Вступление

Моя профессия психоаналитика близко столкнула меня с мужчинами и женщинами, заставила меня делить их сокровеннейшие переживания, сознательные и бессознательные. О любви, веселье и радостях жизни рассказать легко. Но тайными и невысказанными остаются детский страх, что тебя разлюбят и бросят, страх одиночества, ненужности никому и пожизненная борьба против своей смертности. Никому не хочется говорить об этих вещах, не хочется чувствовать стыд и вину. Тревога о них объединяет пациентов и аналитиков, мужчин и женщин — ведь все мы люди. Но среди важнейших жизненных событий есть такие, которые происходят только с женщинами, и одно из них — беременность. В определенный период моей жизни я особенно интересовалась этими сторонами жизненного цикла женщины, как в плане собственного опыта, так и наблюдая за реакциями моих пациенток.

Я закончила женскую школу, а степень по современным языкам получила в университете со смешанным обучением. Когда я задумалась о дальнейшем образовании, разразилась война, грозившая самому существованию Англии, и в то время казалось очень неуместным заниматься исследованиями в области средневековых языков и литературы. Я решила изучать медицину, может быть, потому, что бессознательно хотела как-то помочь людям, оказавшимся беззащитными перед жестокостью окружающего их мира, и хоть как-то выправить их искалеченные судьбы.

Мои родители были врачами и всегда хотели, чтобы врачом стала и я. Не исключено, что моя степень по искусству была своеобразным бунтом подростка против них, но этот бунт распахнул передо мной двери в мир литературы и языка, которым никогда не устанешь изумленно восхищаться. Большая литература, вобравшая в себя всю сложность человеческих отношений и чувств, в последующем стала для меня надежной основой для

кропотливого изучения тех отношений и чувств, с которыми приходят в кабинет аналитика. Чувствительность к языку, к выбору слов и их значению так же важна для аналитика, как и для литератора.

В начале войны, в 1940 году, очень немногие мединституты принимали женщин. Поэтому я записалась в одно из доступных для меня учебных заведений — Лондонскую медицинскую женскую школу (London School of Medicine for Women), клиническая база которой находилась в Королевском общедоступном госпитале (Royal Free Hospital). Все студенты и большинство преподавателей были женщинами — мужчины ушли в армию. Участились воздушные налеты. Один из V -2 попал в отделение травматологии, едва мы закончили дежурство и разошлись. После этого нас эвакуировали и распределили на проживание по чужим семьям. Хозяева не очень-то обрадовались незваным гостям. От собственных семей мы были далеко, а неисправность линий связи и вовсе отрезала нас от дома. Очень рано в нашу жизнь вошло реальное осознание могущества сил жизни и смерти, нашей уязвимости и хрупкости окружающего мира. Хотя, конечно, этот опыт нельзя и сравнивать с пережитым остальной Европой, подвергшейся вражескому нашествию, с ее тюрьмами и лагерями, с убийством людей по расовому признаку или политическим мотивам.

Получив специальность в 1945 году, большинство из нас рвалось на войну, но к тому моменту Вооруженные Силы уже не испытывали нужды во врачах, и нас разослали по разным больницам лечить гражданское население. В то время уже широко распространялись слухи о том, что делалось в концлагерях. Я была завербована и готовилась возглавить группу помощи освобожденным, посылаемую в Аушвитц, но по неизвестным причинам группа была без всяких объяснений расформирована. Для меня это было тяжелым ударом, потому что к тому моменту у меня уже были основания подозревать, что там погибли некоторые их моих родственников, которых я знала в детстве. Мои знания о лагерях уничтожения пригодились мне позже, когда я начала работать с жертвами Катастрофы (Холокост).

