть самым разным, но аналитик должен уметь распознавать подобный *регрессивный* уход, когда его не пытаются оскорбить, но используют очень примитивно и позитивно.

Еще один важный момент заключается в том, что регресс зависимости является неотъемлемой частью анализа ранних младенческих проявлений, и если пациент намочит кушетку или же испачкает ее или измажет слюной, мы должны понимать, что это неизбежно и в этом нет ничего зазорного. Интерпретация – совсем не то, что необходимо здесь; любые слова или даже какие-то жесты могут разрушить процесс и оказаться чрезмерно болезненными для пациента.

Важным элементом в этой теории будет необходимое условие наблюдающего Эго. Два пациента, очень схожие между собой в каких-то непосредственных клинических проявлениях, могут быть очень разными в отношении степени организации наблюдающего Эго. В первом случае наблюдающее Эго может практически идентифицировать себя с Эго аналитика, и в конце аналитического часа может произойти восстановление после регресса. Во втором – наблюдающее Эго очень слабое, и пациент не может справиться с регрессом в процессе аналитического часа, поэтому ему требуется особая забота.

В подобной работе отреагирование представляется крайне важным, и во всем этом процессе (в ходе аналитического часа) аналитику необходимо будет сыграть определенную роль, хотя обычно это и выражается символически. Как для пациента, так и аналитика подобные откровения, происходящие в такие моменты отреагирования, оказываются очень важными. Однако, фактическое отреагирование в анализе – это только начало, и это новое понимание потребуется облечь в слова. Вот как это происходит:

1. Рассказ о том, что происходило во время отреагирования.
2. Рассказ о том, что происходило во время игры.
3. Что происходило не так в первоначальной ситуации провала. После этого возможно некоторое облегчение, но потом наступает:
4. Гнев, связанный с первоначальным провалом окружения. Этот гнев, возможно, ощущается впервые, и аналитику, быть может, придется принимать во всем этом участие, когда его используют скорее в отношении неудач, чем успехов. Если это не осознается, то приводит в замешательство. В данном случае прогресс стал возможен благодаря очень выверенным действиям аналитика в направлении адаптации, и все же это *провал*, который в настоящий момент выделяется как нечто важное из-за того, что это является воспроизведением первоначальной неудачи или травмы. В благоприятных случаях далее следует:

5. Новое чувство Я у пациента и ощущение прогресса, что означает истинный рост. Именно это должно быть неким вознаграждением аналитику за его идентификацию с пациентом. За этим не всегда следует дальнейшая стадия, когда пациент сможет понять то напряжение, которое испытал аналитик, и выразить ему благодарность исходя из тех смыслов, которые важны для него сейчас.

Это напряжение у аналитика оказывается значительным, особенно если усложняют картину недостаточное понимание и бессознательный отрицательный контрперенос. С другой стороны, я могу сказать, что в данном случае я не чувствовал себя растерянным, и это в какой-то мере компенсировалось потом. Напряжение может быть и не столь сильным.

Однажды, в самом начале такого лечения (это было действительно жизненно важным тогда) я должен был оставаться абсолютно неподвижным, только дышать. И это мне показалось невероятно трудным тогда, ибо я еще не понимал особой значимости молчания для моего пациента. В конце концов, пациент вышел из регресса и сказал: «Теперь я знаю, что ваш анализ может действительно мне помочь».

Довольно часто можно слышать следующее: всем необходим регресс; регресс – это так здорово; мы должны специально подводить своих пациентов к регрессу; или же Винникот в восторге от регрессов и всячески поощряет это у своих пациентов.

А теперь позвольте мне привести здесь основные наблюдения относительно организованной регрессии к зависимости.

Это всегда крайне болезненно для пациента:

a. на одной точке полюса мы имеем пациента, которого вряд ли можно отнести к норме; здесь боль испытывается почти все время;
b. где-то в середине мы имеем дело с болезненным признанием необоснованности зависимости и двойной зависимости;
c. на другом конце полюса – случаи из психиатрической клиники; здесь пациент, очевидно, не страдает по причине за-

висимости. Страдание связано с ощущением бесполезности, нереальности и т. д.

Это не отрицание того, что некая локализация может способствовать определенной удовлетворенности (благодаря опыту регресса). Подобную удовлетворенность нельзя считать чем-то эмоциональным. Это связано с тем, что регресс достигает и обеспечивает некую исходную точку, которую я бы назвал *местом*, из которого можно работать дальше. Именно здесь достигается Я. Человек начинает взаимодействовать с основными процессами у себя самого, представляющими собой истинное развитие, и то, что происходит потом, ощущается как нечто реальное. Именно это представляется наиболее важным (любые переживания, связанные с чувствами) в опыте регресса.

Нет причин, почему аналитик должен *хотеть*, чтобы его пациент регрессировал, за исключением глубокой патологии. Если аналитику нравится, когда его пациенты регрессируют, в конце концов, это, очевидно, должно мешать управлению ситуацией регресса.

Кроме того, психоанализ, включающий в себя клинический регресс, намного сложнее, чем тот, который не требует специальной адаптации окружения. Иными словами, мы были бы рады взять в анализ только тех пациентов, чьи матери в самом начале, а также в первые месяцы жизни могли обеспечивать ребенку достаточно хорошие условия. Но эта эпоха психоанализа неуклонно приближается к концу.

Так что неизбежно возникает вопрос, что делают аналитики, сталкиваясь с регрессом (даже самое непродолжительное время)?

Некоторые отдают приказания в достаточно грубой форме: «А теперь сядьте! Носки вместе! Постарайтесь прийти в себя! Говорите! Но это вовсе не психоанализ.

Другие стараются разделить свою работу на две части, хотя, к сожалению, они не всегда до конца признают это: (а) они стараются строго придерживаться анализа (свободные ассоциации в словах; интерпретации; никаких слов утешения); и (б) действуют интуитивно.

И вот тут приходит мысль о том, что психоанализ – это искусство. Кто-то не поддается анализу и признает себя побежденным. Тогда на помощь приходит клиника.

Идея психоанализа, как искусства, должна постепенно уступить место изучению адаптации окружения по сравнению с регрессом пациентов. Но пока не проводился научный анализ адаптации окружения, аналитики, на мой взгляд, должны стремиться быть художниками в своей работе. Аналитик действительно может быть хорошим художником, но (как я часто задавал этот вопрос): какой пациент захочет быть чьей-то поэмой или картиной?

Мне известно по собственному опыту, что некоторые скажут: все это приводит к теории развития, игнорирующей ранние этапы развития человека, приписывая раннее развитие факторам окружения. Это совершенно неверно.

В раннем развитии человека окружение, которое ведет себя достаточно хорошо (способствуя вполне активной адаптации), *делает возможным личностный рост*. Затем активируются процессы, связанные с развитием Я, что еще больше способствует росту. Если окружение ведет себя недостаточно хорошо, то человек старается отразить удар, а процессы, связанные с развитием Я, прерываются.

Если такая ситуация достигает количественного предела, ядро личности начинает защищаться, и происходит некая задержка, Я не может двигаться в направлении дальнейшего прогресса до тех пор, пока ситуация с окружением не будет исправлена так, как я это описал. Когда Я защищено, наблюдается ложное Я, построенное на основе защит, принимая реакции, связанные с вторжением. Развитие ложного Я – одна из *самых успешных защитных организаций*, предназначенных для защиты подлинного Я (ядро), и его существование приводит к ощущению полной бесполезности. Здесь я хотел бы повториться и пояснить следующее: в то время как операционный центр человека находится в ложном Я, возникает это чувство бесполезности, и на практике мы видим изменение ощущения, что жизнь действительно является стоящей в этот момент сдвига оперативного центра от ложного к истинному Я, еще до полного подчинения ядра Я целостному Эго.

Из всего этого можно сформулировать основополагающий принцип нашего существования: все то, что связано с истинным Я, ощущается реальным (впоследствии хорошим), независимо от его природы, однако агрессивным; все то, что происходит в человеке как реакция на воздействие окружения, кажется нереальным, бесполезным (впоследствии плохим), однако с точки зрения чувств вполне удовлетворительным.

Итак, давайте рассмотрим концепцию регресса, противопоставив этому концепцию некой уверенности в себе. Я вижу в этом определенную необходимость ввиду того, что адаптивную технику, которая должна удовлетворять регресс пациента, часто классифицируют (неправильно, я в этом уверен), как уверенность в себе.

На наш взгляд, уверенность в себе не является частью психоаналитической техники. Пациент входит в аналитический сеттинг и выходит из него, и этот сеттинг – не более чем

Интерпретации: правильные, точные и своевременные.

В процессе обучения психоанализу мы неизменно должны выступать против подобной уверенности.

Однако, посмотрев на это более внимательно, мы увидим, что это не совсем так. Это не просто вопрос уверенности или же ее отсутствия.

В действительности все это требует дальнейшего анализа. Так что же такое уверенность? Что может принести большую уверенность человеку, чем пройти хороший анализ, оказаться в надежном сеттинге, когда во главе этого процесса стоит достаточно зрелый человек, способный к глубоким и точным интерпретациям, а весь этот процесс заслуживает уважения? Глупо отрицать, что в классической аналитической ситуации действительно есть эта уверенность.

Вся система психоанализа заслуживает уважения, особенно объективность и поведение аналитика, а также конструктивные интерпретации, позволяющие не расходовать понапрасну чувства и страсть, испытываемые в определенный момент.

Этот вопрос уверенности в большей степени связан с *контрпереносом*. Реакционные формирования в поведении аналитика вредны не потому, что они проявляются в форме заверений и

отрицаний, а потому, что они представляют собой подавленные бессознательные элементы у самого аналитика, и это указывает на ограничения в его работе.

Что мы можем сказать о *неспособности* аналитика убеждать? А если у аналитика наблюдаются суицидальные тенденции? Если аналитик настроен на хорошую работу, *у него непременно будет вера в человеческую природу и его дальнейшее развитие*, и это конечно же чувствует пациент.

Нет смысла переходить от описания регресса к зависимости с последующей адаптацией окружения (подразумевая при этом некую уверенность), но при этом стоит рассмотреть достаточно вредную уверенность с точки зрения контрпереноса.

Итак, что же я обычно прошу аналитиков сделать в своей практической работе?

1. Я прошу их *не* принимать пациентов-психотиков.
2. Ничто из сказанного мной не влияет на принципы обычной практики, ибо
   a. это только первые десять лет в аналитической практике аналитика;
   b. случай является истинно невротическим (не психотическим).
3. Я действительно считаю, что пока аналитики ждут – рассчитывая на все больший личный опыт, – когда им представится соответствующий случай и они смогут наблюдать регресс, они вполне могли бы подготовиться к этому сами. Итак, они могут:
   a. следить за факторами, влияющими на сеттинг;
   b. наблюдать за незначительным регрессом с естественным завершением в ходе аналитических сессий, и
   c. наблюдать и использовать регрессивные эпизоды, которые происходят в жизни пациента вне анализа; те эпизоды, которые, на мой взгляд, как правило, теряются впустую и без какой бы то ни было пользы для анализа.

Итак, я очень надеюсь, что мои идеи – если они будут приняты – окажутся небесполезными в более точном, подробном и благоприятном сеттинге в обычном анализе не-психотиков, и в результате может возникнуть какой-то новый подход в понимании психоза и процесса лечения у тех психоаналитиков, которые работают в психоаналитической парадигме.

Резюме

Итак, затрагивая тему регресса, мы старались обратить внимание на то, как это

происходит в психоаналитическом сеттинге. Всевозможные отчеты об успешных случаях лечения взрослых и детей показывают, что техник, допускающих регресс, становится все больше. Именно психоаналитик, знакомый с техниками, необходимыми в лечении психоневрозов, может лучше всего понять регресс и теоретические последствия ожиданий пациента, связанные с необходимостью регресса.

