

Внутри нас лежит огромная неизведанная страна, которую следует принимать в расчет при объяснении наших взрывов чувств и штормов.

Джордж Элиот, Дэниэл Деронда, с.206

Психоанализу может быть предназначено вывести психиатрию из тупика терапевтического нигилизма.

*Карл Абрахам,
Избранные труды по психоанализу, с.156)*

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

В начале книги я хочу высказать слова благодарности Фэйрберну и Винникотту, а также Диксу, профессору психиатрии в Лидсе. Мне также приятно выразить свою признательность преемникам Дикса на посту декана факультета психиатрии Лидского университета. Профессора МакКэлмэн, Харгривз и Хамилтон предоставили мне свободу в проведении долгосрочного исследования в области психоаналитически ориентированной психотерапии. Значительная часть используемого в книге материала была собрана в ходе клинической работы на этом факультете. Мне хотелось бы также поблагодарить д-ра Дж.Д. Сазерленда и м-ра Масуда Р. Кана, которые на разных стадиях работы читали и высказывали свои комментарии по поводу глав, ранее опубликованных в журналах, и новых глав, и выражали мне свою поддержку.

Я особенно благодарен мисс А. Хатчинсон, секретарю редактора международной психоаналитической библиотеки, за внимательное прочтение моей рукописи и подготовку ее к изданию. И, наконец, я использую данную возможность для благодарности моей жене за помощь в чтении корректуры.

ВВЕДЕНИЕ

Эта книга является результатом и продолжением моего исследования различных направлений в психоаналитической теории, в результате которого была написана книга *Структура личности и человеческое взаимодействие* (Хогарт Пресс, 1961). Вышеназванная книга дала теоретическую базу для изучения шизоидных состояний. Первоначально данная книга планировалась как исследование клинического материала для психотерапевтического лечения при сдвиге акцента с депрессивных к шизоидным проблемам, однако ее результатом стало более полное развитие базисной теории. В ней я пытался заново продумать и связать материал своих статей, написанных с 1960-го года и далее, со свежими клиническими данными. Комплексное исследование, теоретическое и клиническое, убедило меня в том, что в настоящее время психоанализу суждено произвести радикальное изменение точки зрения, с которой должны исследоваться все человеческие проблемы. Ранее преобладала *моральная точка зрения*: потребность контроля антисоциальных импульсов и выработки должным образом социализированных характеров посредством обучения и дисциплины, образования и религии, директивного руководства и главенства «разума» и ценности духовной жизни. *Эта моральная точка зрения релевантна там, где существует хорошо развитая и интегрированная «самость», где базисная сила эго делает «человека» способным к принятию моральной ответственности и к социальному обучению.*

Когда Фрейд в 1880-х гг. начал изучать психоневроз с точки зрения психологии и постепенно создал психоанализ, он понял, что сталкивается с проблемами, которые одновременно вовлекают в свою орбиту как вопросы морального характера, так и болезнь. С тех пор не прекращаются сомнения, где и как их разграничивать. Эта проблема недвусмысленно выражалась вопросом: «Действительно ли больны невротики или же они эгоистичны?» Начав с изучения истерии, психоанализ в свой первый великий творческий период детально проанализировал моральный и псевдоморальный (или патологически моральный) уровень человеческого опыта, область контроля сексуальных импульсов и агрессии, направленных антисоциально, порождающих вину и приводящих к обсессивному неврозу и депрессии.

Однако сам успех Фрейда в решении этой задачи открыл путь к более глубокому и более примитивному уровню нашей психической жизни, обозначаемому термином «шизоидная проблема». Эта проблема еще далеко не окончательно изучена, однако ясно, что она включает в себя фундаментально иную точку зрения, отличную от морального подхода. Предположение, что индивид обладает достаточной силой, чтобы быть в состоянии отвечать на зов моральных ценностей, а его характер поддается обучению и тренировке, не объясняет те затруднения, которые мы видим у шизоидных индивидов, так как они находятся в совершенно иной ситуации. Здесь мы сталкиваемся с огромной проблемой, состоящей в том, что основы для роста адекватной «самости» отсутствовали в младенчестве. Мы имеем дело с индивидами, которые, сколь бы тщательно ни обучались «взрослым» социальным и моральным обязательствам и ценностям на сознательном уровне их личности в повседневной жизни, неспособны удерживаться на этом уровне, потому что бессознательные пласты их личности находятся на доморальном уровне инфантильного страха, эго-слабости и бегства от жизни.