Начав работать врачом-дерматологом в больнице, я постепенно научилась внимательно слушать то, что говорили мои больные, пока я исследовала их тело, и, что еще важнее, то, чего они *не говорили.* Чем дольше я работала, тем больше интересовали меня отношения тела и сознания. В статье «Общение кожей» (см. главу 1) я описала, как живо и ясно тела моих пациенток выражали нестерпимую боль этих женщин, боль, о которой они не могли ни говорить, ни даже думать. Поскольку слова были им недоступны, они вынуждены были выражать свои чувства телесным путем, сообщая о них врачу, которая могла и обязана была их понять, потому что имела возможность *обдумать* положение каждой пациентки как мать, пытающаяся принести облегчение. Так в мой врачебный опыт вошли явления переноса и контрпереноса между врачом и больным и заставили меня искать новых знаний. К моему счастью, в нашей больнице работала Хильда Абрахам — психоаналитик, дочь Карла Абрахама, одного из первых учеников Зигмунда Фрейда. Она поддерживала меня, когда я начинала обсуждать с ней мои клинические случаи и когда я пыталась применить аналитический подход. С ее помощью я впервые по-настоящему поняла существование и власть бессознательного. В нашу медицинскую подготовку тогда совершенно не входили знания из этой области. К счастью, теперь это не так.

Когда я приступила к общетерапевтической практике, то увидела жизнь мужчины и женщины и с других сторон. Девочки в подростковом возрасте проходят через неизбежные изменения своего тела и переживают эмоциональное воздействие могущественных сексуальных потребностей. Они могут, как показал психоаналитический опыт, либо принять эти перемены, либо отвергнуть приход взрослой женственности, заболевая аменореей или анорексией, избегая тем самым развития вторичных половых признаков, таких, например, как груди. Молодые женщины выходят замуж, беременеют, рожают детей и нянчат их, и во всем этом всегда присутствует не только радость материнства, но и многочисленные эмоциональные проблемы. И вот эти-то проблемы должен видеть и облегчать внимательный врач, который наблюдает женщину в домашней обстановке, знает ее мужа, мать, детей и других родных. Мужья с их проблемой отцовства

и новым для них положением главы семьи — самостоятельная часть проблемы. Таким образом, за семейным кризисом, неизбежно следующим за рождением нового ребенка, во всех случаях надо было бы следить врачу, так как матери, на плечи которой, как правило, ложится этот кризис, трудно охватить всю картину в целом в одиночку.

Когда я проходила психоаналитическую подготовку (1959—1964) и только начинала практиковать самостоятельно, именно эти проблемы чаще других проступали в рассказах пациентов. Но лишь когда я сама прошла анализ и стала лучше понимать самое себя, я могла увидеть их яснее, понять боль пациента и войти с ним в психоаналитический диалог. Этот диалог требовал внимательно прислушиваться и к тому, чего пациент *не говорит,* и отмечать, как его тело вынужденно отыгрывает чувства, которые сознанию неизвестны и не могут быть выражены сознательно. Я видела, что многие пациенты предпочитают соматизировать, а не говорить. Бывало, что в периоды стресса у них выступала сыпь, нередко боль в животе прерывала их рассказ как раз в тот момент, когда болезненные чувства готовы были достичь их сознания. У некоторых пациентов, страдавших астмой в прошлом, агрессия, которую они выражали при переносе, сопровождалась хриплым, затрудненным дыханием, хотя настоящего астматического приступа им удавалось избежать, потому что они высказывали свое бессознательное и переводили его в сознательный опыт во время сессии.

Мне казалось, что эти телесные выражения невыносимо болезненных чувств чаще встречаются у женщин. Раздумывая над этим наблюдением, я поняла, что тело взрослой женщины предоставляет ей своеобразные средства избегать осознания психических конфликтов и работы над ними. Например, наблюдая моих пациенток, я постепенно открыла для себя варианты поведения, связанные с использованием беременности и даже злоупотребление ею. На сознательном уровне женщина может забеременеть, чтобы иметь ребенка, но ее бессознательно амбивалентное отношение к своей беременности может проявиться в виде недонашивания или выкидыша. Беременность может использоваться и для разрешения бессознательных конфликтов,

касающихся сексуальной идентичности или других психических проблем, как, например, бессознательный гнев против матери.