Регресс может быть самым разным – локализованным, мгновенным или полным и включающим в себя какую-то одну фазу из жизни человека. Не столь сильный регресс также можно считать довольно плодотворным материалом для дальнейших исследований.

После такого рода исследований приходит новое понимание «истинного Я» и «ложного Я», а также «наблюдающего Эго» и организации Эго, что позволяет регрессу стать исцеляющим механизмом. Этот механизм может так и остаться потенциальным, если не произойдет новая и надежная адаптация окружения, которая может быть использована пациентом для коррекции провала, связанного с исходной адаптацией.

Здесь терапевтическая работа в анализе связана с такими вещами, как уход за ребенком, дружба, чтение и самые разные занятия. Но психоанализ может допускать и использовать ненависть и гнев, имеющие отношение к первоначальным неудачам, что спо-

собно привести к разрушению ценности терапии (принимая в расчет подобные неаналитические методы).

Выходя из регресса пациент, с его Я, теперь больше подчиняющимся Эго, нуждается в обычном анализе (преодоление депрессии и Эдипова комплекса в межличностных отношениях). Именно поэтому студент должен уметь использовать в анализе навыки работы с не-психотиками, прежде чем приступать к анализу регресса. Любая предварительная работа может осуществляться посредством анализа сеттинга в классическом психоанализе.

Глава XXIII

Разновидности клинического переноса[56] [1955-6]

На данном Симпозиуме, посвященном вопросам переноса, мне бы хотелось затронуть отдельный аспект данной темы. Это касается влияния на аналитическую практику нового понимания ухода за детьми, что, в свою очередь, вытекает из аналитической теории.

В истории психоанализа часто наблюдались задержки в непосредственном применении аналитической метапсихологии. Фрейд в свое время сформулировал теорию самых ранних этапов эмоционального развития человека в тот период, когда теория применялась в лечении только какого-то отдельного невротического случая. (Я имею в виду период деятельности Фрейда с 1905 по 1914 гг.)

Например, теория, касающаяся первичного процесса, первичной идентификации и первичной репрессии, появилась в аналитической практике только в знак огромного уважения аналитиков, по сравнению со всеми остальными, к сновидениям и психической реальности.

Оглядываясь назад, мы можем сказать, что эти случаи были тщательно отобраны (как специально подходящие для анализа), если в самой ранней личной истории пациента имел место *достаточно хороший уход за ребенком*. Эта достаточно хорошая адаптация, необходимая *в самом начале*, способствовала формированию Эго индивидуума, в результате чего ранние этапы установления

[56] Впервые представлено на 19-м Международном Психоаналитическом Конгрессе в Женеве, 1955 г.

Эго могли восприниматься аналитиками как должное. Таким образом, аналитики могли говорить и писать так, как если бы первое кормление действительно было самым первым опытом ребенка, и как будто отношения между матерью и младенцем, связанные с этим опытом, были первыми значимыми отношениями. Такое объяснение вполне удовлетворяло практикующего аналитика, но оно не могло удовлетворить того, кто непосредственно наблюдает за младенцами, находящимися на попечении своих матерей.

Именно тогда возникла необходимость в более глубоком понимании данного вопроса (отношения матери и младенца), и действительно определение «первичная идентификация» подразумевает среду, которую пока еще невозможно отличить от той, что представляет собой индивид. Когда мы видим мать, держащую на руках младенца вскоре после его рождения, или же говорим о еще не рожденном младенце, мы не можем забывать о том, что существует еще одна точка зрения, как будто бы младенец уже был здесь; и в этой связи младенца либо пока еще невозможно дифференцировать, либо процесс дифференциации уже начался, и имеет место абсолютная зависимость от непосредственной окружающей среды и ее поведения. Теперь стало возможным изучать и использовать эту важную часть прежней теории в контексте новых и практических методов аналитической работы, работая либо с пограничными случаями, либо с психотическими фазами или моментами, происходящими в ходе анализа невротических пациентов или нормальных людей. Данная работа несколько расширяет концепцию переноса, так как во время анализа этих фаз Эго пациента не может считаться чем-то неизменным, и не может быть никакого невроза переноса, при котором, безусловно, должно быть Эго, и в общем-то неповрежденное Эго; Эго, способное защищать от тревоги, возникающей инстинктивно.

Итак, я обрисовал ситуацию в случае выхода из первичной идентификации. Сначала мы имеем полную зависимость. Здесь возможны два варианта развития событий: в первом случае адаптация окружения к потребностям достаточно хороша, так что возникает Эго, которое со временем сможет испытывать импульсы Ид; во втором случае адаптация окружения недостаточно хороша,

и поэтому нет никакой возможности появления истинного Эго, но вместо этого возникает *псевдо-Я* (всевозможные реакции на неудачи, связанные с адаптацией). Я бы хотел обратиться здесь к статье Анны Фрейд: «Расширение сферы применения психоанализа» (1954). Окружающая среда, когда она успешно адаптируется на этом раннем этапе, не признается или даже не замечается, так что изначально нет этого чувства зависимости; но всякий раз, когда среда терпит фиаско в своей задаче активной адаптации, она автоматически запоминается как вторжение, что прерывает саму непрерывность бытия; то же самое, если бы не было этих нарушений, превратилось бы в Эго, что позволяет нам дифференцировать человеческое существо.

Возможны и крайние случаи, когда мы видим не более чем совокупность реакций на провалы окружения, связанные с адаптацией на самых важных этапах возникновения первичной идентификации. Я уверен, что в этом состоянии нет ничего страшного как для жизни, так и физического здоровья. В тех случаях, которые легли в основу мое работы, есть то, что я называю истинное «я», скрытое и защищенное ложным «я». Это ложное Я, без сомнения, является одним из аспектов истинного «я». Оно скрывает и защищает его, реагируя на провалы адаптации окружения и формируя паттерн, соответствующий паттерну тех самых сбоев в окружении. Таким образом, истинное «я» не участвует в реагировании и поэтому сохраняется непрерывность бытия. Однако это скрытое истинное Я страдает от истощения, связанного с недостаточным опытом.

Ложное «я» может достигать обманчивой ложной целостности, то есть ложной эго-силы, благодаря паттерну окружения и хорошей и надежной среды; поскольку из того, что мать недостаточно справляется со своими задачами, отнюдь не следует, что это должно приводить к несостоятельности в целом. Однако, ложное «я» не может участвовать в жизни или чувствовать себя реальным.

В благоприятных случаях благодаря ложному «я» развивается фиксированное материнское отношение к истинному «я», которое постоянно находится в состоянии удерживания истинного «я», поскольку мать держит ребенка в самом начале его дифференциации и выхода из первичной идентификации.

В работе, о которой мне бы хотелось рассказать, аналитик следует основному принципу психоанализа, согласно которому бессознательное пациента является ведущим и тем единственным, что действительно важно. Работая с регрессивной тенденцией аналитик должен быть готов следовать бессознательному процессу пациента, если только он не собирается придерживаться каких-то директивных методов, выходя за рамки роли аналитика. На мой взгляд, совсем необязательно выходить за рамки роли аналитика и вполне возможно следовать за бессознательным пациента, которое является ведущим в данном случае так же, как и в анализе невроза. Однако, здесь есть определенная разница.

Там, где есть неповрежденное Эго, и аналитик может воспринимать как должное эти самые ранние детали ухода за младенцем, тогда сеттинг анализа не столь важен для интерпретаций. (Под сеттингом я подразумеваю различный уход.) Несмотря на это, есть какие-то базовые вещи в обычном анализе, что так или иначе принимается всеми аналитиками.

В описываемой мной работе сеттинг становится более важным, чем интерпретация. Акцент меняется от одного к другому.

Поведение аналитика, представленное тем, что я называю сеттингом, будучи достаточно хорошим в вопросах адаптации к потребностям, постепенно воспринимается пациентом как нечто, дающее ему надежду на то, что истинное «я», наконец, сможет взять на себя все риски, связанные с реальной жизнью.

В конечном счете ложное «я» передается аналитику. Это период огромной зависимости и истинного риска, и пациент, естественно, находится в состоянии глубокой регрессии. (Под регрессом я здесь понимаю регресс зависимости и ранние процессы развития.) Это также крайне болезненное состояние, потому что у пациента появляется осознание; ведь младенцу сначала ничего не известно о рисках. В некоторых случаях это настолько затрагивает личность, что на данном этапе пациенту требуется особое внимание. Однако, все эти вопросы лучше анализировать тогда, когда время их рассмотрения более или менее ограничено временем аналитических сессий.

Одной из характеристик переноса на данном этапе является то, что мы должны позволить прошлому пациента *стать* настоя-

щим. Эту идею можно найти в книге г-жи Сехехай под названием «Символическая реализация». В то время как в неврозе переноса консультант сталкивается с прошлым, в данной работе более правильным будет сказать, что настоящее, которое возвращается в прошлое, и *есть* то самое прошлое. Таким образом, аналитик сталкивается с главным процессом пациента в сеттинге, в котором это первоначально имело место.

Достаточно хорошая адаптация аналитика приводит к необходимому результату, а именно: сдвигу у пациента – от ложного к истинному «я». Впервые в жизни пациента появляется возможность развития Эго, его интеграции из определенных ядер, формирования телесного Эго, а также отказа от внешней среды, инициируя связь с объектами. Впервые Эго может ощущать импульсы Ид и чувствовать себя настоящим, используя передышку от всевозможных переживаний. Все это может способствовать обычному анализу защит Эго от тревоги.

У пациента возрастает способность использовать ограниченные успехи аналитика в адаптации, так что Эго пациента может воспроизвести первоначальные неудачи, – все то, что он запомнил. Все это время неудачи оказывали разрушительное воздействие, и подобное лечение, о котором я говорю, проделало непростой путь, когда пациент способен взять в качестве примера какую-то первоначальную неудачу и рассердиться по этому поводу. Однако, только тогда, когда пациент достигает этого момента, может начаться своеобразное тестирование реальности. Очевидно, нечто, наподобие первоначального подавления настигает эти хорошо запомнившиеся травмы, как только они возникают в лечении.

То, как происходят эти изменения, начиная от опыта разрушений и заканчивая опытом гнева, – вопрос, особенно меня интересующий и вызывающий удивление. *Итак, пациент использует неудачи аналитика.* Здесь конечно же должны быть и неудачи, так что не стоит пытаться представить некую совершенную адаптацию; я бы сказал, что с этими пациентами не столь опасно ошибаться, как с пациентами, страдающими неврозом.

Других может удивить – как и меня когда-то – тот факт, что хотя грубая ошибка может причинить мало вреда, лишь небольшая

ошибка в оценочных суждениях может оказать огромное воздействие. Подсказка здесь заключается в том, что неудача аналитика используется и считается как некий *прошлый* провал, который пациент может понять, проанализировать и испытывать злость в этой связи. Аналитик должен иметь возможность использовать свои неудачи с точки зрения их значения для пациента, и он должен, если это возможно, уметь объяснить каждую неудачу, даже если это будет означать анализ его бессознательного контрпереноса.

На этих этапах аналитической работы все то, что можно назвать сопротивлением в работе с невротическими пациентами, всегда указывает на то, что *аналитик совершил ошибку* или же сделал что-то не так; на самом деле сопротивление остается до тех пор, пока аналитик не обнаружит ошибку и не попытается это объяснить, и не извлечет из этого уроков. Если он защищается, у пациента нет возможности злиться на прошлый провал, когда впервые стал возможен гнев. Здесь мы можем видеть огромный контраст между этой работой и анализом невротических пациентов с неповрежденным Эго. Именно здесь нам открывается смысл распространенного мнения о том, что любой неудачный анализ – это неудача не пациента, но аналитика.