Мне повезло, что на последнем курсе обучения я впервые познакомился с психоанализом в классе профессора Флюгеля в Университетском колледже Лондона и смог понять, что именно здесь осуществился пионерский прорыв в изучении человека. И в это же время изучал направления философии и теологии, в которых основной акцент был сделан на природе и значимости личности как «целого», человек рассматривался главным образом как «личность» и лишь затем как «организм». Дни викторианского «научного материализма» в философии были в прошлом. Однако акцент Фрейда на влечениях и механизмах и заметно выраженный физикалистский аспект его подхода породили научную теорию, которую Фэйрберн позднее назвал «атомистической». Впоследствии этот метод исследования был назван «психоанализом». Во всем этом, как мне казалось, отсутствовал главный ключ к человеческим проблемам, потому что исследование не начиналось с основного — а именно, с восприятия человеком себя в качестве значимого и осмысленного «целого», которое мы называем «личностью».

С тех пор психоанализ последовательно изменялся в этом направлении, но не отошел от фрейдовского подхода. Не было никакого другого подхода, способного к глубинному и детальному обнаружению того, что же в действительности происходит в человеческой

психике. В течение длительного времени две вышеупомянутые точки зрения определяли мое мышление. Я не считал, что Адлер с его акцентом на «воле к власти» со стороны эго или даже Юнг с его теорией «индивидуации» способствовали адекватному примирению этих двух различных подходов к человеку. Мне казалось, что Фрейд пошел по верному пути и что лишь при движении в этом направлении может быть найден ответ на данный вопрос. В настоящее время очевидно, что подход к человеку как к «целостной личности», т.е. эго-психология, вырос из первоначального психобиологического подхода Фрейда и что сам Фрейд дал первый толчок этому направлению. Последствия такого развития для психотерапии, а также для философии и этики, нуждаются в прояснении. Данная книга является попыткой представить мои мысли по данному вопросу, которые расширяют пределы достигнутого в моей предыдущей книге.

Один из вопросов общего характера состоит в том, что в настоящее время у нас есть способы ясной и простой дифференциации между психическим заболеванием и моральным падением. Психическое заболевание проистекает от разрушительных воздействий раннего страха и базисной слабости эго, с последующей неспособностью справляться с жизнью каким-либо иным образом, помимо опасного состояния тревожности. Теоретически аморальное поведение имеет место у достаточно стабильного индивида, раннее воспитание которого снабдило его плохими ценностями и стандартами поведения или же последующие жизненные переживания вызвали ослабление чувства ответственности по отношению к другим людям и поворот к заботе о себе и своих интересах. Он не обязательно является человеком, страдающим глубоко укоренившимися страхами. Однако мы вынуждены признать, что слишком часто незрелость развития и глубоко укорененные страхи являются скрытыми и от них защищаются путем принятия аморального и даже криминального образа жизни. Поэтому эти два компонента по-прежнему трудно разграничить; хотя с открытием шизоидной проблемы мы можем лучше их увидеть. Различие между заболеванием и аморальностью становится ясным, если мы воспользуемся точкой зрения Винникотта, что бесполезно внушать «принципы, в которые следует верить», если ребенок не развил «способность к вере», через веру в человеческую любовь.

Мне остается выразить особую признательность В.Р.Д. Фэйрберну и Д.В. Винникотту. Их работа, вместе с материалом, предостав-

ляемым моими пациентами, послужила основным стимулом для моего мышления, результатом которого стала эта книга. Если она поможет направить внимание на данную базисную проблему психотерапии, то она достигнет своей цели. До настоящего времени, хотя психоанализ добился более значительных терапевтических результатов, чем это склонны допускать его критики, сами аналитики никогда не были ими удовлетворены. Они никогда не учили, что психоанализ приносит быстрые и легко достижимые результаты. Тем временем, однако, психодинамическое исследование продвигалось вперед шаг за шагом, к центральной проблеме неудачи формирования сильного эго в раннем младенчестве, сохранения наполненной страхом и изолированной (или регрессировавшей) инфантильной «самости» в глубинах бессознательного, и даже к нереализованным потенциальным возможностям личности, о которых никогда не вспоминалось. *Возрождение и повторный рост утраченной живой основы личности является основной проблемой психотерапии – проблемы, которая решается в настоящее время.*