Даже если женщина не использует свое тело для того, чтобы уйти от конфликта, изменения, происходящие с телом на протяжении жизни, глубоко потрясают ее, и разные женщины по-разному справляются с ними — в зависимости от своей способности решать жизненные проблемы вообще и в зависимости от того, как складывалась их жизнь. Окончание детородного периода часто сопровождается мучительной смертью мечты женщины о будущих детях, детях, которых она уже никогда не сможет зачать и родить. Боль бесплодия, когда, кажется, все вокруг тебя рожают, огромна и непереносима. Стареющее тело женщины и утрата репродуктивной функции может стать жестоким ударом по ее самооценке, как если бы отмерла часть ее, именно та, что нравится мужчинам. Вместе с тем, менопауза может побудить и к поиску нового жизненного пути, новых решений, когда закончится траур по прошедшей части жизненного цикла.

И наконец, при работе с жертвами катастрофы, мне выпало счастье быть свидетельницей поразительной способности некоторых из них начать жить заново, зачинать новую жизнь в себе и помогать в этом другим после всего перенесенного ими. И все же тайны их прошлого жили в них и их семьях, и, как показывал анализ, сказывались на жизни следующего поколения. Другим повезло меньше — несмотря на стремление аналитика научить их не соматизировать свои нестерпимо болезненные эмоции, они остались их жертвами. Но я убеждена, что опыт превращения бессознательного в сознательное в процессе психоанализа обогатил и обновил жизнь всех пациентов. Раскрывшись, тайна позволяет пациенту *думать* о ней, вместо того, чтобы отыгрывать ее.

Этот сборник статей, написанных мной за последние двадцать лет, рассказывает о моем психоаналитическом странствии и о некоторых проблемах, которые, надеюсь, я со временем уяснила полнее. Перечитывая его, я видела, как во мне росло понимание того, насколько важно благожелательно и сострадательно слушать пациента, независимо от теоретических взглядов аналитика. Такие отношения иногда очень трудно установить в пси-

хоаналитическом диалоге, как, впрочем, и в любых отношениях между двумя людьми, особенно когда в одном из них бессознательно поднимается чувство злобы и ненависти к другому, как бы сильно ни защищался он от этого чувства на сознательном уровне. Аналитик тоже человек, а не идеал. Благожелательность означает не приостановление критичности врача, а то, что во время психоаналитического диалога пациент должен оказаться в атмосфере симпатии, сочувствия, которые дадут возможность раскрыться сердитому, обиженному ребенку, живущему внутри него или нее, а взрослому — пересмотреть свои прошлые поступки и решения, не чувствуя себя униженным. Я думаю, прошлое нельзя стереть, но более зрелое понимание себя и других может помочь превращению агрессии в сострадание, и у пациентки появится возможность начать все заново и снова радоваться жизни.

Еще многое предстоит понять не только мне самой, но и всем, кто работает в этой области. Я с удовольствием учусь и буду учиться у них. Я благодарна моим пациенткам, с которыми в процессе анализа мы вместе обретали жизненный и профессиональный опыт и научились понимать больше, чем понимали вначале.

Глава 1

Общение кожей: ранние кожные заболевания и их влияние на перенос и контрперенос

Представлено на XXXI Международный психоаналитический конгресс, Нью-Йорк, август 1979 г. Опубликовано в International Journal of Psycho - Analysis (1980).

Вступление

В этой статье я собираюсь описать и обсудить психические проблемы пациенток, страдавших младенческой экземой в течение первого года жизни. За изложением моих непосредственных наблюдений, сделанных во время работы дерматологом в женской больнице, последует история психоанализа пациентки с подобным заболеванием в анамнезе. Я остановлюсь на проблемах переноса и контрпереноса, так как, по моему мнению, они высвечивают базисное искажение первичных отношений мать-дитя. Это искажение воскресает на каждой переходной фазе жизненного цикла и исподволь оказывает на него влияние.

Кожа как средство общения

Я подчеркиваю фундаментально важное значение кожи как средства общения между матерью и младенцем в тот период, когда мать обеспечивает понимающее окружение (holding enviroment), которое и закладывает у ребенка основы первичной идентификации. В фильме о процессе родов (Лебойер, 1974) мы наблюдаем немедленный успокаивающий эффект от контак-

та кожа-к-коже между матерью и новорожденным сразу после того, как дитя резко переходит из теплого материнского тела в холодный и не охватывающий его мир.