Эта работа требует достаточно больших усилий отчасти потому, что аналитик должен чувствовать потребности пациента и стремиться обеспечить ему тот сеттинг, который бы удовлетворял эти потребности. В конце концов, аналитик не настоящая мать пациента.

Аналитик также должен стараться найти свои ошибки, когда возникает сопротивление. Тем не менее, обращаясь только к собственным ошибкам, он может сделать самую важную часть работы на этих этапах, что позволяет пациенту впервые испытать злость из-за неудачной адаптации (в тот момент, когда это происходило), что и привело к срыву. Именно эта часть работы освобождает пациента от зависимости (от аналитика).

Таким образом, отрицательный перенос «невротического» анализа сменяется объективным гневом по поводу неудачи аналити-

ка, так что опять же можно отметить важное различие между таким явлением, как перенос, в этих двух типах работы.

Не стоит пытаться понять собственные успехи, связанные с адаптацией, поскольку они не ощущаются, как таковые, на глубинном уровне. И хотя невозможно работать без теории, возникающей в наших дискуссиях, мы неизбежно сталкиваемся с этим, если наше понимание потребности пациента скорее вопрос рационализации, а не психо-сомы.

В своей клинической работе я доказал, по крайней мере, для себя, что один анализ вовсе не исключает другого. Я вижу, как мне приходится переходить с одной темы на другую и обратно согласно определенным тенденциям (бессознательные процессы пациента). Когда специальная работа, о которой я говорил выше, завершена, она естественно ведет к обычной аналитической работе, анализу депрессии и невротических защит пациента; а также работе с Эго, неповрежденным Эго, Эго, которое может испытать Ид импульсы и отвечать за последствия. Теперь остается лишь подробно изучить критерии, позволяющие аналитику отслеживать, *когда следует работать с изменением фокуса*, отмечая те важные моменты, которые, как я уже сказал, должны быть удовлетворены (по крайней мере символически) посредством активной адаптации; при этом аналитик никогда не должен забывать о таком понятии, как первичная идентификация.

Глава XXIV

Первичная материнская поглощенность [1956]

К написанию данной работы меня подтолкнула статья, опубликованная в «Психоаналитических исследованиях развития ребенка», том IX, под заголовком «Проблемы инфантильного невроза». Различные выводы, сделанные в данной работе г-жой Фрейд, в значительной степени повлияли на важнейшие выводы современной психоаналитической теории, относящиеся к самым ранним стадиям младенческой жизни и становлению личности.

Мне бы хотелось развивать и дальше эту тему ранних отношений между младенцем и матерью, что имеет первостепенное значение в начале, и лишь постепенно отходит на второй план (если говорить об отношении к младенцу, как независимому существу).

Сначала я должен как-то прокомментировать то, что говорит г-жа Фрейд на тему «Текущие заблуждения». «Разочарования и фрустрации неизбежны в отношениях мать-ребенок…Винить мать за инфантильный невроз в анальной фазе – не более чем поверхностное и вводящее в заблуждение обобщение. Анализ должен идти все глубже и глубже в поисках первопричин невроза». В данном случае г-жа Фрейд выражает общее мнение психоаналитиков.

И все же мы можем значительно выиграть, приняв во внимание положение матери. Существует такая вещь, как среда, которая недостаточно хороша и которая искажает развитие младенцев, так же как может существовать достаточно хорошая среда, делающая возможными для ребенка на каждом этапе такие вещи, как: удов-

летворение его потребностей, принимая во внимание всевозможные тревоги и конфликты.

Г-жа Фрейд напоминает нам о том, что мы можем рассматривать догентиальные паттерны с точки зрения двух людей, объединенных для достижения некой общей цели (что можно назвать «гомеостатическим равновесием») (Mahler, 1954). То же самое мы подразумеваем, используя термин «симбиотические отношения». Часто говорят о том, что мать ребенка наиболее биологически ориентирована для удовлетворения потребностей собственного ребенка. На обычном языке речь скорее идет об идентификации – как осознанной, так и глубоко бессознательной – матери с собственным ребенком.

На мой взгляд, эти разные концепции требуют объединения, а анализ матери не должен сводиться исключительно к биологическому. Термин «симбиоз» не позволяет нам сравнивать отношения матери и младенца с примерами из жизни других живых существ, а именно: речь идет о физической взаимной зависимости. В таком понятии, как гомеостатическое равновесие, мы стараемся избегать этих трудных вопросов, с которыми мы неизбежно столкнемся при глубоком анализе подобных отношений.

Мы обеспокоены очень значительными *психологическими* различиями, с одной стороны, между идентификацией матери с младенцем, а с другой – зависимостью младенца от матери; последнее не включает в себя идентификацию, идентификация – достаточно сложное понятие, неприменимое к ранним стадиям младенчества.

Г-жа Фрейд показывает, что мы уже далеко ушли за пределы этой довольно странной стадии психоаналитической теории, согласно которой жизнь младенца начинается с орального инстинктивного опыта. Теперь нас уже интересует анализ раннего развития и раннего Я, которое, – если развитие происходит должным образом, – может быть усилено, а не нарушено переживаниями Ид.

Следуя терминологии Фрейда – понятие «анакликтического» – г-жа Фрейд высказывает следующие соображения: «Отношения с матерью, хотя они и первичны для любого человека, – вовсе не первые отношения ребенка со средой. Все то, что предшествует этому, – более ранняя фаза, в которой решающую роль играет не

предметный мир, а телесные потребности, их удовлетворение или фрустрация».

Кстати, я считаю, что введение слова «потребность» вместо «желания» было очень важным в наших теориях, но мне бы не хотелось, чтобы г-жа Фрейд использовала здесь такие слова, как «удовлетворение» и «разочарование»; потребность либо удовлетворяется, либо не удовлетворяется, и результат здесь будет совсем не тот, что удовлетворение и фрустрация импульса Ид.

Мне бы хотелось остановиться здесь на том, что Гринакр (Greenacre, 1954) называет «убаюкивающим» типом ритмических удовольствий. Мы видим тут пример потребности, которая удовлетворяется или не удовлетворяется, но вряд ли мы можем говорить о том, что ребенок, которого не баюкают, реагирует на это фрустрацией. И это даже не гнев, но скорее какие-то нарушения развития на ранней стадии.

Так или иначе, дальнейший анализ функции матери *на самой ранней стадии* представляется мне уже не столь важным, поэтому я считаю важным собрать воедино какие-то отдельные соображения и остановиться на них.

Материнская поглощенность

На мой взгляд, на самой ранней стадии мы имеем дело с особым состоянием матери, неким психологическим состоянием, которое можно назвать *Первичной материнской поглощенностью.* Как мне кажется, в литературе да и вообще где бы то ни было не уделяется должного внимания этому особому психическому состоянию матери, о котором я бы сказал следующее:

- Этот процесс развивается постепенно и в конце концов заканчивается состоянием повышенной чувствительности, особенно к концу беременности.
- Это продолжается в течение нескольких недель после рождения ребенка.

- Как только это проходит, матери с трудом вспоминают об этом периоде.
- Я бы пошел здесь еще дальше, утверждая, что воспоминания, которые сохраняются у всех матерей об этом периоде, как правило подавляются.

Это упорядоченное состояние (которое можно было бы назвать болезнью, если бы не факт беременности) можно сравнить с состоянием ухода, или диссоциацией, или реакцией бегства, или даже нарушением на более глубоком уровне, например, шизоидным эпизодом, при котором какой-то аспект личности на какое-то время одерживает верх. Мне бы хотелось подобрать соответствующее определение этого состояния, которое можно было бы брать за основу на самой ранней фазе жизни младенца. Я не верю, что можно понять функционирование самой матери в самом начале жизни младенца, не обращая внимания на тот факт, что она должна быть способна достигать этого состояния повышенной чувствительности, почти болезни, а потом оправиться от него. (Я ввожу здесь слово «болезнь», потому что женщина действительно должна быть здоровой, чтобы войти в это состояние, а потом оправиться от него, когда младенец ее отпустит. Если ребенок умирает, состояние матери внезапно оказывается похожим на болезнь. Мать берет на себя все эти риски)

Я говорил об этом, используя определение «преданный», подразумевая «обычную преданную мать» (Winnicott, 1949). Конечно, есть множество женщин, которые являются хорошими матерями во всех иных отношениях, способных на насыщенную и плодотворную жизнь, но которые не в состоянии достичь этой «нормальной болезни», которая позволит им тонко и чутко адаптироваться к потребностям ребенка в самом начале; или же они достигают этого с одним ребенком, а с другим нет. Такие женщины не могут быть уйти в уход за ребенком целиком и полностью, не исключая при этом других интересов, воспринимая это как нормальный и временный процесс. Можно предположить, что у некоторых из них отмечается своеобразное «бегство к здравому смыслу». У кого-то, безусловно, есть очень веские доводы (решение каких-то

иных вопросов, от которых они не могут отказаться) или же они не могут этого допустить, пока у них не родится ребенок. Когда у женщины сильная мужская идентификация, эта часть материнской функции оказывается наиболее трудной для нее, а подавленная зависть к пенису не очень-то способствует первичной материнской поглощенности.

На практике мы видим то, что подобные женщины, родившие ребенка, но упустившие эти важнейшие вещи на самой ранней стадии, сталкиваются с задачей восполнения упущенного. Период адаптации к потребностям растущего ребенка оказывается у них очень долгим, и не факт, что им когда-нибудь удастся справиться с этими ранними нарушениями. Вместо того, чтобы сосредоточиться на решении этой задачи (первичная материнская поглощенность), они заняты поиском терапии для ребенка; т.е этот период адаптации оказывается непомерно затянут или безвозвратно утрачен. Они занимаются терапией вместо того, чтобы стараться быть родителями.

Об этом же говорят Каннер и Лоретта Бендер (Kanner, 1943; Loretta Bender, 1947), а также многие другие, пытавшиеся описать тип матери, которая способствует возникновению «аутизма» у ребенка (Creak, 1951; Mahler, 1954).

Здесь можно провести сравнение между задачей матери, пытающейся восполнить собственные прошлые огрехи, и задачей общества, стремящегося (иногда успешно) вывести депривированного ребенка из антисоциального состояния в состояние социальной идентификации. Подобная работа матери (или общества) свидетельствует об огромном напряжении, потому что это не происходит естественно. Данная задача, безусловно, имеет отношение к более раннему периоду, когда ребенок только начал делать свои первые шаги, как независимое существо.

Если данный тезис – подобное особое состояние матери и ее последующее выздоровление (в норме) – можно считать вполне приемлемым, тогда мы сможем более скрупулезно проанализировать соответствующее состояние ребенка.

- У младенца есть
- Определенная конституция.

- Врожденные тенденции развития («некая область Эго, не связанная с конфликтами»).
- Подвижность и чувствительность.
- Инстинкты, связанные с развитием, с изменением зоны доминирования.

Мать, способствующая развитию этого состояния, которое я назвал «первичной материнской поглощенностью», создает условия для того, чтобы младенец как можно быстрее набирал в весе, чтобы он как можно быстрее развивался, пробовал всевозможные спонтанные движения, присваивая себе чувства, соответствующие данной первоначальной фазе его жизни. Здесь не стоит упоминать инстинктивную жизнь, ибо то, о чем я говорю, начинается задолго до появления инстинктивных паттернов.

Я попытался наиболее доступно описать это, показав то, что если мать обеспечивает достаточную адаптацию к потребностям ребенка, реакции на вторжение, как таковые, не толь сильно влияют на линию жизни ребенка. (Естественно, важны *реакции* на вторжение, а не вторжения как таковые). Любые материнские поражения вызывают реакции на вторжения, а эти реакции прерывают «непрерывность бытия» ребенка. Чрезмерное же реагирование вызывает не фрустрации, но *угрозу уничтожения*. На мой взгляд, это вполне реальная примитивная тревога, возникающая гораздо раньше, чем любая тревога, включающая в своем описании слово смерть.