В первой части данной книги я представляю описание клинической картины шизоидной личности и ее проблем с минимальным теоретическим обсуждением. Часть вторая может рассматриваться как продолжение и завершение моей книги 1961 года. В ней развиваются теоретические осмысление проблем шизоидной личности. В третьей части делается попытка понимания природы и причин первичной неудачи развития эго, которая подводит к четвертой части, где я попытался исследовать влияние этого вопроса на психотерапию. Необходимость отчетливо показать, что психодинамическая теория вышла за пределы первоначальной классической теории контроля со стороны суперэго, вины и депрессии, подтверждается тем, что авторы недавно вышедших книг, по-видимому, совершенно не знают об этом. Я недавно получил информацию о двух книгах, опубликованных в Америке. В «*Психоаналитической теории мотивации*» Уолтера Томана (адъюнкт-профессор, университет Брандеса) основное содержание книги, представленное в «Концептуальном введении», излагается следующим образом: «Психологические силы; контроль желаний, производные желания... депривация желаний; защитные механизмы; агрессия; суперэго». Здесь представлена старая «моральная психология», но при этом нет ни малейшего намека, что порождающие тревогу базисные конфлик-

ты у людей связаны не с «удовлетворением желаний», а с пугающей борьбой за сохранение собственного существования в качестве подлинных индивидов. Книга О. Хобарта Моурера «Кризис в психиатрии и религии» (профессор, занимающийся только исследовательской работой, университет Иллинойса) анонсируется издателями следующим образом:

«Автор провел глубокое исследование причин неудач как религии, так и профессиональной психиатрии в их попытках трактовки проблем психических и эмоциональных расстройств. Он утверждает, что вина, которая лежит в основе психологического дистресса, является реальной и должна приниматься как таковая, для того чтобы какая-либо терапия достигала благотворных результатов».

Конечно, вина является реальным переживанием и должна приниматься в расчет, и не будет достигнуто никакого терапевтического результата, если не будет прояснено чувство вины. Однако я надеюсь, что в данной книге будет убедительно опровергнута идея о том, что «вина лежит в основе психологического дистресса». *Патологическая вина* является, как мы увидим, борьбой за сохранение объектных отношений, защитой от дезинтеграции эго и таким состоянием психики, которое предпочтительнее разрушения непреодолимыми страхами. Ядром психологического дистресса является просто элементарный страх, безотносительно к тому, в какой мере он трансформируется в вину: страх приносит с собой чувство слабости и неспособности справиться с жизнью; страх овладевает психикой до такой степени, что не может начаться «переживание эго». Как писал Х.В. Дикс еще в 1939 году,

«...каждый пациент с психическим заболеванием был более напуган, чем он мог это выдержать, когда был ребенком, и дефекты в его психической структуре представляют собой храбрые попытки смягчить это непереносимое чувство посредством неадекватных средств, находящихся в его распоряжении» (*Клинические исследования в психопатологии*, с. 234).

Я рад подтвердить здесь, что именно профессор психиатрии Дикс в 1946 г. познакомил меня с работой Фэйрберна, увлек психотерапевтической деятельностью, и своим широким взглядом на

психиатрические проблемы в большей мере повлиял на направление моего мышления, чем я мог понять в то время. Его акцент на человеческой природе как «личности» подкрепил мое предшествующее обучение «философии человеческих отношений» у профессора Джона Мамюррея и подготовил меня к пониманию теоретической и клинической работы Фэйрберна и Винникотта. Теоретические результаты этой деятельности кратко изложены на с. 418-434 книги «*Структура личности и человеческое взаимодействие*».

Данная книга, как упоминалось выше, основана на сериях статей, в которых я продолжаю исследование импликаций вышеописанных идей для психотерапии, на основе собранного мною клинического материала. Первой из них была статья «Слабость эго и сущность проблемы психотерапии» (1960), за которой последовали «Шизоидная проблема, регрессия и борьба за сохранение эго» (1961), «Маниакально-депрессивная проблема в свете шизоидного процесса» (1962), «Шизоидный компромисс и психотерапевтический тупик» (1962) и «Психодинамическая теория и проблема психотерапии» (1963). Такой порядок представляет скорее хронологическое, нежели логическое развитие идей. Теперь я считаю, что будет лучше по-новому организовать этот материал в попытке логической презентации темы шизоидной проблемы и психотерапии. Материал вышеупомянутых статей будет поэтому использован в измененном виде в данной книге и, как я надеюсь, подходящим образом. Это ведет к некоторым повторам, которых не было бы, если бы я написал книгу *заново*, и к чему, я надеюсь, читатель сможет отнестись снисходительно. То, что получилось, по моему мнению, более полезно, чем просто сборник статей.