Контакт через кожу заново устанавливает сокровенное материнское ощущение своего ребенка. Они при этом как бы снова делаются единым целым как во время беременности, когда кожа матери охватывала их обоих. Кожа становится средством физического контакта, через нее приходит к ребенку чувство покоя от объятий, она передает запах, осязательные ощущения, вкус и тепло — все то, что может быть источником наслаждения и близости матери и ребенка. Кожа устанавливает границу между Я и не-Я и содержит в себе Я матери и Я ребенка. Это один из основных и древнейших каналов их довербального общения, по которому невербальный аффект передается соматически и становится доступен наблюдению.

При уходе за ребенком кожа матери может передавать весь спектр чувств — от нежности, тепла и любви до отвращения и ненависти.

Ребенок может реагировать кожей на добрые материнские чувства ощущением, что ему хорошо, и на недобрые — различными кожными заболеваниями. Невербальные аффекты младенца могут найти себе выражение через его кожу. Кожа может зудеть, кожа может «плакать» (мокнуть), кожа может раздражаться. Ее поведение будет определяться способностью матери принимать и утешать своего *паршивца.* Ребенок может интернализовать подобную ситуацию, как это описала в своей статье Бик (1968). Она показала, каким образом вмещающий объект — мать — реально воспринимается ребенком как кожа, и что материнская способность вместить тревогу ребенка интроецируется ребенком. Это дает начало его понятию о внешнем и внутреннем пространстве. Неудача при интроецировании функции вмещения в себя и неусвоение, неприятие того, что ты сам и объект содержатся каждый в своей, отдельной друг от друга коже, ведет к феномену ложной независимости, к «адгезивной («прилипшей») идентификации» (Ангезия – слипание поверхностей двух разнородных тел) и к неспособности признать отдельное существование самого себя и объекта.

Непосредственные наблюдения в больничной обстановке

В молодости, работая дерматологом в плотно загруженной больнице, я видела, что некоторым пациенткам с тяжелыми кожными заболеваниями, у которых было неэффективным изолированное применение традиционных терапевтических средств, нередко помогали мои тогда еще недостаточно квалифицированные попытки психоанализа в сочетании с сочувствием и соответствующими местными процедурами. Я заметила, что в процессе терапии у некоторых из них симптомы вообще исчезали, а у других наступало улучшение. Но когда я уходила в отпуск и наши отношения прерывались, им опять становилось хуже. Несмотря на то что периодически я бывала просто потрясена тем садизмом, с которым эти женщины набрасывались на собственное тело, раздирая себе кожу, несмотря на отвращение к незаживающим язвам, я чувствовала жалость и сострадание к их очевидным мучениям и хотела их облегчить.

Когда я была беременна, некоторые пациентки больницы реагировали на это весьма своеобразно: они переходили ко мне от своего лечащего врача. Их ответ на мое состояние был таким же немым, как нема была боль, стоявшая за болезнью их кожи. Когда я вернулась из отпуска по материнству, они расспрашивали меня и явно успокаивались, услышав, что у меня все в порядке. Казалось, они вновь ярко переживали события своей жизни, следя за событиями моей, и чувствовали, что теперь, с новым жизненным опытом, я смогу лучше понимать их. Немного спустя они начали рассказывать мне о нестерпимо болезненных утратах объекта и нескончаемом оплакивании его, который выражала их раздраженная или мокнущая («плачущая») кожа.

***

Госпожа А., пожилая вдова, была покрыта кровоточащей, мокнущей сыпью. В раннем детстве, как я узнала из анамнеза, у нее была младенческая экзема. Ее внешность производила на меня тяжелое впечатление, меня томило ее молчание при том, что на лице ее застыла маска боли. И все же я продолжала разговаривать с ней и сама ухаживала за ее кожей. Когда я вернулась из своего отпуска по материнству, сыпь стала постепенно сходить.