Иными словами, основой развития Эго будет эта самая «непрерывность бытия», не прерываемая какими бы то ни было реакциями на вторжение. Такая «непрерывность бытия» возможна только в самом начале, если мать испытывает подобное состояние (согласно моим предположениям), – как правило, это последний триместр беременности и через несколько недель после рождения ребенка.

Только если мать действительно достаточно чувствительна (как я это описываю), она может представить себя на месте своего младенца и таким образом удовлетворить его потребности. Сначала это потребности тела, которые постепенно становятся Эго-по-

требностями, поскольку психология возникает благодаря творческой проработке физического опыта.

Затем возникает Эго-связь между матерью и ребенком; потом мать возвращается в свое прежнее состояние, а у младенца, благодаря этой связи, в конечном счете, формируется представление о матери, как о человеке. С этих позиций признание матери, как личности, происходит позитивно, а не из того опыта, когда мать воспринималась как символ разочарования. Неспособность матери приспособиться к самой ранней фазе не может привести ни к чему иному, кроме уничтожения Я младенца.

На этой стадии младенец никак не воспринимает то, что мать делает хорошо. Это непреложный факт. Ее неудачи не ощущаются как материнские неудачи, но действуют как угрозы личному Я.

Таким образом, формирование Эго на ранних этапах происходит само собой. Первичная Эго организация связана с опытом угроз уничтожения, которые в действительности не приводят к уничтожению и благодаря которым в результате происходит *восстановление*. Благодаря подобному опыту уверенность в восстановлении представляет собой то, что приводит к формированию Эго и способности Эго справляться с фрустрацией.

На мой взгляд, данное обстоятельство способствует признанию ребенком того факта, что мать может быть фрустрирующей матерью. Он сможет удостовериться в этом чуть позже, не на этом раннем этапе. Вначале мать-неудачник не воспринимается как таковая. На самом деле признание абсолютной зависимости от матери и ее способности к первоначальной материнской поглощенности или как бы это ни называлось, – тот самый *высший пилотаж*, доступный далеко не каждому взрослому. Как правило, мы сталкиваемся с тем, что люди – как мужчины, так и женщины – оказываются не способны признать эту абсолютную зависимость с самого начала, и это вызывает у них страх перед ЖЕНЩИНОЙ (Winnicott, 1950, 1957a).

Теперь мы можем объяснить, почему мы считаем, что мать ребенка является наиболее подходящим человеком для ухода за этим ребенком; Именно она способна достичь этого особого состояния первичной материнской поглощенности без последствий для себя

самой. При этом приемная мать или любая другая женщина, способная «заболеть» в смысле «первичной материнской поглощенности», может вполне неплохо адаптироваться благодаря способности идентификации с ребенком.

Согласно данному тезису достаточно хорошее окружение на этой ранней фазе позволяет ребенку начать существовать, иметь опыт, формировать личное Эго, отдаваясь инстинктам и сталкиваясь со всеми трудностями, присущими жизни. Все это воспринимается как реальность для младенца, способного иметь собственное Я, который впоследствии сможет даже пожертвовать спонтанностью, и даже умереть.

С другой стороны, без достаточно хорошего первичного окружения это Я, способное пойти на такие жертвы, может так никогда и не развиться. В таких случаях не воспринимается реальность, и если вокруг не слишком много хаоса, то человек, в конечном счете, ощущает полную бессмысленность. Неизбежные трудности в жизни не удастся преодолеть, не говоря уже о каком-то удовлетворении. Если же не будет хаоса, возникнет ложное Я, скрывающее истинное «я», соответствующее потребностям, реагирующее на раздражители, позволяющее избавиться от инстинктивных переживаний, позволив их себе, но это только временная игра.

Из этого тезиса очевидно, что конституционные факторы чаще всего проявляются в нормальном состоянии, когда среда на первом этапе была адаптивной. Напротив, когда на этом первом этапе произошел сбой, младенец прибегает к примитивным защитным механизмам (ложное Я и т.д.), связанным с угрозой уничтожения, а все то, что связано с конституцией, как правило, не принимается во внимание (если только это не проявляется физически).

Мы не будем касаться здесь темы интроекции младенца в паттернах болезни матери, хотя этот вопрос очень важен при рассмотрении факторов окружающей среды на последующих этапах, сразу же за первым этапом абсолютной зависимости.

Пытаясь воспроизвести раннее развитие младенца, нет никакого смысла говорить об инстинктах, разве что применительно к развитию Эго. Итак, можно провести следующий водораздел:

- Зрелое Эго – инстинктивные переживания способствуют усилению Эго.
- Незрелое Эго – инстинктивные переживания нарушают Эго.

Эго здесь означает некий суммарный опыт. Индивидуальное Я человека – это некий суммарный опыт, включающий в себя спонтанные реакции и ощущения, возвращение из активного состояния в состояние покоя, а также постепенный приход в норму (после подавления); подавление как реакция на воздействие окружения. Именно поэтому для человека так важна в самом начале эта особая среда – первичная материнская поглощенность, – о которой я говорил здесь.

Глава XXV

Антисоциальные тенденции [1956][57]

Антисоциальные тенденции – достаточно сложные проблемы в психоанализе как практического, так и теоретического характера. Фрейд, в своем введении к работе *Трудные подростки* Айхорна, показал, что психоанализ не только способствует пониманию правонарушений, но и в значительной степени выигрывает от работы тех, кому приходится иметь дело с правонарушителями.

В данном случае мне бы хотелось поговорить об антисоциальных тенденциях, а не делинквентности. Проблема в том, что организованные антисоциальные защиты перегружены вторичной выгодой и социальными реакциями, из-за чего исследователю трудно добраться до ядра. И напротив имеет смысл отдельно анализировать антисоциальные тенденции, ибо все эти вещи встречаются как у нормального, так и почти нормального ребенка, поскольку это связано с трудностями, присущими эмоциональному развитию.

Я начну с двух простых ссылок на клинический материал:

Для своего первого детского анализа я выбрал делинквентность. С этим мальчиком регулярно проводилась работа на протяжении года, и лечение прекратилось из-за тех беспорядков, которые он учинил в клинике. Я бы мог сказать, что анализ проходил успешно, и его прекращение негативно сказалось на нас обоих, несмотря на то, что несколько раз он сильно укусил и меня. Мальчик забрался на крышу и вылил оттуда столько воды, что цокольный этаж

[57] Впервые представлено перед Британским психоаналитическим сообществом 20 июня 1956 г.

оказался полностью затопленным. Он проник в мою запертую машину и отогнал ее, нажав на кнопку нижней передачи в системе самопуска. Руководство клиники приняло решение о прекращении лечения ради других пациентов. Этого ребенка направили в специальную школу.

Теперь ему 35 лет, и он вполне самостоятелен. Он женат, и у него уже несколько детей. Однако, я опасаюсь браться за этот случай из страха, что мне снова придется работать с психопатом. Поэтому я предпочитаю, чтобы общество и дальше несло на себе бремя подобного руководства.

Довольно просто увидеть, что лечение данного мальчика заключалось не в психоанализе, но помещении его в специализированное заведение. Психоанализ имел смысл только после этого. С тех пор мне неоднократно доводилось наблюдать, как аналитики самых разных направлений терпят неудачи в психоанализе антисоциальных детей.

И, напротив, следующая история еще раз подтверждает нам тот факт, что с ати-антисоциальными тенденциями порой легко справиться, если лечение является дополнением к специальной помощи окружения.

Одна моя знакомая попросила меня представить здесь случай ее сына, старшего в семье из четырех детей. Она не могла привести Джона ко мне сама, ибо муж возражал против психологии по религиозным соображениям. Все, что она могла сделать, это поговорить со мной о навязчивости мальчика (его склонности к воровству). Проблема с каждым днем становилась все серьезнее, ибо он воровал уже все подряд (как из магазинов, так и из дома).

По практическим соображениям вряд ли мы могли придумать что-то еще, кроме встречи с матерью ребенка в кафе, когда она поведала мне о проблемах и попросила у меня совета. Мне нечего не оставалось, как приступить к этому здесь и сейчас. Итак, я объяснил ей смысл его краж, порекомендовав матери в подходящий момент представить мальчику соответствующие интерпретации. Оказалось, что у нее с Джоном были неплохие отношения, и вечером, перед тем, как лечь спать, они, как правило, любили обсуждать звездное небо. Этот момент и нужно было использовать.

Я спросил у нее: «Почему бы вам не сказать ему, что вам известно, что когда он ворует, ему вовсе не нужно то, что он своровал; он ищет то, на что имеет право; и предъявляет претензии к матери и отцу, потому что чувствует себя лишенным их любви». Я попросил ее использовать язык, который был бы ему понятен. Я могу сказать, что эта семья, в которой оба родителя музыканты, была мне достаточно хорошо известна, чтобы понять то, как этот мальчик стал в какой-то степени депривированным ребенком, хотя это достаточно хорошая семья.

Через некоторое время я получил письмо, в котором говорилось, что она сделала то, что я предложил ей. Вот что она пишет: «Я сказала ему, что в тот момент, когда он украл деньги и еду, все, что ему было необходимо тогда, – это его мать; и я должна вам сказать, что на самом деле я не ожидала, что он сразу все поймет, но создавалось такое впечатление, что он действительно понял. Я спросила у него, не думает ли он, что мы его не любим, потому что он был таким непослушным, и он сразу же ответил, что так не считает. Бедное дитя! Мне было так плохо, вы даже не можете себе представить. Поэтому я попросила его никогда больше не сомневаться в этом, если же это когда-нибудь вдруг произойдет, сразу же напомнить мне об этом. Но, конечно же, вряд ли в этом будет необходимость (еще долгое время), ведь это был такой шок. Наверное, этот шок был нужен нам. Поэтому я гораздо настойчивее стараюсь удержать его от сомнений. Надо сказать, что после этого больше не было воровства.

Мать поговорила с классным руководителем, стараясь объяснить ей, что мальчик нуждается в любви и признании. Она заручилась ее поддержкой, несмотря на то, что он действительно доставлял много хлопот в школе.

Теперь, восемь месяцев спустя, можно утверждать, что возврата к воровству больше не наблюдалось, и отношения в семье значительно улучшились.

В данном случае не следует забывать о том, что я очень хорошо знал мать в подростковом возрасте и в какой-то степени это помогло мне воспринимать ее через призму собственной антисоциальной фазы. Она была старшей в очень большой семье. У нее

была хорошая семья, но очень требовательный отец, особенно когда она была маленькой. Итак, то, что у меня получилось в результате, оказалось двойной терапией, позволившей этой молодой женщине увидеть собственные проблемы благодаря той помощи, которую она смогла оказать сыну. Когда нам удается помочь родителям оказать помощь своим детям, на самом деле мы помогаем им самим.

(В другой работе я постараюсь представить ряд клинических примеров, как следует обращаться с детьми, склонными к антисоциальным тенденциям; здесь же это была не более чем попытка краткого изложения моего личного отношения к данной клинической проблеме.)

Природа антисоциальных тенденций

Антисоциальные тенденции – это *не диагноз*. Конечно же, их нельзя сравнивать напрямую с такими диагнозами, как невроз и психоз. Антисоциальные тенденции можно обнаружить как у нормального человека, так и невротика или психотика.