Этот результат убедил меня в том, что теперь необходимо прояснить «теорию объектных отношений» и «концепцию психодинамической науки», которую она подразумевает, выходя за пределы моей книги 1961 года, в свете трудов Винникотта за последние десять лет; а также тщательно сравнивая различные типы «эго-теории», разработанные соответственно Хайнцем Хартманном и сторонниками теории «объектных отношений». Хотя это, в действительности, достаточно большая тема, которая могла бы составить отдельную книгу, она тоже не может не затрагиваться и рассматривается в пятой части данной книги.

ЧАСТЬ 1

КЛИНИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ ШИЗОИДНОЙ ЛИЧНОСТИ

I. ШИЗОИДНАЯ ЛИЧНОСТЬ И ВНЕШНИЙ МИР¹

Мой интерес к проблемам шизоидной личности существенно возрос в 1948 году, когда изучение работ В.Р.Д. Фэйрберна, стимулирующих мое развитие, совпало с поступлением в клиническое отделение Лидского факультета психиатрии ряда заметно выраженных шизоидных пациентов. Я более подробно описал эту ситуацию в четвертой главе. Первым результатом стало мое исследование созданной Фэйрберном теории реакции шизоидной личности на клиническом материале и в ходе моего анализа у Фэйрберна. Данное исследование является естественной отправной точкой всего научного изыскания.

Состояние шизоидной личности

Картина запертого индивида

Психотерапевта должны серьезно беспокоить те состояния психики, в которых пациенты становятся эмоционально недоступными, когда пациент присутствует физически, но не психически. Одна пациентка сказала: «Мне кажется, что меня здесь нет», — как если бы пришло ее тело, но сама она при этом отсутствовала. Она описала аналогичное состояние, испытанное во время прогулки со знакомым молодым человеком. Тогда она тоже почувствовала усталость, подавленность, неспособность вести беседу и прокомментировала это следующим образом: «Я испытала состояние, аналогичное тому, когда я пришла сюда: мне казалось, что меня здесь нет». Ее реакция на еду была похожей. Она предвкушала прием вкусной пищи, но когда начинала есть, то чувствовала потерю аппетита, как если бы она не имела с едой ничего общего.

Одной пациентке приснилось:

¹ Эта глава является переработанной версией статьи «Исследование в теории Фэйрберна реакций шизоидной личности», *Brit.J. med. Psychol.*, 25 (1952).

«Мой муж и я пришли вас навестить, и он объяснил мне, что меня здесь нет, так как меня перед этим уже положили в больницу».

Жалобы на чувство отрезанности, запертости, несоприкасаемости, отчужденности или необычности, когда вещи не находятся в фокусе внимания или кажутся нереальными, когда нет чувства единения с другими людьми, или на жизненную опустошенность, с падением интереса, когда все кажется тщетным и бессмысленным, все они различным образом описывают данное состояние психики. Пациенты обычно называют его «депрессией», но оно лишено тяжелого, мрачного внутреннего чувства скорби, гнева и вины, которые нетрудно различить в классической депрессии. Депрессия, в действительности, чаще направлена вовне и связана с невозможностью выразить свой гнев по поводу внешних объектов. Вышеописанные состояния скорее представляют собой «шизоидные состояния». Они явно интровертированы. Депрессия связана с объектами. Шизоидная личность отказалась от объектов, хотя все еще нуждается в них.

Внешние связи, по всей видимости, опустошаются массивным отводом реальной либидинальной самости, нашего либидинального интереса, от внешнего мира. Эффективная психическая деятельность исчезает в скрытом внутреннем мире; сознательное эго пациента лишается витального чувства и действия, и становится как бы нереальным. Вы можете улавливать проблески интенсивной деятельности, совершающейся во внутреннем мире, через сновидения и фантазии, однако сознательное эго пациента просто сообщает об этих явлениях, как если бы оно было нейтральным наблюдателем, лично не вовлеченным в эту внутреннюю драму. Отношение к внешнему миру точно такое же: *невовлеченность и отчужденное наблюдение без какого-либо чувства*, как если бы газетный репортер описывал событие, которое ему лично неинтересно и вызывает скуку. Такая деятельность может казаться механической. Когда развивается шизоидное состояние, сознательное эго, по-видимому, находится в состоянии бесчувствия между двумя мирами, внутренним и внешним, и не имеет каких-либо реальных взаимоотношений ни с одним из них. Оно диктует эмоциональное

бездействие на основании собственной невовлеченности в эффективную деятельность.