Позднее г-жа А. рассказала мне, что сыпь обычно появляется у нее, как только она вставляет ключ в замочную скважину двери своего дома в пятницу вечером, и все болезненные высыпания проходят, когда она возвращается в понедельник на работу. Когда я спросила ее, не случалось ли чего-нибудь в прихожей, она ответила, что однажды, вернувшись вот так же домой в пятницу, она нашла там своего сына повесившимся. Я — тогда еще сама молодая мать — пришла в ужас от ее слов и сидела молча. Переложив груз своего горя на меня, г-жа А. начала рыдать, в первый раз за все время после страшной гибели сына. Она оплакала его, а вскоре после этого исчезла ее сыпь. Моя психоаналитическая подготовка помогла мне тогда понять сущность ее болезни: она *должна* была ужаснуть окружающих своим телом, как сын ужаснул ее своим.

Психоаналитическое истолкование непосредственных наблюдений

Фрейд (1905, 1912), описывая явление переноса, подчеркивал, что аналитическая ситуация только ярче высвечивает перенос, который присутствует в любых отношениях врача и больного. Образующийся лечебный союз (или терапевтический альянс) следует использовать для того, чтобы пациент мог выполнить свою психическую задачу — способствовать собственному выздоровлению. Винникотт (1965) выделял важную роль воспитывающего окружения (maturational environment), которое обеспечивает мать на первичных стадиях развития Эго. Эта особая роль матери находит свое отражение в особой роли аналитика и аналитического окружения в установлении лечебного союза. Многие авторы, в том числе М.Балинт (1950, 1952), Хан (1974), Джеймс (1978), разрабатывали эту тему и расширяли наше понимание этого аспекта.

В своих работах Хайманн (1950, 1956), Хоффер (1956) и Кинг (1978) предупреждали аналитиков-женщин о том, как важно следить за своим ответом пациентке и осознавать его возможные последствия. Кинг (1978), в особенности, подчеркивала, что аналитику необходимо быть крайне внимательной к ее собственным чувствам контрпереноса на пациентку, у которой до-

вербальная травма была не просто следствием ее состояния, но и результатом аффективной реакции матери на болезненные реакции ребенка.

Больничная среда может рассматриваться как воспроизведение давно утраченного первичного понимающего окружения, в котором чувства переноса и контрпереноса могут испытывать и больной, и врач. Больная ищет такого лечения, которое позволило бы ей вновь превратиться в малютку и при котором другая женщина дотрагивалась бы до нее и успокаивала ее боль. Довербальное общение и физический контакт иногда могут принести облегчение и надежду на излечение, даже когда вербальное общение блокировано. С моей точки зрения, такие пациентки избегают безнадежного отчаяния с помощью психосоматического ответа на психическую боль. Они благополучно регрессируют и обретают заново древнейшую, первичную довербальную форму материнского утешения. Таким путем они воспроизводят свой младенческий опыт, ища защиты в состоянии ребенка, мать которого умеет заботиться о его теле, но не о чувствах.

Психоаналитическая ситуация

Психоаналитическая ситуация в описании Лиментани (1977) интерпретируется как воспроизводство ранее существовавших отношений в системе мать-дитя, с той основополагающей разницей, что в ней невозможен физический контакт. Это ограничение особенно фрустрирует тех пациенток, которые, независимо от того, известно это им или нет, страдали в младенчестве экземой. Эти пациентки, видимо, тогда обрели тесный контакт с телом матери и через нее — облегчение своему телу, но не сумели отделиться от нее в должное время. Галлюцинации и фантазии на эту тему или использование какого-либо переходного объекта неудовлетворительны и недостаточны для них, так как источник ласки и покоя для младенца — исключительно мать и материнское тепло. Надо сказать, что матери таких детей сталкиваются с очень сложной, а порой и непосильной задачей постоянно утешать своего капризного, беспокойного младенца. Их функция — служить «защитным покрывалом» ребенку (Хан, 1963) — вероятно, исполняется только отчасти, так как требова-

ния ребенка превосходят уровень терпеливой заботы, который может обеспечить достаточно хорошая мать. Такие дети страдают не столько от физического дискомфорта из-за пораженной кожи, сколько от чувства переполняющей их неудержимой первичной агрессии. При этом они лишены адекватного материнского «зеркального» ответа — восхищения и любви к их собственному болезненному телу. Нарциссическое разочарование матери телом ребенка естественно будет отражено в ее ответе на его требования и будет иметь фундаментальное влияние на собственные нарциссические установки ребенка и его представление о себе.