Для того, чтобы стало более понятно, я буду говорить о детях, но антисоциальные тенденции можно встретить в любом возрасте. Различные определения, используемые в Великобритании, можно резюмировать следующим образом:

Ребенок становится *депривированным*, когда он лишен каких-то существенных вещей, которые он имеет дома. Тогда на передний план выходит то, что можно назвать «комплексом депривации». В таких случаях *антисоциальное поведение* будет проявляться дома или где-то еще. Из-за *антисоциальных тенденций* ребенка, в конечном счете, могут посчитать плохо приспособленным к жизни и тогда его могут направить в *специальную школу для неадекватных детей* или же он может предстать перед судом как *неуправляемый*. Ребенок, которого посчитали *делинквентом*, может быть *условно осужденным* по решению суда или же направлен в *специализированную школу*. Если дом перестает быть важным местом для ребенка, его может взять под свою опеку Комитет по защите детей

(в соответствии с Законом о несовершеннолетних от 1948 года), где ему будут предоставлены соответствующие «*уход и защита*». Быть может, ему удастся найти и приемную семью. Если же не помогут и эти меры, молодой человек может стать *психопатом* и направлен судом в *пенитенциарное заведение* или тюрьму. В случае повторных преступлений мы используем термин *рецидивизм*.

Все это не имеет никакого отношения к психиатрическому диагнозу человека.

Антисоциальные тенденции указывают нам на *важность непосредственно среды*. Пациент, совершенно бессознательно, заставляет кого-то оказать ему необходимую помощь в руководстве. Задача терапевта заключается в том, чтобы в этом проявлялись бессознательные влечения пациента, а работа осуществлялась терапевтом с точки зрения управления, терпения и понимания.

Антисоциальные тенденции дают нам некую надежду. Отсутствие надежды –характерная черта депривированного ребенка, который, разумеется, не всегда был антисоциальным. Как только у ребенка появляется надежда, тут же проявляются антисоциальные тенденции. Это может быть неудобно как для общества, так и для вас лично, если ваш велосипед украли, но тот, кто не вовлечен в это лично, может увидеть надежду, лежащую в основе компульсивного желания красть. Возможно, одна из причин, почему мы склонны направлять правонарушителя к другим, заключается в том, что нам не нравится, когда у нас что-то крадут?

Понимание того, что антисоциальный акт есть некое выражение надежды, жизненно важно в лечении детей, демонстрирующих нам антисоциальные тенденции. И опять же человек сталкивается с тем, что его надежды безвозвратно утрачены из-за неправильного руководства или нетерпимости. Это еще раз говорит о том, что устранение антисоциальных тенденций не имеет отношения к психоанализу, но скорее к управлению; уметь вовремя отследить и реализовать надежду.

Между антисоциальными тенденциями и депривацией существует прямая связь. Этот факт хорошо известен специалистам в данной области, но в основном благодаря Джону Боулби. Сейчас действительно достаточно широко признаются отношения, су-

ществующие между антисоциальными тенденциями у человека и эмоциональной депривацией, как правило, в период позднего младенчества, в возрасте около года и двух лет.

В случае антисоциальных тенденций *мы имеем дело с подлинной депривацией* (не просто недостатком чего-то); иными словами, мы можем видеть утрату чего-то существенного, что было позитивным в опыте ребенка до определенного времени, а потом оказалось утраченным; данная утрата продолжалась довольно долгое время (дольше, чем у ребенка могут сохраниться воспоминания об этом). Таким образом, исчерпывающим определением депривации будет опыт, включающий в себя как более ранние, так и более поздние события; как точечную травму, так и довольно длительные травматические условия, а также то, что можно отнести как к норме, так и явной патологии

Замечания

В своем объяснении депрессивной позиции Мелани Кляйн (Глава XXI) я попытался прояснить близкую связь между концепцией Кляйн и акцентом на депривации Боулби. Три этапа Боулби (клиническая реакция ребенка, оказавшегося в больнице), можно теоретически сформулировать с точки зрения постепенной утраты надежды из-за смерти внутреннего объекта или интроецированного варианта потерянного внешнего объекта. Далее можно обсудить относительную важность смерти внутреннего объекта посредством гнева и контакта «хороших объектов» с объектами ненависти внутри психики, а также зрелостью или незрелостью Эго, поскольку это влияет на способность сохранить память.

Боулби необходимо это сложное утверждение Кляйн, связанное с пониманием меланхолии и отсылающее нас к понятиям Фрейда и Абрахама; но также верно и то, что психоанализу необходим акцент Боулби на депривации, говоря об этом понятии, как антисоциальных тенденциях.

В антисоциальных тенденциях всегда можно выделить два направления, хотя иногда акцент все же больше делается на одном, чем на другом. Первое обычно проявляется в кражах, а второе – в деструктивности. В первом случае ребенок пытается что-то и где-

то найти, и если у него это не получается, он отправляется на поиски куда-то еще. Во втором –ребенок ищет такой уровень стабильности окружения, который будет выдерживать напряжение, вызванное импульсивным поведением. Именно поиск утраченного окружения, человека, на которого можно положиться, дает человеку свободу двигаться, действовать и испытывать возбуждение.

Особенно во втором случае ребенок провоцирует общие реакции окружения, как будто бы он ищет некую постоянно расширяющуюся структуру, круг, представляющий в качестве первого примера руки матери или тело матери. Здесь можно дифференцировать: тело матери, руки матери, отношения родителей между собой, дом, семья, включая двоюродных братьев и сестер и близких родственников, школа, местность с полицейскими участками, страна с ее законами.

При изучении близких к норме (в терминах индивидуального развития) ранних корней антисоциальных тенденций я никогда не забываю об этих двух направлениях: поиск объекта и деструктивность.

Воровство

Кражи можно поместить в центр антисоциальных тенденций, и это напрямую связано с ложью.

Ворующий ребенок ищет не похищенный объект, но мать, на которую он или она имеет права. Эти права объясняются тем фактом, что (с точки зрения ребенка) мать была создана ребенком. Мать соответствует основным творческим представлениям ребенка и становится объектом, которого ребенок готов найти. (Ребенок не мог создать мать, а тот смысл, которым ребенок наделяет мать, зависит от его творческих импульсов).

Можно ли как-то объединить эти две тенденции, воровство и деструктивность, поиск объекта и то, что это провоцирует, либидинозные и агрессивные компульсивные тенденции? На мой взгляд, эти две тенденции уже присутствуют в жизни ребенка, и это не что иное, как *тенденция исцеления себя самого*, избавления от соответствующих инстинктов (отсутствие слияния).

Когда в момент первоначальной депривации происходит слияние агрессивных (или моторных) корней с либидинозными, отношение ребенка к матери оказывается довольно сумбурным (нечто среднее между воровством, причинением боли и беспорядочностью в целом в соответствии с определенными аспектами эмоционального развития данного ребенка. Когда слияние не столь сильное, поиск объекта ребенком и агрессия в большей степени независимы, и у ребенка наблюдается довольно сильная диссоциация. Из чего мы можем предположить, что *индекс неприятностей, которые доставляет антисоциальный ребенок, является важнейшей чертой*, но порой и *благоприятной чертой*, опять же указывающей на потенциальное восстановление утраченного слияния либидинозных и моторных импульсов.

В обычном уходе за младенцем матери постоянно приходится сталкиваться с этим индексом неприятностей. Например, во время кормления грудью, у ребенка выделяется слюна, которой он может испачкать мать.

Впоследствии это проявляется как кратковременный регресс во сне или в момент пробуждения или во время ночного недержания мочи. Любое ухудшение индекса неприятностей младенца может указывать на определенную депривацию и антисоциальные тенденции.

К антисоциальным тенденциям можно отнести воровство и ложь, несдержанность и беспорядочное поведение в целом. И хотя каждый симптом имеет свое конкретное значение и смысл, общим здесь – в описании *антисоциальных тенденций – будет индекс неприятных симптомов*. Этот индекс эксплуатируется ребенком и вряд ли можно назвать случайным. Мотивация, главным образом, – нечто бессознательное, но не обязательно все.

Первые признаки антисоциальных тенденций

На мой взгляд, первые признаки депривации настолько распространены, что их принимают за норму; скажем, властное поведение и реакция родителей на это (нечто среднее между подчинени-

ем и реагированием). *Это вовсе не инфантильное всемогущество*, когда речь идет о психической реальности или поведении.

Довольно распространенным антисоциальным симптомом является жадность, и подавление аппетита также напрямую связано с этим. Если мы начнем анализировать жадность, мы неизбежно столкнемся с комплексом депривации. Иными словами, если ребенок склонен к жадности, он испытывает определенную депривацию и некое компульсивное влечение к терапии (в отношении этой депривации посредством окружения).

Тот факт, что мать сама желает удовлетворить жадность младенца, способствует успешной терапии в подавляющем большинстве случаев, когда наблюдается подобное принуждение. Жадность у младенца не то же самое, что алчность. Слово «жадность» (теоретически) указывает на огромные инстинктивные требования, которые ребенок предъявляет к собственной матери в самом начале, т.е в тот момент, когда ребенок только разрешает матери хоть какое-то отдельное существование, впервые принимая принципы реальности.

Иногда стараются не упоминать о том, что мать должна потерпеть неудачу в ее адаптации к потребностям ребенка. Разве это не ошибочная идея, основанная на рассмотрении Ид потребностей и пренебрежении потребностями Эго? Мать может потерпеть фиаско в удовлетворении инстинктивных потребностей, но она точно может справиться с тем, чтобы не «покинуть в беде ребенка», в *удовлетворении его Эго потребностей*, до тех пор, пока у ребенка не будет интроецированной матери, поддерживающей Эго, и он может уже быть достаточно зрелым, чтобы сохранить эту интроекцию, несмотря на неудачную поддержку Эго в реальном окружении.

Примитивные любовные импульсы (предшествующие сочувствию) – не то же самое, что безжалостная жадность. В процессе развития младенца благодаря адаптации матери примитивные любовные импульсы и жадность разделяются. Мать, конечно же, не сможет поддерживать столь высокую степень адаптации к потребностям Ид, поэтому в какой-то степени любого ребенка можно считать депривированным, но ребенок может заставить мать

справиться с этим суб-депривированным состоянием, реагируя на его жадность, беспорядочное поведение и т.д. – все это симптомы депривации. Жадность является неотъемлемой частью импульсивного желания ребенка получить помощь от матери, вызвавшей депривацию. Такая жадность антисоциальна; это может предшествовать воровству, а удовлетворить эту потребность и справиться с ней поможет терапевтическая адаптация матери, которую так легко принять за потакание всем желаниям ребенка. Однако, здесь следует отметить, что независимо от действий матери, это не отменяет того факта, что мать сначала потерпела неудачу в ее адаптации к потребностям ребенка. Мать, как правило, способна удовлетворить навязчивые требования младенца, таким образом, осуществляя успешную *терапию* депривированного комплекса, который можно было видеть в самом начале. Она уже совсем близка к исцелению, позволяя младенцу выразить собственную ненависть, в то время как она, терапевт, по сути является депривированной матерью.

Следует отметить, что хотя младенец не несет никакой ответственности перед матерью в связи с ее примитивными любовными импульсами, в результате материнской терапии возникает своеобразное чувство долга, то есть ее желание удовлетворить возникающие претензии из-за фрустраций и требований, которые оказываются довольно неприятными. Итак, терапия матери может помочь в исцелении, но это не любовь матери.

Подобный способ взглянуть на потворство матери собственному младенцу – более сложное отношение к материнству, чем обычно принято считать. Материнскую любовь часто воспринимают, принимая во внимание эту снисходительность, которая на самом деле является *терапией в отношении неудачной материнской любви*. Это терапия, своеобразный второй шанс, данный матерям, которым не всегда удается справиться с этой непростой первоначальной задачей первичной любви. Если у матери эта терапия проявляется как реактивное формирование, связанное с ее собственными комплексами, тогда то, что она делает, можно назвать баловством. Поскольку мать способна на это, видя необходимость удовлетворения требований ребенка,

а также из-за компульсивной жадности, которой приходится потворствовать, подобная терапия, как правило, бывает успешной. Здесь может быть вовлечена не только мать, но и отец, и даже вся семья.