Эти шизоидные состояния могут чередоваться с депрессией и временами с ней смешиваться, так что проявляются как шизоидные, так и депрессивные признаки. Они бывают разных степеней интенсивности, варьируя от скоропреходящих настроений во время сессии до состояний, которые продолжаются в течение длительного периода времени, что демонстрирует специфические шизоидные черты.

Пример пациентки, описывающей себя как пребывающую в депрессии, когда она в действительности была шизоидом, может быть здесь полезен. Она начала сессию следующими словами: «Я нахожусь в крайней депрессии. Я просто сижу и не могу встать с кресла. Будущее пусто, я не вижу в нем никакой цели. Я чувствую ужасную скуку и хочу больших изменений. Я чувствую безнадежность, покорность, отсутствие выхода, тупик. Хотелось бы мне знать, как я смогу передвигаться и справлюсь с данным состоянием». (Аналитик: «Ваше решение состоит в том, чтобы все заглушить, ничего не чувствовать, отказаться от любых реальных эмоциональных взаимоотношений с людьми и просто механически “делать дела”, быть роботом».) Ее реакция ясно высветила шизоидную черту: «Да, мне все безразлично, я ничего не замечаю. Затем я чувствую тревогу, поняв, что так себя вести опасно. Если я не заставляю себя что-либо делать, то просто сижу, не испытывая ни тревоги, ни какой-либо заинтересованности». (Аналитик: «Таковы ваши реакции и в ходе анализа по отношению ко мне: не поддаваться воздействию, не быть чем-либо взволнованной, не реагировать на меня».) Ее ответ: «Если бы я что-либо испытывала, то ощутила бы крайнее раздражение в ваш адрес. Я ненавижу вас и питаю к вам отвращение за то, что вы заставляете меня переживать подобные чувства. Чем более я втягиваюсь в отношения с вами, тем большей дурой, которой наносят тайный вред, я себя чувствую».

Простой факт присутствия аналитика как другого человека, с которым ей приходилось быть эмоционально искренней, т.е. выражать то, что она действительно чувствовала, вызвал у нее эмоциональный кризис, с которым она могла справиться, лишь *уничтожив данные взаимоотношения*. Поэтому ее главной защитой от тревоги было решение не вступать в эмоциональный контакт, быть

недоступной и держать всех на расстоянии. Однажды она сказала: «Я скорее стану ненавидеть, чем любить вас», однако ее настрой был еще более фатальным. Она не могла ни любить, ни ненавидеть, она вообще не могла ничего чувствовать, и внешне на сессиях часто казалась ленивой, испытывающей скуку, занимающей позицию невмешательства.

Такова проблема, которую мы пытаемся понять. *Шизоидное состояние заключается, в первую очередь, в попытке аннулировать внешние объектные отношения и жить отчужденно и отстраненно.* Что же действительно происходит с этими пациентами и почему? Это не возникающая в ходе лечения проблема. Она проходит через всю их жизнь.

Жизнь во внутреннем мире

(а) Потребность в объектных и внутренних объектных отношениях

Теория объектных отношений Фэйрберна была создана в ходе исследования им проблем шизоидных личностей и проливает много света на «жизнь внутри себя» шизоида. Он установил, что целью либидо индивида является не удовольствие или просто субъективное удовлетворение, а сам объект. Фэйрберн утверждает: «Удовольствие — это указатель на объект» (1952а, р. 33). В основе человеческой природы лежит наше либидинальное влечение к хорошим объектным взаимоотношениям. Ключевой биологической формулой является приспособление организма к внешней среде. Ключевой психологической формулой является взаимосвязь человека с человеческим окружением. *Значимость человеческой жизни заключается в объектных отношениях, и лишь в этой связи можно сказать, что наша жизнь обладает смыслом, ибо без объектных отношений само эго человека не может развиваться.*

Проблемы шизоида занимают довольно специфическое место в этой области. Тревога побуждает шизоида отрезать себя от всех объектных отношений. Наши потребности, страхи, фрустрации, негодования и тревоги в неизбежном поиске хороших объектов являются предметом психопатологии, потому что это — реальные жизненные проблемы. Когда трудности в установлении и сохранении хороших объектных отношений слишком явно выражены