Э.Балинт (1973), рассуждая о технических трудностях при анализе пациенток женщиной-аналитиком, выделяет в качестве центра проблемы следующее: девочка в младенчестве интроецирует удовлетворенное и приносящее удовлетворение тело женщины и идентифицируется с ним. Но это происходит только в том случае, если девочка приносила телесное удовлетворение своей матери и получала его от нее. У пациенток, которых я описываю, отсутствует первичная устойчивая и достаточная интернализация ощущения довольства жизнью («мне хорошо»), так как их ранний телесный опыт связи с матерью (в исходной ситуации пары мать-дитя) был, как правило, лишь отчасти удовлетворяющим, а чаще — неудовлетворяющим. Девочка, которая чувствовала на этой стадии, что не удовлетворяет мать телесно, и не получала адекватного удовлетворения от нее, никогда не сможет восполнить эту базальную утрату. Ибо, чтобы удовлетворить свою мать физически, она должна пожертвовать своим нормальным влечением к позитивному эдипальному исходу, равно как и своим становлением в качестве зрелой женской личности.

Пациентка вступает в аналитическую ситуацию с надеждой, что ее поймут, с надеждой встретить настоящего аналитика. Однако пациенток, которых я описываю, с самого начала преследует страх снова пережить первичное нарциссическое страдание — стыд *паршивки,* выставленной на всеобщее обозрение. Они, по моему опыту, необычайно чутки и наблюдательны, и постоянно страдают от глубочайшей тревоги, которая может приве-

сти к пограничной симптоматике. Они улавливают легчайшую перемену настроения аналитика, изменение в ее голосе и внешности, и их легко охватывает страх перед собственной агрессией. Они умиротворяют и стараются задобрить аналитика, подстраиваются к ней, иногда — в ущерб собственному психическому здоровью. Втайне они хотят повторить свой неоправданно долгий первичный опыт переживания единства матери и младенца, со всем его психическим содержанием и физической успокаивающей лаской. С другой стороны, эмоциональная искренность в общении с аналитиком возбуждает у них огромную тревогу. Пациентка испытывает сильное желание слиться с объектом и столь же сильный страх перед регрессией и утратой Собственного Я.

При анализе таких пациенток всегда следует ожидать у них искаженного представления о самой себе, связанного с нарушениями нарциссических структур, и острой чувствительности к объектным отношениям, что представляет собой проблему как для самой пациентки, так и для аналитика.

Характер переноса в таких случаях, как правило, определяется способностью пациентки сдерживать чувства, определять личную идентичность и защищаться от страха перед полной «аннигиляцией». Когут описывает пациенток, которые компенсируют недостаток интернализованных структур тем, что используют аналитика в качестве прямого продолжения ранней межличностной объектной реальности. Перенос пациентки, описанный мной в этой статье, также напоминает «аддиктивный перенос», который описывает МакДугал (1974). При аддиктивном переносе аналитик становится своеобразным центром жизни пациентки, поскольку воссоздает собой такой объект, как Собственное Я пациентки, относящееся к уровню объектных отношений мать-дитя, и поэтому затмевает собой все другие объекты. Расставание с аналитиком в таких случаях сопровождается не только достаточно обычной и нормальной печалью, но нередко приводит к выраженным психосоматическим проявлениям или даже временным психозам.

При втором типе переноса пациентки обладают более уверенным ощущением Собственного Я и, видимо, достигли большей

независимости от матери в фазе отделение-индивидуализация, так что, войдя в эдипальную фазу, до некоторой степени сумели найти решение. Таким образом, история их жизни и склад характера сравнительно нормальны. Тем не менее, та же сильная тревога по поводу привязанности и амбивалентность по отношению к матери могут ожить снова в переносе на аналитика-женщину, и пациентка, возможно, будет пытаться избежать этого путем отыгрывания или тем, что начнет соматизировать переполняющие ее первичные аффекты.