Клинически существует определенная граница, которую довольно трудно преодолеть, между успешной и неуспешной материнской терапией. Часто мы можем видеть, как мать портит ребенка, тогда эта терапия вряд ли будет успешной, ибо первоначальная депривация была слишком сильной для исправления «первоначального намерения» (заимствуя термин, связанный с излечением ран).

Подобно тому, как жадность может быть проявлением реакции на лишения и антисоциальные тенденции, то же самое мы можем наблюдать и при беспорядочном поведении, недержании мочи и компульсивной деструктивности. Все эти проявления тесно связаны между собой. При недержании мочи – самая распространенная жалоба – акцент делается на регресс в момент сна или антисоциальное компульсивное желание отвоевать себе право помочиться на материнское тело.

При более полном анализе воровства мне придется обратиться к компульсивному желанию что-то купить, что является общим проявлением антисоциальных тенденций, которые мы часто можем видеть у наших пациентов в психоанализе. Итак, мы можем провести довольно подробный и интересный анализ пациента, не затрагивая симптома, который не относится к невротическим или психотическим защитам пациента, но скорее к антисоциальным тенденциям – следствие особой депривации в определенное время. Так что вполне понятно, что подарки на день рождения и карманные деньги в какой-то степени уводят ребенка от антисоциальных тенденций, естественно, вполне ожидаемых.

В той же мере, что и шоппинг, мы можем видеть своеобразный клинический «выход», некие бесцельные *прогулки*, центробежные тенденции, заменяющие определенный центростремительный жест, который подразумевается во время воровства.

Первоначальная утрата

Итак, мне бы хотелось обратить внимание на один важный момент. В основе любой антисоциальной тенденции лежит хороший ранний опыт, ранее утраченный. Несомненно, *это важная особенность, позволяющая ребенку осознать, что его нарушения имеют отношение к проблемам, связанным с окружением.* Правильное представление о том, что причина депрессии или дезинтеграции является внешней, а не внутренней, – именно то, что отвечает за личностные нарушения и стремление искать исцеления в новом окружении. Состояние зрелости Эго, обеспечивающее подобное восприятие, обусловливает развитие антисоциальных тенденций вместо психотического заболевания. Многие антисоциальные компульсивные тенденции успешно преодолеваются родителями на ранних этапах развития. Однако, следует отметить то, что антисоциальные дети постоянно нуждаются в такого рода лечении посредством предоставления им соответствующего окружения (бессознательно или в силу бессознательной мотивации).

Очевидно, такая первоначальная депривация происходит в тот период, когда у младенца или маленького ребенка Эго находится в процессе слияния либидинозных и агрессивных (или мотороных) Ид основ. В благоприятные моменты ребенок:

Воспринимает новый сеттинг, в котором он видит определенную надежность. Переживает влечения, которые можно назвать поиском объекта.

Признает тот факт, что жестокость может обратить на себя внимание, и непосредственному окружению придется что-то предпринять ввиду этой опасности, а также быть готовым к последствиям.

Если ситуация продолжается, окружение следует проверять и перепроверять вновь

на предмет его способности выдерживать агрессию, предотвращать или восстанавливать последствия разрушений, терпеть все неприятности, признавать положительный элемент в антисоциальных тенденциях, обеспечивать и сохранять объект, искомый и найденный.

В благоприятных случаях, когда не столь выражены душевные расстройства или бессознательные влечения или параноидальная организация и т. д., благоприятные условия могут со временем позволить ребенку найти и полюбить человека, а не продолжать свои поиски, предъявляя требования к замещающим объектам, утратившим свою символическую ценность.

На следующем этапе ребенок должен уметь пережить отчаяние в этих отношениях, а не только надеяться. Помимо этого, ребенок получает и реальную возможность жизни. Когда воспитатели и сотрудники исправительного учреждения проводят ребенка через все эти процессы, *они осуществляют терапию, несомненно сопоставимую с аналитической работой.*

Обычно родители выполняют эту полную работу со своими детьми. Но многие родители, способные воспитать нормального ребенка, терпят фиаско с ребенком, у которого проявляются антисоциальные тенденции.

В данном случае я сознательно ничего не говорю о том, что может привести к антисоциальным тенденциям:

- Отреагирование.
- Мастурбация.
- Патологическое супер-эго, бессознательная вина.
- Этапы либидинозного развития.
- Повторяющиеся навязчивости.
- Регресс к самым ранним стадиям.
- Параноидальная защита.
- Сексуальная озабоченность, если говорить о симптоматике.

Лечение

Резюмируя вышесказанное можно сказать, что работу с антисоциальными тенденциями нельзя считать психоанализом. Речь идет об уходе за ребенком, возможности заново открывать это для себя и то, с чем ребенок может вновь экспериментировать, обращаясь к Ид импульсам, которые он может проверить на практике. Именно ста-

бильность нового окружения и вызывает терапевтический эффект. Ид импульсы, если они важны, должны проверяться на практике, в рамках связи с Эго, и когда пациент – это депривированный ребенок, для связи с Эго необходимо заручиться поддержкой со стороны терапевта. Согласно теории, выдвинутой в данной статье, именно окружение должно предоставить эту связь с Эго, поскольку ребенок уже осознал, что как раз первоначальные неудачи в поддержке Эго и привели к антисоциальным тенденциям.

Если ребенок проходит анализ, аналитик должен либо допускать возможный перенос за пределы аналитической ситуации, либо ожидать развития антисоциальных тенденций в полной мере в анализе и быть готовым нести это бремя.

Глава XXVI

Педиатрия и детский невроз[58] [1956]

Слово невроз имеет две коннотации. В общепринятом смысле здесь подразумевается весь спектр психологических заболеваний. Мне трудно сказать, ожидается ли от меня обычная работа с неврозом ли же достаточно будет краткого описания невроза в более строгом и узком смысле этого психиатрического термина.

Для психиатра невроз относится скорее к трудностям, связанным с личной жизнью, а не проблемам в целом, возникающим из-за неправильного управления. Кроме того, невроз не включает в себя психозов, латентных психозов или нарушений настроения, а также параноидальных или антисоциальных тенденций.

Вообще невроз означает *бессознательный конфликт*. Это связано с *инстинктивной жизнью* ребенка. Наиболее важным здесь будет этап, пока ребенок не пойдет в школу. На данном этапе важнейшую роль будет играть сеттинг.

Вскоре мы поймем, что существование истинного невроза подразумевает здоровый эмоциональный рост на очень важных ранних стадиях в младенчестве, когда зависимость от матери практически абсолютная, а недостаточно хороший уход вызывает более серьезные психиатрические проблемы, чем невроз.

Корни невротической болезни в очень сильной *тревоге*, возникающей в связи с инстинктивными влечениями ребенка. Под тревогой я понимаю возможные аффекты, которые могут прояв-

[58] Доклад сделан на 8-ом Международном Конгрессе Педиатров (Копенгаген, Дания) 25 июля 1956 г.

ляться в разнообразных кошмарах. Эти инстинктивные влечения имеют биологические корни.

Фантазия – это творческая проработка физиологических функций. В игре, а также сознательных и бессознательных фантазиях маленького ребенка мы можем видеть все то, что возниканет впоследствии в жизни взрослых, кроме инстинктивного генитального опыта. Последнее будет представлять новую проблему уже в пубертате.

В основе невроза лежит тревога, особенно это связано с тяжелейшими конфликтами, имеющими отношение к бессознательным фантазиям, а также внутриличностной реальности ребенка.

Анализируя корни невроза у *взрослых*, мы как правило находим эти корни в *детском* периоде анализируемого взрослого человека. Таким образом, как педиатры, мы можем видеть (если проанализировать это) не только детский невроз, но и (даже в большей степени) скрытую тенденцию, которая может проявиться как невроз в какой-то момент во взрослой жизни. (То же самое еще в большей степени относится к психозам). Предотвратить психическое заболевание – задача педиатра, о чем ему никогда не следует забывать. Безусловно, нам гораздо проще утверждать, что педиатру ничего не известно об этом, и поэтому ему должно быть гораздо проще в профессиональном плане).

Бессознательные конфликты, имеющие отношение к любви и ненависти, гетеросексуальным и гомосексуальных тенденциям и т. д приводят к организации *паттернов защиты*, и именно эти паттерны впоследствии представляют собой *организованный невроз*.

Педиатр, если он захочет и если он обладает достаточными техническими навыками для контакта с бессознательными процессами, может стать свидетелем этой битвы, пока перед его глазами разворачивается период развития ребёнка с года до трёх лет, после младенчества и до латентного периода; он может наблюдать за этой борьбой за *инстинктивную свободу* в отношении внутренних парализующих страхов. Эти страхи настолько сильны, что внешняя жесткость может восприниматься как своеобразное облегчение.

В латентный период ребенок оказывается временно свободен от бремени, связанного с изменением и развитием инстинктивных процессов, но в период полового созревания, из-за новых биологических влечений, процесс возобновляется, а защитные паттерны уже запущены.

Вряд ли стоит говорить о том, что личное и устойчивое окружение помогает, а невротическая или ненадежная среда мешает, когда ребенку приходится так или иначе преодолевать всевозможные внутренние напряжения и стрессы, неизбежные в жизни любого человека.

Здоровье на данном этапе вовсе не указывает на отсутствие симптоматологии. Норма – более широкое понятие, И здесь необходимо учитывать глубинные конфликты, в основном бессознательные – в пределах нормы – и все это просто означает, что ребенок энергичен и весел.

Для меня важно передать всю *сложность невроза*, а не пытаться представить это как нечто экстраординарное (при этом никоим образом не затрагивая таких аспектов, как система пищеварения и прочее). В настоящее время ведется довольно большая работа по эмоциональному развитию человеческого младенца, и многие из этих положений в целом принимаются.

Невроз – некий организованный защитный механизм. Поэтому мне бы хотелось остановиться на этих защитных механизмах.

Основные защиты против невыносимой тревоги – конфликты в бессознательной сфере – связаны с инстинктивной жизнью (здесь можно выделить несколько видов).

Во-первых, сам инстинкт подавляется, становится неприемлемым для целостного Я или же допустимым только в тех условиях, когда инстинктивное удовлетворение оказывается неустойчивым.

Во-вторых, чувство вины, вызванное конфликтом любви и ненависти, смягчается навязчивыми ритуалами, своеобразная религия с мертвыми богами.

В-третьих, некоторые эмоциональные конфликты становятся конфликтами физического функционирования (например, колики или истерический парез).

В-четвертых, благодаря организованным фобиям ребенок может избегать определенных ситуаций, стимулирующих беспокойство, или объектов, которые символизируют вещи, порождающие страх.

Но периодически тревога прорывается, и тогда родитель или медсестра должны быть рядом, чтобы вовремя прийти на помощь.

Кроме того, ребенок получает определенное облегчение, имея способность к регрессу, то есть, будучи в состоянии вернуться к инстинктивным паттернам младенчества, когда потребление пищи и ее вывод являются главными функциями, а мать успешно справляется с зависимостью младенца. Или же регресс имеет место как некая форма распада помимо ожиданий удовлетворения зависимости.

Иными словами, главная тревога при неврозе (в отличие от психоза и латентного психоза) связана с возвратом к генитальным от алиментарных инстинктов.

Здесь же мы видим определенную тревогу в связи с наличием самих гениталий, а также всевозможные фантазии, страхи и защиты в зависимости от пола ребенка.

Размышляя о болезни и здоровье с точки зрения невроза и отсутствия невроза, мы считаем само собой разумеющимся, что ребенок достигает стадии развития, на которой мы можем ссылаться на *межличностные отношения*. Целостность у ребенка предполагает целостность и в последующем (во взрослой жизни). Вряд ли это применимо к более ранним этапам, когда младенцы связаны с частичными объектами или сами по себе не являются чем-то отдельным.