и человеческие отношения сопровождаются чрезмерной тревогой и конфликтами, часто прилагаются отчаянные усилия по отрицанию и устранению этой базисной потребности. Люди замыкаются в себе, с головой погружаются в безличную работу, в той мере, в какой это возможно, устраняют отношения с реальными людьми, посвящают свое время абстракциям, идеалам, теориям, организациям и так далее. Эти маневры не могут быть удачными и всегда заканчиваются катастрофой, так как представляют собой попытку отрицания самой нашей природы. Ясное дело, мы не можем вести себя подобным образом и оставаться здоровыми.

Чем больше люди отрезают себя от человеческих взаимоотношений во внешнем мире, тем более они погружаются в эмоционально заряженные фантазийные объектные отношения в своем внутреннем психическом мире; крайним пределом является состояние психотика, живущего исключительно в своем внутреннем мире. Однако это все еще мир объектных отношений. Мы конституционально не способны жить изолированно. Реальная утрата всех объектов будет эквивалентна психической смерти.

Так, молодая девятнадцатилетняя женщина, которая была хроническим агорафобиком и испытывала серьезные приступы деперсонализации, если выходила из дома даже с членами своей семьи, рассказывает: «Я испытала сильный приступ клаустрофобии в большом магазине и хотела выбежать наружу». Оказалось, что в действительности она чувствовала себя подавленной и беспомощной посреди большой толпы покупателей, и, прежде чем она испытала панику, у нее возник немедленный и произвольный шизоидный уход. Она сказала: «Я внезапно ощутила отсутствие контакта с кем-либо и с чем-либо вокруг меня и почувствовала, что исчезаю посреди всего, что меня окружает». Отсюда понятна ее агорафобия. Она чувствовала себя подавленной миром вне дома и «утрачивала себя».

Карен Хорни (1945) говорит: «Неврозы порождаются расстройствами в человеческих взаимоотношениях». Однако Хорни высказывает данное суждение лишь с точки зрения отношений к внешним объектам на сознательном уровне. Плохие внешние взаимоотношения в младенчестве приводят к развитию менее очевидной опасности, к попытке ухода и продолжения жизни во внутреннем психическом мире, вытесненном мире интернализированных психических объектов, плохих объектов и «плохих объектных

ситуаций». Что является здесь новым, так это теория внутренних объектов, развитая Мелани Кляйн и Фэйрберном, и то, что Фэйрберн ставит в центр внимания объектные отношения, а не инстинктивные импульсы. Именно объект является реальной целью либидинального влечения. Мы ищем людей, а не удовольствий. Не импульсы являются психическими сущностями, а реакции эго на объекты. Невозможно понять шизоидную проблему без использования теории внутреннего мира интернализированных объектов и интернализированных объектных отношений Мелани Кляйн и выводов из этой теории, разработанных Фэйрберном. Так как эта метапсихология все еще не принята или, возможно, даже не понята всеми аналитиками и психотерапевтами, полезно рассказать о ней здесь как можно более простым языком.

То, что подразумевается под миром интернализированных объектов, может быть представлено следующим образом: в некотором смысле мы весь наш жизненный опыт и события сохраняем в нашей психике. Если бы мы этого не делали, то утратили бы всякую связь с нашим прошлым, были бы способны лишь к жизни от мгновения к мгновению подобно бабочкам, перепархивающим с цветка на цветок, и никакие взаимоотношения или переживания не имели бы для нас какой-либо долговременной значимости. Таким образом, в некотором смысле все в нашей жизни психически интернализировано, сохранено и внутренне находится в нашем владении; такова наша единственная защита от утраты непрерывности в жизни, мучительный пример чего мы видим у человека, утратившего память и на сознательном уровне лишившегося своих корней.

Однако события психически интернализуются и сохраняются двумя различными способами, которые мы называем соответственно *память* и *внутренние объекты*. Бион в своих трудах недавно акцентировал на этом внимание. Хорошие объекты являются в первую очередь психически интернализированными и сохраненными лишь как воспоминания. Они постоянно приносят радость; опыт взаимодействия с ними приносит удовлетворение и не порождает никаких проблем, он способствует хорошему развитию эго и впоследствии вспоминается с удовольствием. В случае продолжения хорошего объектного взаимоотношения особой значимости, как-то: с родителем или партнером в браке — мы имеем воспоминания о счастливом прошлом и уверенность в обладании

хорошим объектом в реальности в настоящем и будущем. Здесь нет никакой причины для появления интернализированных объектов. Внешний опыт достаточен для удовлетворения наших потребностей. В данном пункте Фэйрберн расходится с Мелани Кляйн. В первую очередь он считает, что «хорошие объекты» не нуждаются в интернализации в какой-либо иной форме, чем «воспоминание», хотя такое воспоминание должно включать в себя переживание безопасного обладания данным взаимоотношением.