Раскол Эго пациентки (включение «Фальшивого Я» Винникотта) часто наступает в результате желания избежать чувства стыда и нарциссического страдания, проистекающих от тотального выставления напоказ. Она и цепляется за аналитика, и хочет избавиться от ее вторжения в свой частный, интимный мир: дает ей ключи, но перевирает, какой ключ от какой двери. Такие пациентки часто столь же чувствительны к бессознательному контрпереносу аналитика, сколь чувствительны они были в свое время к амбивалентности матери и ее умению или неумению нянчиться с ними. Отсюда следует, что контрперенос создает аналитику трудности, а перенос пациентки, который был столь позитивным фактором в больничной обстановке, теперь становится аналитической проблемой. Регрессивное страстное желание пациентки, чтобы ее обняла и утешила мама/аналитик непосредственно уравновешивается сильнейшим страхом, который возбуждает эмоциональная близость. Страх быть поглощенной и утратить Собственное Я постоянно терзает ее.

Клинический материал

Первая фаза анализа

Госпожа В. проходила свой первый анализ вслед за жестокой депрессией с суицидными и психотическими эпизодами. Ипохондрические страхи преследовали ее всю жизнь, но к концу анализа она превратилась в приятную, привлекательную женщину с налаженной семейной жизнью. Время от времени она звонила аналитику, и это поддерживало ее, пока аналитик не эмигрировал. После этого у нее началась столь глубокая депрессия, при

полной невозможности вербализовать ее даже для самой себя, что она, в полном смысле слова, подстроила себе автокатастрофу, в которой получила множественные повреждения кожного покрова. В больнице, куда ее доставили, регресс достиг такой степени, что она ела, если только ее кормил психиатр, и отказывалась вставать с постели. Она вся покрылась сыпью, выражая таким образом отчаяние и гнев, которые могла высказать. Придя ко мне на прием, г-жа В., несмотря на свою очевидную депрессию и замешательство, была тщательно одета. Она начала свою первую сессию, спросив, что я думаю об аналитической технике в Хампстедской клинике, как бы говоря: «Какую личину мне надеть, чтобы понравиться тебе и спрятать мою реальную суть?»

Эта тема звучала на протяжении всего периода анализа: г-жа В. не прекращала чутких попыток явить не только внешний вид, который должен мне, по ее мнению, понравиться, но и угодить мне своими чувствами, предъявляя те, которых, опять же по ее мнению, хочу от нее я. Моей ролью аналитика (а я часто проваливалась в этой роли) было постараться помочь ей соприкоснуться со своими истинными чувствами. Их отщепление произошло так рано, что она не могла до них дотянуться. Сильный суицидный настрой г-жи В. проявлялся в ее частых неистовых телефонных звонках: она требовала от меня немедленного внимания, как ребенок, которого может успокоить только ласкающий звук голоса, сдерживающий его страх перед дезинтеграцией. Она забросила свою семью. Однако, сколь ни была растеряна и перепугана своим состоянием г-жа В., каждый день в промежутках между сессиями она принимала ванну, после этого тщательно смазывала кожу маслом и укладывалась в постель поспать. Этот ритуал она исполняла с тех пор, как ее няня положила ему начало.

Первая фаза ее второго анализа была испытанием для нас обеих. Мы обе должны были проверить не только мою способность понимать ее, но и мои возможности распознавать и сдерживать агрессивные чувства, которые я испытывала при контрпереносе, в ответ на ее «свербящий и царапающий перенос». А мой контрперенос был столь же силен. Я чувствовала себя растерянной, запутавшейся, иногда почти сумасшедшей. Г-жа В. была уступчива, пунктуальна, но в ее снах и ассоциациях не было смысла,