В основе самого невроза лежит ситуация треугольника, отношения между тремя людьми, которые впервые появляются в жизни ребенка. На данном этапе мальчики и девочки развиваются по-разному, но всегда есть два треугольника, основанные как на гетеросексуальной, так и гомосексуальной позиции. Нетрудно увидеть, что здесь могут возникнуть значительные сложности.

Из всех этих возможностей, которые Фрейд выделил для изучения Эдипова комплекса, под данным определением мы подразумеваем всю проблему, возникшую на этапе достижения ребенком способности одновременно испытывать связь с двумя другими людьми, матерью и отцом.

Именно здесь, в случае максимального инстинктивного возбуждения, мы можем наблюдать основные тревоги, а в мечтах ребенка, которые сопровождаются телесным возбуждением, все оказывается поставленным на карту. Истинный невроз не обязательно болезнь, и прежде всего мы должны воспринимать это как то, что жизнь невероятно сложная вещь. Мы диагностируем болезнь и уход от нормы только в том случае, если нарушения причиняют вред ребенку, или раздражают родителя, или создают неудобства для семьи в целом.

Стараясь *предотвратить* невроз, мы пытаемся сделать все возможное на самых ранних стадиях младенчества, где есть огромная зависимость, а мать закладывает основу для психического здоровья ребенка, будучи преданной ему.

В лечении мы имеем несколько доступных нам методов.

1. Иногда мы можем изменить непосредственное окружение, давая родителям такое понимание, которое позволит им справиться с вопросами, вызывающими у них трудности; но это не может привести к внезапному исчезновению симптомов. На самом деле, улучшенная эмоциональная среда может привести к увеличению симптомов, потому что маленькому ребенку необходимо отреагировать определенные фантазии, открывая собственное Я через игру.
2. Самые базовые изменения могут оказаться крайне позитивными здесь – отправить ребенка на отдых, найти подходящую школу, добиться пособия для матери, задействовать дополнительно дядю или тетю, завести собаку и т.д. и т.п. Но я не стану пускаться здесь в детали; скорее я бы указал на невероятную сложность любой человеческой ситуации и необходимость проявления осторожности в планировании чужой жизни.
3. 3. Здесь возникает вопрос о предоставлении личной помощи ребенку. В данном случае мне остается лишь подчеркнуть то, что *интуиция не очень помогает в психологической практике*.

Если педиатр спросит меня, как действовать в таких случаях, мне придется посоветовать ему пройти психоаналитическую подготовку, а затем осуществить необходимые изменения на основании того, что он узнал, применительно к данному случаю.

Это может оказаться возможностью для личной работы с детьми (для тех, кто не смог стать аналитиком); но это возможно только тогда, когда врач не склонен к морализаторству и на него можно положиться в важных вопросах, особенно ввиду того, что у него нет собственных срочных эмоциональной потребностей, которые могут постепенно вытеснить потребности ребенка. У меня есть коллеги педиатры, которые занимаются психотерапией и готовы идти еще дальше в этом направлении. Тем не менее, я должен признаться, – пытаясь говорить просто, но в то же самое время категорично, – что личную психотерапию детей и взрослых должны осуществлять те, кто прошел подготовку в качестве аналитиков. *Это то, что нам следует посоветовать своим младшим коллегам, а именно тем из них, кто имеет двойную квалификацию.*

Педиатру лучше работать на равных условиях с аналитиками, которые прошли обучение (возможно, немедицинского характера), нежели пытаться осуществить психотерапию, не имея соответствующей квалификации.

Я бы предпочел, чтобы психоанализ был отброшен лет на пятьдесят тому назад, чем наблюдать неуклонное претворение в жизнь психотерапии теми, кто даже не потрудился изучить всю сложность данного предмета, а также человеческую природу, с которой неизбежно придется встретиться.

Но это все знания общего характера. Об этом неоднократно писалось в самых разных работах. Это входит в программу обязательного обучения социальных работников (в области психиатрии), а также всех социальных работников, работающих с неблагополучными семьями.

В силу тех или иных причин за последние тридцать лет педиатрия сильно продвинулась в одном направлении, но при этом отстала в другом.

За тридцать лет в теории и практике педиатрии произошел значительный прогресс, и именно это в какой-то степени показало

всю важность эмоциональных нарушений и степень этих нарушений. Понятно, что на психологию тогда не оставалось времени, а те, кто был вовлечен в педиатрию, часто руководствовались соображениями, что прежде всего необходимо решать физиологические проблемы.

Так, в Институте психоанализа в Лондоне, где обучается порядка тридцати будущих детских аналитиков, лишь не многие педиатры признают всю важность такого лечения. Кстати, психология уже практикуется и довольно неплохо вне медицинской сферы, социальными работниками в области психиатрии, а также теми, кто работает с депривированными детьми, инспекторами, наблюдающими за условно осужденными, сотрудниками специальных школ для так называемых детей дезадаптантов и другими группами профессиональных работников. Многие из них уже осознают необходимость личного анализа. И мы сталкиваемся с этим довольно часто. Единственным сдерживающим фактором может быть только педиатрия.

На тему невроза вы уже услышали мое резюме. Но я не могу оставить это так. Мне бы хотелось обратить внимание и на те трудности, с которыми сталкивается педиатрия.

Ведь если что-то не так, можно предположить, что это всегда можно исправить.

Часто можно слышать, что у педиатров очень хорошо получается обращаться с детьми. С этим я целиком и полностью согласен.

Однако, здесь мне бы хотелось сделать следующее замечание: находиться с детьми – это далеко не психология. Это совсем другая тема.

На данном Конгрессе педиатров, работающих с физиологией, мы могли увидеть очень теплое отношение к другой половине педиатров, которых волнуют такие вопросы, как *эмоциональное* развитие. Тем не менее их пути не пересекаются. Объяснить это можно следующим образом: те, кто занимается физиологией, берут за основу в своей работе такие дисциплины, как физика, анатомия, физиология и биохимия, и им неведомо, к какой науке нужно обратиться и на чем основывать свое вторжение в психологическую территорию. Так как же психология может прийти к пониманию с физиологией?

Здесь я буду догматичным, высказывая свои личные суждения. Я провел всю свою профессиональную жизнь одной ногой находясь в педиатрии, а другой – в психоанализе. В процессе лечения мне также доводилось проводить и личные консультации (персональный анализ) взрослых и детей. Я также сыграл определенную роль и в подготовке психоаналитиков.

Итак, мне бы хотелось подчеркнуть то, что рано или поздно нам все равно придется

признать, что наука, лежащая в основе психологической педиатрии, *уже давно существовала* в динамической психологии или психологии сознательных и бессознательных процессов, о которых говорил Фрейд. Психоанализ, как наука, так и возможное обучение, заслуживает отдельного существования наряду с физиологией. В данном случае я говорю именно об уважении физических наук к психоанализу, и это касается особенно *тех, кто недолюбливает психоанализ*. Неприятие не означает доводы против.

Конечно же, всегда найдутся те, кто недолюбливает психоанализ из-за того, что он объективно исследует человеческую природу; психоанализ вторгается в те области, где прежде господствовали вера, интуиция и эмпатия. Кроме того, психология вводит новый элемент в клиническую работу: как психиатры, мы должны быть готовы встретить и у *себя самих* те же самые трудности и невротические защитные организации, которые мы видим у наших пациентов.

Для тех, кто хотел бы пойти в анализе невроза дальше, есть масса литературы, а также многочисленные случаи неврозов для клинических исследований. Своей же главной задачей я вижу организацию соответствующего обучения для тех молодых педиатров, которые способны смотреть в будущее и видеть себя практиками в психологической сфере нашего общего предмета, а именно: педиатрии. Именно им необходима тренировка в психоанализе.

Список литературы

ABRAHAM, K. (1916). The Firstl Pregenital Stage of the Libido. *Selected Papers on Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press.

ABRAHAM, K (192t). *Selected Papers on Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press.

ABRAHAM, K. *(1955). Clinical Papers and Essays on Psycho-Analysis. London: Hogarth Press.*

AICHHORN. A. (*1925*). *Wayward Youth.* London: Imago.

BALINT. m. (1955). "Friendly Expanses — Horrid Empty Spaces." *Int. J. Psycho-Anal..* Vol. XXXVI.

BENDER , L. (1947). "Childhood Schizophrenia." *Am. J. Orthopsychiat.,*Vol. XVII.

BOWLBY, J. (1951). *Maternal Care and Mental Health.* Geneva: World Health Organization.

BOWLBY, J., ROVERTSON. J.. and ROSENBLUTH. D. (1952). "A Two-Year-Old Goes lo Hospital" *Psychoanal. Study Child,* Vol. VII. London: Imago.

BRIERLEY, M. (1951). *Trends in Psyco-Analysis.* London: Hogarth Press.

BROTTON, C. (1955). "Casework Techniques in the Child Care Services." *Case Conference,* Vol I, No. 9.

BURLINGHAM. D., and FREUD, ANNA. (1942). *Young Children* in *Wartime: a Year's Work in a Residential War Nursery.* London: Allen & Unwin.

CASTERET. N. (1947). *My Caves.* London: Deni.

CREAK, M. (1951). "Psychoses in Childhood." J. *ment. Sei.* Vol. XCVII

CREAK, M. (1952). 'Psychoses in Childhood.' *Proc. R. Soc. Med..* VoL XLV

FAIRBAIRN, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality.* London: Tavistock Publications.

FREUD, ANNA. (1937). *The Ego and the Mechanisms of Defence.* London: Hogarth Press.

FREUD ANNA.(I947). "Aggression in Relation to Emotional Development; Normal and Pathoiogical." *Psychoanal.. Study Child,* Vol.. III-IV. London: Imago.

FREUD, ANNA. (1947). "Emotional and Instinctive Development" In *Child Health and Development.* Ed. by Prof. R. W. B. Ellis, London: John Churchill.

FREUD, ANNA. (1952). "A Connection Between the States of Negativism and of Emotional Surrender" *I*ht. J. *Psycho-Anal..* VoL XXXIII.

FREUD, ANNA. (1952). "The Role of Bodily Illness in the Mental Life of Children." *Psychoanal. Study Child,* VoL VII. London: Imago.FREUD. anna. (1953). "Some Remarks on Infant Observation." *Psycho- anal. Study Child,* Vol. VIII. London: Imago.

FREUD, ANNA. (1954). "Problems of Infantile Neurosis: a Discussion." *Psythoonal. Study Child.* Vol. IX. London: Imago

FREUD, ANNA. (1954). «The Widening Scope of Indications for Psycho-Analysis." *J. Amer. Psychoanal. Assoc.,* Vol. II. No. 4

FREUD, ANNA, and BURLINGHAM, D. (1942). Young *Children In Wartime: a year's Work in a Residential War Nursery.* London: Allen & Unwin.

FREUD, SIGMUND. (1905). "Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria." *Complete Psychological Works of Sigmund Freud.* Vol. VII, pp. 51-2. London: Hogarth Press.

FREUD, SIGMUND. (1905). "Three Essays on the Theory of Sexuality." *Complete Psychological Works of* Sigmund *Freud.* Vol. VII. London: Hogarth Press.

FREUD, SIGMUND. (1909). "Notes upon a Case of Obsessional Neurosis." *Complete Psychological Works of Sigmund Freud.* Vol. X. London: Hogarth Press.

FREUD, SIGMUND. (1914). "On Narcissiam: an Introduction." *Complete Psychological Works.* Vol. XIV. London: Hogarth Press

FREUD, SIGMUND. (1915) "Instincts and their Vicissitudes." *Complete Psychological Works.* Vol. XIV. London: Hogarth Press.