Объекты интернализуются более радикальным образом лишь тогда, когда взаимоотношения превращаются в плохую объектную ситуацию через, скажем, изменение объекта или его смерть. Когда кто-то, в ком мы нуждаемся и кого любим, перестает нас любить, или же ведет себя таким образом, который воспринимается нами как прекращение любви, или же уходит из нашей жизни, умирает, т.е. бросает нас, такой человек становится, в эмоциональном, либидинальном смысле, плохим объектом. Подобные чувства испытывает ребенок, когда мать отказывается давать ему свою грудь, отнимает его от груди, или же сердита, нетерпелива и сурова по отношению к нему, или же когда она временно или длительно отсутствует из-за болезни, или же постоянно отсутствует по причине своей смерти: подобные чувства также имеют место, когда тот человек, в котором мы нуждаемся, является эмоционально отстраненным, равнодушным и невосприимчивым. Все это переживается как фрустрация самой важной из всех наших потребностей, как отвержение или как преследование и нападки. Затем утраченный объект, который теперь становится «плохим объектом», психически интернализуется в намного более витальном и фундаментальном смысле, чем воспоминание. На языке Биона, плохие переживания не могут быть *переварены* и поглощены; они остаются инородными объектами, которые психика пытается спроецировать вовне. Люди, потерявшие близкого человека, даже многие годы спустя после его смерти часто видят яркие сны, в которых он все еще жив. В одном анализе обнаружилось, что пациенту, всю жизнь страдающему страхом умирания, постоянно снились мертвые люди в гробах. В одном сновидении лежащая в гробу фигура находилась за занавесками и он постоянно о ней думал в то время, когда был занят приятной работой. Фатальная внутренняя притягательность и привязанность к мертвому человеку несла ему угрозу и актуальный страх умира-

ния. Мертвый человек был его отцом, которого он действительно видел в гробу. Другому пациенту приснился страшный сон, в котором мать была на него в ярости, спустя двенадцать лет после ее смерти. *Внутренний психический мир* (см. Ривьер, 1952, с. 26 и Хайманн, 1951) копирует первоначальную фрустрирующую ситуацию, несчастный мир, в котором человек привязан к плохим объектам и поэтому всегда чувствует себя фрустрированным, голодным, сердитым и виновным, а также глубоко встревоженным, с постоянным искушением искать кратковременное облегчение в проекции своего внутреннего мира на внешний мир.

Интернализуются именно плохие объекты, потому что мы не можем принять их «плохость»; мы пытаемся избавиться от них во внешней реальности и все же не можем их бросить, не можем оставить их одних; мы не можем совладать с ними и контролировать их во внешней реальности, и поэтому продолжаем борьбу за обладание ими, за их изменение в хорошие объекты в нашем внутреннем психическом мире. Однако они никогда не изменяются. В нашем внутреннем бессознательном мире, где мы вытесняем и прячем под замок в очень ранний период жизни наши первоначальные плохие объекты, они всегда остаются отвергающими, индифферентными или враждебными по отношению к нам согласно нашему текущему внешнему опыту. Необходимо подчеркнуть, что эти интернализованные объекты не являются просто фантазиями. Ребенок эмоционально отождествляет себя со своими объектами, и, когда он ментально их инкорпорирует, он идентифицирует себя с ними, и они становятся неотъемлемой частью психической структуры его личности. Те фантазии, в которых внутренние объекты обнаруживают для сознания свое существование, являются продуктом патологических психических структур, которые образуют интернализованные объекты. Объекты лишь интернализуются позднее таким радикальным образом в слиянии с уже существующими внутренними объектными структурами. Во взрослой жизни ситуации внешней реальности бессознательно интерпретируются в свете этих ситуаций, продолжающих существовать в бессознательной, внутренней и чисто психической реальности. Мы живем во внешнем мире с эмоциями, порожденными во внутреннем мире. Значительная часть психопатологической проблемы состоит в следующем: как люди ведут себя со своими интернализованными плохими объектами, до какой степени они отождествляют себя с ними и

как они осложняют отношения с внешними объектами? Все время значим именно объект, внешний или внутренний, а не удовольствие.