и воспроизвести их отчетливо я не могла. Однако несмотря на ее непрестанные звонки и мою досаду и растерянность, я была очень заинтересована и хотела помочь. Когда г-жа В. сказала мне, что ее любимая проделка — вводить туристов в заблуждение по поводу зданий, которые они рассматривают, я поняла, что ей нужно было испытать мою способность выносить чувство растерянности. В свою очередь, она открылась мне в своем чувстве растерянности, которое жило в ней с младенчества. Никакие искренние, истинные ее чувства не были приняты или поняты матерью, хотя за ее телом добросовестно ухаживала няня. Так что забота о девочке была противоречивой: плохой и хорошей одновременно, и это сбивало с толку растущего ребенка. Кроме того, г-жа В. находилась в повседневном контакте с матерью, которая до сих пор отрицательно влияла на психическое состояние дочери. Г-жа В. чувствовала, что за ней ухаживают, только когда она физически или психически больна. Это второе осложнение тоже тянулось через всю ее жизнь и угрожало лечебному союзу. Выздороветь — означало для нее лишиться материнской заботы о себе как о больном ребенке. Мы поняли, что прежде психическое здоровье г-жи В. было основано на разумных ограничениях предыдущего аналитика и на ее согласии с тем, чего, как она думала, он от нее хотел. Состояние, которое наступило вслед за его отъездом, казалось депрессией, горем, а фактически было полной утратой Собственного Я, так как этот объект исчез и невозможно стало продолжать его имитацию. Г-жа В. при этом регрессировала к единственно реальному для нее состоянию — особо больного ребенка.

Джозеф в своей статье (1975) подчеркивает, что псевдосотрудничающая часть пациента не дает вступить в контакт с аналитиком его реально нуждающейся в этом части, и если мы попадем в эту ловушку, то не сможем ожидать перемен от пациента, потому что не установим контакта с той его частью, которой требуется жизненный опыт «меня понимают», в противоположность «я понимаю». Г-жа В. была чрезвычайно наблюдательна, могла подметить любое мелкое изменение в моем контрпереносе или в моем внимании к ней. При этом меня потрясало полнейшее отрицание того факта, что я могу быть печальной, могу устать. Она

не признавала никакой слабости во мне, ибо в паре мать-дитя она всегда была младенцем. По мере того как уменьшалась депрессия г-жи В., мое спокойствие и стиль интерпретаций, отличающие меня от прежнего аналитика, стали для нее источником тревоги. Мы смогли начать прорабатывать ее имитацию меня и ее соглашательство, не раньше, чем я поняла, как много указаний я все еще невольно даю ей.

Вторая фаза анализа

Г-жа В. рассказала, что она была младшим ребенком в семье, и вскоре после ее рождения отец ушел в армию. Ее детство было несчастливым, она чувствовала себя лишней и дома, и в школе, была замкнутой, апатичной и одинокой. Но внутри страдающего ребенка жил талант наблюдателя, критика, имитатора, который, случалось, поддерживал в ней отец. Эти немногочисленные позитивные переживания были источником сильнейшего наслаждения для нее, но талант необходимо было прятать от критичной матери, так же точно, как и теперь, в ситуации переноса, не выставлять передо мной. И дома, и перед аналитиком она всегда представала отчаявшейся и беспомощной.

Многие годы приподнятое настроение г-жи В. носило клеймо маниакальной фазы, а ее плохие дни — депрессивной, хотя сама она считала это нормальными колебаниями настроения. Она жаловалась врачам на парализующую усталость, и они приписывали такую усталость состоянию депрессии, хотя сама она считала ее обусловленной физически. Я заподозрила дисфункцию щитовидной железы, эндокринолог это подтвердила и назначила соответствующее лечение. Г-жа В. получила физическое облегчение и атмосфера анализа изменилась. Две женщины, аналитик и эндокринолог (мать и няня переноса), с сочувствием подтвердили истинность суждения г-жи В. о ее телесном здоровье. После этого г-жа В. решила, что теперь может позволить себе показать истинное состояние своих чувств, и последовал маниакальный триумф.

Это был момент, когда в первый раз проявилось при анализе яростно охраняемое Собственное Я г-жи В. Исчезли ее со-

Конец ознакомительного фрагмента.
Приобрести книгу можно
в интернет-магазине
«Электронный универс»
e-Univers.ru