FREUD, SIGMUND. (1917) "Mourning aod Melancholia." *Collected Papers.* Vol. IV. London: Hogarth Press.

FREUD, SIGMUND. (1920). "Beyond the Pleasure Principle." *Complete Psychology Works of Sigmund Freud.* Vol. XVIII. London: Hogarth Press.

FREUD, SIGMUND. (1921). "Group Psychology and the Analysis of the Ego." *Complete Psychological Works of Sigmund Fiend.* Vol. XVIII. London: Hogarth Press.

FREUD, SIGMUND. (1923). *The Ego and the Id.* London: Hogarth Press.

FREUD, SIGMUND. (1926). *Inhibitians, Symptoms and Anxiety.* London: Hogarth Press.

FREUD, SIGMUND. *The Origins of Psycho-Analysis.* London: Imago. 1950 (1954).

FRIEDLANDER, *K. (1947). The Psychoanalytical Approach to Juvenile Delinquency. London:* Kegan *Paul, Trench, Trubner.*

GLOVER, E (1932). "A Psychoanalytic Approach to the Classification of Mental Disorders." In *On the Early Development of Mind.* Chap. XI. London: Imago.

GLOVER. E. (1945). "An Examination of the Klein System of Child Psychology." *Psychoanal.. Study Child,* Vol. I. London: Imago.

GLOVER. E. (1949). "The Position of Psycho-Analysis in Great Britain." In *On the Early Development of Mind.* Chap. XXIII. London: Imago.

GREENACRE, P. (1941). "The Predisposition to Anxiety." In *Trauma, Growth and Personality.* London: Hogarth Press.

GREENACRE, P. (1945). "The Biological Economy of Birth." In *Trauma, Growth and Personality.* London: Hogarth Press.

GREENACRE, P. (1954). "Problem of Infantile Neurosis: a Discussion.' *Psyehoanai. Study Chdd,* Vol. IX. London: Imago.

HARTMANN, K. (I952). "Mutual Influences in the Development of Ego and Id.' *Psychoanal. Study Child,* Vol. VII. London: Imago.

HENOCH. E. (1889). "Lectures on Children's Diseases.' Trans. by John Thomson. London: The New Sydenham Society.

HOFFER. W. (1949). "Mouth, Hand, and Ego-Integration." *Psychoanal. Study Child,* VoL III-IV. London: Imago

ILLINGWORH, H. S. (1951). "Steep Disturbances in Young Children." *Brit. Med. J.*

JONES, E. (1946). "A Valedictory Address." *!nt. J. Psycho-Anal.,* Vol. XXVII.

Collected Works of C. C. Jong. Ed. Herbert Read. Michael Fordham, et *al.* London: Routledge & Kegan Paul

KANNER. I (1943). "Autistic Disturbanses of Affective Contact" The Nervous.Child. Vol. II.

KLEIN. M.. and RIVIERE, J. (1936). "Love. Hate and Reparation." *Psycho-Analynical Epitomes.* No. 2. London: Hogarth Press. 1937.

KLEIN. M.(1932). *Psycho-Analysis of Children.* London: Hogarth Press.

KLEIN. M.. (1948). *Contributions to Psycho-Analysis,* 1921-45. London: Hogarth Press.

Klein, M., HEIMANM, P. and MONEY-KIRLEY, R. (1952). *Developments in Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press.

KLEIN, M., HEIMANN. P.. ISAACS, K. and RIVIERE, J.(1955). *New Directions to Psycho-Analysis.* London: Tavistock Publications; New York: Basic Books.

LINDNER. S. (1879). "Das Saugen an den Fingern, Lippen. bei den Kindern (Ludeln)". *Jb. Kinderheilk,* N.F. 14.68. (179).

MACALPINE, I. (1952). "Psychosomatic Symptom Formation." *Lancet,* Feb. 9.

MAHLER, M. S. (1952). "On Child Psychosis and Schizophrenia." *Psycho-Anal. Study Child,* Vol. VII. London: Imago

MAHLER. M. S. (1954). "Problems of Infantile Neurosis: a Discussion." *Psycho- anal. Study Child,* Vol. IX. London: Imago

MARTY, P. et RAIN, M.(l955).'La mortificite dans la Relation d'object" Rev. francaise Psychoanal. Tome XIX, Nos. 1-2. Presses Universitaires de France.

MIDDLEMORE, M. P. (1941). The Nursing *Couple.* London: Harnish Hamilton.

MILNER, m. (1952). "Aspects of Symbolism in Comprehension of the Non-Self.' *lnd. J. Psycho-Anal.* VoL XXXIII.

RANK, O. (1924). *The Trauma of Birth.* London: Kegan Paul

READ, G. D.(1942). *Revelation of Childbirth.* London; Heinermann.

READ, G. D. (1950). *Introduction to Motherhood.* London: Whitefriers Press.

RICKMAN, J. (1928). "The Development of the Psycho-Analytical Theory of the Psychoses." *Supplement No. 2 Int. J. Psycho-Anal,* London: Bailliere, Tindall and Cox.

RICKMAN, J. (1951). "Methodology and Research in Psychopathology." *Brit. J. med. Psychol..* VoL XXIV.

RIVIERE, J. (1936). *On the Genesis of Psychical Conflict in Earliest Infancy.' *Int. J. Psycho-Anal.,* Vol. XVII.

RIVIERE, J., and KLEIN, M. (1936).'Love, Hate and Reparation.' *Psycho-Analytic Epitomes, No.* 2. London: Hogarth Press, 1937.

ROBERTSON. J,. BOWLBY, J. and ROSENBLUTH, DINA. (1952). "A Two-Year-Old Goes to Hospital." *Psychoanal. Study Child,* Vol. VII. London: Imago.

RYCROFT, C. F. (1953). "Some Observations on a Case of Vertigo." *Int.* J. *Psycho-Anal.,* Vol. XXXIV.

SCOTT. W. C. M. (1949). The Body Scheme In Psychotherapy.' *Brit. J. med. Psychol,* Vol. XXII.

SCOTT. W. C. M. (1955). 'A Note on Blathering.' *Int.. J. Psycho-Anal.,* Vol. XXXVI.

SEARL, N. (1929). The Fight to Reality.' *Int. J. Psycho-Anal.,* Vol. X. SECHEHAYE, m. a. *(1951). Symbolic Realisation.* New York: International Universities Press

SPITZ. R. A. (1945). "Hospitalism. An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood." *Psychoanal. Study Child,* Vol. I. London: Imago.

SPITZ, R. A., and wolf, k. M. (1946). "Anaclitic Depression: an Inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood." Psychoanal. *Study Child,* Vol. 11. London: Imago.

SPITZ, R. A. (1950). "Relevancy of Direct Infant Observation." Psychoanal. *Study Child,* Vol. V. London: Imago.

STEVENSON. O. (1954). "The First Treasured Possesion." Psychoanal. *Study Child,* Vol. IX. London: Imago.

WHITEHEAD, A. N.(I933). *Adventures of Ideal,* Harmondsworth. Pelican Books.

WINNICOTT, D. W. (1931). *Clinical Notes on Disorders of Childhood.* London: Heinemann.

WINNICOTT. D. W. (1945). *Getting to Know Your Baby.* London: Heinemann. Republished in *The Child and the Family.* London: Tavistock Publications, 1937; New York: Bask Books.

WINNICOTT, D. W. (1947). "Physical Therapy of Mental Disorder." *Brit. med. J,* correspondence. *Brit. mid. J.,* May 17th. 1947, p. 688. winnicott, d. w. (1949). "Leucotomy" *Brit. Med. Students*'. *J.* Spring 1949. 3, 2, 35.

WINNICOTT, D. *W.* (1949). *The Ordinary Devoted Mother and Her Baby.* Nine Broadcast Talks. Republished in *The Child and the Family.* London: Tavistock Publications, 1957; New York: Basic Books.

WINNICOTT. D. W. (1950). "Some Thoughts on the Meaning of (be Word Democracy." *Human Relations.* Vol. III. No. *2,* June 1950

WINNICOTT, D. W. (1957a). *The Child and the Family.* London: Tavistock Publications; New York: Basic Books, (p. 141).

WINNICOTT, D. W. (1957b). *The Child and the Outside World.* London: Tavistock Publications; New York; Bosk Books.

WOLF. K. M.. and spitz, R. a. (1946). "Anaclitic Depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood" *Psycho- anal. Study Child.,* Vol. II. London: Imago,

WULFF, M. (1946). "Fetishism and Objec tChoice in Early Childhood.' *Psychoanal. Quart..* Vol. XV.

Содержание

Предисловие
Введение . М. Масуд Р. Хан 6

ЧАСТЬ I

Глава I. О норме и тревожности 67
Глава II. Непоседливость 95

ЧАСТЬ II

Глава III. Аппетит и эмоциональные нарушения 108
Глава IV. Наблюдения за младенцами в заданной ситуации 136
Глава V. Консультации в детском отделении 161
Глава VI. Офтальмологические психоневрозы в детстве 181
Глава VII. Компенсация специальных материнских защит, связанных с депрессией 190
Глава VIII. Тревога, связанная с небезопасностью 198
Глава IX. Толерантность к симптому в педиатрии. Случай из практики 204
Глава X. Случай, с которым удалось справиться дома 227

ЧАСТЬ III

Глава XI. Маниакальная защита 241
Глава XII. Примитивное эмоциональное развитие 263
Глава XIII. Педиатрия и психиатрия 281
Глава XIV. Воспоминания о рождении, травма рождения и тревога 305
Глава XV. Ненависть в контрпереносе 333
Глава XVI. Агрессия и ее связь с эмоциональным развитием 347
Глава XVII. Психозы и уход за детьми 368
Глава XVIII. Переходные объекты и переходные явления 381
Глава XIX. Психика и ее связь с психо-сомой 402
Глава XX. Уход и регресс 420
Глава XXI. Депрессивная позиция в процессе нормального эмоционального развития 430
Глава XXII. Метапсихологические и клинические аспекты регресса в психоаналитическом сеттинге 453
Глава XXIII. Разновидности клинического переноса 477
Глава XXIV. Первичная материнская поглощенность 484
Глава XXV. Антисоциальные тенденции 493
Глава XXVI. Педиатрия и детский невроз 507
Список литературы 515

Минимальные системные требования определяются соответствующими требованиями программ Adobe Reader версии не ниже 11-й либо Adobe Digital Editions версии не ниже 4.5 для платформ Windows, Mac OS, Android и iOS; экран 10″

Научное электронное издание

Серия «Теория и практика психоанализа»

Винникотт Дональд В.

ОТ ПЕДИАТРИИ К ПСИХОАНАЛИЗУ

Перевод с английского Анастасия Багрянцева
Редактор Дмитрий Айнабеков
Компьютерная верстка В.Кислюк

Подписано к использованию 30.04.2019
Формат 13,0×19,5 см
Гарнитура Minion Pro

ООО Издательство
«Институт общегуманитарных исследований»
119071, Москва, Ленинский проспект , д.18

Электронная версия данной книги подготовлена
Агентством электронных изданий «Интермедиатор»
Сайт: http://www.intermediator.ru
Телефон: (495) 587-74-81
Эл. почта: info@intermediator.ru

Оказалось, что группировать главы в трех разделах очень удобно. В первом разделе содержится переиздание двух глав из моей книги, опубликованной ранее (Winnicott, 1931). В этих главах отражено мое отношение к педиатрии до того, как я пришел к психоанализу. В них я обращаюсь к педиатрам как педиатр.

Главы во втором разделе можно рассматривать как обращение педиатра, уже психоаналитически ориентированного.

Третий раздел можно считать моим собственным вкладом в то, что сейчас принято считать психоаналитической теорией и практикой.

Д. Винникотт