(б) Психодинамические движущие силы внутреннего мира

Исходя из этой точки зрения, Фэйрберн переработал теорию психозов и психоневрозов. Согласно ортодоксальному подходу Фрейда—Абрахама, эти болезни вызваны задержками либидинального развития в точках фиксации в первые пять лет жизни: шизофрения — на стадии орального сосания, маниакально-депрессивный психоз — на стадии орального кусания, паранойя — на ранней анальной стадии, obsessions — на поздней анальной стадии; и истерия — на фаллической или на ранней генитальной стадиях. Фэйрберн предложил совершенно иной подход, основанный не на природе либидинальных импульсов, а на природе взаимоотношений с внутренними плохими объектами. Принимая теорию депрессивной позиции Мелани Кляйн, он утверждал, что шизоидное и депрессивное состояния являются двумя фундаментальными типами реакции на интернализированные плохие объектные отношения, двумя базисными, основными опасностями, которых следует избегать, и что они порождаются трудностями, переживаемыми в объектных отношениях на оральной стадии абсолютной инфантильной зависимости. Он рассматривает паранойю, obsessions, истерию и фобии в качестве четырех различных защитных способов совладания с интернализированными плохими объектами, чтобы предотвратить возврат в депрессивное или шизоидное состояние психики. Это делает понятным тот факт, что пациенты, в действительности, все время повторяют параноидальные, obsessive, истерические и фобические реакции, даже если у того или иного пациента преимущественно используется какой-то один из этих способов защиты. Психоневрозы являются, в своей основе, защитой против интернализированных плохих объектных ситуаций, которые в противном случае вызвали бы депрессивное или шизоидное состояние; хотя эти ситуации обычно реактивируются вследствие плохой внешней ситуации.

Поэтому в лечении требуется помочь пациенту порвать с этими неудовлетворительными способами защиты, которые никогда не приводят к решению проблемы, а также помочь пациенту набраться храбрости для понимания, что скрывается за этой борь-

бой с интернализированными плохими объектами; другими словами, пойти на риск возврата в базисные плохие объектные ситуации, в которых, как чувствуют пациенты, они впадают в ту или иную из двух первичных психических опасностей: в депрессию или в шизоидную утрату аффекта в своей сознательной самости. Естественно, депрессивное и шизоидное состояния постоянно развиваются в сознании с различной степенью тяжести, несмотря на защиты эго.

(в) Депрессивные и шизоидные реакции

Природу этих двух возникающих в конечном счете опасных ситуаций можно описать просто. Когда вы хотите любви от человека, который не дает ее вам и поэтому становится для вас плохим объектом, вы можете реагировать одним из двух или сразу двумя способами. Вы можете преисполниться ярости в связи с данной фрустрацией и предпринять агрессивные нападки на плохой объект, чтобы принудить его стать хорошим и перестать вас фрустрировать — подобно маленькому ребенку, который не может получить от матери то, что он хочет, вскипает от гнева и бросается на нее с кулачками. Такова проблема *ненависти, или рассерженной любви*. Она вызывает агрессию к враждебному, отвергающему, активно отказывающему плохому объекту. Она ведет к *депрессии*, ибо возбуждает страх, что твоя ненависть разрушит того самого человека, которого ты любишь и в котором нуждаешься, страх, который перерастает в вину.

Однако возможна более ранняя и более глубокая реакция. Когда вы не можете получить то, что хотите, от человека, в котором нуждаетесь, тогда вместо того, чтобы рассердиться, вы можете болезненно страстно желать полного обладания объектом вашей любви. Фэйрберн пришел к точке зрения (1941), что *любовный голод* — это *шизоидная* проблема и что она пробуждает ужасный страх, что ваша любовь стала столь жадной и собственнической, что теперь деструктивна. Депрессия появляется от страха оскорбленной любви, могущей перерасти в ненависть, — появляется, чтобы объект любви не был разрушен вашей ненавистью. Шизоидная отчужденность является страхом любви, чтобы объект любви не был разрушен вашей любовью или потребностью в любви, что было бы намного хуже. Мы увидим, что данное положение дает нам не очень много для понимания шизоидной проблемы, хотя и является

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru