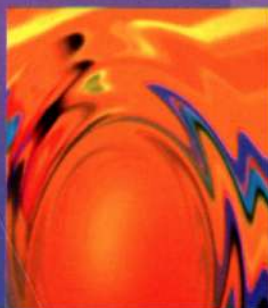


ПСИХОТЕРАПИЯ
НА ПРАКТИКЕ

Г. Аммон

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

- ПРИЧИНЫ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ
- ИСТОРИИ БОЛЕЗНЕЙ
И ИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ
ПРОЦЕСС



РЕЧЬ

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В книге Г. Аммона представлена оригинальная концепция возникновения психосоматических заболеваний. Теоретический материал подкреплён детальными описаниями историй болезни и ходом терапии психосоматических пациентов...

Описания представленных историй болезни — это увлекательное и захватывающее путешествие в сложный и трагический внутренний мир больного человека и его лечения.

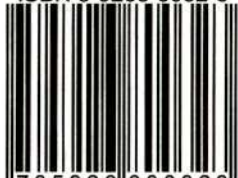
Труд Г. Аммона является важным для каждого специалиста.

В.Д. Вид

Профессор, доктор медицинских наук.



ISBN 5-9268-0032-3



9 785926 800323



РЕЧЬ

Санкт-Петербург
2000

Гюнтер Аммон. Психосоматическая терапия. - СПб.: Изд-во «Речь», 2000. - 238 стр.

В книге Г. Аммона представлена оригинальная теоретическая концепция психодинамических механизмов возникновения психосоматических заболеваний. Теоретический материал подкреплен детальными описаниями историй болезни и ходом терапии психосоматических пациентов, проводившейся в клинике под руководством автора. Описания представленных им историй болезни вполне доступны и непрофессиональному читателю. Это увлекательное и захватывающее путешествие в сложный и трагический внутренний мир больного человека. Концепция происхождения психосоматических заболеваний является обобщением опыта двадцатилетней терапевтической работы автора с данным контингентом больных.

© Издательство «Речь», 2000.
© Вид В. Д. (перевод и научная редакция), 2000
© Борозенец П. В. (оформление), 2000
© Аммон Г.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

ПРЕДИСЛОВИЕ

В книге Г. Аммона представлена оригинальная теоретическая концепция психодинамических механизмов возникновения психосоматических заболеваний. Теоретический материал подкреплён детальными описаниями историй болезни и ходом терапии психосоматических пациентов, проводившейся в клинике под руководством автора. Концепция происхождения психосоматических заболеваний является обобщением опыта двадцатилетней терапевтической работы автора с данным контингентом больных.

Теоретические построения Г. Аммона являются шагом вперед в развитии психоанализа по сравнению с концепциями природы психосоматических заболеваний, выдвигавшимися в первой половине столетия. Психосоматическая реакция понимается автором не как результат вытеснения инстинктивных побуждений, а как следствие нарушенного взаимодействия с окружающими, сформированного в раннем периоде жизни больного, закреплённого в дефицитарных функциях его личности и манифестирующего во взрослом возрасте под действием социальных стрессоров. Отход от ортодоксальной индивидуально-психологической модели психосоматических расстройств, господствовавшей в психоанализе многие десятилетия, радикально меняет лечебную тактику в работе с такими больными. На первый план выходят групповые методы терапии, позволяющие добиться более стойкого эффекта у больных, представлявшихся ранее резистентными.

Излагая свои революционные для того времени взгляды, Г. Аммон критикует не только основоположника психоанализа, но и многих его последователей. При этом он остается в рамках классических традиций научной дискуссии, ибо прекрасно знаком с работами тех, кому оппонирует. Настоящий труд можно считать прекрасным компендиумом по мировым исследованиям в области психоаналитической психосоматики. Его авторский стиль чужд догматизма и псевдонаучной сухости. Описания представленных им историй болезни вполне доступны и непрофессиональному читателю. Это увлекательное и захватывающее путешествие в сложный и трагический внутренний мир больного человека.

В середине 70-х годов, когда Г. Аммон впервые сформулировал свои мысли о происхождении психосоматических заболеваний, медицина того времени оказалась неготовой к их восприятию. Психоаналитикам ревизия классических положений Фрейда (Freud) казалась тогда слишком радикальной; психиатры и интернисты вообще отказывались признать участие психологи-

ческих факторов в генезе соматических заболеваний. Сейчас, много лет спустя, психоаналитикам уже ясно, какую огромную роль играет социальное измерение в формировании интрапсихической патологии, а психиатры и интернисты уже не сомневаются в необходимости использования психотерапии для лечения психосоматических заболеваний. Труд Г. Аммона является уже классическим. Его можно отнести к тем классическим работам, которые не утратили своей актуальности, и сейчас оставаясь вполне современными.

Проф., д. м. н. *В. Д. Вид*

ГЛАВА 1

К психоаналитической теории психосоматических заболеваний

С понятиями психосоматика и психосоматическая медицина мы связываем сегодня много разных значений и направлений исследований, которые неоднородны и не согласованы между собой в постановке проблем и методах исследования. В сравнении с экспериментальной психофизиологией, развиваемой в настоящее время на основе фундаментальных работ Клода Бернара, Павлова, Кэннона, прежде всего в рамках так называемого учения о стрессе, а также с эпидемиологическими исследованиями социальной медицины, которая в качестве «социосоматики» (Н. Schaefer, 1966) движется в направлении изучения социальной обусловленности возникновения и течения заболеваний, психоанализ, или психоаналитическая психосоматика, занимает пока довольно небольшое место.

Представляется бесспорным, что современная психосоматическая медицина, получившая свое развитие в последние полвека, немыслима без психоанализа. Она обязана психоанализу стимулом к систематическому изучению психосоматических взаимосвязей в процессе заболевания, а также целым рядом основополагающих концепций теории и практики, до сего дня остающихся исходным пунктом, основой психосоматики.

Но даже среди психоаналитиков отношение к психосоматической медицине сегодня не является однозначным. В то время как, например, Феликс Дейч (1922), которому психосоматическая медицина наряду с основополагающим научным вкладом обязана также своим названием, в начале двадцатых годов описал эту «малоизученную область» как «прикладной психоанализ в медицине» и еще десятилетия спустя придерживался мнения, что развитие психосоматической медицины дает возможность говорить о примирении психоанализа и медицины в рамках «психоаналитической медицины» (Deutsch, 1959). Виттковер (1960, 1965), будучи одним из пионеров психоаналитической психосоматики, считает, что эта эпоха психосоматической медицины сегодня уже уходит в историю. Он утверждает, что надежды, связывавшиеся с психоаналитической психосоматикой «как в отношении этиологии, так и терапии, оправдались не в полной мере, и предполагает, что «когда-нибудь на

арене психосоматической медицины будут господствовать физиологи, нейрофизиологи, биохимики, экспериментально ориентированные психиатры или другие специалисты» (цит. по P. B. Schneider, 1973).

В этом его убеждает развитие науки в Соединенных Штатах, где часть того, чем занимались психоаналитики, отошла к области внутренних болезней. На место долговременного клинического наблюдения в рамках психоаналитического лечения все чаще приходит психофизиологический или нейрофизиологический эксперимент в лаборатории, с помощью которого должны создаваться методики количественного изучения психофизиологических взаимосвязей, позволяющие «научно» подтвердить, пересмотреть или опровергнуть основные положения психоанализа.

Другие психоаналитики придерживаются противоположного мнения. Так, Кремериус (1957) считает, что Фрейд в своей теории либидо и развитии на этой основе учении о неврозах создал также и психофизическую концепцию, в которой убедительно показаны возможности психогенного возникновения соматических симптомов. Он считает, что психоаналитическое учение о неврозах явилось основой для развития психосоматической медицины.

Аналогична позиция Миттерлиха и де Бора (1973), которые полностью отделили психоаналитическую психосоматику как «понимающую психосматику» от психофизиологических направлений и указали на то, что психоаналитический метод, первоначально предложенный для терапии психоневрозов, может быть использован в поиске этиологии психосоматических заболеваний.

По мнению В. Уекскилла (1963), «психофизическая проблема» является центральной в психосоматической медицине. Хотя психоанализ не смог соединить физиологию и психологию, тем не менее он является фундаментом, на котором строится психосоматическая медицина.

Наконец Виктор фон Вейцдкер (1949), которому мы обязаны значительным вкладом в психосоматическую медицину, утверждает, что она должна существовать лишь как глубинно-психологическая дисциплина. Он сам, однако, в отличие от Кремериуса и Миттерлиха, считал, что традиционная психоаналитическая теория, сформулированная на основе исследования и лечения неврозов, не может решить проблему органических заболеваний. «Если от психоневроза перейти к органическому заболеванию, - пишет он, - то психоанализу надо сделать еще на один шаг навстречу реальности» (v. Weizsdcker, 1954). Он пытался дополнить и пересмотреть психоаналитическую теорию в рамках своей «медицинской антропологии».

Из приведенных цитат следует, что отношение психоанализа к проблеме психосоматических заболеваний неоднозначно, эта «неисследованная пограничная область» (Freud, 1932) и сейчас остается проблематичной, что во многом связано с возникновением различных психоаналитических школ с собственными исследовательскими подходами.

При этом проблема психосоматики с самого начала была центральной проблемой психоанализа, возникшего благодаря изучению психосоматического аспекта органической симптоматики истерии и невроза страха. Фрейд уже в первых работах по истерии и неврозу страха сформулировал обе психосоматические концепции, до настоящего времени остающиеся основой психосоматических исследований. Однако его позиция в вопросе исследования психосоматических механизмов и лечения этих расстройств всегда оставалась противоречивой.

С одной стороны, он многократно подчеркивал значение психоанализа в изучении психосоматических механизмов. Так, он говорит о том, что психоанализ позволяет «увидеть взаимосвязи психического и соматического» (Freud, 1923 а) и категорически утверждает: «Психоанализ никогда не забывает, что основой психического является соматика», хотя «заглянуть туда ему пока не удалось» (Freud, 1910).

Занимаясь, как это показывают Штраус (1955) и Кремериус (1957), всю жизнь проблемой отношений души и тела, Фрейд, тем не менее, в своей работе сознательно отказывался «переступить границу области физиологического исследования» (Freud, 1914a). Он подчеркивал, что «психическое лечение» ни в коем случае не является «лечением соматических проявлений душевной жизни», речь идет здесь о «лечении психических расстройств средствами, которые непосредственно воздействуют на психику человека» (Freud, 1905c). Он считал, что психоаналитическое лечение показано, кроме психоневротических расстройств, только при «всех соматических проявлениях истерии» (Freud, 1904).

Еще в 1932 году, когда его ученики давно уже вели систематическую разработку основных положений психосоматической медицины, он следующим образом выразился в своем письме к фон Вейцдкеру: «Мы обратили внимание на психогенные факторы органических заболеваний, однако психоанализ не может более интенсивно посвятить себя этой неисследованной пограничной области: из педагогических соображений я должен держать аналитиков на расстоянии от таких исследований, им следует учиться ограничивать себя психологическим образом мышления, так как иннервация, расширение сосудов, проводящие пути были бы для них слишком опасным искушением» (v. Weizsdcker, 1954).

Аналогичным образом высказывался Фрейд (1926) в своей работе «К вопросу о неврачебном анализе». Там он пишет, что врачи, обращающиеся к психологическим аспектам болезни, должны противостоять соблазну заигрывать с эндокринологией и автономной нервной системой там, где требуется определить психологические данные психологическими вспомогательными представлениями».

Здесь затрагивается проблема, в которой, с моей точки зрения, заложено противоречие, вкратце обрисованное в начале этой главы: проблема несовместимости психологических и физиологических исследований в области психосо-

матики. Речь идет о значении «психологических вспомогательных представлений» и «психологического образа мысли», которыми пользуется психоанализ в исследовании и лечении, и о вопросе, что должны означать полученные с помощью этих методов познания в сравнении с результатами, например, экспериментальной, «научно точной» психофизиологии. Иными словами, что же такое психоаналитическая психосоматика?

В развитии взглядов Фрейда и, следовательно, раннего психоанализа эта проблема получила обостренное выражение. Ее, как мне кажется, можно поэтому понять, изучая ход этого развития.

От психофизиологии к психоанализу

«Меня мучают два намерения, - писал Фрейд весной 1895 года своему берлинскому другу и коллеге Флису, - во-первых, посмотреть, как будет выглядеть учение о функционировании психики при введении количественных параметров, своего рода экономики нервной энергии, а во-вторых, выделить из психопатологии все то, что полезно для нормальной психологии». Ему хотелось, с одной стороны, на основе результатов, полученных при исследовании неврозов создать всеобъемлющую психодинамическую теорию личности, с другой же - интегрировать эту психодинамическую концепцию в систему представлений современной нейрофизиологии и невропатологии, в рамках которой сформировались его научные представления. Результатом разработки этой «психологии для невропатологов» («Эскиз психологии», Freud, 1895a) была попытка разрешить классическую «психофизическую проблему» на основе физиологии того времени.

Фрейд мучительно пытался создать «естественнонаучную психологию и представить психические процессы как количественно определенные состояния объективных материальных факторов», которыми, как он полагал, являются нейроны. Он конструировал сложную систему организации этих «факторов», чтобы объяснить психодинамические процессы, которые он наблюдал при истерии, неврозе страха и во сне, рассматривая их как функции физиологических механизмов. О результате он сообщил Флису: «Все кажется взаимосвязанным, колесики цепляются друг за друга, такое впечатление, что эта штука - действительно машина и вот-вот двинется сама собой».

Уже месяц спустя эта нейрофизиологическая «машина», в эскизе и описании которой во многом предугадываются программа и теория последовавшего за ней психоанализа, кажется Фрейду «бредовой шуткой». Он бросает «эскиз» и еще более погружается в свою клиническую работу - исследование и лечение «двух неврозов», стремясь, прежде всего, заполнить «психологические пустоты».

Три года спустя он пишет Флису: «Я... совершенно не склонен оставлять психическое в подвешенном состоянии без органической основы. Но кроме убежденности (в органической основе психических процессов. - Г. А.) у меня

ничего нет ни теоретически, ни терапевтически, и я поэтому вынужден вести себя так, как если бы передо мной было лишь психическое». Этим замечанием, которое Фрейд позднее многократно повторял, он в каком-то смысле подводит черту под своими усилиями естественнонаучного решения «психофизической проблемы». Решаясь «вести себя» так, как будто перед ним было лишь «психическое», он выходит за рамки медицины, которая понимает себя лишь как «прикладная естественная наука».

С другой стороны, Фрейд, как известно, сохранял принципиальную верность своим нейрофизиологическим истокам, поскольку всегда подчеркивал, что психологическая терминология психоанализа (не сами по себе психоаналитические открытия и познания) является временной и когда-нибудь будет заменена благодаря прогрессу в физиологии и биохимии. В этом смысле он никогда не порывал с традицией естественнонаучной медицины в духе школы Геймгольца, к которой принадлежал также его учитель Брик.

Бернфельд (1944) дал нам программное кредо этой школы. Оно звучит так: «Мы поклялись подтвердить ту истину, что в организме не действуют никакие другие силы, кроме общих физико-химических; что там, где до сих пор объяснение оказывалось недостаточным, должен физико-математическими методами вестись поиск их природы и действия в каждом конкретном случае, или же следует предположить существование новых сил того же порядка, что и физико-химические, присущих материи, которые всегда сводимы лишь к притягивающимся или отталкивающимся компонентам...»

Фрейд всегда чувствовал себя обязанным этому естественнонаучному императиву и поэтому называл «здание учения о психоанализе, которое мы создали», «надстройкой, которая когда-нибудь будет водружена на свой органический фундамент», сожалел о том, что «нам это пока еще не удалось» (Freud, 1916-1917).

Очевидно он все же считал, что в двадцатые и тридцатые годы было еще слишком рано «заигрывать с эндокринологией и автономной нервной системой», чтобы таким образом поставить надстройку психоанализа на его органический фундамент. Он видел в этом искушение, уступить которому означало бы отказаться от решающего шага психоанализа - исследования и лечения заболеваний на основе изучения бессознательного. Реинтеграция психоанализа в органическую медицину была бы в этом случае равнозначна отказу от основополагающих предпосылок для всякой психоаналитической теории и практики.

Решение Фрейда вести себя так, как если бы он имел дело только с психологией, было не просто прыжком из одной научной дисциплины в другую - из физиологии в психологию. И его надежда на то, что когда-нибудь познания психоанализа найдут адекватные физиологические и биохимические корреляты, ни в коем случае не означает, что он считал психоаналитические познания недостаточно серьезными с научной точки зрения.

По его мнению, физиология и биохимия должны добиться значительного прогресса, чтобы соответствовать тому шагу вперед, который был сделан психоанализом в исследовании и лечении психических и психосоматических заболеваний. Ибо этот шаг означал больше, чем смену физиологического подхода на психологический, «прикладной физиологии» на «прикладную психологию». Основные положения психоанализа произвели подлинную революцию в отношениях врача и больного, представлениях о патологическом процессе, целях и методах терапии.

Этот шаг проявился в переходе от техники гипноза к технике свободных ассоциаций. С введением нового метода возникла «психоаналитическая ситуация» как поле исследования и лечения психических и психосоматических заболеваний, и я хотел бы в нижеследующем экскурсе детальнее показать все, что связано с этим шагом в теории психоанализа в целом и психоаналитической психосоматики в частности.

«Психоаналитическая ситуация» как инструмент исследования и терапии

Вплоть до 1895 года Фрейд вместе с Брейром лечил больных истерией с помощью техники гипноза, позволявшей пациентам в гипнотическом состоянии с помощью «катарсического отреагирования» освободиться от «защемленного аффекта», лежавшего, с их точки зрения, в основе заболевания. Техника гипноза при этом давала врачу возможность заглянуть в бессознательные психодинамические процессы, что позволило Фрейду прийти к ставшей знаменитой формулировке: «Истерик страдает по большей части от воспоминаний», то есть от воспоминаний о психотравме, доступ которых к сознанию перекрыт психической защитой.

Фрейд должен был, однако, установить, что индуцированное пациенту состояние хоть и делает возможным отреагирование, но все же мешает осознанно воспринять высвобождающий катарсис. Катарсис не обеспечивает появления инсайта, скорее выступая вместо него, и поэтому не может быть интегрирован в бессознательные переживания и поведение. Использование гипноза дает возможность увидеть психодинамические конфликты и взаимосвязи, лежащие в основе симптома, оно привлекло внимание Фрейда к механизму психосоматической конверсии. Но сами пациенты в состоянии гипноза при этом, так сказать, отсутствовали, они не могли участвовать в этом открытии и извлечь для себя пользу из инсайта врача.

Используя гипноз и «катарсическое отреагирование», Фрейд ввел новую технику исследования и лечения истерических заболеваний, однако отношения врача и больного остались такими же, как и в традиционной медицине. Пациент подвергался гипнозу в качестве пассивного объекта, простого предмета приложения усилий врача, подобно тому, как это происходит при хирур-

гическом или фармакологическом вмешательстве. И эта роль объекта оказалась решающим препятствием в терапии.

С переходом к технике свободных ассоциаций Фрейд добился следующих изменений.

1. Требуя, чтобы больной сообщал все, что ему приходит в голову, невзирая на общественные условности и, возможно, без видимой связи с заболеванием, он позволил пациенту выйти из своей роли пассивного объекта и выступать как субъект, участник межличностного взаимодействия. Из предмета лечения он стал партнером врача, от которого требовалось активное участие в совместной терапевтической работе. При этом техника свободных ассоциаций позволяла обойти симптом пациента и, таким образом, получить доступ к динамике лежащих в основе симптома бессознательных конфликтов. Это путь, который, в отличие от гипноза, должен пройти не только врач, но и больной.

Лишь в рамках такой терапевтической ситуации, в которой пациент выступает не просто как носитель болезни или симптома, а как субъект и личность, становится возможным распознать в симптоме болезни нечто большее, чем повреждение обезличенных физиологических функциональных связей. Становится видно, что симптом представляет собой специфическую форму переживания и поведения пациентов.

2. Если симптом представляет собой поведение, то есть что-то, что пациент делает, даже если при этом не чувствует, что с ним происходит, то в терапии уже не может больше идти речь об устранении симптома вмешательством извне. Речь идет, следовательно, о том, чтобы связать ставшее патологическим поведение, его значение и функции со всей жизнью пациента и сделать их доступными переживанию и осознанию.

Тогда терапия уже не означает освобождение больного (понимаемого просто как носитель симптома) от этого симптома путем ампутации посредством хирургического или фармакологического вмешательства врача. Терапия становится анализом переживаний и поведения пациента с целью помочь ему осознать не осознававшиеся ранее конфликты и произвольные повторения поведения, определявшие его симптоматику. Она должна оказать ему поддержку в самостоятельном освобождении от этих бессознательных произвольных повторений через осознание.

3. В центре такой работы лежит анализ бессознательных психодинамических процессов, которые Фрейд открыл в рамках практического проведения психоанализа и обозначил как сопротивление и перенос. Сопротивление и перенос - понятия, обозначающие аспекты морбидного переживания и поведения. Фрейд постоянно подчеркивал центральное значение этих аспектов. Так, он писал: «...Проработка сопротивления может на практике стать тягостной задачей для больного и испытанием терпения врача. Но это - тот участок работы, который более всего в состоянии изменить состояние больного и отличает аналитическое лечение от всякой суггестии» (Freud, 1914b). Он писал

также Гродеку, не догматичному пионеру психоаналитически ориентированной психосоматики в Германии, что считает его «великолепным аналитиком», который «без потерь ухватил существо дела». «Кто признает, — продолжает он, — что перенос и сопротивление являются центральными осями лечения, тот окончательно относится к нашей армии» (Freud, 1917).

4. С введением техники свободных ассоциаций, сделавшей пациента субъектом и личностью в ситуации лечения, Фрейд удалось создать «межличностную лабораторию», в которой психодинамика симптома стала видна как динамика бессознательно детерминированного переживания и поведения пациента. Симптом появлялся уже не как чуждое личности расстройство, а напротив — как выражение расстройства центральных личностных структур, которые можно было увидеть в рамках терапии благодаря процессам переноса и сопротивления. Проработка сопротивления и переноса, к которым потом добавились регрессия и контрперенос как дальнейшие аспекты интрапсихического и межличностного взаимодействия в терапии, имела целью в первую очередь изменение личности благодаря освобождению от произвольных повторений поведения. Иными словами, речь шла уже не о лечении болезни, а о лечении больного.

С моей точки зрения, в этом — решающий вклад психоанализа в учение о болезни и практику терапии вообще. В психоаналитической ситуации врач противостоит не симптому или расстройству, а больному, переживания и поведение которого определяются бессознательными психическими механизмами, получившими вторичную патологическую автономность. Следовательно, движущей силой лечения являются те аспекты патологических переживаний и поведения, центральные динамические функции которых целесообразно используются и теоретически осмысливаются в «межличностной лаборатории» психоаналитической терапии, а именно — в психодинамическом процессе переноса и сопротивления.

5. Если переживаниям и поведению пациента и динамике его бессознательного придается такое большое значение как проблеме и движущей силе психоаналитической терапии, то это одновременно означает, что переживания и поведение врача и его бессознательная динамика также становятся значимыми. Так как пациент перестает быть пассивным объектом лечебной процедуры, врач не может уже оставаться дистанцированным наблюдателем физиологических, биохимических или психологических процессов. Он должен стать участником психической динамики пациента. Ибо не только личность пациента, но и личность врача становится участником интерперсонального терапевтического процесса. Таким образом, становится возможным выйти за границы «медицинской модели» (Huber, 1972), лечения, суженного до «естественной прикладной науки». Виктор фон Вейцдкер (1954) так охарактеризовал этот шаг, благодаря которому в медицинскую практику и научные исследования были введены личности как больного, так и врача: «Эта медицинская

психология (так он говорит о психоанализе. — Г. А.) не спрашивала, что делает больной, она спрашивала его — кто ты? И тот, кто задавал такой вопрос, должен был одновременно спросить себя — кто я?»

Дистанцированный наблюдатель становится участвующим; медицинский биотехник, действия которого были направлены на устранение нарушений обезличенных жизненных процессов, становится терапевтическим помощником, сопровождающим пациента во взаимодействии с жизненным кризисом, в котором врач в этой функции участвует так же непосредственно, то есть как личность.

Собственно, врач был таким издавна. Франц Александер (1950), выдающийся пионер, расширивший границы психоанализа в сферу его пограничных областей — психиатрии и органической медицины, также указывал на то, что психоанализ, по сути, представляет собой не что иное, как ставшее наукой «врачебное искусство» обращения с пациентом. В этом смысле он обозначил психоаналитический метод исследования отношений врача и больного как своего рода «психологический микроскоп», который должен дополнить микроскопы физиолога и патогистолога.

Однако мне хотелось бы добавить, что в этот «психологический микроскоп» может смотреть не дистанцированный, а лишь участвующий наблюдатель, который сознает, что сам активно участвует в исследуемом им процессе и всегда видит себя, или, еще точнее, что он лишь тогда может распознать, что происходит в пациенте, когда изучает, что происходит в его взаимодействии с пациентом.

6. Если же взаимодействие между пациентом и врачом является решающим полем исследования, то и активное поведение врача в его функции участвующего наблюдателя или наблюдающего участника переживаний и поведения пациента должно стать центральным инструментом терапии и исследования. Не только пациенту предлагают вести себя специфическим образом — например, свободно ассоциировать в случае терапии неврозов, но и врач реагирует во взаимодействии с больным специфическими формами активного поведения.

При терапии неврозов врач следует так называемому основному правилу, то есть его активное поведение в значительной мере состоит в расслабленном внимании, с которым он выслушивает больного, и в его вербальных интерпретациях, являющихся также вмешательствами, то есть активным поведением на специфическом уровне взаимодействия с пациентом. Так называемое правило абстиненции, предписывающее врачу не подыгрывать больному в его поведении, то есть не удовлетворять патологические потребности пациента, также определяет форму активного поведения врача. Даже когда врач, например, молчит и прежде всего слушает, он уже является чем-то большим, чем участвующий наблюдатель и так называемый экран для отражения переноса.

7. Врач должен также уметь проявить пациенту свое соучастие не просто как наблюдатель его симптомов, но скорее напротив - как участник усилий пациента, направленных к освобождению от непроизвольного повторения поведения. Это означает, что поведение врача не должно следовать ритуализированному стереотипу, что он, напротив, должен иметь активную установку на выявление специфической структуры и динамики конфликта своего пациента, чтобы выяснить, в чем и как может быть достигнуто решение. Эта проблема особенно часто возникает в лечении психосоматических больных.

В психоаналитической терапии психозов и пограничного синдрома, то есть пациентов, симптоматика которых располагается в широкой пограничной области между психозом и неврозом, поведение врача также должно меняться. Целью его поведения, однако, в каждом случае остается одно и то же, а именно - создание такой психоаналитической ситуации как «межличностная лаборатория». Эта «лаборатория» возникает не потому, что пациент и врач располагаются в одном помещении и ведут себя там по определенным правилам, она создается в тот момент, когда пациент сможет ощутить себя как субъект и личность в отношениях с врачом и тем самым включиться в качестве партнера в процесс совместной терапевтической работы.

Отсюда следует, что психоаналитическая ситуация и поведение врача могут быть весьма различными, в зависимости от того, как структурированы конфликтная ситуация, лежащая в основе данного заболевания, и бессознательная динамика пациента. Так, в психоаналитической терапии психозов, например, интерпретации поведения больного воспринимаются им скорее не как выражение участия со стороны врача, а напротив - по большей части как отвержение. Врач должен здесь скорее пытаться наладить общение с пациентом своими прямыми, по большей части невербальными реакциями на проблемы больного. Как в психоаналитической терапии неврозов, так и в аналитической терапии психозов (обе формы включены в единый спектр психоаналитического лечения) именно поведение психоаналитика делает возможным появление «межличностной лаборатории» и образует центральный инструмент для лечебной и исследовательской работы в целом.

Анна Фрейд сказала однажды, что аналитик может делать в терапии все, что хочет, пока знает, что делает. Я хотел бы добавить, что врач, прежде всего, должен знать, что он всегда что-то делает, даже когда, например, ничего не делает. Это относится также и к пациенту, который всегда что-то переживает и что-то делает. Его проблема как раз в том и состоит, что он это не осознает и поэтому не может сознательно воспринимать, распознавать и формировать свое поведение.

8. На основании этого задача психоаналитической терапии может быть обозначена следующим образом. Ее цель - создание и развитие (благодаря специфическому поведению врача) межличностной ситуации, в которой связь врача с поведением и переживанием больного дает пациенту возможность

распознать бессознательную последовательность его поведения и переживаний или, в случае тяжелых психических заболеваний, вообще увидеть эту последовательность.

С моей точки зрения, из этой особой предпосылки психоанализа, а именно - исследования поведения пациента с помощью поведения врача, вытекает особое научно-теоретическое место психоаналитической теории. Ее основа, сама психоаналитическая теория, всегда представляет собой сплав лечения и исследования. Она является в этом смысле «лечебной наукой». Ее теоретический понятийный аппарат служит лишь тому, чтобы сделать понятным, что на самом деле происходит в терапевтической ситуации, во взаимодействии между аналитиком и пациентом, что переживает больной, как он ведет себя и как врач реагирует на это своим поведением и переживаниями.

9. Развитие психоаналитической теории от работы З. Фрейда «О психическом механизме истерических феноменов» 1893 года и «Эскизе психологии» 1895 года через «Толкование сновидений» 1900-го и метапсихологические работы 1905-1926 годов вплоть до развития новой психологии Я в связи с психоаналитическим изучением групп в рамках моей школы (Ammon, 1970a, 1972a, 1973a, 1973b) может рассматриваться как цепь попыток добиться все большего соответствия теоретических концепций психоанализа реальности терапевтического процесса и сформулировать рабочие гипотезы, которые позволили бы осуществлять целенаправленное и осмысленное терапевтическое вмешательство и сделали возможным учиться на том, что делается. При этом к расширению и дифференцированию теории вели расширение и дифференцирование области терапевтической практики, так что можно сказать: теоретический инструментальный лечебной науки психоанализа может расти и обогащаться лишь в той мере, в какой удастся расширить границы психоанализа в терапевтической практике (Ammon, 1974).

Из того факта, что психоанализ как лечебная наука может развиваться лишь за счет дальнейшего расширения и дифференцирования ситуаций и методов лечения (если не хочет потерять собственную основу), следует и научно-теоретическое положение и постановка проблем психоаналитической психосоматики.

10. Психоаналитическая психосоматика не претендует на объяснение психосоматических механизмов здоровья и болезни. Ее усилия по исследованию и лечению психосоматических заболеваний происходят не на уровне классической проблемы души и тела, которая постоянно обозначается как центральная проблема психосоматической медицины. Так, Фрейд, например, дважды высказывался о проблеме души и тела, хотя и мельком, в «Эскизе» 1985 года. Он всегда настаивал на том, что благодаря открытию динамики бессознательного и развитию психоанализа как объективного метода изучения этой динамики классический вопрос о связи души и тела стал излишним, поскольку он обойден новыми постановками вопросов в психоанализе.

Таким образом он представлял себе проблему дуализма души и тела, а также «универсального монизма» (ср. Deutsch, 1959), хотя и не был склонен теоретически абсолютизировать их. Ибо проблема души и тела предстает в психоаналитической психосоматике не как теоретическая, а как теоретико-практическая проблема. В анализе больного, который сам является предметом изучения, речь идет не столько о том, чтобы объяснить связь и взаимодействие психического и соматического, сколько о том, чтобы представить себе, что понимает пациент во взаимодействии с врачом, как он ведет себя, и какую функцию выполняет в этой связи психосоматическое симптоматическое поведение.

11. Фрейд имеет в виду изучение этих взаимосвязей в отношениях врача и больного, когда говорит о том, что врач, заинтересованный в психологии болезни, должен ограничить себя «психологическим образом мысли» и «психологическими вспомогательными представлениями», или когда он в другой работе подчеркивает, что психоанализ имеет целью и осуществляет «ничто иное, как раскрытие бессознательного в душевной жизни» (Freud, 1916-1917). Ибо новое знание, ставшее доступным благодаря открытию и изучению динамики бессознательного во всех человеческих жизненных процессах, состоит именно в том, что все моменты и факторы этих жизненных процессов могут быть поняты как компоненты детерминированного бессознательными силами динамического континуума переживаний и поведения, что они находятся между собой в смысловой взаимосвязи, которая может быть исследована, понята и подвергнута коррекции с помощью психоанализа.

При этом Фрейд всегда справедливо отказывался определить природу психических процессов и объяснить их взаимодействие с соматическими. Он говорил, что о природе психики может сказать так же мало, как физик о природе электричества (Freud, 1938), а о психоанализе, исследующем психику, он говорил, что «его можно как науку охарактеризовать не материалом, на который он воздействует, а используемой им техникой» (Freud, 1916-1917). То же безоговорочно справедливо и для психоаналитической психосоматики.

Я хотел бы заключить этот короткий экскурс об учении, о болезнях и о терапевтической стратегии психоанализа, развившихся на основе открытия «психоаналитической ситуации», коротким примером, который может проиллюстрировать, о чем идет речь. Манфред Пфланц (1972), которому мы обязаны рядом выдающихся исследований по социальной медицине и эпидемиологии, в работе о диагностических и терапевтических проблемах гипертонической болезни обнаружил кое-что, проливающее свет на проблему разрыва между медицинской теорией и терапевтической практикой.

Он установил, что во всех странах с «высоким медицинским стандартом» в среднем выявлено 50 % всех гипертоников, но достаточное лечение получают лишь 25 %. Из этих 25 % более половины прекращают лечение в течение первого года. Пфланц предполагает, что причиной этого очевидного

дефекта медицинского/обслуживания является структура личности гипертоников и неспособность врачей соответствовать этой личностной структуре. У чрезмерно адаптированных, но латентно агрессивных больных гипертонией зависимость, в особенности от авторитарных врачей, вызывает тревогу, часто побуждающую их спустя короткое время прекратить лечение. То есть не возникает того контакта между врачом и пациентом, который сделал бы возможным лечение гипертонии на основе устойчивого взаимодействия.

Пфланц видит в этом пример того, что он называет «технологической брешью», зияющей между диагностическими и терапевтическими возможностями современной медицины и ее применением во врачебном обслуживании населения. Эта «технологическая брешь», с моей точки зрения, является не столько проблемой простого «применения» созданного естественными медицинскими исследованиями технологически-терапевтической инвентария. Здесь речь идет о личностях врача и больного, о поведении и переживаниях партнера в терапевтической ситуации, в первую очередь в ходе противодействия психосоматическому расстройству *par excellence*. И здесь, с моей точки зрения, находится отправной пункт психоаналитической психосоматики, которая в отсутствии коммуникативного взаимодействия между врачом и больным видит не только «технологическую брешь», но скорее проблему и рабочий уровень терапии и исследования. Иными словами, психоаналитическая психосоматика представляет собой не науку, которая «прилагается» к лечению органически больных, а собственно «науку лечения органически больных».

Истерическая конверсия

Отправным пунктом психоанализа и современной психосоматической медицины является открытие психической этиологии истерических заболеваний. Фрейд (1983, 1895b) и Брейр нашли, что психические и органические симптомы их пациентов, которые не удавалось обосновать органическими поражениями, теряли свою иррациональность и непонятность в тот момент, когда удавалось связать их функцию с биографией и жизненной ситуацией пациента. Они предполагали «существование скрытых, бессознательных» или «тайных» мотивов везде, где распознавался «прыжок», переход к морбидному поведению.

Так Фрейд (1894) писал: «У анализированных мной больных психическое здоровье сохранялось до момента наступления непереносимости в мире их представлений, то есть пока какое-то переживание, представление или ощущение не вызывало такой болезненный аффект в их Я, что личность предпочитала забыть о нем, потому что не находила сил разрешить противоречие этого непереносимого представления со своим Я и его мыслительной работой».

Этот «прыжок» в психическом поведении он назвал конверсией, предполагая при этом прыжок «из психики в соматическую иннервацию». Он утверждал: «При истерии происходит обезвреживание непереносимого для большого представления путем перевода нарастающего возбуждения в соматические процессы, для чего я хотел бы предложить термин конверсия» (Freud, 1894).

Фрейд не рассчитывал объяснить своей концепцией конверсии прыжок из психики в соматику. Он обозначил его как «таинственный», считая, что «наше понимание никогда не будет в состоянии последовать за этим прыжком» (Freud, 1909). Для него было важнее сделать конверсию распознаваемой в качестве специфической формы поведения. Он понимал соматический симптом, например, истерический паралич, как представительство одного или нескольких «несовместимых представлений». Их движущим мотивом являлись открытые им позднее, ставшие бессознательными инстинктивные желания инфантильной сексуальности (Freud, 1905a). «Обезвреживание» представлений, осуществлявшееся за счет превращения суммы их возбуждения в соматические процессы, представлялось как частный случай невротического, то есть неполного вытеснения.

Фрейд (1894) предполагал, что эту особую форму защиты от бессознательных инстинктивных побуждений делает возможной особая предрасположенность, «способность к конверсии». Это представление он позже развил в концепциях «соматической реакции» (Freud, 1905b) и «дополнительного ряда» (Freud, 1905a). Конверсию осуществляет Я, благодаря ей становясь свободным от противоречий, то есть освобождаясь от конфликта с бессознательными инстинктивными импульсами. Можно сказать, что концепция конверсии Фрейда в известном смысле стала прототипом концепции невротического вытеснения вообще, и мы увидим, что направление в психоаналитической психосоматике, вышедшее из разработки модели конверсии, в существенной мере развивается в рамках классического психоаналитического учения о неврозах.

«Эквивалент приступа тревоги»

Одновременно с моделью конверсии в ходе исследования так называемого невроза тревоги Фрейд сформулировал вторую концепцию психосоматического возникновения симптомов, радикально отличавшуюся от конверсии (Freud, 1895c).

Он обнаружил, что такие органические симптомы, как расстройства сердечной деятельности, дыхания, приступы потливости, дрожи, приступообразный голод, понос, головокружение, сужение сосудов и парестезия, сопровождают приступ тревоги в качестве «эквивалентов приступа тревоги» или как «ларвированные состояния тревоги» и часто полностью заменяют его. При этом он нашел, что тревога больных с неврозом тревоги, в отличие от тревоги при истерии и неврозе навязчивости, «не редуцируется при психологическом

анализе» и «недоступна психотерапии». Он заключил из этого, что эта тревога не может быть следствием «вытесненного представления», и, следовательно, невозможен «психический сброс». Он полагал, что базисным механизмом невроза тревоги и его органической симптоматики «является отклонение соматического сексуального возбуждения от психики и вызываемое таким образом патологическое использование этого возбуждения».

Органический симптом появляется здесь как результат отклонения соматического возбуждения, которому, так сказать, воспрещается допуск в психику в то время, как при истерической конверсии органический симптом появляется как следствие вытеснения психического возбуждения в соматику, причем Фрейд подчеркивает, что речь идет о «вызванном конфликтом» психическом возбуждении. В обоих случаях причиной «возникновения патологических соматических процессов» является «психическая недостаточность, возникающая в месте психической переработки отклонения возбуждения в соматику».

Разница все же является значительной. При истерической конверсии органический симптом является частью содержания психических представлений, которые сами являются результатом психической работы, в то время как конверсия сама является психическим действием, а именно специфической формой вытеснения. При «эквиваленте приступа тревоги» органический симптом служит не для представления возникшего в результате психической работы психического содержания. В данном случае скорее блокируется допуск в психику нежелательного соматического возбуждения, которое реагирует на это формированием органических симптомов.

Фрейд заключил из этого, что здесь психические процессы не происходят. По его мнению, «симптомы актуального невроза (к которому Фрейд с 1898 года относил невроз тревоги и так называемую неврастению. - Г. А.) - спазмы и головные боли, состояние органного раздражения, ослабление или торможение функций - не имеют смысла, психического значения». Он считал эти «ларвированные состояния тревоги» соматическими проявлениями, «при возникновении которых отпадают все сложные психические процессы, ставшие нам известными» (Freud, 1916-1917). Исходя из этого, он считал психоаналитическое лечение и исследование этих расстройств малоперспективным. Он заключает: «Проблема актуальных неврозов... не дает психоанализу опорных пунктов, он дает мало для их понимания и должен предоставить эту задачу биомедицинскому исследованию» (Freud, 1916-1917).

Его ученики, как известно, придерживались иного мнения, и психоаналитическая психосоматика смогла сделать значительный вклад в понимание этих расстройств по двум направлениям - за счет расширения модели конверсии и дальнейшего развития концепции эквивалентов. Однако, прежде чем я представлю эти направления по отдельности, я хотел бы вкратце резюмировать постановку проблемы, решавшейся Фрейдом и изложенной в его обеих психоаналитических концепциях.

Психосоматический симптом как симптоматическое поведение

С помощью обеих концепций - истерической конверсии и органического эквивалента тревожных состояний - Фрейд определяет функцию и значение «патологических соматических процессов» в переживаниях и поведении больного. Центральный вопрос о соответствии одной из концепций состоит не в том, может ли организм стать сценой психического конфликта, а в том, почему психический конфликт выступает, так сказать, в органическом костюме, когда на этой сцене разыгрываются психические расстройства. При этом Фрейд находит следующее различие.

В процессе психоаналитической терапии истерический конверсионный симптом предстает в рамках межличностного взаимодействия носителем психического содержания, он выражает психическое переживание, которое позже возможно истолковать как ставший бессознательным конфликт между инстинктивной потребностью и защитой Я. В этом смысле он кажется просто образцом невротического симптома, выражением компромисса между вытесненным инстинктивным желанием и защитой Я. Симптом - выражение отраженного представления и отражающей психической силы, как и все невротические компромиссные образования, носит символический характер. Поэтому он в принципе может быть понят в рамках психоаналитической терапии и переведен на язык сознания и сознательного поведения, то есть реинтегрирован. Этот перевод возможен потому, что в основе симптома уже находится найденное и описанное психическое содержание в форме вытесненного представления, даже если речь идет о представлении, которое в ходе регрессии к ранним ступеням развития инстинкта приняло снопоподобный характер благодаря первично-процессуальной динамике бессознательного.

Органическая симптоматика так называемых актуальных неврозов, напротив, является, как установил Фрейд, эквивалентом состояния недифференцированной тревоги, которая кажется «недоступной психотерапии», поскольку ее нельзя связать с вытесненным представлением. Органический симптом здесь является не соматическим выражением обусловленного конфликтом расстройства психической деятельности, он скорее показывает, что психическая деятельность не происходит вовсе.

Фрейд понимает эту группу симптомов как «суррогат не происшедшего специфического действия», необходимый для сброса сексуального возбуждения, накопившегося благодаря соматическому источнику. Оно не может произойти, поскольку не происходит «психической подготовки» для «специфического или адекватного действия» в виде предварительного переключения сексуальной энергии. В то время как при конверсии конфликтное нарушение этой «психической подготовки» ведет к тому, что вместо сознательного действия выступает конверсионный истерический симптом, представляющий ос-

тающееся бессознательным желание, органическая симптоматика «ларвированной тревоги» при неврозе тревоги показывает, что не сформировано и психическое представление о действии.

Поэтому Фрейд причисляет конверсию к вытеснению, а соматический эквивалент тревоги - к более примитивному защитному механизму проекции. Общим для обеих концепций является то, что органическая симптоматика рассматривается не как простое нарушение физиологических функциональных связей, а как следствие основного расстройства переживаний и поведения. Однако различие состоит в том, что при конверсионной симптоматике это нарушение восходит к бессознательному психическому конфликту между инстинктивным желанием и защитой Я, в то время как причиной органической симптоматики актуального невроза, как предполагает Фрейд, является несостоявшийся психический конфликт. Как мы заметили, Фрейд обнаружил это различие на основе своего терапевтического опыта. Поэтому оно имеет значение прежде всего для терапевтической техники.

Психосоматический симптом истерических пациентов как симптоматическое поведение Фрейд обнаружил в ходе психоаналитической терапии неврозов, так как он смог заметить и исследовать лежащий в основе конфликт с помощью свободных ассоциаций пациента. В рамках этой работы он узнал, что «прыжок из психики в соматику» представляет собой лишь особую форму проявления «прыжка» в психическом поведении. При актуальном неврозе техника, разработанная для лечения и исследования истерии, не срабатывала, поскольку с помощью психоанализа того времени в органическом симптоме было невозможно обнаружить поведение, лежащее в основе конфликта.

На основании этого Фрейд сделал вывод, которого придерживался до конца жизни, что психоанализ неадекватен в лечении этих расстройств, и адресовал решение этого вопроса «биомедицинскому исследованию». Лишь когда на основе расширения и дифференцирования психоаналитических методов лечения и исследования удалось распознавать в органической симптоматике эквивалент тревоги симптоматическое поведение, стала возможной разработка новых лечебных подходов, приведшая к значительному изменению психоанализа в целом.

Проблема, проявившаяся благодаря разделению Фрейдом конверсии и эквивалентов и составившая существо психоаналитической психосоматики, состоит в том, что, хотя с помощью техники свободных ассоциаций и открытия «межличностной лаборатории» психоаналитической ситуации Фрейд превратил отношения врача и больного в поле исследования, что позволило ему расшифровывать символический язык конверсионных симптомов, однако он не смог распознать значение эквивалентов тревоги и предполагал поэтому, что эти органические проявления лишены какого-то психологического смысла.

Теперь задачей стало выявление ситуаций, в которых эта симптоматика могла быть истолкована как сообщение, как значимое поведение, подобно реп-

резентативным симптомам конверсионной истерии. Фрейд внес в решение этой задачи лишь косвенный, хотя и значительный вклад, прежде всего в рамках исследования нарциссизма и позднейших концепций психологии Я. Однако его основополагающие психосоматические концепции, сформулированные уже в ранних работах, ставят проблему, центральное значение которой стало ясным лишь в рамках позднейших исследований. Она заключается в разграничении конверсионных симптомов и эквивалента тревоги.

Вопрос о причине, по которой организм становится сценой симптомообразования, находит ответы, различные для обеих групп симптомов. При конверсионной истерии «соматическое вовлечение органов», имеющее как наследственный, так и онтогенетический аспекты, делает возможным символическое соматическое выражение психического конфликта. Эта специфическая «способность к конверсии», которую он обозначает также как «психофизическую способность к перемещению... больших величин (психического. - Г. А.) возбуждения в сферу соматики», делает возможным образование «сплава» психического содержания с органическим симптомом (Freud, 1894).

При неврозе тревоги Фрейд (1895с), напротив, не находит ничего подобного. И здесь он подчеркивает значение унаследованной конституции, но тут она имеет иной акцент. Вместо «способности к конверсии» он обнаруживает при неврозе тревоги «отчуждение соматики от психики», ведущее к тому, что вместо «психического содержания, с помощью которого соматическое возбуждение дифференцируется и артикулируется, на первый план выступает недифференцированная тревога», не допускающая, с точки зрения Фрейда, «психической разгрузки».

Изучение тревоги в рамках последних работ по психологии Я позволило обнаружить ее психическое происхождение и психодинамику «отчуждения соматики от психики» и показать, что эта форма отчуждения не задана генетически, а является психодинамически понятным результатом патогенных межличностных процессов и, следовательно, доступна коррекции с помощью адекватных психоаналитических методов.

В поиске соматического языка

Я хотел бы обратиться к работам пионеров психоаналитической психосоматики, которые на основе переработки обеих концепций Фрейда привели к пониманию и лечению психосоматических заболеваний. При этом для краткости я вынужден ограничиться лишь наиболее значимыми работами. Как мне кажется, в распространении психоанализа в сфере исследования и лечения органических заболеваний можно проследить два основных направления.

С одной стороны, есть попытки распространить концепцию истерической конверсии на «патологические соматические процессы», в которых Фрейд не находил «психического значения». С другой стороны, мы видим стремле-

ние к разрешению проблемы органической симптоматики путем расширения и дифференцирования концепции эквивалентов. Обоим направлениям мы обязаны большим вкладом в понимание психодинамики органических заболеваний. Они способствовали значительному дифференцированию первоначальных концепций.

Общий сдвиг постановки проблемы, в сторону изучения как конверсии, так и эквивалентов, произошел, в конце концов, благодаря развитию психоаналитической психологии Я, когда интерес все больше переключался от содержания симптомов к истории их возникновения. Вместо вопроса «что сообщает органический симптом?» встал вопрос «как он сформировался?».

На основе такой измененной постановки вопроса акцент в изучении психосоматических заболеваний неизбежно переместился на историю ранних объектных отношений, что, в конце концов, привело к признанию решающего значения бессознательных компонентов межличностных отношений в семье для генеза и динамики психосоматических заболеваний и к использованию этого в терапевтической работе. Начало психоаналитической психосоматики предопределено глубинно-психологической постановкой вопроса о бессознательном содержании органического симптома.

Психосоматический симптом как судьба инстинкта

Первое систематическое изложение психоаналитического лечения органического заболевания в строгом смысле слова дано, с моей точки зрения, Паулом Федерном (1913), который в сообщении о «примере перемещения либидо в ходе терапии» описывал лечение больного бронхиальной астмой. Он предположил в генезе соматического симптома либидинозную фиксацию в раннем детстве на дыхательной системе, причем обонятельная зона приобрела решающее значение при перемещении либидо как эrogenная.

При обсуждении сообщения Федерна Фрейд сам предложил отграничить описанное заболевание от истерической конверсии, понимая его как «истерическую фиксацию», при которой специфическая соматическая реакция делает органную систему в особенности чувствительной для фиксации либидинозного развития, предопределяя соматическое выражение возникающего в результате этого конфликта.

Организм как символ

Против сужения психодинамического рассмотрения областью неврозов выступил три года спустя Георг Гродек (1917), считавшийся тогда «диссидентом» психоанализа, в работе о «психической обусловленности и психоаналитическом лечении органических заболеваний». Гродек (у которого Фрейд позднее заимствовал термин Оно для сферы неосознаваемых инстинктов, недоступного центра

личности «в котором мы предполагаем наличие открытого выхода в соматику» (Freud, 1923b)) выдвинул в этой работе следующий тезис: «Я считаю глубоким заблуждением предполагать, что лишь истерик обладает даром делать себя больным с какой-либо целью; каждый человек обладает этой способностью, и каждый использует ее в объеме, который мы не вполне себе представляем». За проявлениями болезни он видел «глубоко скрытые шифры неизвестного Оно, не имеющего, с его точки зрения, ни определения, ни объяснения.

Это Оно, которым «живет» человек, использует для своих целей и решений как органические процессы, так и психическую динамику. Поэтому для Гродека не существует кардинальной противоположности между органическим и психическим процессами. Он в особенности указал на сходство динамики сновидений и органической симптоматики и сформулировал концепцию схождения генеза органических симптомов с формированием сновидений и невротических симптомов. Он утверждал, что «органические симптомы развиваются так же, как сновидения и невротические симптомы, что не существует принципиального различия между психическими и органическими процессами..., что Оно проявляет себя в большей мере то психическим, то органическим путем». Объяснить это при современном ему состоянии знания он считал невозможным: «Мы стоим здесь перед нерешенной пока загадкой».

Итак, Гродек расширяет концепцию истерической конверсии, видя в этом механизм, присущий вообще всем жизненным процессам. «Оно» находит при этом символическое выражение как психических, так и органических процессов. В этом смысле он говорит об «организме как символе».

Гродек, сам предстающий в своей автобиографии как «виртуоз конверсии», видит, однако, органическое заболевание не только как следствие и символическое выражение «глубоко скрытых решений неизвестного Оно». Он признает его функцию во взаимодействии с окружающим миром. Болезнь имеет задачу защитить больного, или же Оно, которым он «живет», - от непереносимых раздражителей. В связи со своей гипотезой защиты от раздражителей Гродек формулирует представление о тенденции бессознательного перекрывать доступ внутрь человека. «Что, тем не менее, все же вторгается, представляясь ядовитым для Оно, растворяется, обволакивается слизью и с плевок исторгается наружу, - замечает он относительно органических нарушений дыхательных путей. - Странно в этом процессе то, - продолжает он - что бессознательное приравняет друг к другу и одинаково обращается как с психическим, так и с соматическим вторжением». Эта мысль, как и другие наблюдения Гродека, сейчас получает особую значимость в свете новых психоаналитических исследований психологии Я и группы.

Вместо интрапсихического конфликта между инстинктивным побуждением и защитой Я, в котором Фрейд видит основу процесса конверсии, здесь выступает конфликт между недифференцированной психосоматической инстанцией и окружающим миром. Тем самым Гродек по существу отходит от

индивидуально-психологической постановки вопроса раннего психоанализа - шаг, в результате которого психическая структура рассматривается не дифференцированно. Это обстоятельство, с моей точки зрения, привело к тому, что его работы мало повлияли на дальнейшее развитие психосоматических исследований.

Фрейд, на что уже указывалось, все же весьма ценил Гродека, несмотря на недостатки его теоретической системы. Для него решающим было то, что Гродек рассматривал болезнь с точки зрения поведения личности, даже если это понималось лишь как символ Оно, а также то, что он понимал психоанализ прежде всего как метод психодинамического исследования и лечения болезней.

Соматический язык как «поток конверсии»

Чрезвычайно плодотворными оказались попытки Феликса Дейча (1922, 1924, 1926, 1933, 1939, 1949, 1953, 1959) расширить концепцию истерической конверсии в рамках психоаналитического учения о неврозах. На основе «наблюдений у постели органического больного», которые Дейч (1924) смог сделать в качестве интерниста одной из венских клиник, он пришел к представлению о том, что процессы конверсии «ни в коем случае не ограничиваются неврозами». Процессы конверсии «могут наблюдаться и при заболеваниях, сопровождаемых не только функциональными, но главным образом органическими нарушениями». Исследованием этих процессов он надеялся разъяснить «возможность... загадочного прыжка из психики в соматику». При этом он, однако, подчеркивал, что такое исследование «интересно скорее для интерниста, чем для психоаналитика». Психоанализ же, с его точки зрения, «не может ожидать более глубокого понимания симптомообразования» от этих исследований.

В своих работах он нигде не выходил за рамки психоаналитического учения о неврозах. Однако он внес существенный вклад в дифференцирование психоаналитического понимания генеза и динамики психосоматических заболеваний. Дейч (Deutsch, 1924) понимает процесс конверсии как постоянный, действующий в течение всей жизни, движимый общим непроизвольным стремлением к подавлению инстинктов, сопряженному с необходимостью постоянного сброса излишней инстинктивной энергии. Он утверждает, что «конверсии в определенных границах представляют собой необходимые формы психического выражения, ставшие необходимыми благодаря культуральным требованиям к человеку». В этом смысле процессы конверсии представляют собой необходимые формы реакций, направленных для поддержания здоровья и самочувствия.

В качестве примеров Дейч приводит, среди прочего, гиперемии лица, транзиторные цефалгии, потливость при возбуждении и типичные двигательные проявления, полагая, что все эти процессы конверсии, которые он называет «языком органики», служат «лишь для сброса застойного либидо, облом-

ков аффекта, накопление которых отягощает бессознательное». Нарушения этого постоянного процесса конверсии происходят тогда, когда вытесненные инстинктивные импульсы ведут к стойкой перегрузке органа или системы органов, отличающихся наименьшей сопротивляемостью в каждом конкретном случае или повышенной готовностью к заболеванию вследствие бессознательной идентификации со значимым лицом, имеющим заболевание этого органа. При этом Дейч (Deutsch, 1926) считал вероятным, что такая чрезмерная нагрузка органа энергией возбуждения вытесненного инстинкта происходит еще до манифестации соматических симптомов.

Сходным представляется ему механизм связи с органической симптоматикой при актуальном неврозе. Он предполагает, что чрезмерная нагрузка органов вытесненным либидо должна, наконец, вести к тому, что либидо отводится за счет сброса тревоги: «Высвобождение слишком большого количества тревоги сопровождается острыми расстройствами нагруженных либидо органов». В результате этого возникают приступообразные соматические расстройства. У здорового человека, напротив, постоянный процесс конверсии, который Дейч называет также «конверсионным потоком», обеспечивает «постоянное дробное разрушение тревоги, чрезвычайно необходимое» для поддержания здоровья.

Так, Дейч приходит к концепции «соматического языка», являющегося при здоровье и болезни выражением специфической конфигурации инстинкта и защиты Я и проявляющегося также в постоянном «конверсионном потоке». Но в то время, как в норме соматические симптомы «органического языка» являются «форпостами предсознания» и лишь «первыми признаками легко вербализуемого содержания сознания», в патологии «экспрессивная тенденция» соматических процессов отрезана от сознания для защиты от чрезмерно сильных вытесненных инстинктивных побуждений (Deutsch, 1926). С точки зрения концепции постоянного «конверсионного потока» органические симптомы предстают выражением невротических конфликтов так же, как и другие формы психических заболеваний. «В каждой органической болезни в малом масштабе разыгрывается невроз», – пишет он (Deutsch, 1933).

Тот факт, что место постоянной «дробной конверсии» занимает «внезапная» конверсия, он объясняет недостаточным вытеснением отраженных инстинктивных импульсов. При этом он предполагает, что «переход в соматику происходит потому, что расход психической энергии здесь менее значителен, чем при формировании невротических, неорганических симптомов» (Deutsch, 1922). Органические симптомы следует в целом понимать как предохранительные клапаны, обслуживающие защиту и сброс вытесненных инстинктивных побуждений.

«Можно даже утверждать, – полагает Дейч (Deutsch 1924), – что если бы не существовало органической патологии, то людям в гораздо большей степени стали бы угрожать неврозы. Ибо в ней поток конверсии находит свой бес-

сознательный выход, преграждаемый в здоровые времена какими-то препятствиями. Чем сильнее врывается поток конверсии в заболевание, тем тяжелее оно будет протекать».

Глобальное расширение модели конверсии на все органические симптомы ведет к смещению акцентов при постановке проблемы. Вопрос теперь не в том, почему психический конфликт предстает в форме органического расстройства, а в том, почему он проявляется по большей части не в форме органических заболеваний. Дейч снова и снова указывал на то, что каждая форма психического заболевания сопровождается специфическими изменениями соматического языка. Он считал, что в каждом анализе рано или поздно «соматика каким-то образом берет слово», и что «пациент всегда говорит на двойном языке – вербальном и соматическом» (Deutsch, 1926).

Он глубоко изучал этот соматический язык и его нарушения в целом ряде работ (Deutsch, 1949). При этом он понимает специфическую позу человека как отражение бессознательной картины его тела, основные черты которой приобретены в самом раннем детстве, то есть до начала развития речи ее форма обусловлена компромиссом между инстинктивными потребностями и защитой Я. Он указывает на то, что и в терапии невербальная экспрессия может выступать вместо вербального выражения конфликта, иногда предшествуя ему. При этом для Дейча соматический язык, в конечном счете, всегда является языком инстинкта. Роль Я в этом языке он ограничивает функцией защиты от инстинктивных проявлений. И позднее, подчеркивая аспект психологии Я в соматическом языке и генезе органических заболеваний, он придерживается этой точки зрения. Нарушения соматического языка, проявляющиеся в органическом симптоме, он сводит к тому, что вследствие органического повреждения, полученного в самом раннем детстве, возможно уже в пренатальном периоде, ослабляется и психическое представительство соматики, телесное Я, что приводит к недостаточной защите от инстинктов и создает предрасположенность затронутой системы органов к повышенной ранимости (Deutsch, 1953).

Позднее он предпринял попытку разработки функционального аспекта своей концепции «конверсионного потока». Он создал для этого теорию «символизации» как ступени формирования всех процессов конверсии (Deutsch, 1959). Термином «символизация» он обозначает при этом два связанных между собой процесса. Вместе с Фрейдом он предполагает, что чувство реальности является результатом проекции сенсорных телесных ощущений на внешние объекты. Этот процесс происходит тогда, когда ребенок воспринимает эти объекты как утраченные части собственного тела. Либидинозно нагруженные объекты вновь соединяются с телом благодаря «процессу ретроекции», а именно в форме либидинозной загрузки тех сенсорных восприятий собственного тела, которые первично были связаны с объектом. Формирование конверсионного симптома происходит, когда инстинктивные побуждения, в картине тела связанные с символизируемым объектом путем ретроекции, стано-

ваться слишком сильными и нарушают гармонию сил Оно, Я и Сверх-Я. При этом он предполагает, что обоим основным инстинктам, которые он вместе с Фрейдом (Freud, 1926) называет либидо и инстинкт смерти, должен соответствовать специфический для каждого конверсионный процесс. Саморазрушающую динамику психосоматического заболевания он объясняет в этом смысле инстинктивной деструкцией, направленной против собственного тела.

Приведенный здесь эскиз концепции Дейча может, с моей точки зрения, восприниматься в качестве парадигмы понимания соматического языка в рамках классической модели неврозов, а его нарушения - как выражения невротического конфликта между инстинктом и защитой Я. Органический симптом психосоматического заболевания предстает при этом так же, как невротический, главным образом как выражение специфической судьбы инстинктов, его общая основа - неизбежное стремление к подавлению инстинктов, а особая форма проявления определяется соматической предрасположенностью, заложенной органическим нарушением в самом раннем детстве или пренатальном периоде. Эта концепция, с моей точки зрения, в действительности лишь перемещает, а не решает сформулированную Фрейдом проблему качественного различия психодинамики актуальных неврозов и конверсионной симптоматики. Дейчу, правда, удастся с помощью его концепции соматического языка и «конверсионного потока» связать психодинамику соматики в целом со всеми формами ее нарушений. Вопрос о роли психических механизмов и структур в генезе симптомов остается все же неясным. Это в особенности заметно, когда ранние нарушения соматического Я, делающие возможной «психическую недостаточность» (Freud, 1895c) защиты от инстинкта и закладывающие предрасположенность к возникновению органического заболевания, он объясняет органическим заболеванием, возникновение которого содержит в себе всю проблему.

Относительно концепции символизированной конверсии, определяющей, с его точки зрения, самые ранние стадии психофизического развития, также остается неопределенным, какая инстанция психической структуры должна выполнять эту функцию. Он не исключает, что это - «рудиментарная функция Я», но не вполне уверен в этом (Deutsch, 1959).

Возникающая здесь проблема занимала еще Фрейда. При истерической конверсии он нашел вытесняющее Я и доступные формулированию представления, вытесненные в соматику. При актуальном же неврозе он не находил роли Я в появлении органического симптома, главным здесь, с его точки зрения, был недифференцированный, невыводимый из психики инстинкт. У Дейча это представление возвращается, поскольку он при органических заболеваниях также вводит психодинамически необъяснимую органическую причину и ограничивается психодинамическим исследованием ее последствий.

Однако в этом он решительным образом идет дальше Фрейда. Его концепция соматического языка, понимаемая им как континуум поведения и переживаний, включающий в себя весь опыт, полученный от собственного орга-

низма, преодолевает предпринятое Фрейдом проблематичное размежевание типов генеза органической симптоматики. Для Дейча не существует разделения органических симптомов на таковые с психическим значением и без него. Для него каждый соматический процесс всегда является и психическим, то есть он что-то говорит соматическим языком.

Эта концепция соматического языка, понимаемого как постоянный процесс, представляет, с моей точки зрения, решающий вклад, сделанный Дейчем. Он поднимает оба вопроса, которые имеют центральное значение для понимания и лечения психосоматических заболеваний: «кто говорит соматическим языком?» и «с кем говорит соматика?».

Хотя Дейч в своих ответах на эти вопросы, в конце концов, остается в индивидуально-психологических рамках традиционного психоанализа, все же своим указанием на значение расстройств соматического Я, теорией символизации и положением о роли невротизирующего окружения в генезе и фиксации симптомов он создал существенный задел для отхода от индивидуально-психологической модели конфликта между инстинктивным побуждением и защитой Я.

От концепции эквивалентов к «вегетативному неврозу»

Подлинным основателем современной психосоматической медицины по праву является Франц Александер. Мартин Гроттиан (1966) сказал однажды, что если Фрейд нарушил сон мира, то об Александре можно сказать, что он нарушил сон психиатров и психоаналитиков. При этом он имел в виду не только значительный вклад Александра в развитие «динамической психиатрии», то есть психиатрии на психоаналитической основе, но и его психосоматические исследования, благодаря которым психоаналитический институт в Чикаго под его руководством надолго стал научным центром нового направления. Александер в 1939 году вместе со своими сотрудниками основал журнал «Psychosomatic Medicine», создав тем самым необходимый форум для психосоматических исследований.

В то время как Феликс Дейч развивал свою концепцию соматического языка на пути расширения модели конверсии, Александер в своих исследованиях предложил противоположный путь. Он настаивает как раз на систематическом различении конверсионных феноменов от органических нарушений психосоматических заболеваний, понимаемых им как «вегетативные неврозы». Разделение обеих групп симптомов он обосновывает как психодинамически, так и физиологически.

Конверсионный симптом, утверждает он, представляет собой символическое выражение эмоционально нагруженного психологического содержания, попытку сброса эмоционального напряжения. Он разыгрывается на

уровнях сенсорной перцепции и произвольной мускулатуры, первичной функцией которых является выражение и снятие эмоциональных напряжений (Alexander, 1950).

Принципиально иным является «вегетативный невроз». Это, как утверждает Александер, как раз не попытка «выразить эмоцию», а скорее «физиологическая реакция вегетативных органов на стойкие или периодически повторяющиеся эмоциональные состояния». Александер иллюстрирует это ссылкой на то, что «повышение артериального давления... под действием гнева» не сбрасывает аффект, а является «физиологическим компонентом целостного феномена гнева». Точно так же «повышенная желудочная секреция под влиянием чувственно опосредованной потребности в пище представляет собой не выражение или сброс этих чувств», а следствие «адаптивной подготовки желудка к усвоению пищи». Общность конверсионного симптома и вегетативного невроза состоит лишь в том, что «оба являются реакциями на психологические раздражители». Психодинамически же и физиологически они «в корне различны» (Alexander, 1950).

Физиологически разница заключается в том, что истерические феномены локализируются в «произвольной моторике и сенсорной перцепции», в то время как связанные с «вегетативным неврозом» органические симптомы затрагивают органы, управляемые вегетативной нервной системой, «не обладающей прямой связью с мыслительными процессами». Психодинамически разница состоит в том, что при конверсионной истерии «эмоционально нагруженное» психическое содержание за счет психического механизма вытеснения не получает своего выражения или не отреагируется в действии, проявляясь и отреагируясь лишь символически, в симптоме. Соматика является здесь, так сказать, инструментом психического действия.

При вегетативном неврозе, напротив, органический симптом не служит символическим выражением и отреагированием психического содержания, а является «физиологическим компонентом» эмоционального состояния. Органические изменения, повышение давления, повышенная желудочная секреция и т. д. являются не феноменами выражения или отреагирования, а «изменениями, сопровождающими» (*concomitant changes*) эмоциональное состояние. Органический симптом поэтому в этом случае не является результатом психического процесса. Связь между психологическим стимулом и органическим процессом «не является психологической». Поэтому органический процесс сам по себе «не имеет психологического значения и не может интерпретироваться и вербализоваться с помощью психологических понятий в противоположность истерическим конверсионным симптомам, имеющим свое определенное содержание» (Alexander, 1954).

Несмотря на то, что проведенное Александером принципиальное разделение обеих групп симптомов по их физиологической основе в какой-то мере утратило свое значение после обнаружения того, что и при истерической кон-

версии автономная нервная система может оказаться затронутой, психодинамическое отделение конверсионных симптомов от «вегетативного невроза» было крайне важным для дальнейшего развития психосоматической теории. И хотя своей концепцией отличного от конверсии вегетативного невроза» Александер всего лишь повторяет предпринятое Фрейдом разделение истерической конверсии и органической симптоматики так называемых актуальных неврозов (тем более что симптоматика, которую имеет в виду Фрейд, соответствует описываемой Александером), позиции Александера и Фрейда диаметрально противоположны.

В то время как Фрейд предполагает, что в основе органических расстройств актуального невроза лежит соматически фундированный недифференцированный инстинкт, исследование которого недоступно психологическим методам и более адекватно может быть проведено «медико-биологическими» методами, Александер полагает, что доступ к пониманию и лечению вегетативного невроза может открыть именно психодинамическое изучение эмоциональных состояний.

Исходя из концепции Кэнона (1920), изучавшего вегетативно регулируемые механизмы адаптации в экстремальных ситуациях, физиологические процессы, сопровождающие «эмоциональные состояния», - это адаптивные изменения, которые подготавливают организм для борьбы и бегства, это «переход от мирной экономики к военной». В то время как в «мирной экономике» преобладают анаболические процессы, в «военной» доминируют катаболические, дающие возможность действовать мгновенно в экстремальной ситуации (Alexander, 1950). На основе этой концепции он сформулировал «общую динамическую формулу» генеза психосоматических заболеваний: «При вытеснении определенных импульсов или торможении их адекватного выражения в межличностных отношениях развивается хроническое эмоциональное напряжение, оказывающее постоянное влияние на определенные вегетативные функции» (Alexander, 1954).

Он различает две формы невротических расстройств вегетативных функций, ведущих к нарушению «гармонии между внешней ситуацией и внутренними вегетативными процессами»:

1. Торможение или вытеснение ставших автономными враждебных побуждений, ведущее к мобилизации вегетативных процессов для последующей агрессии, притом, что никаких действий не происходит.

2. «Вегетативное отступление», которым более широкая группа невротиков реагирует на возникающую необходимость концентрированных усилий, направленных на самосохранение.

В обоих случаях вместо взаимодействия с окружающим миром возникает аутопластическое изменение. Александер указывает на то, что это актуально для невроза, который всегда заключается в «отступлении от действия, в подмене действия аутопластическими процессами».

Но в то время как при психоневрозах без соматических симптомов моторная деятельность заменяется психологической, при вегетоневрозах эмоциональное напряжение, связанное с подготовкой к невыполняемому действию, вызывает хронические внутренние вегетативные изменения. Александер дает этому прежде всего физиологическое объяснение. При чисто психическом заболевании в ЦНС не нарушены функции контроля отношений с внешним миром. При вегетативных неврозах, напротив, происходит расстройство разделения функций нервной системы, то есть наступает или хроническая гиперактивность симпатической нервной системы, приобретающая патогенность в силу отсутствия двигательного отреагирования, или парасимпатическое перевозбуждение, ведущее к парадоксальным вегетативным реакциям организма на необходимость действовать. Так, например, больной с желудочно-кишечной симптоматикой готовит себя «к питанию вместо борьбы» (Alexander, 1950).

Очевидно, что такая физиологически дескриптивная классификация еще не отвечает на психодинамические вопросы о психических причинах генеза симптомов и не помогает разъяснить, почему в каждом отдельном случае возникает психическая или органическая симптоматика. Александер сам подчеркивает предварительный характер этого разделения. Все же на этой основе ему удалось создать классификацию психосоматических заболеваний.

Клинические картины эссенциальной гипертонии, сахарного диабета, ревматического артрита, тиреотоксикоза и группы цефалгий он объясняет постоянно поддерживаемой «вегетативной подготовкой к концентрированным усилиям». Клинические картины функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта он объясняет «вегетативным отходом» от действия в силу необходимости «концентрированных усилий по самосохранению».

Его существенный вклад заключается, с моей точки зрения, в том, что он психодинамически исследует эмоциональные состояния, лежащие в основе органической патологии, развивая при этом концепцию «логики эмоций» (Alexander, 1934, 1935), оказавшуюся чрезвычайно плодотворной для понимания и изучения соматического языка. Александер нашел, что во всех психических процессах может наблюдаться взаимосвязь и противодействие психических тенденций, которые, вне зависимости от содержания психических процессов, могут различаться относительно их «фундаментального динамического качества» и «общего динамического направления».

В этом смысле он говорит о «векторном качестве» психических процессов, различая следующие три вектора (Alexander, 1935):

1. стремление к поглощению;
2. стремление к выделению;
3. стремление к удержанию.

Александер предполагает, что эти «векторы» в рамках объектных отношений могут становиться носителями как либидинозных, так и деструктивных импульсов, их полярность отражается в специфических «эмоциональных

силлогизмах». Стремление к поглощению может, например, проявляться в потребности как что-то принять, так и что-то отнять. Стремление к выделению может проявиться как в потребности что-то дать, так и в желании что-то агрессивно выбросить. Стремление к удержанию может означать стремление что-то сохранить у себя, чтобы выстраивать свое Я, но может означать и утаивание чего-то от других.

Александер (1935) считает, что эти векторы не только обозначают психодинамические тенденции, но одновременно должны пониматься как основные принципы всех биологических процессов.

Он утверждает: «Я убежден, что это динамическое равновесие между тремя векторами приема, удаления и удержания управляется биологически и представляет фундаментальную динамику биологического процесса жизни. Эмоциональные силлогизмы, подобные приведенным выше, являются отражением в сознании этой фундаментальной биологической динамики, которая может быть понята и описана как психологическими, так и биологическими терминами».

С помощью этой концепции Александер стремился, пользуясь векторным анализом, определить «логику эмоций», лежащую в основе вегетативного невроза, или специфическую форму их нарушений, поначалу пренебрегая при этом связанными с эмоциями содержаниями представлений. Плодотворность этого подхода он смог проверить впервые на примере желудочно-кишечных расстройств (Alexander, 1934). Вместе со своими сотрудниками он разработал широкую исследовательскую программу, целью которой было изучение на основе «векторного анализа» специфической динамики конфликта, определяющей различные психосоматические заболевания, а также объективация психодинамическими формулами «эмоционального силлогизма» отдельных вариантов симптоматического поведения (Alexander, 1943, 1968).

Эти усилия намного превосходили попытки Фландерса Данбара (1954) установить корреляцию между дескриптивными «личностными профилями» и специфическими клиническими картинами. Александер стремился установить связь между специфическими бессознательными конфликтными ситуациями и отдельными формами вегетативного невроза.

Психодинамические и психосоматические концепции Александера были встречены резкой критикой. В особенности Вис (1961) в своей классической работе «Глубинно-психологические школы от истоков до современности» не оставил от них, так сказать, камня на камне. Он пренебрежительно причисляет Александера к «неоаналитическим бихевиористам и рефлексологам», упрекая его в том, что прежде всего он продолжает позитивизм Фрейда, что он понимает организм как «сложную машину» и психические процессы как «субъективные отражения... психологических процессов». К тому же психодинамические и психосоматические концепции Александера регрессивны,

поскольку он рассматривает психические конфликты не как структурные, а как выражение противостояния отдельных инстинктов. Вис видит в этом, с одной стороны, отход к ранней теории Фрейда о полярных отношениях инстинкта самосохранения и сексуальных побуждений, определяющих собой все, происходящее в психике, с другой стороны, он видит в этом приближение к «психологии сознания», которая лишь отчасти диалектически использует полученные Фрейдом результаты. Благодаря Александру психоанализ в США из психологии глубинных структур превратился в «диалектическую психологию эмоциональных сил и инстинктов». Он «пожертвовал революционными открытиями Фрейда... для рациональной, оптимистической культурной философии» (Wyss, 1961).

Утверждалось также, что систематическое разделение у Александра конверсионных симптомов и вегетативных неврозов является шагом назад, в сравнении с его более ранними концепциями, в которых на обращение инстинкта разрушения против себя (Alexander, 1927) возлагалась ответственность за генез органических заболеваний. В частности, де Бор (1965) предполагает, что эта теория содержит более широкое и верное представление о процессе конверсии, и говорит о ее выдающемся значении.

С моей точки зрения, критика Висом и де Бором решающего шага, сделанного Александром в своей концепции психодинамических векторов и вегетативного невроза, несправедлива. Этот шаг заключается в том, что взгляды Александра на происхождение и развитие вегетативного невроза выходят за рамки традиционной модели неврозов, эта концепция в большей степени соответствует специфической психодинамике психосоматических заболеваний. Он обосновывает этот шаг физиологически, а не психодинамически, делая органический субстрат вегетативной нервной системы основой своей дихотомии. В своем исследовании эмоциональных состояний, физиологические компоненты которых он распознает в органическом симптоматическом поведении, Александр сталкивается с ситуацией инфантильной зависимости, когда на рецептивные или агрессивные потребности ребенка неадекватно реагируют отвержением или потворствующей гиперпротекцией, вследствие чего возникает специфическая психодинамическая цепная реакция, вызывающая, с его точки зрения, органические заболевания.

Подчеркивая инфантильную зависимость и патогенную динамику, запускаемую неадекватным ответом на потребность ребенка в зависимости и его агрессивное стремление к самостоятельности, он приходит к важному смещению акцентов, в сравнении с традиционной моделью. Вместо конфликта между интрапсихическими инстанциями выступает межличностная ситуация раннего детства, конфликтное нарушение которой из-за неадекватного поведения родителей имеет первостепенное значение в этиологии, в то время как ставшая патологической интрапсихическая динамика, ответственная за процесс развития симптомов, представляется реактивной.

Впрочем, уже Фрейд в своем так называемом «Эскизе психологии» говорил о значении инфантильной беспомощности и указывал на то, что сброс напряжения, сопровождающего неудовлетворенную потребность, происходит сначала путем «внутреннего изменения (выражения эмоций, крика, сосудистых реакций)», а специфическое действие, необходимое для изменений во внешнем мире, приносящих освобождение, может произойти лишь с «чужой помощью». Это становится возможным потому, что сброс напряжения путем внутренних изменений обращает внимание родителя на состояние ребенка. Он добавляет: «Этот путь сброса приобретает таким образом в высшей степени важную вторичную функцию взаимопонимания». Переживание высвобождения, появлению которого способствовала помощь извне, имеет, по утверждению Фрейда, глубочайшие последствия для функционального развития индивидуума, оно дает возможность возникновения представлений о желаниях, становящихся основой всего психического развития.

Указание на раннюю работу Фрейда дается здесь в связи с концепцией Александра не только потому, что оба подчеркивают значение инфантильной зависимости и изначальной беспомощности человека. Параллель возникает и в том, что Александр, как и молодой Фрейд, пытается согласовать свои психодинамические концепции с результатами прогресса нейрофизиологии и эндокринологии, в особенности с системно-теоретическими работами Бернарда (1855) и Кэнона (1920, 1932).

В ходе этой работы Александр, во многом благодаря использованию биологической терминологии, действительно подверг существенной ревизии раздел о психической структуре в классическом учении о неврозах, стремясь поставить теоретические конструкции психоаналитического учения о неврозах на биологическую основу. Вис (1961), безусловно, прав, когда говорит об Александре, что «трудно определить его место в психоанализе». Это справедливо, лишь если психоанализ приравнять к теории неврозов. Теоретические работы Александра следует понимать как реконструкцию теории, необходимую в силу того, что практика психоанализа вышла далеко за пределы невротических заболеваний благодаря практическому развитию динамической психиатрии и психоаналитической психосоматики.

В этой связи сознательный отказ Александра от строгой академической однозначности своих концепций в сфере понятийного аппарата традиционного учения о неврозах представляется прогрессивным и конструктивным. Это относится прежде всего к его концепции психодинамических векторов, продемонстрировавшей свою огромную эвристическую ценность лишь в рамках новейших психоаналитических исследований психологии Я.

Концепция «векторов», которые он понимает и как динамические силы биологических структур организма, и как психодинамические тенденции переживаний и поведения, позволяет ему понять суть симптомов вегетативного невроза как симптоматическое поведение и определить ее в ставших класси-

ческими основных психодинамических формулах. Астматик, например, следует бессознательному «эмоциональному силлогизму»: «Я не могу любить, так как это означало бы, что я теряю любовь своей матери» (French, Alexander et al., 1941). Переживания и поведение гиперактивного язвенника определяется бессознательной формулой: «Я не хочу что-либо принимать или брать, я активен, честолобив и успешен, у меня нет никакого желания стать пассивным и зависимым» (Alexander, 1934).

С другой стороны, концепция векторов дает возможность систематического дополнения психодинамического исследования психофизиологией, которая может исследовать физиологические компоненты эмоциональных состояний. Поэтому для Александра психобиологическое исследование не противостоит психоаналитической психосоматике, оно скорее в состоянии дополнить ее в отдельных аспектах. Таким образом, Александру удалось создать основу междисциплинарного подхода к психосоматическому исследованию, поскольку он сам видел групповую работу единственно возможной формой исследования.

Александр своими концепциями способствовал возникновению психоаналитически ориентированного психобиологического исследования, во многом укрепив его основы. Наиболее известными стали исследования Мирски (Mirsky, 1958) и его сотрудников. При исследовании призывников, у которых была обнаружена желудочная гиперсекреция, психодинамическое изучение выявило психосоматическую реакцию на стрессовую ситуацию, и Мирски удалось с 70 %-ной точностью предсказать последующее возникновение язвы желудка.

Следует все же отметить, что Александру не удалось создать удовлетворительную психодинамическую теорию возникновения «нарушения рабочего разделения нервной системы», которая физиологически описывала бы вегетативные неврозы и в которой мы узнаем упоминавшееся Фрейдом (1895c) «отчуждение психики и соматики». Хотя он подчеркивает этиологическое значение межличностных ситуаций, делая инфантильную зависимость базисной категорией своей концепции, и хотя Александр выделяет в бессознательной потребности зависимости и реактивного «нарциссического протеста» интерперсональное направление психодинамических векторов, определяющих симптоматическое поведение, в построении своей теории, в конечном счете, он всегда основывается на изолированной психобиологической системе индивидуального организма. Так, проблема развития Я и объектных отношений в рамках его концепции предстает прежде всего как биопсихологическая проблема роста и воспроизводства. «Каковы же биологические отношения между прегенитальными тенденциями, фокусирующимися вокруг процесса роста с одной стороны, и генитальными тенденциями, фокусирующимися вокруг воспроизводства, - с другой? Я бился над этой проблемой с начала моего изучения психоанализа. Я пытался соотнести фундаментальные психологические тенденции с основными процессами жизни» (Alexander, 1940).

Но именно биопсихологическая постановка вопроса дала возможность Александру сделать решающий шаг в концепции вегетативного невроза: вместо интрапсихического конфликта классического невроза на первый план выступил конфликт между развивающимся психобиологическим организмом и окружающей средой. Поэтому «регресс» теории Александра о психоаналитической структуре личности не является возвратом к достигнутому уже в рамках традиционного учения о неврозах дифференцированию психического аппарата. С моей точки зрения, теоретические труды Александра должны рассматриваться как попытка соответствовать клиническому опыту психоаналитической терапии и как исследования, распространенные на область психиатрии и психосоматики. Можно сказать, что психодинамическая концепция Александра о динамических векторах, определяющих процессы роста и репродукции, получила неожиданное подтверждение в свете современного психоаналитического изучения развития Я и креативности в обстановке группы. Поэтому она позволяет рассматривать его отход от традиционного учения о неврозах не как шаг к его упрощению, а как чрезвычайно плодотворный и обогащающий вклад в расширение и дифференцирование психоанализа в целом.

От концепции эквивалентов к корреляту одновременности

Мы можем видеть определенную параллель усилиям Александра по разработке систематических основ психоаналитической психосоматики в концепции «корреляции одновременности», разработанной Гаральдом Шульц-Хенке (1940, 1951). Гаральд Шульц-Хенке, который вместе с Вернером Кмпе-ром (1942, 1949, 1950, 1954, 1958) внес решающий вклад в создание психосоматической медицины в Германии, обнаружил, что «огромная часть невротической симптоматики находит свое выражение в соматических симптомах». Он понимал эту органическую симптоматику как «соматический коррелят психических процессов».

В своей теории «корреляции одновременности» он утверждает «наличие простой функциональной зависимости психики и соматики от характера одновременности». Связь при этом носит характер не каузальности, а отношений взаимодействия. На основе обширных психосоматических исследований Шульц-Хенке разработал схему, в которой названным им «сферам побуждений» к обладанию, принятию себя, сексуальному удовлетворению подчинены специфические органы и группы органов. При этом он предполагает, что состояния психического возбуждения в соответствующих сферах побуждений ведут к функциональным изменениям соответствующих групп органов. С этой точки зрения он дает органическую симптоматику психосоматических заболеваний как «коррелят одновременности с запалом когда-то интенсивно ощущавшихся, а затем ставших латентными побуждений или потребностей». Бо-

лее редкую форму органического расстройства он находит в «функциональном нарушении как корреляте одновременности с усилившимся неосознаванием представлений» (Schultz-Hencke, 1951).

Разделение на группы симптомов напоминает разделение Фрейдом конверсионной симптоматики и актуальных неврозов и разделение групп симптомов, предпринятое Александером. Теория «коррелята одновременности» имеет также большое сходство с представлением Александера о физиологическом компоненте эмоциональных процессов, обозначенных Шульц-Хенке как стремления «экспансивного», то есть как побуждения, возникшие в результате «торможения» их интенсивности, которые он также называет «готовностями».

При этом Шульц-Хенке понимает органическую симптоматику как «язык органов», в котором «бессознательный смысл-мотив-побуждение-потребность... вместо того чтобы быть высказанным словами, проявляется лишь в подчеркнутом функционировании органа». Вопрос о том, почему возникает органическое нарушение, для Шульц-Хенке получает принципиальный ответ в общей корреляции одновременности. Он говорит также о соматической стороне невротической симптоматики вообще, причем постулирует «слабость органа» как обстоятельство, способствующее возникновению симптомов.

Теория Шульц-Хенке о корреляции одновременности является основой большого клинического вклада в психосматику основанной им школы. Ограниченность его концепции заключается, с моей точки зрения, в том, что его модель побуждения-торможения не использует дифференцирование психической структуры, говоря в общих чертах о «ядре» и «скорлупе» различных невротических структур. Хотя он своей концепцией о различных сферах побуждений достигает широкой функциональности психодинамических категорий, его решительный отказ от учения об инстинктах и, более того, от психоаналитического понятия Я, лишает его, с моей точки зрения, важных теоретических инструментов психоаналитической науки о лечении, необходимых именно для дифференцирования теории коррелята одновременности.

Так, например, он утверждает: «Психоаналитическое понятие Я совершенно неприменимо и ненужно... Вместо того чтобы раздувать его, лучше было бы точно описать, в чем, собственно, состоит то переживание, которое называют разумным учетом реальности субъектом». Он сам полагает, что «старое понятие разума» при этом будет играть лучшую роль, чем понятие Я (Schultz-Hencke, 1972). Эта короткая расправа с психоаналитической теорией Я объясняется, конечно, тем, что дальнейшее развитие и дифференцирование психоаналитического исследования Я в основном происходили вне немецкоязычной литературы и тогда, когда психоанализ в Германии был отрезан от всякой связи с этим развитием.

Я привожу здесь точку зрения Шульц-Хенке для того, чтобы показать, что он сам развивал свои концепции в обстановке полной изоляции, но также и потому, что именно точное изучение и описание «тех переживаний, которые называют разумным учетом реальности субъектов» в рамках психоаналитического исследования Я решающим образом способствовали прогрессу психоаналитической психосматики.

От психоаналитического учения о неврозах к «медицинской антропологии»

Значительным вкладом в развитие психоаналитической психосматики мы обязаны Виктору В. Вейдкеру (1933, 1940, 1949, 1954) и основанной им гейдельбергской школе. С середины двадцатых годов В. Вейдкер стремился ввести психоаналитические познания и основы в органическую медицину. При этом изучение и демонстрация роли психического в возникновении и в особенностях течения органических заболеваний не являлось для него главной целью. Его «Применение психологии неврозов к внутренним болезням» (1954) давало скорее новое научно-теоретическое определение медицины в целом, речь шла о «медицинской антропологии». Поэтому он быстро оказался в конфронтации с функционалистскими воззрениями своего учителя Рудольфа фон Крела (1929) и прежде всего с Густавом фон Бергманом (1936), который сделал нарушения функций центральным понятием своего физиологически-функционалистского понимания болезни.

В. Вейдкер, напротив, хотел понимать психику не только как дополнительный фактор болезненного процесса, так сказать, как еще одно колесико в расстроенной физиологической машине. Он стремился не к интеграции изолированных психоаналитических познаний в традиционном учении о болезни, а к пониманию органических заболеваний на основе психоанализа как нарушений смысловых связей. При этом он понимал разработанное в психоанализе лечение неврозов психотерапией прежде всего как *«предварительную тренировку перед гуманизацией всей медицины»* – задачу, которую он спустя десятилетия считал «решающей, но в основном не решенной» (v. Weizsdcker, 1954). Целью его усилий был сформулированный им позднее «динамичный генетически целостный образ человека, в котором содержатся ведущие идеи психоанализа, но который значительно шире психологии, так как он включает в себя как организм, так и конstellляции окружающего мира».

Исходным пунктом его теорий являются отношения врача и больного в форме разработанной Фрейдом «межличностной лаборатории». При этом он направляет свое внимание не только на психическое содержание сообщений больных, но и пытается «попасть вместе с больным в ситуацию, в которой его органические функции сами начали бы говорить и могли бы быть подслушанными». Он исходил из того, что высказывания больного «должны восприни-

маться всерьез как истинное восприятие его собственного жизненного процесса» и истолковываться как «свидетельство самовосприятия без ограничения». «Так же, как зрением и слухом мы воспринимаем окружающий мир, мы можем с помощью телесных ощущений и фантазии воспринимать внутренние процессы, функции и их взаимодействие» (v. Weizsdcker, 1954).

Первым результатом его усилий была работа «Соматические процессы и невроз» (v. Weizsdcker, 1933). На примере больного, обратившегося с жалобами на затруднение мочеиспускания и перенесшего затем ангину в ходе аналитической терапии, фон Вейцдкер разработал основы своего учения о «круге образов» (v. Weizsdcker, 1933, 1940). Позже он утверждал, что оно является «ничем иным, как теоретической абстракцией формы жизненных процессов, открывавшихся мне в отношениях с больным» (v. Weizsdcker, 1954).

Значительный шаг, который он делает в своей концепции «круга образов», состоит в доказательстве того, что организм имеет субъектный характер уже на уровне биологических и физиологических процессов, и поэтому физиологические процессы следуют закономерностям, значимым для межличностных отношений. Анализируя «биологические акты», например, ходьбу по пересеченной местности, движения глазных яблок и экспериментально вызванные головокружения, он показывает, что такие категории классической физиологии, как раздражение, рефлекс и т. д., недостаточны для описания биологических процессов, поскольку не могут отразить решающий момент «самодвижения», а именно: единство восприятия и движения в «биологическом акте». На этих примерах он показывает, что биологический организм должен пониматься как самодвижущийся субъект, который, благодаря специфическому характеру своего обращения с окружающим миром, то есть своим биологическим актам, связан совершенно определенными отношениями с окружающим миром, которые он определяет как «когерентность». Он определяет эту когерентность как «хрупкое единство, которое позволяет субъекту упорядочить свою связь с окружающим миром». Как субъект, организм противостоит окружающему миру. Своим обращением с ним он приводит «хрупкое единство... в порядок» (v. Weizsdcker, 1940).

Из этого для фон Вейцкера следует, что биологический организм человека имеет характер субъекта уже на уровне физиологических функциональных связей, иными словами, Я есть органическое единство. Однако, это Я биологического организма нельзя представлять изолированно. Уже на биологическом уровне оно находится в постоянном взаимодействии с окружающим миром, которое также большей частью носит субъектный характер. В этом смысле фон Вейцдкер видит «важнейшим изменением научного сознания нашего времени... противопоставление Я окружающему миру, а не психическому физическому» (v. Weizsdcker, 1954). Его учение о круге образов - это попытка основать науку, «которой еще нет, науку, которая изучает не связь души и тела, а стоит по ту сторону этого дуализма или, если хотите, по эту».

Основной вклад психоанализа в эту науку фон Вейцдкер видит в том, что он сделал межличностные отношения между врачом и больным решающим полем исследования и терапии. Он полагает, однако, что психоанализ должен оставить свое самоограничение психологией, чтобы преодолеть научно-теоретический «плен своего островного положения». Предпосылку для такого шага он видит в том, «что обе граничащие с психикой области - соматика и внешний мир, в котором мы живем, - устроены так, что психика может вести с ними до известной степени понятный диалог, а также то, что в этих двух областях говорят если не на том же, то, по крайней мере, на языке, доступном переводу» (v. Weizsdcker, 1954).

В своей ранней работе «Соматические процессы и невроз» фон Вейцдкер предложил в этом смысле заменить традиционную концепцию конверсии концепцией «выравнивания психофизических констелляций и их нарушений». Он уточнял: «Это выравнивание, как мы выяснили, здесь вообще никогда не происходит между психическим и физическим, как если бы, образно говоря, происходил обмен радости и страдания, душевного волнения на неодушевленные химические процессы. Выравнивание, строго говоря, возможно лишь тогда, когда однородный уровень функционирования позволяет осуществлять сдвиги на однородном уровне». При этом он опирался на наблюдение органического заболевания своего больного в ходе аналитической терапии. Он писал, что органическое заболевание дало больному эмоциональное восприятие и ощущение собственного тела, став, таким образом, решающим этапом процесса выздоровления. Фон Вейцдкер заключил из этого, что защитный характер симптомов (психоанализ пришлось прерывать на время болезни) психодинамически был менее значим, чем прогрессивный шаг к интеграции. Этот процесс он понимает как «критический поворот событий в своем течении», приведший к изменению как психической, так и физической констелляции в том смысле, что органическая инфекция, параллельная впервые полученному ощущению тела, выступила вместо торможения органических функций и паранойальных фантазий. «Ограничению функций и потере реальности в неврозе» он противопоставляет «смену функций» и «смену реальности», наступающие с органическим кризисом. «Заболев ангиной, он (пациент. - Г. А.) узнает себя иным, чем раньше, ему открывается иной внешний мир». Хотя и то, и другое, невроз и органическое заболевание, «позволяют ему не решать специфический конфликт», существенное различие заключается в том, что «ангина имеет тот характер реальности, которого невроз в общем не достигает» (v. Weizsdcker, 1953).

Здесь подчеркивается аспект психосоматического заболевания, который позднее становится все более важным - аспект идентичности болезни, ее функции как посредницы экзистенциального чувства. Для фон Вейцкера при описании болезненного процесса на первый план выступили такие понятия, как ситуация, противоречие, поворот, кризис, прерывание, изменение, выравни-

нивание. С их помощью он пытался привести психофизиологическую динамику болезни в соответствие как с внешней ситуацией, в которой находится индивидуум, так и с его внутренней динамикой.

Фрейд признавался фон Вейцкеру, что он «скорее поражен, чем убежден этими весьма спекулятивными размышлениями». Он полагал, однако, что не следует придирается к абстракциям, и опубликовал объемистую работу без сокращений. Фон Вейцкер на основе своей, вкратце описанной здесь концепции подверг психоаналитическую теорию глубокой критике, в особенности относительно понятия Я, важного для нашей проблемы. Эта критика нацелена в направлении «обеих граничащих с психикой областей».

С одной стороны, он считает, что психоаналитическое понятие Я обозначает чисто психический феномен, определенный лишь своей противоположностью по отношению к Оно, представляющий соматику лишь в форме психических импульсов. Он отличает от этого свое понятие соматического Я: «Чтобы невозможно было спутать Я (в смысле фон Вейцкера. - Г. Л.) с психическим проявлением, мы выделяем из проявлений Я принцип его противопоставления окружающему миру и называем это субъектом» (Weizsdcker, 1940). С другой стороны, он говорит, что Я психоанализа не знает, что такое Ты, и как понятие кажется вырванным из межличностного процесса, с которым связано постоянным (в смысле когерентности) диалогом, как и сам биологический организм.

Это расширение концепции Я как в направлении биологического организма, так и в направлении межличностного взаимодействия приводит фон Вейцкера к близости к групповой концепции. «Фрейд ввел Я в свою психологию и противопоставил ему Оно. Но он не видел, что это Я выступает также и как Ты, то, что и Ты имеет свое Оно, что тем самым объект подменяется Оно». Он критикует также массовую психологию Фрейда: «Лишь признав неизбежной массовую психологию, он испытал влияние своего рода персонализма, ибо если есть множественное число от Я и Ты, то это по меньшей мере приближение к категории Мы. Конечно, он не дошел до этого Мы. Такую попытку предпринял Юнг, и она ему не удалась» (v. Weizsdcker, 1957). Это становится еще более отчетливым, когда он утверждает, что успехи лечения не могут быть охвачены статистикой, занимающейся изолированным индивидуумом или только его телом. Он придерживается мнения, что успехи лечения могут восприниматься и верифицироваться лишь в рамках «жизненного сообщества», и утверждает в этом смысле, что жизненные законы сообществ должны рассматриваться как предпосылки теории познания к понятийному пониманию терапевтических процессов (v. Weizsdcker, 1954),

Фон Вейцкер на основе своих психосоматических исследований приходит к значительной функционализации категорий психоаналитического учения о неврозах. На место конверсии, при которой психическое содержание представлено органическим симптомом, он выдвигает концепцию «выравни-

вания психофизических констелляций». Это выравнивание определяется уже не по содержанию, а формально как смена функций, «смена реальности» и «кризис». На этой основе он приходит к существенной ревизии психоаналитического понятия Я и к критике классической теории инстинктов, представляющей новую перспективу отношений между Я и Оно.

Подобно тому, как с открытием субъектного характера физиологических процессов расширяется психическая инстанция Я, приобретая биологическое измерение и обнаруживаясь уже на уровне биологического организма и его «биологических актов», Оно уже также не понимается как «постоянный твердый фундамент человека», то есть как представительство биологических притязаний организма в форме инстинктов, противостоящих Я своими постоянными «рабочими требованиями» (Freud, 1915), причем само Я понимается как более дифференцированная часть Оно. Оно представляется фон Вейцкеру скорее как психофизическое образование, которое «постоянно формирует себя, не достигая окончательного состояния». Он понимает это, так сказать, как другую сторону Я. Он утверждает: «Тем самым отношения между Я и Оно, конечно, поставлены с ног на голову, поскольку не Я является более дифференцированным производным от Оно, а, наоборот, Я в ходе своего развития или деятельности выделяет из себя Оно». Этот процесс он также обозначает как «образование Оно». Центральное значение при этом, по фон Вейцкеру, принадлежит взаимодействию организма с окружающим миром.

Можно сказать, что фон Вейцкер здесь поразительно близко подходит к познаниям современного психоаналитического исследования Я и что его теоретическая концепция «медицинской антропологии» на основе систематического изучения отношений врача и больного во многих моментах идет значительно дальше, чем, например, ортодоксальная психоаналитическая концепция, которую его ученик Александер Миттерлих сделал основой своей психосоматической теории. Несмотря на это, следует сказать, что научная и практическая изоляция, от которой страдал фон Вейцкер и которая навязала ему роль диссидента и оппозиционера, на что указывал также Рольф Денкер (1973), определила то, как он формировал свою теорию. Как и Шульц-Хенке, фон Вейцкер восстает против исторической формы психоанализа в силу того обстоятельства, что он создавал свои концепции в обстановке, так сказать, отшельничества, будучи отрезанным не только от развития психосоматики в США (труды Александра и Дейча), но и от развития психоаналитической психологии Я.

Кроме этого, я думаю, что концепции фон Вейцкера в целом больше следуют динамике философского хода мышления, рожденного в ситуации врач-больной, чем динамике самого терапевтического взаимодействия. Когда он подчеркивает, что его наблюдения, которые он понимает как «строительные блоки психофизической патологии», являются результатом «движения терапевта, следующего за движениями больного субъекта в большей близости, чем традиционная медицина», он не дает каких-то новых указаний по технике это-

го совместного движения, то есть по терапевтическому взаимодействию. Для него важнее способ рассмотрения, чем терапевтическая концепция, акцент ставится больше на понимании, чем на лечении. В этих рамках он все же сформулировал ответы на два решающих вопроса, которые ставятся болезнью: «почему именно теперь?» и «почему именно здесь?». Эти ответы, по крайней мере теоретически, соответствуют его требованиям к психоанализу: исследовать «соматический организм и окружающий мир, в котором мы живем», как области, граничащие с психикой, в которых «говорят если не на том же, то, по крайней мере, на языке, доступном переводу». Уже в своей ранней работе 1933 года он сделал программное заявление: «Так же как психоаналитическое мышление дало нам правильный масштаб психоневроза, на основе которого следует разработать модель психофизиологической динамики, эта динамика может быть соотнесена с внешней ситуацией, в которой находится индивидум».

Психоаналитические исследования развития Я в группе смогли ответить на эти вопросы на новом уровне и при этом разработать терапевтические инструменты, к которым фон Вейцдкер очень близко подошел в своих научно-теоретических концепциях, почерпнутых из анализа отношений врача и больного.

Психосоматический симптом как изменение Я

Краткий обзор основополагающих теорий, разработанных пионерами психоаналитической психосоматики, высветил общий сдвиг в постановке центрального вопроса. Вместо вопроса о содержании симптомов все большее значение приобретают вопрос о форме и способах симптоматического поведения и вопрос о месте, которое это симптоматическое поведение занимает в переживаниях и поведении больного. Этот же вопрос является и вопросом о роли Я в генезе симптомов и симптоматического поведения. На него, как мы видели в приведенных концепциях, даются весьма разные ответы. В дальнейшем я хотел бы обратиться к этому аспекту психологии Я психосоматического заболевания и показать, что этот аспект имеет действительно решающее значение для понимания и лечения психосоматических заболеваний.

Под влиянием одного замечания Ференца, Фрейд уже в рамках своих ранних исследований нарциссизма указывал на аспект психологии Я в органических заболеваниях. В своей работе «К введению нарциссизма» (Freud, 1914a) он утверждает, что органическое заболевание связано с «изменением Я», поскольку больной, «мучимый органическими болевыми ощущениями, теряет интерес к вещам окружающего мира в той мере, в какой они не касаются его страдания»; кроме того, он «перестает любить, пока страдает». Фрейд объясняет это тем, что «больной направляет либидо на себя, чтобы по выздоровлении вновь направить вовне». В качестве примера он цитирует стихи Вильгельма Буша, описывающие поэта, страдающего зубной болью: «Душа пребывает лишь в узкой пещере больного зуба».

Фрейд надеялся, что «рассмотрение органического заболевания» позволит также «более глубоко понять психологию Я», точно так же, как этого можно ждать от изучения психозов. Сам Фрейд развивал свои взгляды на психологию Я не в связи с проблемой органических заболеваний, а в связи с исследованием психозов и перверсий. В рамках своей ревизии психического аппарата («Я и Оно», Freud, 1923b) он разрабатывает представление о связи между развитием Я и соматическими ощущениями, которое в дальнейшем оказывается весьма плодотворным.

Я предстает в этой работе как «часть Оно, измененная прямым воздействием окружающей среды», как «продолжение поверхностной дифференцировки». Относительно Оно, которому отводится область инстинктов, Фрейд предполагает, что «его границы открыты для соматики». Сами инстинкты являются психическим представительством постоянно поступающих внутренних соматических источников раздражения. Для Я они являются «требованием работы». Также и Я находится в прямых отношениях с соматикой, поскольку проявляется телесно. Фрейд подчеркивает значение, которое имеет восприятие и переживание собственного тела для процесса дифференцировки Я и Оно. «Собственное тело и, прежде всего, его поверхность, — утверждает он, — является местом, из которого могут поступать одновременно внешние и внутренние ощущения. Оно рассматривается как другой объект, но дает осознанию двойственное ощущение, одно из них соответствует внутреннему восприятию». Поэтому Я является «прежде всего телесным, это не только поверхность, но и проекция поверхности». И далее: «Я выводимо из соматических ощущений в последней инстанции, прежде всего из поступающих с поверхности тела. Следовательно, Я может рассматриваться как психическая проекция поверхности тела наряду с тем, что представляет собой поверхность психического аппарата» (Freud, 1923 b).

Эта концепция соматического Я имела в дальнейшем чрезвычайное значение для развития психоаналитической психологии Я. Феничел (1945) подчеркивает решающую, с точки зрения истории развития, функцию соматического Я: «Due to the simultaneous occurrence of both, outer tactile and inner sensory data, one's own body becomes something apart from the rest of the world and thus the discerning of self from non-self is made possible»¹. Он подчеркивает, что лишь происходящее в начале развития Я формирование психического представительства тела и его органов делает возможным так называемое «body image», представление о собственном Я. Поэтому «body image» является ядром Я.

Как уже упоминалось, Феликс Дейч (1959) привлек концепцию соматического Я для объяснения психосоматических заболеваний. Он указывал на то, что при органических заболеваниях затрагивается и психическое предста-

¹ «Благодаря одновременности поступления внешних тактильных и внутренних сенсорных импульсов, собственное тело становится чем-то отличным от остального мира, что делает возможным отличие себя от окружающего».

вительство нарушенных соматических функций. Репаративные попытки Я восстановить интактную картину тела затрудняются невротизирующими влияниями окружения, амальгамированными с ранними и регрессивно реактивированными нарушениями картины тела и обуславливающими вместе с патологически измененным восприятием основу его психосоматического симптоматического поведения.

Расстройствами бессознательной картины тела занимался уже Пауль Шильдер (1924, 1925, 1931, 1935). Примыкая к выдвинутой английским невропатологом Генри Гидом (1911-1912) концепции схемы тела, Шильдер (1925) смог показать, что, например, искаженные представления о собственном теле, сходные с наблюдавшимися Гидом и его сотрудниками при органических повреждениях мозга, обнаруживаются при шизофрении. По Шильдеру (1925), схема тела включает «отдельные органы и положение их друг относительно друга». Он различает два типа нарушений. Схема тела может, с одной стороны, «нарушаться примитивным образом за счет расстройств в грубом материале», то есть вследствие прямых повреждений самих органов, с другой же стороны, «могут иметь место нарушения, соответствующие, в известной степени, расстройствам с агнозией и апраксией». В этих случаях «имеющаяся схема тела... не может быть адекватно использована при перцепции и поведении».

Шильдер подчеркивает, что схема тела должна пониматься как очень сложная психическая конструкция, состоящая из нескольких исторических слоев. Он предполагает, что она поддерживает тесные отношения не только с моторикой, но через нее могут контролироваться вегетативные функции, вероятно, через сосудисто-вегетативный аппарат промежуточного мозга. Таким образом, Шильдер представляет концепцию, позволяющую объяснить как нарушения моторики, проявляющиеся, например, в истерической конверсионной симптоматике, так и вегетативные расстройства в сфере психосоматических заболеваний.

При этом он подчеркивает функцию, которую приобретает схема тела в психической переработке органических нарушений: «Каждый использует будничный опыт органических заболеваний для последующих экспериментов со схемой тела и приобретения ключевого представления об определенном органе, которое не дано непосредственно в двигательной модели. Под ключевым представлением я имею в виду, что мы в состоянии менять функции кишечника (и других органов), которые нам недоступны, с помощью определенных произвольно выбранных представлений. Мы не можем приказать себе повысить частоту пульса, но можем добиться этого, представив себя в угрожающем положении» (цит. по Fischer, Cleveland, 1958).

Уже Фрейд (1923а) обращал внимание на значение упомянутого выше болевого опыта для развития и дифференцировки картины тела. Он утверждает: «Способ приобретения новых знаний о своих органах при болезненных состояниях помогает понять, как вообще формируется представление о собственном теле».

Шильдер изучал аспект психологии Я, касающийся болевого восприятия. Он указывает на то, что болезненный орган становится объектом самонаблюдения, «переходя тем самым из сферы собственного переживания в сферу восприятия». Эта динамика, с его точки зрения, представляет собой реакцию на чрезмерно нарциссическую загруженность болезненного органа либидо, провоцирующую «тенденции вытеснения» со стороны идеального Я или Сверх-Я. «Эти тенденции пытаются вытеснить орган из собственного тела» с тем результатом, что «эти органы при сохранении самонаблюдения приближаются к внешнему миру» (Schilder, 1925).

Концепция схемы тела Шильдера примечательна и потому, что он идет значительно дальше Фрейда в подходе к психологии Я и подвергает существенной критике его объяснение первичного нарциссизма с позиций психологии инстинктов. Он утверждает: «Для первичного нарциссизма следует предположить, что Я что-то ощущает и радуется этому ощущению». Однако это Я он представляет в тесной связи с организмом и окружающей средой. Он подчеркивает, что «понятие ощущения... должно рассматриваться в теснейшей связи с организмом», и утверждает, что «понятие организма предполагает наличие коррелирующего понятия окружающего мира. Без последнего он практически не имеет смысла». Поэтому переживание боли имеет для него значение прежде всего относительно изменений, происходящих в отношениях между организмом и окружающей средой, между тем, что внутри, и тем, что снаружи. Эти изменения проявляются со своей стороны в перемещении психической системы в обозначенном им «круге Я», в особенности в том, что касается отношений интроецированных внутренних объектов «идеального Я» к «инстинктивному Я» личности. При этом он подчеркивает, что Я должно пониматься не как статическая формация, а как носящая динамически-процессуальный характер. «Можно сказать, что Я находится в состоянии постоянного распада и восстановления». Это относится и к ядру Я, бессознательной схеме тела, которому посвящена главная книга Шильдера, «The image and appearance of the human body».

Схема тела исследуется здесь как биологическая, психологическая и социальная конструкция. Она предстает как динамически-историческая формация, складывающаяся из осязательных, зрительных, тепловых и болевых ощущений, а также импульсов со стороны вестибулярного аппарата, скелетной мускулатуры и внутренних органов. Существует тесная связь с инстинктивными потребностями, а также с межличностным опытом в социальной сфере. Поэтому нарушения схемы тела проявляются и в нарушениях отношений индивидуума с самим собой, с другими лицами и окружающим миром в целом. На основе этой концепции Шильдер понимает социальные отношения в целом как отношения между картинами тела.

Шильдер представляет собой диаметрально противоположность Фрейда относительно инстинктивно-психологического объяснения жизненных процессов. С его точки зрения, инстинктивные потребности должны рассматривать-

ся не только как стремление изолированной психосоматической системы к состоянию покоя в смысле удовлетворения, свободного от напряжения. Он подчеркивает, что инстинкт стремится не только к снятию напряжения, но и «к объекту, приносящему расслабление». Это «постоянное стремление совладать с реальностью» он считает прежде всего конструктивным. «Мне чуждо учение Фрейда об инстинкте смерти и навязчивом повторении невротического поведения (как проявлении инстинкта смерти. – Г. А.). В качестве инстинктов Я мне видны лишь те тенденции к захвату, удержанию и овладению, которые следуют общим закономерностям инстинктов – стремиться к объекту и оживляться новым пылом к новым объектам» (Schilder, 1925).

Таким образом, и у Шильдера, в котором Рапапорт видел наиболее информированного и интересного после Фрейда психоаналитика (цит. по Stierlin, 1973), мы обнаруживаем глубокую ревизию классического учения о неврозах в смысле систематического функционализирования психических инстанций. Она является результатом расширения психоанализа на нейрофизиологическое исследование и пограничные области психиатрии, к которым позднее добавилась еще одна, становившаяся для Шильдера все более важной, область – развитие в раннем детстве. Мой многолетний сотрудник М. С. Эль-Сафти (1973) указал на тесную связь работ Шильдера с концепциями, разработанными мной и моими сотрудниками.

Сам Шильдер, который в своей ранней работе (1925) приводит органическую симптоматику актуального невроза, а именно при ипохондрии и неврастении, в качестве примера изменения схемы тела, посвятил этим расстройствам более позднюю работу (Schilder, 1931). В своей ранней работе он предполагал, что «изменения собственно схемы тела», предшествующие «ипохондрическим ощущениям и обуславливающие их форму... конечно, происходят психическим путем». Он утверждает: «Можно легко доказать, что у неврастеников меняются те части схемы тела, символическое значение которых связано с актуальным конфликтом». Позднее (Schilder, 1931) он указывает, что при неврастении ранние фиксации развития инстинкта препятствуют достижению эдипальных ступеней развития и вызывают нарушения формирования схемы тела, в основе которых лежит регрессивная реактивация органической симптоматики.

Вольфганг Лоч (1959), из информативной работы которого «Вегетодистония, неврастения и проблема выбора симптомов» я привожу эту ссылку, заключает: «Наш собственный опыт не позволяет нам занять окончательную позицию по этому вопросу. В теории развития мы в особенности знаем о фазе, в которой нервная система играет доминирующую роль в психобиологическом и психосоциальном отношении». Лишь открытие и изучение такой фазы психосоматического и психосоциального развития сделали возможным ответить на вопрос об «особых онтогенетических местах фиксации» при психосоматических заболеваниях.

Тем самым затрагивается вопрос о связи психического развития и его нарушений с переживанием тела, который, с моей точки зрения, представляет собой центральную проблему психосоматического исследования. Важным вкладом в изучение его мы обязаны Максу Шуру (1950, 1953, 1955), который на основе интенсивных исследований психодинамики кожных заболеваний выдвинул общую психосоматическую концепцию, вводящую психосоматические заболевания в контекст развития Я и понимающую их как специфическую форму нарушений базисных функций Я.

Психосоматический симптом как результат ресоматизации функций Я

Шур (1955) исходит из теорий психологии Я, выдвинутых Хартманом и его сотрудниками (Hartmann, 1939, 1948, 1956; Hartmann, Kris, Loewenstein, 1946; Rapaport, 1951) на основе исследований А. Фрейда (1936). В этой концепции описание Я дается преимущественно в аспекте функций защиты от инстинктивных импульсов, исходящих из Оно, и функции адаптации к окружающей среде.

Хартман (1939, 1948, 1956) предполагает, что при нарастающей нейтрализации и сублимации либидинозной и агрессивной энергии инстинктов (на основе первично заданной автономной предрасположенности Я) связывается все большее количество психической энергии в форме психических структур, причем постепенно возникает свободная от конфликтов сфера Я, делающая адаптивное поведение возможным благодаря автоматизированным функциям Я.

В основе лежит представление первоначального противостояния Я инстинктам, «врожденной враждебности», которая недифференцирована, первична и примитивна (ср. А. Freud, 1936; Hartmann, 1939). Эта «врожденная враждебность» между Я и инстинктом иллюстрируется Хартманом (1948) путем сравнением с инстинктивным поведением у животных. Служащее удовлетворению потребностей инстинктивное поведение животных способствует, как он утверждает, выживанию и, следовательно, служит самосохранению: «The instincts of the animals represent at the same time what we would call in man ego functions and functions of the drives»¹. У человека же эта связь утрачена. Здесь инстинктам, отчужденным от реальности (estranged from reality), противостояит Я как специфический орган адаптации (specific organ of adaptation). Его задача состоит в том, чтобы отразить угрожающие самосохранению инстинктивные импульсы, канализировать их и с помощью оценки реальности сделать возможным интегрированное адаптивное поведение.

¹ «Инстинкты животных представляют то, что мы назвали бы у человека функциями Я и функциями побуждений».

Рапапорт (1951, 1958) на основе теории Хартмана выдвинул свою концепцию «относительной автономии Я» как от инстинктивных потребностей, так и от окружающей среды. Он понимал эту относительную автономию как результат свободной от конфликтов деятельности функций Я, регулирующих приспособление как к внутреннему миру инстинктивных побуждений, так и к окружающей среде.

Шур (1955) выдвигает концепцию Я как адаптационного органа, работающего с нейтрализованной инстинктивной энергией. Он указывает на то, что процесс нейтрализации инстинктивной энергии связан с прогрессирующей десоматизацией поведения. Так, например, тревожные реакции в раннем детстве находят свое выражение в недифференцированных и некоординированных соматических процессах и движениях, остающихся диффузными и в разной степени вовлекающих весь организм. По мере созревания (биологически речь идет, например, о созревании ЦНС, психически - о формировании психического аппарата (Freud, 1900)), первично-процессуальное поведение на ранних ступенях развития все более заменяется вторично-процессуальным. Последнее характеризуется растущей «десоматизацией» реакций. Вместо диффузных вегетативных и двигательных реакций сброса напряжения Фрейд (1895a) говорил здесь о внутреннем изменении. На первый план все более выступает мышление, вместо прямого соматического действия - десоматизированное поисковое поведение.

Шур приходит к следующей гипотезе: десоматизированное поведение является результатом господства вторичных процессов, оказавшихся возможными благодаря нейтрализации инстинктивной энергии. Когда Я работает с нейтрализованной инстинктивной энергией и оказывается возможным встретить тревогу и переработать ее вторично-процессуально, соматические проявления сброса напряжения отсутствуют. Действия организма оказываются десоматизированными.

Ресоматизация реагирования понимается как признак регресса Я, в ходе которого вторичные процессы уступают место первичным, причем нейтрализованная инстинктивная энергия замещается регрессивно денеитализованной. Вызывающие тревогу инстинктивные побуждения, доступные сознательному восприятию, могут, по Шуру, восприниматься вторично-процессуально как опасность, появляющаяся извне. Я с помощью нейтрализованной инстинктивной энергии превращает анксиогенные инстинктивные импульсы в «сигнальную тревогу», которая может перерабатываться вторично-процессуально, то есть в плане оценки реальности. Инстинктивные побуждения (например, инцестуальные), остающиеся бессознательными, и их дериваты недоступны для оценки реальности вторично-процессуальными функциями Я. Поэтому Я вынуждается к регрессу, по меньшей мере, частичному, и реакциям первично-процессуального уровня. Этот регресс может принять форму «физиологического регресса» (physiological regression), характеризующегося преоб-

ладанием первичных процессов, использованием денеитализованной инстинктивной энергии и следующей за этим десоматизацией поведения (ср. также Margolin, 1953; Schur, 1953). Шур (1955) утверждает: «My hypothesis links resomatization to the prevalence of primary processes and the simultaneous failure of neutralization»¹.

При этом он предполагает, что предрасположенность к подобному физиологическому регрессу включает как конституциональные моменты, так и оттогенетические факторы, приобретенные в ходе взаимодействия с окружающей средой. В этой связи он говорит о целостной ситуации человека (the total condition of an individual), проявляющейся в форме специфической констелляции всех участвующих факторов. Шур связывает при этом эмоциональное состояние с «реактивным состоянием» организма, обозначающим готовность реакцией в соматической сфере. Эту концепцию он поясняет на примере постоянной эмоциональной «тревожной готовности» (Freud, 1918) и ее соматическом выражении в форме стойкого состояния напряжения (tension).

Психосоматический симптом возникает, по Шуру, когда при сильной нагрузке психодинамического равновесия происходит внезапный прорыв бессознательного материала в форме президипальных или эдипальных инстинктивных желаний, и механизмы защиты Я не срабатывают. Последствием является регресс до уровня предшествующих мышлению аффектов, до ранних стадий инстинктивной жизни и защитных механизмов, проявляющихся исключительно на соматическом уровне. Он подчеркивает, что эти защитные механизмы следует считать «предшественниками защиты». Защита тогда является «не только нагрузкой, но и примитивным действием, сопровождаясь сбросом напряжения».

В рамках этой концепции регрессивной ресоматизации функций Я Шур устанавливает также связь между конверсионными симптомами и их органическими эквивалентами. Описанная Фрейдом (1895c) симптоматика невроза тревоги считается им признаком регресса Я. «Careful analysis may show that in such situations the regression is carried to a preverbal, pre-ego stage of development, where reaction to stimuli is in the closest sense psychosomatic, and where the conscious experience is limited to the awareness of the discharge phenomena which genetically have been present before the emergency of the affect anxiety»² (Schur, 1955).

Он допускает, что систематическое разделение на феномены конверсии и психосоматические симптомы важно для прогресса исследования. Нарушения функций вегетативной и нейроэндокринной систем и измененная структура на-

¹ «Моя гипотеза связывает ресоматизацию с преобладанием первичных процессов и одновременной невозможности нейтрализации».

² «Тщательный анализ может показать, что в таких ситуациях регресс достигает превербальной стадии развития, предшествующей формированию Я, когда реакция на стимул является психосоматической в самом прямом смысле слова и когда сознательный опыт ограничен восприятием феноменов сброса напряжения, генетически преформированных до возникновения аффекта тревоги».

ших органов вполне могут пониматься как соматические эквиваленты аффектов, конфликтов и неврозов. Эквиваленты «не всегда должны выражать какое-то представление (idea)». Он указывает, однако, что сам Александер (1950) вынужден был признать наличие многочисленных исключений, и предлагает понимать психосоматическую симптоматику как выражение «символического архаического органного языка», причем рекомендует расширить концепцию органного языка и говорить также об «органном действии», которое понимает в качестве предшественника десоматизированной защитной реакции.

Общий момент всех форм психосоматических расстройств Шур видит в «нарциссическом регрессе», который проявляется в органической симптоматике. Шур утверждает: «The established somatic lesion results in a far reaching shift of cathexes to the lesion, the organ, the self. It becomes the focus of narcissistic regression»¹. Нарциссический регресс ведет к перемещению либидо с объекта на Я. Повышенная нарциссическая нагрузка вызывает постоянную недифференцированную «готовность к тревоге», соматически проявляющуюся как «напряжение».

Тем самым регресс достигает «ядра психосоматического континуума». Утрачивается всякое сходство с примитивным символическим органным языком или органным действием, описанными нами для начального повреждения. Шур понимает эту динамику как порочный круг (vicious circle). Нарциссический характер психосоматического расстройства при этом истолковывается Шуром глубинно-психологически. Ресоматизация функций Я в ходе регресса Я до первично-процессуальных стереотипов поведения представляется в первую очередь следствием неудавшейся нейтрализации инстинктивной энергии и вызванного этим срыва защиты от инстинкта.

Шур в психосоматическом симптоме видит судьбу инстинкта. Его подход к психологии Я ограничивается изучением нарушений функций Я, ведущих к прорыву защиты Я инстинктивными импульсами и к недифференцированной ресоматизации. С моей точки зрения, здесь видна ограниченность концепции Шура. Десоматизация и ресоматизация предстают как аспекты развития Я, определяемые в основном, в созвучии с концепцией Хартмана, задачами защиты от инстинкта и приспособления к окружающей среде. В этой концепции школы Хартмана Я состоит, так сказать, из суммы более или менее автоматизированных функций, связанных со структурами его конфликтной сферы.

Апфельбаум (1966) указал на механистический характер этой концепции, в которой психические структуры Я понимаются прежде всего как «бастии против (инстинктивных) импульсов и гаранты приспособления и социального функционирования». Он цитирует высказывание А. Фрейд (1945), в котором отчетливо проявляется эта тенденция. Целью психического развития,

¹ «Возникшее соматическое повреждение влечет за собой далеко идущий сдвиг загруженности либидо в сторону локуса повреждения, органа и Я».

говорится там, является совершенствование функций Я, которые становятся «все более объективными», не зависящими от эмоций, пока не будут «такими же точными и надежными, как механический аппарат».

Ответом Эриксона (1946) на эту концепцию послужило его замечание, что механизирование Я и его независимость от эмоций являются скорее признаком патологического обеднения Я, чем характеристикой здорового Я, отличающегося особой способностью эмоционального опыта. Это относится, с моей точки зрения, и к концепции десоматизации Шура, в которой он видит признак и предпосылку свободной от конфликтов деятельности Я. Отношение Я к организму видится здесь лишь посредством функциональных аспектов, которые определяются, лишь исходя из постулированной противоположности Я и инстинктов.

Я (Ammon, 1972a) подробно показал, что концепция развития Я и формирования собственной идентичности, которая понимает Я как исключительно организацию защиты от первично асоциальных и воспринимаемых угрожающими инстинктивных потребностей, не является адекватной. С моей точки зрения, это относится также и к концепции десоматизации и регрессивной ресоматизации функций Я. Вопрос о значении, которое соматические переживания и соматическое поведение имеют для развития Я в смысле развития идентичности Я, не получает своего ответа в концепции Шура, хотя он сам обращает внимание на то, что диффузия идентичности, характерная для пациентов с пограничным синдромом, формирует фон психосоматических заболеваний.

Соматическое чувство Я и его нарушения

Значительный вклад в понимание взаимосвязи между восприятием Я и соматическими ощущениями внесли исследования Пауля Федерна (1952). В своих работах по психологии Я Федерн прежде всего интересовался различными «состояниями Я». Для него Я не равнозначно сумме своих функций, это прежде всего – постоянное психическое переживание, обозначаемое им как (чувство Я). Он утверждает: «Чувство Я можно описать как чувство связи психики и соматики во времени и содержании, причем связь следует понимать как непрерывное или как восстанавливающееся единство».

Он различает психическое и соматическое чувство Я: «Соматическое чувство Я есть совокупное чувство всех двигательных и сенсорных возбуждений, касающихся собственного тела; оно содержит единое чувство загрузки сенсомоторного аппарата инстинктивными импульсами. Соматическое чувство Я не идентично схеме тела, то есть совокупности упорядоченного восприятия тела» (Federn, 1926). Соматическое чувство Я может быть частью психического чувства Я, но может восприниматься и отдельно, например, оно по большей части отсутствует во сне, где переживается лишь психическое чувство Я.

У Федерна Я в целом - континуум меняющихся состояний Я, исследованных им прежде всего в рамках изучения сна и психозов. Здесь центральное место занимает его концепция «границ Я», отделяющих Я от не-Я изнутри и снаружи. Динамическое единство Я окружено гибкими границами, охватывающими сферу чувства Я на различном протяжении и служащими своего рода периферическим органом восприятия окружающего и внутреннего мира.

Эта концепция границ Я, первоначально выдвинутая Виктором Таском (1912), описана самим Федерном (1952): «Использование слов "граница" или "периферия" необходимо, чтобы выразить, что Я ощущается настолько, насколько хватает чувства единства его содержания. Это чувство четко отличает все, что в данный момент принадлежит Я, от всех прочих, не включенных в Я психических элементов и комплексов. Поскольку существует чувство единства, есть и граница его. Это не просто феноменологическая констатация факта. Теория состоит лишь из одного тезиса: следует признать, что чувство единства Я обусловлено взаимосвязанной загрузкой Я... Это допущение просто, но имеет далеко идущие следствия, простирающиеся далее, чем это дредполагалось Фрейдом или другими психоаналитиками, занимавшимися психологией Я, включая Шильдера, обладавшего наибольшим мужеством и интуицией по сравнению с другими. Оно ведет к исследованиям, выходящим за пределы функций, аспектов, содержаний и комплексов Я. Все эти феномены никогда не сформировали бы Я, если бы им не была свойственна постоянная специфическая загрузка, природа которой заключается в том, чтобы быть тотальным единством» (Federn, 1952).

Эту «специфическую загрузку» Федерн обозначает как «ego cathexis», заполняющую, наряду с разными функциями, границы Я, от протяженности которых зависит интенсивность актуального чувства Я. Он предполагает, что Я загружается нарциссическим либидо, служащим самосохранению и независимым от сексуального либидо и инстинкта смерти (Federn, 1952). Федерн отличает функцию границы Я, обуславливающую единство чувства Я за счет обособления от не-Я, от функции оценки реальности, занимающей центральное место в концепции Хартмана.

Анализируя состояния отчуждения, Федерн (1927) утверждает, что чувства отчуждения не являются результатом чрезмерной нарциссической загрузки Я, а как раз наоборот, свидетельствуют о «снижении нарциссической загрузки». «Мы твердо убеждены, - продолжает он - что должна сохраняться очевидность границ телесного Я (благодаря достаточности нарциссической загрузки. - Г. А.), чтобы внешний мир оставался очевидным. Следовательно, наряду с оценкой реальности, благодаря которой окружающий мир распознается в его независимости от Я, мы обладаем стойким чувством очевидности внешнего мира, возникающим благодаря тому, что стимулы извне проходят через границы соматического Я, снабженные особым качеством телесного чувства Я. Психическое представительство соматической границы Я, чувство

очевидности иногда отсутствует лишь для каких-то ее участков. Легкая степень нарушений, то есть простое притупление чувствительности границы Я, может еще компенсироваться произвольным усилием. Это усилие сопровождает оценку реальности, вместе с ним появляется и чувство очевидности. В норме же имеется постоянно полное чувство тела, стойко и незаметно дающее отграничение от внешнего мира».

С помощью освещенного здесь вкратце теоретического инструментария Федерну (1952) удастся подвергнуть детальному анализу ощущение боли, на решающее значение которого в развитии соматического Я указывал уже Фрейд (1923b). Хотя при этом он имеет в виду прежде всего «психическую боль» (mental pain), его концепция, с моей точки зрения, имеет ценность и для теории психосоматических заболеваний.

Федерн понимает болевой опыт как специфическое действие Я. Он различает две формы переживания боли: «страдание от боли» (suffering) и «ощущение боли» (feeling). Страдание от боли он понимает как выражение активной деятельности Я, в ходе которого вызывающее боль событие (отсутствие удовлетворения потребности или потеря любимого объекта) заключено в границы Я и переживается в них, причем Я воспринимает полную интенсивность происходящего. Боль в этом случае «поглощается и переваривается Я». Простое же ощущение боли понимается Федерном как процесс, при котором вызывающее боль событие воспринимается и перерабатывается не в границах Я, а как нападение извне, болезненно затрагивающее границу Я. Болезненное событие не принимается Я и поэтому не может быть им переработано. При каждом возвращении или каждом воспоминании об этом оно с той же интенсивностью натолкнется на неизмененную границу Я и, в конце концов, вызовет травматические последствия.

Эту неспособность Я переработать болезненное переживание или абсорбировать в смысле «еды и переваривания», тем самым меняя и дифференцируя себя, или изолировать себя без тревоги и чувства вины с помощью механизмов защиты, Федерн понимает как выражение недостаточной загрузки границ Я нарциссическим либидо. В то время как достаточная нарциссическая загрузка границ позволяет Я сначала переносить воспринимаемую боль, а затем адекватно ее переработать, недостаток нарциссической загрузки границ Я делает его пассивным по отношению к любому болезненному событию. Каждая фрустрация, каждая потеря объекта воспринимаются как непосредственная угроза обеспечиваемому границами единству Я и должна немедленно отражаться как опасная для его целостности.

Федерн обозначает эту слабость Я как «первичную неспособность» Я переносить страдание от боли, принимать его и перерабатывать в рамках дифференцирующей границы Я процесса. Он предполагает, что эта первичная неспособность становится исходным пунктом порочного круга, где непрерывные переживания боли в форме простого чувства боли, остающегося

внешним относительно границ Я, накапливаются, навязывая потом слабому Я отраженный болевой опыт в виде аффективных нарушений или злоупотребления психоактивными веществами. Все эти формы реакций Федерн сводит к «элементарной недостаточной способности переносить и выстрадать душевную боль». В основе всех реакций лежит неспособность принять и переработать пережитую боль, поскольку в силу недостаточной загрузки границ Я это привело бы к дезинтеграции личности.

С моей точки зрения, психосоматическое заболевание имеет динамику, сходную с описанной Федерном для аффективных расстройств и злоупотребления психоактивными веществами. Психосоматический симптом имеет в этом случае функцию избавления слабого Я от переработки вызывающего боль события в смысле «suffering», являясь хронифицированной формой чуждого Я чувства боли в смысле «feeling». «Эквивалент», заменяющий действительное переживание и переработку болевого опыта, может одновременно пониматься как попытка более или менее саморазрушающим образом сохранить недостаточно снабженное «ego cathexis» Я от угрожающей дезинтеграции.

В этом смысле я понимаю психосоматический симптом как саморазрушительную попытку восполнить и компенсировать нарциссический дефицит, возникший при формировании границ Я, и таким образом сохранить интеграцию личности. Я описал этот структурный нарциссический дефицит как дефект отграничения Я, назвав его «дырой в Я» (Ammon, 1971d, e; 1972b, c, d; 1973 a) и считаю, что такая дыра в Я в смысле более или менее генерализованного структурного нарциссического дефицита не только образует структурную базу психосоматических заболеваний, но и ответственна за генез и динамику психотических заболеваний шизофреничного и аффективного кругов, пограничных синдромов и сексуальных перверсий. Все эти заболевания, которые я понимаю как спектр архаических болезней Я, с моей точки зрения, связаны с нарушением развития Я в самом раннем детстве, приведшим к структурным дефектам границы Я и к патологической деформации центральных функций Я (Ammon, 1973a). В дальнейшем я хотел бы обратиться к проблеме генеза подобного структурного дефекта в развитии Я, чтобы разъяснить, при каких условиях «дыра в Я» может стать основой психосоматического заболевания.

Возникновение соматического Я в рамках ранних отношений матери и ребенка

Ребенок в первое время жизни не воспринимает себя отдельно от матери, он не разграничивает внутренний мир и внешний, Я и не-Я. Мать воспринимается как часть собственного тела, само тело не имеет ясных границ, ребенок не в состоянии воспринимать свои функции иначе как общим и неспецифическим образом. Мать и ребенок образуют психосоматическое единство,

они живут в диадном симбиозе. Задача этой диады, наряду с питанием и уходом, обеспечивающим функциональное поддержание жизни ребенка, создать постнатальный климат, в котором ребенок под защитой материнской опеки с помощью тесного эмоционального и телесного контакта с ней имеет возможность постепенного восприятия своих потребностей и соматических функций, чтобы таким образом обрести чувство и сознание собственного тела.

Спитц (1955) удачно описал эту ситуацию раннего симбиоза, как «мир первобытной пещеры». Он указывает на то, что ребенок на ранней фазе развития воспринимает себя и мать, олицетворяющую в это время для ребенка реальность вообще, в «пещерном модусе восприятия», а именно «первобытной пещерой», в которой весь чувственный опыт аккумулирует одновременно внутреннее и внешнее восприятие. Пещерный модус ощущений, в котором сливаются внешний и внутренний мир, образует мост между внешним и внутренним восприятием. Он заключен в межличностную ситуацию матери и ребенка, что Спитц описывает следующим образом: «Можно добавить, что это раннее интраоральное переживание состоит в том, что ребенок берет в себя грудь, будучи при этом закутан в руки и грудь матери. Взрослый рассматривает это как отдельные переживания. Но для ребенка оно едино и неразделимо, без различий между составляющими частями, так что каждая из этих составляющих может представлять собой целостное переживание».

Иными словами, «мир первобытной пещеры» имеет двойной аспект. С одной стороны, он образуется первобытной пещерой собственного рта, но с другой стороны, становится возможным лишь потому, что в форме материнских рук, несущих ребенка, и груди, которую он берет в себя, касается и прислоняется к ней, образуется внешняя первобытная пещера, в которой рот может функционировать как центральный орган восприятия. «Мир первобытной пещеры» образует поле чувственного опыта, при исследовании которого ребенок развивает первично заданные функции своего Я. Спитц называет их «матрицей как интроекции, так и проекции», в которой мы можем узнать первично-процессуальную форму тех функций Я, которые позже делают возможной более дифференцированную коммуникацию между внешним и внутренним миром. Ибо она, как показывает Спитц, является также местом «перехода к развитию сознательной целенаправленной активности, возникающей из пассивных желаний».

Так он понимает улыбку, которой ребенок на третьем месяце жизни реагирует на восприятие человеческого существа, на первую «сознательную реципрокную коммуникацию» (Spitz, 1969). Он утверждает: «Узнавание, акт улыбки является безусловно сознательным, направленным, интенциональным актом». Реакция улыбки показывает, что «сформировано рудиментарное Я: телесное Я, центральная организация управления». Она служит, как он предполагает, «адаптивной функции, самой ранней активностью которой является первая элементарная оценка реальности».

Спитц (1969), ссылаясь на теорию Хартмана (Hartmann, Kris, Loewenstein, 1946), выделяет прежде всего интрапсихический процесс дифференцировки психических структур Я и Оно из первоначально недифференцированной матрицы и возникающие между этими инстанциями противоречия. «Противоположностью развития рудиментарного Я является развитие Оно, - утверждает он и следующим образом определяет задачу Я. Это Я направляет отныне сброс энергии из Оно, стимулирует или тормозит, канализирует ее».

С моей точки зрения, здесь справедливо то, что было сказано при резюмировании концепции Шура: одностороннее подчеркивание функционального аспекта развития Я и выделение оценки реальности и контроля инстинктов как центральных функций Я, делающих возможной адаптацию, недостаточно для описания происходящего. При этом игнорируется аспект идентичности ступени развития Я, проявляющийся в реакции улыбки. С моей точки зрения, улыбка ребенка отражает не только происходящую оценку внешних аспектов реальности, но и выражает то, что ребенок может воспринимать в присутствии матери собственное существование, что он обладает чувством и сознанием собственной действительности и может выразить ее. Таким образом, «акт улыбки» означает, что ребенок может сформировать или интроецировать первую форму границы Я. Он воспользовался «первобытной пещерой», интернализировал внешний телесный контакт с матерью и теперь в состоянии отвечать актом сознательной, направленной, интенциональной реакции на лицо матери, в которой он узнает представителя первобытной пещеры.

Лихтенштейн (1964) детально изучил подчеркнутый мной аспект идентичности раннего развития Я в отношениях матери и ребенка в своей работе «Роль нарциссизма в возникновении и поддержании первичной идентичности». Он придерживается мнения, что мать в ситуации раннего симбиоза имеет функцию зеркального отражения на ребенка его потребностей, фантазий и действий, прежде всего на уровне не зрительного, а осязательного и обонятельного восприятия. Он утверждает: «What is dimly emerging in this mirror is at least in the beginning, not a primary love object, but the outlines of the child's own image as reflected by the mother's unconscious needs in regard to the child»¹. Лихтенштейн называет этот образ ребенка, который он встречает в реакциях матери до функционального отделения Я от не-Я, «первичной идентичностью» (primary identity) ребенка. Она обозначает специфичный способ ребенка быть определенным сыном/дочерью этой определенной матери. «Первичная идентичность» в определении Лихтенштейна является чем-то иным, чем самовосприятие чувства Я, она образует скорее «рамки отношений», в которых чувство Я может возникнуть в форме «внутреннего восприятия» (Freud, 1917a).

¹ «В этом зеркале, по крайней мере в самом начале, смутно возникает не первичный объект любви, а контуры собственного образа ребенка, отражающие бессознательные побуждения матери по отношению к нему».

Эти рамки отношений формируются межличностной ситуацией матери и ребенка, в которой ребенок может воспринимать себя самого существующим: «The child, while not capable of perceiving the maternal object or of possessing a sense of self or of identity, experiences its existence as reflected by the libidinal cathexis of the mother»¹ (Lichtenstein, 1964). Лихтенштейн (1961) предполагает, что это архаическое чувство существования, сообщаемое матерью ребенку уже на уровне осязательного и обонятельного контакта, имеет определенную индивидуально-типическую «конфигурацию», определяемую и поведением матери относительно ребенка.

Эту специфическую, уникальную конфигурацию «первичной идентичности», воспринимаемую ребенком в зеркале материнского обращения к себе, с моей точки зрения, следует понимать как предшественницу и образец границы телесного Я, постепенно формируемой ребенком в тесном телесном контакте с матерью. Тем самым «мир первобытной пещеры», о котором говорил Спитц, представляется не только местом развития функций Я и функционально определенных психических структур, но прежде всего местом первично-процессуального отграничения идентичности Я ребенка, в ходе которого в форме границы Я возникает рамка отношений, делающая возможным раскрытие функций Я, дифференцирование психических структур и развитие человеческой личности.

Телесное Я, развивающееся в симбиозе матери и ребенка, с моей точки зрения, поэтому также имеет аспект идентичности. Он должен рассматриваться не только как функционально определенное психическое представительство физиологического аппарата. Телесное Я выражает скорее идентичность организма, уникальность ощущения ребенком своего тела и ощущения его матерью. Поэтому нарушения раннего развития соматического Я, вызванные неправильным и недостаточно аффективным телесным контактом между матерью и ребенком, являются не только нарушениями функциональной структуры, но и всегда нарушениями идентичности. Поэтому я не могу согласиться со Спитцом (1969), когда он обозначает стадии раннего развития Я вплоть до приобретения речи как «первобытные шаги на пути становления человека человеком». Я считаю, что он таким утверждением односторонне интерпретирует результаты своих исследований раннего детского развития. Ибо «аффективный язык органов» (Jacobson, 1954) в самом раннем детстве является средством коммуникации, и для развития ребенка решающим является то, что мать в состоянии понимать этот язык, отвечая на него адекватно, то есть удовлетворяя нужды ребенка. Лишь когда мать в состоянии понимать ранние недифференцированные соматические проявления ребенка как речь органов и тела и адекватно отвечать на выражаемые этим языком потребности и чувства, она

¹ «Ребенок, еще не способный к восприятию образа матери или к осознанию отождествления с ней, воспринимает себя как отражение матери».

сможет дать ребенку возможность правильного развития соматического Я, то есть формирования его соматической границы и чувства физического существования. Поэтому неспособность матери воспринимать потребности ребенка, ошибочное и нестабильное реагирование на ранние проявления его поведения ведут к тяжелым нарушениям развития соматического Я.

В этой связи особенно показательными являются результаты сравнительного изучения поведения, проведенного Гебом (1949, 1955), Харлоу (1962, 1966) и Масоном (1968). Эти и другие исследования показали, что животные, независимо от получаемого питания, также зависят от телесного и социального контакта с матерью для приобретения инстинктивного поведения, регулирующего их жизнедеятельность. Отсутствие этого контакта вело к тяжелым и по большей части необратимым нарушениям психосоматического развития. С моей точки зрения, здесь в рамках психологии Я очевидна необходимость изучения генеза инстинктивного поведения у животных, которое, в отличие от предположения Хартмана (1948), не является готовой, врожденной формой поведения, служащей одновременно удовлетворению инстинктов и самосохранению.

Спитц (1945) в своих исследованиях госпитализма показал, что дети, в самом раннем возрасте лишенные достаточного эмоционально насыщенного телесного контакта с матерью или другим воспитывающим лицом, после «критического периода» переносимости в возрасте шести месяцев вступают в необратимый, летальный процесс соматической деструкции. Он видит в этом проявление инстинкта разрушения, высвобождающегося в результате отсутствия любящего объекта. Я сам думаю, что соматический распад этих детей является прямым выражением прогрессирующей дезинтеграции идентичности их соматического Я. С моей точки зрения, деструктивная динамика этого процесса, его патологическая автономия является не выражением врожденного инстинкта разрушения, а скорее означает реактивную, патологическую деформацию конструктивной агрессии, первичной функции Я, которая не могла развиваться в рамках симбиотического взаимодействия из-за сенсорно-эмоциональной депривации у ребенка и стала деструктивной, обращенной против собственного тела (ср. Ammon, 1969, 1970a, 1970b).

Насколько тесно связана способность распознавать и дифференцировать соматические проявления, воспринимать функции и реакции организма с телесным контактом в ходе симбиотического взаимодействия, следует из работ Бруча (1971), посвященных генезу и динамике ожирения. Она смогла показать, что даже элементарное чувство голода, которое для Фрейда (1905a) служило прототипом в его концепции либидо, представляет собой не биологически врожденное переживание и поведение, а результат научения во взаимодействии матери и ребенка, за счет «feeding» (питания) и «feedback» (обратной связи), когда ребенок интериоризирует материнские реакции в выражении своих потребностей. Бруч также указывает на сходные результаты срав-

нительного исследования поведения. К аналогичным выводам пришли Рамц, Валлештейн (1958) относительно способности ощущать соматическую боль. Чувство боли соответственно представляет собой не врожденный, исключительно биологически детерминированный стереотип реакции, а также результат научения в ходе раннего взаимодействия матери и ребенка.

Упомянутые исследования указывают на то, что развитие основных соматических функций и типов реагирования связано с предпосылкой жизненно важного эмоционально-телесного взаимодействия матери и ребенка в раннем симбиозе, в ходе которого ребенок интериоризирует установки и поведение матери по отношению к нему, развивая тем самым соматическое Я, позволяющее с помощью самой ранней границы Я, то есть соматической, осуществить первое различие внешнего мира и внутреннего. Тем самым, с одной стороны, возникает чувство Я в смысле восприятия собственного соматического существования, с другой же - предпосылка для формирования активной направленной коммуникации, то есть развитие и дифференцирование функций Я. При этом телесная близость матери носит для ребенка не только характер либидинозной загруженности объекта. С моей точки зрения, она прежде всего выполняет функцию предоставления матерью ребенку на ранней ступени его развития постоянной внешней соматической границы Я в форме «внешнего Я» (Spitz, 1969).

Примером тому служит обычай индейцев племени лакандон, потомков древних майя: там детей в раннем возрасте матери везде носят с собой (Ammon, 1966). Здесь становится чувственно отчетливой несущая функция материнского вспомогательного Я в симбиозе. Виннисот (1960) также подчеркивал невозможность рассматривать ребенка изолированно от матери, утверждая: «Просто ребенка, собственно, нет. Это, конечно, означает, что где бы ни находился ребенок, присутствует и материнская забота, без которой ребенка не было бы». Он отличал несущую функцию матери от ее функции либидинозно загруженного объекта, говоря в этом смысле о «матери-окружающем мире» и «матери-объекте». Задачей «матери-окружающего мира» является предоставление «облегчающей обстановки» (facilitating environment) для развивающегося ребенка. Эта функция, с моей точки зрения, может быть также описана удачным выражением Феничела, который говорит о том, что ребенок для своего развития нуждается во внешнем нарциссическом снабжении (external narcissistic supplies) в форме постоянного нарциссического подтверждения соматического благополучия атмосферными факторами.

Это внешнее нарциссическое снабжение в форме материнского обращения, с моей точки зрения, не вполне укладывается в теорию инстинктов. Я понимаю его скорее как вклад «матери-окружающего мира» в формирование границы Я ребенка. Эта граница будет тем более сильной и гибкой, чем больше у матери опыта восприятия потребностей ребенка, чем больше она в состоянии понимать значение его превербального соматического языка и реаги-

ровать на него. Это справедливо не только для периода постнатального развития. Исследования пренатальных жизненных процессов у человеческого эмбриона, в зависимости от установки к нему матери, дали много доказательств того, что травматические нарушения развития могут быть следствием неадекватного поведения матери еще до рождения ребенка. Ротмен (1973) в широком исследовании обнаружил достоверные корреляции между состоянием, формами реакций новорожденного и установками матери во внутриутробном периоде. Он показал, что новорожденные, матери которых во время беременности ощущали открытую враждебность к ребенку, отчетливо демонстрировали повышенную готовность реагировать в нормальных постнатальных стрессовых ситуациях психосоматической дезинтеграцией. Сходные результаты получены у детей, матери которых характеризовались во время беременности резко амбивалентным бессознательным отношением к ребенку. Обе группы вместе составляли более 60 % всех матерей. Те же результаты получены Нильсоном (1970). На значение коммуникации между плодом и матерью для развития ребенка указал Симон (1973), исследовавший реакцию новорожденного на магнитофонную запись сердечных тонов матери. Симон обнаружил, что ускорение сердцебиений матери вызывает у новорожденных сильное возбуждение, в то время как на спокойный ритм ребенок реагирует нормализацией поведения и быстрым засыпанием (ср. также Clauser, 1971).

Я сам в исследованиях пренатальных фантазий и снов, постоянно встречающихся в психоаналитической работе, исходил из того, что бессознательное ядро Я эмбриона формируется уже в период внутриматочного развития. Это находит свое выражение в реакциях плода на психовегетативное поведение матери и связанные с ним состояния напряжения или хорошего самочувствия. Однако, с моей точки зрения, о границе Я в этом периоде еще нельзя говорить, поскольку защитное отграничение в пренатальной стадии воспринимается прямо в форме защищающего материнского чрева (ср. Ammon, 1973g). Грабер (1970, 1972) в этом же смысле говорил о бессознательном «пренатальном Я» и придерживался мнения, что при психоанализе ситуация внутриутробной жизни может быть представлена так называемым «двойным единством переживаний». Соответствующие наблюдения описаны Бургер-Пиажет (1973).

Хотя мы находимся еще в самом начале исследований пренатальной психосоматики, упомянутые исследования нужны нам для привлечения пренатального периода развития к изучению генеза психосоматических заболеваний. Я считаю вполне возможным, что сообщенное по психовегетативным каналам бессознательное отвержение матерью ее еще не рожденного ребенка может вызвать для плода ситуацию, которую Хау (1973) удачно назвал «внутриутробным госпитализмом». Возможно, состояние постоянной параноидной напряженности, наблюдаемое у некоторых больных, является результатом такой пренатальной запущенности. Шур (1955) подчеркивает значение этого для возникновения психосоматического заболевания. Общий сдвиг преобладающих расстройств

от эдипального невроза к более архаичным формам психических заболеваний, связанный со структурными дефектами Я, возможно, объясняется тем обстоятельством, что пациенты уже в пренатальном периоде подвергались значительным травмирующим воздействиям, повышавшим их возможности защиты от развития базисных нарушений Я (ср. Ammon, 1973g).

Представители так называемой парижской школы психоаналитической психосоматики также подчеркивают значение пренатальных травм. Марти (1958) говорит о системах ранней психосоматической фиксации, которые возникают вследствие базисного патологического взаимодействия между плодом и матерью и регрессивно реактивируются при психосоматическом заболевании. Файн (1966) утверждает, что «архаический модус функционирования и соматическое истощение, являющееся его результатом», становится местом психосоматической фиксации. Стефанос (1973), чьей работе «Аналитико-психосоматическая терапия» я обязан этой цитатой, комментирует это так: «Имеется в виду: психосоматический регресс вызывается тем сектором в Я пациента, который остался в эмбриональном состоянии». Сами-Али (1969) связывает этот тезис с теорией образа тела. Он предполагает, что психосоматический регресс связан со снижением восприятия осязательной картины тела, которая, в отличие от зрительной, еще остается связанной с материнским объектом.

Эти концепции весьма близки моим представлениям о структурном нарциссическом дефиците в смысле дыры в Я. Однако, в отличие от Марти (1968), я не считаю, что «прогрессирующая дезорганизация», которую он наблюдает при психосоматическом заболевании, является «самым отчетливым проявлением инстинкта смерти» (the clearest manifestation of the death instinct). Я полагаю, что с позиций психологии Я объяснение, что деструктивный процесс связан с возникновением структурного нарциссического дефицита, является более адекватным. Я детально излагал эту концепцию, в том числе говоря об архаических болезнях Я, в своей работе «Динамическая психиатрия» (Ammon, 1973a). В ней я показываю, что формирование границы Я как процесса отграничения Я в симбиозе является решающей фазой развития Я и идентичности.

Это возникновение границы Я, способствующее различению Я и не-Я в плане формирования собственной идентичности, в рамках моей концепции становится возможным благодаря первично заложенным функциям Я ребенка. Здесь особую роль играют конструктивная агрессия и креативность, понимаемые мной как центральные функции Я. В формировании границ своего Я ребенок зависит также от постоянной поддержки окружения, своей так называемой первичной группы, в особенности матери. Нарушения на ранних стадиях симбиотического взаимодействия ведут к психопатологическим синдромам, которые, с одной стороны, характеризуются неспособностью различать между Я и не-Я, поскольку нарушается формирование границы Я, с другой же стороны, усилившейся деструктивной агрессией, поскольку речь идет о патологической деформации центральных функций Я.

При этом, с моей точки зрения, структурный дефицит границы Я является следствием отсутствия или недостаточного и нестабильного обращения со стороны матери и первичной группы. Ребенок становится жертвой неспособности матери и других воспитывающих лиц удовлетворять его потребности - часто в форме открыто враждебного отвергания или просто безразличия, что вызывает экзистенциальный страх быть покинутым. Слабым границам его Я угрожает уничтожение из-за наплыва внутренних и внешних импульсов, чуждых его Я и ведущих к дезинтеграции чувства Я. В ходе незрелой защиты от этой опасности вместо отграничения с помощью функции идентичности Я, обеспечивающей гибкую коммуникацию внешнего мира с внутренним, наступает отщепление всей затронутой зоны жизненного опыта, накопленного Я, и отрицание соответствующей зоны реальности. Возникают, так сказать, белые пятна на карте Я, зоны, в которых Я ребенка лишено опыта восприятия внешнего и внутреннего мира, поскольку соответствующие ситуации остаются связанными с первичной экзистенциальной тревогой. Эти «белые пятна» будут позднее отрицаться и отщепляться как чуждые для Я. Таким образом возникает дыра в Я, структурный нарциссический дефект в формировании границы Я. Затронутые зоны жизненного опыта не могут быть подключены к дальнейшему развитию. Ребенок остается здесь в диффузной зависимости от недифференцированных объектов, воспринимаемых как разрушительные и угрожающие жизни, что запускает защитный механизм отщепления.

Продуцируемая таким образом психопатологическая симптоматика, которую я отношу к спектру так называемых архаических заболеваний Я, в целом характеризуется неспособностью к отграничению собственной идентичности, симбиотической связью с недифференцированными объектами, архаическим страхом быть поглощенным и уничтоженным этими объектами. Специфическую динамику такого «симбиотического комплекса», развивающегося в форме соответствующего симптоматического поведения, мы можем понимать как попытку получить отграничение Я хоть в какой-нибудь форме за счет заполнения симптомом «дыры в Я» (ср. Ammon, 1971d, 1972b, с, 1973a).

Как правило, связанная с этим симптоматическим поведением деструктивная динамика выражает, как я полагаю, не деструктивный инстинктивный процесс, а скорее ставшую автономной за счет интроекции реакцию на раннее окружение ребенка, не обеспечивавшее ему конструктивно-агрессивное и креативное отграничение идентичности Я (ср. Ammon, 1970a, 1972a, 1973c).

В этом смысле я понимаю психосоматическое заболевание как выражение структурного заболевания Я. Оно говорит о том, что пациент уже при формировании своего соматического Я перенес повреждение в форме нарциссического дефицита, сделавшее для него невозможным выход из симбиотической зависимости и отграничение собственной идентичности. Поэтому он в последующем развивает гиперадаптацию к требованиям внешней реальности в форме механического, лишённого смысла функционирования и реагирует на каждое требо-

вание активного определения своей идентичности бегством в ложную идентичность, характерную для психосоматического больного. Вместо вопроса «кто я?», связанного для больного с экзистенциальным страхом, выступает вопрос «что со мной?», на который он постоянно ищет ответ. Иными словами, вопрос о собственной идентичности подменяется вопросом о симптоме, функционирующем как эрзац идентичности. При этом симптом представляет интроецированную мать раннего детства, которая в симбиозе отвергла потребность ребенка в активном определении и отграничении собственной идентичности и лишь тогда была способна на любовную заботу, когда ребенок заболел и вместо вопроса об идентичности выступал вопрос о симптоме.

На аспект идентичности психосоматического заболевания обращал внимание также Винникотт (1966). Он понимает психосоматическое заболевание как следствие расщепления (split) в организации Я пациента и как попытку защиты от грозящей потери идентичности в конфликтном взаимодействии с интроецированной симбиотической матерью. В то время как у здорового имеется эмоционально положительно окрашенная идентичность организации Я и соматического Я, при психосоматическом расщеплении Я эта идентичность утрачивается. Он утверждает, что «психосоматическая диссоциация меняет значение Я». При этом он подчеркивает, что расщепление Я психосоматического больного само по себе является результатом расщепления Я преэдиальной матери. Поэтому его следует понимать как попытку отразить угрозу, связанную для развивающегося ребенка с таким расщеплением Я матери. Я хотел бы далее детально коснуться этого аспекта, с моей точки зрения, решающего для патогенеза психосоматического симптоматического поведения (ср. Ammon, 1971d, e, 1972b).

Психосоматически морбогенные отношения матери и ребенка

В анамнезе психосоматических пациентов мы часто находим, что мать, которая не смогла найти и развить собственную идентичность в своей семье, имеет нереалистично завышенный образ идеальной матери и идеального ребенка. Беспомощный и телесно несовершенный новорожденный воспринимается тогда матерью как тяжкое нарциссическое оскорбление, в особенности если его пол не соответствует желаемому. Мать воспринимает ребенка первично дефектным, а его соматические потребности - как очередное оскорбление. Защищаясь от этого, мать навязывает ребенку свое собственное бессознательное требование совершенства, по большей части в форме жесткого контроля всех его жизненных проявлений, в особенности соматических функций. На протест ребенка против этого насилия, оставляющего его потребности неудовлетворенными, мать реагирует непониманием и враждебностью. Лишь соматическое заболевание ребенка позволяет матери подтвердить свое бес-

сознательное идеальное представление о себе как о совершенной матери и вознаградить за это ребенка действительным вниманием и заботой. При этом мать имеет противоречивую бессознательную установку, которую можно сформулировать следующим образом: «Я не люблю своего ребенка, потому что он оказался несовершеннолетним. Это вызывает во мне чувство вины и неполноценности. Чтобы избавиться от него, я должна стремиться сделать его совершенным. Это трудно, результат всегда недостаточен, возникают постоянные конфликты с ребенком, сохраняется чувство вины и неполноценности. Все меняется, когда он заболевает. Тогда мне легко заботой о нем доказать самой себе, что я все-таки хорошая мать. Он должен быть болен, чтобы я могла чувствовать себя совершенной».

Ожидания матери к ребенку амбивалентны и сравнимы с double-bind коммуникацией в шизофреногенной семье (ср. Bateson, 1969; Weakland, 1956; Ammon, 1968, 1971a, b, c, 1973a). С одной стороны, он должен вырасти сильным, зрелым и самостоятельным. С другой стороны, всякие проявления самостоятельности ребенка пугают мать, поскольку, как правило, не соответствуют ее нереалистично завышенному идеалу. Осознать противоречивость этих взаимоисключающих установок мать не может, поэтому из коммуникации с ребенком она исключает все, что так или иначе может привести к признанию очевидности ее несостоятельности как воспитателя. В болезни этот конфликт дезактуализируется, но выздоровление опять лишает ребенка заботы, поскольку мать возвращается к своему обычному поведению. Ребенок не может вернуть материнскую заботу, отказавшись от своих притязаний на самостоятельность, потому что таким он тоже не будет соответствовать ее идеалу. Вернуть ее можно, лишь вновь оказавшись больным.

При этом психосоматическое заболевание имеет двойную функцию:

1. Оно дает матери возможность избежать собственного конфликта амбивалентного отношения к ребенку и предоставляет ту форму обращения, которая созвучна ее бессознательным требованиям и страхам. Как мать больного ребенка, она получает поддельную идентичность, позволяющую ей отграничить себя от ребенка в этой роли и позволить ему тем самым отграничение в других областях, например, в сфере интеллектуальной деятельности.

2. За счет приспособления к бессознательному конфликту амбивалентности матери в форме болезни оно дает ребенку возможность получить свободу маневра для развития функций своего Я в других зонах.

Однако ребенок оплачивает эту стабилизацию симбиотических отношений с матерью весьма чувствительным ограничением. Ему приходится, что называется, на собственной шкуре испытать конфликт амбивалентности матери, ее неспособность к отграничению ее идентичности. Мать, компенсирующая бессознательное отвержение ребенка заботой и уходом за ним, когда он болен, вынуждает его отказаться от своей самостоятельности и служить матери носителем симптомов для разрешения ее конфликта идентичности.

Мелита Спелинг (1955) также указывала на эту патогенную динамику психосоматически морбогенных преэдиальных отношений матери и ребенка. Она утверждает: «I have found that the development of the psychosomatic pattern of response was rooted in a specific mother-child relationship»¹. Специфическим в этих отношениях является то, что они имеют характер «взаимного магического страхования жизни». Это отношение определяется со стороны матери ее потребностью держать ребенка в постоянной зависимости через удовлетворение его жизненно важных соматических и эмоциональных потребностей. Удовлетворяя своим заболеванием эту бессознательную потребность матери, ребенок получает взамен уверенность в том, что он не будет отвергнут ею. Болезнь ребенка служит матери для защиты от собственной потребности в инфантильной зависимости и для постоянного самоутверждения, когда она, ухаживая за больным ребенком, удовлетворяет бессознательные фантазии собственного всемогущества.

Спелинг (1955) подчеркивает также тесную связь бессознательного конфликта матери с психосоматическим заболеванием. Она считает, что матери психосоматически заболевших детей развивают психотическую реакцию, как только ребенок в ходе психоаналитической терапии начинает высвобождаться из симбиотической зависимости от нее. Спелинг интерпретирует свои наблюдения в рамках концепции Клейна. В основе симптома она видит «специфический исход борьбы между двумя первичными инстинктами» - либидо и потребности разрушения.

Я полагаю, что аспект психологии Я важнее. Мы можем сказать, что психосоматически больной ребенок служит матери средством воплощения ее бессознательного конфликта идентичности в материнской роли, дающим тем самым возможность контролировать этот конфликт. Ребенок служит матери, так сказать, внешним носителем симптомов. Точно так же, как мать из-за страха своей идентичности может функционировать лишь как псевдо-мать, поскольку ребенка, за которым ухаживает, она же и делает больным, так же и ребенок может пользоваться лишь ложной идентичностью психосоматического больного, чтобы тем самым закрыть собой «дыру» в Я матери.

Например, мать пациентки, с раннего детства страдающей бронхиальной астмой, пишет дочери: «Твое здоровье, дитя мое, - моя самая большая забота». Пациентка, однако, напрасно всю жизнь старалась получить признание матерью своих усилий по развитию собственной идентичности. Успех в учебе и профессии, партнерские отношения, жилье, путешествия - на все это мать реагировала стереотипными опасениями того, что эти опасные предприятия могут разрушить здоровье пациентки, и отказывалась принимать в этом участие. Лишь когда дочь становилась больной и беспомощной, удовлетворяя тем самым бессознательные потребности матери, та оказывала ей любовь, участие и внимание.

¹ «Я обнаружила, что развитие психосоматической реакции коренится в специфических отношениях матери и ребенка».

Эта ситуация, с которой мы постоянно сталкиваемся в терапии психосоматических больных, показывает, что психосоматическое симптоматическое поведение следует межличностной динамике, в которой мать заставляет ребенка отказаться от развития и отграничения собственной идентичности и принять вместо этого псевдоидентичность носителя симптомов, когда мать может поддерживать свою собственную псевдоидентичность.

Конечно, описанные здесь процессы межличностного перемещения симптомов не могут ограничиваться отношениями матери и ребенка. Они заложены в бессознательную динамику всей первичной группы. Она может лишь тогда позволить своим членам формирование и реализацию собственной идентичности и поддерживать их в этом, когда сама имеет идентичность как группа и может отграничить себя от внешнего мира. Далее я остановлюсь на этом подробнее. Здесь мне важно прежде всего показать, что психосоматический процесс, о котором говорил Миттерлих (1954), а priori является межличностным. Поэтому он не может быть адекватно понят в рамках индивидуально-психологической концепции ортодоксального психоанализа. Я же придерживаюсь мнения, что проявления психических и соматических расстройств в каждом случае указывают на нарушения межличностного процесса психосоматического развития, и поэтому всякая форма патологии, даже проявляющаяся в форме индивидуального заболевания, восходит к патологическому нарушению взаимодействия в группе, членом которой является больной и носителем симптомов которой он служит. Психосоматические нарушения индивидуума параллельны разрыву межличностных связей в группе, в которой он вырос и живет.

Первая группа, в которую входит человек, является диадным симбиозом матери и ребенка, или это группа, которую мать и ребенок формируют в период беременности. В обеих ситуациях - беременности и раннего симбиоза - мать нуждается в адекватной поддержке окружающих. Стиль, в котором она ведет себя с полностью зависимым от нее ребенком, в свою очередь зависит от того, как мать может воспринимать и вести себя в межличностных рамках своей жизненной ситуации. Поэтому диада матери и ребенка - не изолированный остров. Мать является посредником, представляя ребенку в симбиозе внешнюю группу, а окружению - потребности ребенка. Ибо ребенок не только формируется группой, он и сам меняет ее жизненную ситуацию, в которую входит при рождении, уже до рождения влияя на поведение и фантазии членов группы. Именно в этой функции посредника заключается значение решающего влияния матери на жизненную ситуацию человека вообще.

Поэтому процесс симбиотического взаимодействия является также решающим относительно успеха развития соматического Я и формирования соматической идентичности, образующего основу дальнейших шагов развития. Формирующая сила этой ситуации раннего развития определяется интернализацией ребенком различных аспектов вспомогательного Я матери и

«facilitating environment» первичной группы в форме границы между Я и окружением и представительства образов, окружающих внутри Я. Отграничение дает собственную идентичность, функциональный аспект которой Рапапорт (1958) описал как «относительную автономию». В дальнейшем эта идентичность во взаимодействии с окружающим миром, с одной стороны, постоянно расширяется и дифференцируется, с другой же - должна постоянно подтверждаться вновь и вновь.

Нарушения развития идентичности могут появляться в каждой фазе этого процесса на протяжении всей жизни индивидуума. Они всегда заложены в бессознательной динамике группового процесса по отношению к таким внешним группам, как семейная и профессиональная, а также интернализованному в раннем детстве представительству первичной группы. Поэтому если здесь подчеркивается решающее для жизни значение симбиоза и первичной группы, это не означает, что влияние более поздних жизненных групп не является важным. Ранняя групповая ситуация значима потому, что, исследуя ее, мы можем получить информацию, позволяющую нам понять, что является ядром каждого болезненного процесса, а именно: кризис в формировании, поддержании и развитии собственной идентичности. Такой кризис всегда является индивидуальным выражением кризиса группы.

Психосоматическое симптоматическое поведение ребенка как выражение бессознательного конфликта идентичности матери и первичной группы

Динамика межличностных отношений матери и ребенка в рамках первичной группы, ответственная за генез психосоматических заболеваний, глубоко исследована Гизелой Аммон (1972) в основанном и руководимом ею психоаналитическом детском саду Немецкого общества групповой психотерапии в Берлине. Ее наблюдения психосоматических заболеваний на ранних этапах у маленьких детей показывают психосоматику, так сказать, *in statu nascendi*, экспериментально верифицируя тезис о межличностном генезе психосоматической симптоматики. Она смогла показать, что психосоматические заболевания всегда возникают у маленьких детей при нарушениях взаимоотношений матери и ребенка, когда вместо живого телесно-эмоционального контакта матери и ребенка выступает эмоциональный уход матери или реактивный непроизвольный контроль всех жизненных проявлений ребенка.

Выяснилось, что в симптоматическом поведении ребенка всегда проявляется бессознательный конфликт матери в ее отношениях с ребенком, самой собой и лицами близкого окружения, который вытесняется и матерью, и первичной группой. Как чувствительный сейсмограф, поведение ребенка выводит на поверхность бессознательные конфликты матери и первичной группы. При этом оказалось, что психосоматическое расстройство ребенка, проявляю-

шееся также в отчетливом нарушении контакта со сверстниками и сотрудниками детского сада, претерпевало обратное развитие, когда в психотерапевтической родительской группе и индивидуальной психоаналитической терапии удавалось получить осознание матерью собственных конфликтов и поддержать ее в их проработке. Мать была тогда в состоянии распознать и понять витальные потребности ребенка и, прежде всего, правильно соответствовать его притязаниям на эмоционально теплое обращение.

Психосоматическое заболевание ребенка проявлялось всегда, когда ребенок использовался матерью как инструмент, своего рода оружие в борьбе со своими неразрешенными конфликтами идентичности. Но также и тогда, когда мать воспринимала притязания ребенка на эмоциональное внимание как угрозу собственной личности и эмоционально уходила в себя. В обоих случаях искажалась психодинамика симбиоза. Ребенок должен был, так сказать, взять на себя функцию защиты матери и служить ей как вспомогательное Я, чтобы, например, поддержать ее в соперничестве с супругом или вообще заменить его. При этом собственная роль вспомогательного Я ребенка матерью выполнялась неудовлетворительно.

Психодинамическое исследование регулярно демонстрировало наличие у самой матери значимых бессознательных конфликтов с собственной интернализированной группой, которые она отреагировала в актуальной ситуации первичной группы. На ребенке это отражалось в том, что мать могла воспринимать только отдельные аспекты личности ребенка, лишь частично удовлетворяя его потребности. Она была уже не в состоянии воспринимать ребенка как целостную личность и уважать его собственные права. Об этом Гизела Аммон пишет: «В психосоматической реакции речь идет о сознательном или бессознательном отвержении матерью целостности ребенка. Часто она в этом смысле прямо имеет в виду его соматические характеристики, которые представляются ей несовершенными. В основе этого лежит то, что мать сама не обладает интегрированным соматическим Я или находится под влиянием окружающей семейной группы, которая не позволяет ей достаточного телесно-эмоционального контакта с ребенком... Психосоматический симптом у детей сигнализирует об этом обрыве коммуникации с матерью».

Тот факт, что в результате осознания матерью и окружающей группой ее бессознательных конфликтов, о которых дал знать ребенок своими симптомами, и их проработки удается устранить психосоматическую симптоматику у маленьких детей, с моей точки зрения, объясняется тем, что границы Я маленького ребенка еще очень слабы, и стабильное отделение группы внешних объектов от группы их внутреннего представительства еще не состоялось. Иными словами, в этом периоде раннего развития мать и первичная группа функционируют как реальная граница Я ребенка. Когда они не способны принять неосознаваемые конфликты как собственные и проработать их, а вместо этого отреагируют их в своем отношении к ребенку, это означает прямое по-

вреждение границ его Я. Таким образом, он непосредственно материализует в своем психосоматическом симптоматическом поведении бессознательный конфликт матери и группы.

Бруч и Тоурейн (1940) в своей работе о семьях детей с повышенным питанием описали типичную ситуацию психосоматически патогенной семейной группы. Гиперадаптация к требованиям социального окружения делает родителей неспособными предоставить ребенку защитные условия для его развития. Семья функционирует как псевдосообщество (Wynne, 1958), коммуникация между родителями ограничивается лишь поверхностной заботой о здоровье ребенка, где глубокое соперничество проявляется в борьбе за то, кто является лучшей матерью. Ребенок фиксируется в симбиотической зависимости, чтобы, так сказать, обеспечить для родителей сферу, в которой они, не опасаясь реального сопротивления, могли бы с помощью больного ребенка одновременно отреагировать свой неосознаваемый конфликт идентичности и защититься от него.

В то время как в психоаналитическом детском саду прямая работа с матерью и первичной группой, как правило, позволяет разрешить психосоматическую симптоматику ребенка, постоянная травматизация патогенной семейной группы ведет к интернализации этой ситуации в форме архаического, враждебного Сверх-Я и возникновению дефектной границы Я, ответственной за невозможность ясного разделения собственного и объектного представительства. Роль такого враждебного Сверх-Я в возникновении и хронизации психосоматических заболеваний будет обсуждена в дальнейшем.

Психосоматическое симптоматическое поведение как действие интернализированной «злой матери»

Большой вклад в понимание роли архаического враждебного Сверх-Я в генезе и динамике психосоматических заболеваний сделан Ангелом Гарма (1950, 1953, 1958, 1968, 1973), который в основном занимался исследованием и лечением заболеваний желудочно-кишечного тракта. В то время, как Александер (1934) в психодинамике язвенного больного прежде всего подчеркивал бессознательное желание питания и материнской теплоты у пациента, Гарма (1950, 1953, 1958) видит основной причиной заболевания «интернализированную агрессивно-переваривающую мать». Свою теорию он формулирует следующим образом: «Интернализированная плохая мать действует агрессивно против человека, находящегося в состоянии оральной регрессии».

Он предполагает двухступенчатое развитие симптома:

1. Интернализация «плохой внутренней матери» в раннем детском развитии.
2. Реактивация образа злой матери в ходе регрессивного процесса, главным образом в пубертатном периоде.

Главной характеристикой матери, вызывающей в качестве интернализованного злого объекта язвенную болезнь, Гарма (1950, 1953) считает ее стремление держать ребенка в зависимости, подавлять его стремление к автономии, бороться с его агрессивными побуждениями и эдипальными запросами, вызывая у него фрустрацию. При этом эффект фрустрации не обязательно носит оральный характер в связи с недостаточностью кормления. Питание просто является собой, как правило, тот самый уровень взаимодействия с ребенком, который ею подвергается особенно строгому и ригидному контролю. Потребность в контроле делает ее навязчивой в отношении к ребенку, ее борьба с сексуальностью и агрессией фрустрирует его. Поэтому в фантазиях пациента она предстает, с одной стороны, соблазняющей, с другой - отказывающей, преследующей, кусающей, наказывающей.

В психодинамике симптоматического поведения Гарма (1950, 1953) находит следующие характерные черты:

1. Базисное пассивное подчинение интернализованной архаической вездесущей и контролирующей матери.

2. Сильное чувство вины и тенденции к самонаказанию при каждой попытке отделения от матери или ее интернализованного образа, при каждом агрессивном импульсе и каждой попытке эдипального приближения к ней.

С его точки зрения, симптомогенез в пубертатном периоде провоцируется реактивированным эдипальным страхом кастрации, следствием которого становится регрессия до орального уровня развития инстинктов. В ходе этой оральной регрессии интернализованная злая мать воспринимается как плохое, неудооваримое питание, которое «ложится тяжестью» в желудке больного. Находясь под давлением механизма навязчивого повторения защиты от интернализованных запретов матери на агрессию и кровосмешение, язвенный больной в действительности поглощает тяжело перевариваемую пищу, которую бессознательно воспринимает как деструктивно-агрессивную атаку матери и поэтому не может усвоить.

Симптом язвы желудка имеет, по Гарма, тройное значение:

1. Он обозначает рану отделения, переживаемую пациентом как прерывание пуповины.

2. Он представляет собой фантазию кастрационной раны, переживаемую вследствие оральной регрессии на уровне функции пищеварения.

3. Он обозначает также нанесенное агрессивно преследующей матерью повреждение в смысле «укора совести», которым интернализованная мать наказывает пациента за его генитальные побуждения и бессознательную потребность в автономии.

В гастродуоденальных нарушениях язвенного больного, которые могут рассматриваться как «чрезмерное функционирование» и как форма «саморазрушения», Гарма видит решающие моменты структуры личности пациентов, их «гиперкомпенсированную активность и латентную подчиняемость» (Garma,

1950). При этом язвенный больной «позволяет интроецированной матери кусать его, наказывая его тем самым за злое желание укусить ее. Это же последнее желание представляет собой замещение запретных генитальных побуждений, направленных на нее или других женщин».

Таким образом, для Гарма психосоматический синдром является выражением конфликта между инстинктом и архаическим враждебным Супер-Я, в котором доминирующую роль играет интернализованная злая мать, запрещающая всякое стремление к автономии, обособлению, агрессивным и сексуальным побуждениям. Хотя он не выходит за рамки классического учения об инстинктах (для психодинамики перемещения симптомов он предлагает объяснение из области психологии инстинктов (Garma, 1968)), но все же в своей концепции он однозначно подчеркивает роль матери в генезе симптомов. Он сообщает (Garma, 1973), что «знакомый психоаналитик (это был Карл Меннингер. - Г. А.) сказал как-то: по теории Гарма, при вскрытии больного с язвой желудка или двенадцатиперстной кишки в его желудке должны обнаружиться вставные зубы его матери». Гарма считал это замечание грубой карикатурой, которая, тем не менее, хорошо иллюстрирует его теорию.

Возникающий здесь вопрос относится к психологии Я. Он таков: как устроено Я, «позволяющее», по выражению Гарма, интернализованной злой матери «угрызением совести» вызвать язву желудка? Ответ из психологии инстинктов, который дает Гарма, его указание на регрессию до орально-пищеварительной стадии под действием неосознаваемого страха кастрации, представляется мне недостаточным.

Решающим, по моему мнению, является страх потери объекта, подчеркиваемый самим Гарма, когда он обозначает язву желудка как «рану обособления». При этом страх потери и защита от него касается не столько либидинозно нагруженного объекта, сколько «матери внешнего мира», как ее назвал Винникотт. Я считаю, что психосоматический симптом представляет именно мать как аспект внешнего мира, которая неуспешна в этой функции и поэтому наносит ребенку структурное повреждение Я в виде нарциссического дефицита. «Интернализованная злая мать» является аспектом этого дефицита, вызванным и постоянно поддерживаемым ею самой, поскольку ребенок не в состоянии отделиться от матери.

Сходных взглядов придерживаются Рихтер и Бекман (1969) относительно так называемого «невроза сердца». Они понимают психосоматическую симптоматику этого состояния, названную Фрейдом (1895с) неврозом страха, как защиту от «чрезмерного страха уничтожения», который они считают следствием «нарушения интеграции Я». С их точки зрения, в основе лежит нарушение интернализации ранних отношений матери и ребенка, при правильном развитии которых «идеальный объект» президипальной матери ассимилируется и становится «прочной внутренней собственностью», которую они вместе с

Сандлером (1963, 1965) и Лочем (1967) обозначают как «Идеал Я». У больных с неврозом сердца «тесная связь Я и идеального Я не удается, то есть поддерживающая, питающая функция матери (идеального объекта) не становится основательной собственностью в результате интернализации и не обеспечивает нарциссического гомеостаза. Идеальный объект не ассимилируется в представительство Я».

Защиту от вытекающей отсюда опасности «внутренней дезорганизации» обеспечивают симбиотические партнерские отношения. При психосоматическом неврозе сердца, возникающем вследствие задержки симбиоза, заболевший орган заменяет симбиотического партнера. Как и с партнером, с сердцем обращаются с «постоянным вниманием, покорным уважением, ожиданием наказания и готовностью раскаться по первому требованию». Как установил Рихтер (1964), «фантазии больных о своем сердце весьма похожи на таковые об образе матери». При этом психодинамика отношения к матери определяется «чрезмерным страхом уничтожения» из-за опасности расставания.

Я считаю, что наблюдения Рихтера и Бекмана могли бы быть подтверждены экспериментально-психологически, как ценное подтверждение того тезиса, что психосоматическое симптоматическое поведение представляет собой результат патогенных отношений матери и ребенка в раннем детстве. Хотя Рихтер и Бекман этого не подчеркивают, мне кажется очевидным, что «ассимиляция идеального объекта» преемственной матери всегда не удается, когда сама мать или представляемая ею ребенку первичная группа поражены конфликтом и поэтому не могут помочь ребенку в отграничении, для которого необходима стабильная интернализация.

Границу Я, о которой здесь идет речь, мы можем описать так же, как психический орган, позволяющий ребенку различать внутреннее и внешнее, Я и не-Я, говорить «да» или «нет». «Нет» – тому, что не принадлежит ему, не относится к Я, и «да» – тому, что он воспринимает как составную часть собственной идентичности. Спитц (1957) обозначил функцию способности говорить «нет» как основу всякой межличностной коммуникации. С моей точки зрения, она является признаком постепенно формирующейся границы Я. Тогда психосоматическое заболевание предстает как нарушение функции «нет». Больной говорит «нет» себе самому, потому что не посмел сказать это реальной первичной группе. Говоря «нет» собственному организму, он пытается, так сказать, отгородиться от интернализованного объекта.

В этой связи Ф. Шиффер (1961) указал на «хронический самообман», проявляющийся в деперсонализованном жизненном опыте психосоматического больного, и говорил о «патологической верности», которую больной хранит своему психосоматическому страданию. Мы можем говорить также о симбиотическом предательстве себя больным. При этом психосоматический сим-

птом выполняет два требования архаического враждебного Сверх-Я: он превращает соматическую основу чувства Я в чуждое Я, в не-Я и допускает в сознание из своего соматического опыта лишь что-то недостаточное, плохое, часто вызывающее отвращение. Одновременно, благодаря этому отщеплению собственной соматической основы, Я покупает ставшие свободными от ограничений, налагавшихся Сверх-Я, внимание, уход и заботу, как от собственных функций Я, так и от окружающей группы и общества.

Это расщепление Я психосоматического больного является лишь результатом расщепления установки общества на болезнь. В другом месте я указывал, насколько в нашем обществе отношения врача и больного стали инструментом, с помощью которого вовлеченные лица, так сказать, соглашаются на соматическое заболевание, чтобы обойти конфликт идентичности, проявлением которого оно является (Amnion, 1971e, 1973a). И напротив, общество реагирует отвержением и безразличием там, где психический характер заболевания, где аспект идентичности выходит на поверхность – при так называемых психических заболеваниях в широком смысле. Соматическое заболевание начинает восприниматься всерьез в нашем обществе, лишь если понимается как чуждый личности анонимный соматический процесс. И только поэтому оно становится также средством обращения внимание общества на Я больного и судьбу его идентичности.

В этом существенное различие между психосоматическим заболеванием и психозом. В то время как при психозе прорывается граница между Я и не-Я, и Я, захлестнутое бессознательным, в психотической реакции пытается сохранить и вернуть свою интегрированность, психосоматический симптом становится средством коммуникации освобожденного от чувства вины Я с окружающим миром и собственным организмом. В этом смысле психосоматическое заболевание имеет и положительный аспект. Оно определенным образом препятствует психотической дезинтеграции и предохраняет больного от полной потери объекта и идентичности. Я остается, так сказать, «in touch»¹ со своей соматической основой и с помощью психосоматического симптома получает внимание извне, хотя и на уровне, отщепленном от собственных проблем идентичности. Это становится возможным потому, что интернализированный объект раннего детства в форме соматического симптома оказывается одновременно отщепленным и – хотя и деструктивным образом – интегрированным в границы тела. Несмотря на это, с моей точки зрения, существует тесная психодинамическая связь между психозом, психосоматическим заболеванием и другими формами архаических болезней Я. Об этом подробнее будет рассказано в следующем разделе.

¹ «В непосредственном контакте».

Психосоматическое заболевание в спектре архаических болезней Я

На сходство психозов с психосоматическими заболеваниями указывал Гейнрих Менг (1934). Он предложил в некоторых случаях психогенных органических расстройств предполагать наличие «органный психоза», поскольку «Я такого больного, как и при психозе, отворачивается от внешнего мира». В то время как при неврозе вследствие формирования симптомов нарушаются лишь функции органов, и то лишь количественным образом за счет утомления или торможения, а Я «в основном остается нормальным», при соматических расстройствах типа органный психоза речь идет о первичных нарушениях соматического Я. Менг, занимавшийся изучением нервной анорексии, подчеркивал, что «модель деформации Я, запускающей органическое заболевание, задана в патологической деформации Я раннего детства, в генезе которого ведущую роль играет мать».

Керман (1946) сообщал о пациентах, сначала страдавших бронхиальной астмой, после ее устранения развивавших маниакально-депрессивный психоз и вновь заболевавших астмой после успешного лечения МДП электрошоком. Здесь становится отчетливо видно, что лечение, ориентированное лишь на симптом и не затрагивающее конфликт идентичности пациента даже по касательной, обречено на неудачу и фактически ведет к ухудшению состояния.

Уже К. Г. Юнг (1907) и Дрейфус (1908) сообщали о том, что у пациентов с психозами исчезала психотическая симптоматика, когда они болели органическими заболеваниями. Кетемейер (1953) связал с подобными наблюдениями свою теорию о «характере эквивалентов» психосоматического заболевания. Я сам сообщал о пациенте, который в детстве постоянно страдал мучительными кожными заболеваниями – экземой и гнойничковыми высыпаниями, преимущественно на коже лица и рук. В пубертатном периоде у него развилась тяжелая бронхиальная астма, державшаяся свыше десяти лет. Когда он, наконец, смог освободиться от астматических приступов с помощью аутогенной тренировки, у него началась депрессия психотического уровня, в связи с которой было начато психоаналитическое лечение. В ходе анализа он сообщал о состояниях крайней подавленности, которые обозначал как астма без астмы (Ammon, 1972b).

Заметная здесь связь между психозом и психосоматической реакцией заключается, с моей точки зрения, в том, что в обоих случаях нарушена интегрирующая функция границ Я. Психосоматический симптом образует «эквивалент» психотической дезинтеграции, который некоторым образом инкапсулирован в более или менее развернутое соматическое расстройство и, таким образом, сохраняет интактность прочих сфер Я за счет частичной дезинтеграции соматического Я.

Висдом (1961) находит важное различие между истерическим конверсионным симптомом и психосоматическим заболеванием. Он утверждает, что «при истерии плохой элемент (интроецированный, переживаемый как разрушающий объект. – Г. А.) выражает себя символически, в то время как при психосоматическом заболевании он вызывает на себя телесную реакцию». Иными словами, конверсионный симптом является выражением символической защиты Я, органический же симптом при психосоматическом заболевании отражает нарушение в Я способности к символизации. Злой объект не символизируется, а отражается, защита использует собственное тело, поскольку отграничение от злого объекта уже не удалось на архаическом уровне соматического Я.

В основе этого структурного дефицита лежит, с моей точки зрения, общий момент, объединяющий психотическую реакцию и психосоматическое заболевание и позволяющий последнему заменить психоз. При этом все же имеется существенное различие в отношении пациента к себе и окружающему. Это видно из короткого сравнительного анализа состояния границ Я и отношения к ним объекта. Объектом здесь является как внешнее не-Я, так и организм относительно Я.

При неврозе в существенной мере развиты объектные отношения, как с реальностью, так и с телесным Я. Состоялось четкое отграничение внутренних объектов от внешних. Здесь происходит прежде всего интрапсихический конфликт между развитыми психическими инстанциями, который определяет картину болезни. В психозе утрачиваются отношения с внешней реальностью. Исчезает разделение между внешней и внутренней реальностью, перестают различаться внутренние и внешние объекты, переживания и поведение пациентов полностью определяются фантазиями всемогущества и страха уничтожения, которые переживаются ими как реальные. Таким образом, при неврозе границы Я сохранены, хотя находятся под угрозой конфликта и ограничены в своих функциональных возможностях. При психозе границы Я структурно изменены, разрушены, это ситуация, развивающаяся параллельно регрессии до архаических первично процессуальных защитных механизмов.

Невротик инсценирует свой бессознательный конфликт прежде всего на интрапсихической сцене в форме снов, навязчивостей и конверсионных симптомов. Он поддерживает при этом сохранность своих отношений с внешними объектами в широких областях социального функционирования. Психотик же проецирует свои сны, страхи и навязчивые действия на реальность, которая становится местом действия, происходящего в его безграничном Я. В остром психотическом состоянии он переживает полную потерю реальности, невозможность различения внешних и внутренних объектов.

Психосоматическая реакция занимает промежуточное положение. Она соответствует по своей структуре и динамике скорее так называемому пограничному синдрому и сексуальным перверсиям. Кхан (1968) описал первер-

ное поведение как попытку формирования объектных отношений с помощью «техники интимности» с целью репарации Я, восстанавливаемого в перверсном взаимодействии как «идолизованный внутренний объект».

При этом перверсное взаимодействие с фетишем или с партнером-соучастником имеет целью воспроизведение президипальной ситуации близости к матери, когда ребенок либидинозно загружен и идолизуется матерью как «вещь-творение». Поэтому партнер или фетиш перверсного больного является объектом, находящимся в пространстве между внутренним и внешним миром, точно так же, как президипальная мать, воспринимаемая ребенком одновременно как внешний и внутренний объект или, как я бы сказал, прямо функционирующая как граница его Я. Восстановлением ситуации, в которой перверсный пациент может воспринимать внешний объект, фетиш или партнера-соучастника как часть самого себя, как собственное изобретение, имеющее одновременно качество внешнего объекта, он пытается, как это формулирует Кхан (1968), «ensure the nursing of self and object in the hope of freeing and enlarging the ego into an independent and coherent organization and achieving a sense of identity»¹.

Эта конструктивная надежда на саморазрушающую перверсную активность, поиск экзистенциального чувства терпит крушение в результате того, что Анна Фрейд (1952) однажды назвала «the incapacity to love and the threat of emotional surrender»². Иными словами, в результате неспособности перверсного больного любить и его экзистенциального страха перед эмоциональной зависимостью от матери, которая позволяет своему ребенку иметь лишь характер идолизированной «вещи» (Khan, 1968), но неспособна признать и уважать его как личность.

В психодинамике психосоматического заболевания мы находим неожиданные параллели этой динамике, представленной Кханом (1968) для сексуальных перверсий.

1. Больной организм воспринимается пациентом как не-Я, объект, с которым он пытается установить интимные отношения, сходные с перверсным взаимодействием, в которых он мог бы воспринимать этот объект как часть своего Я.

2. Чтобы установить связь с организмом, последний должен представляться пациенту чужим. Это достигается за счет того, что организм выступает по отношению к Я как больной. При этом заболевание как болезнь собственного тела отвечает потребности психосоматического пациента самому создавать объект, с которым он устанавливает отношения.

3. Партнером психосоматического больного, его сообщником является его собственный организм. Он может, с одной стороны, восприниматься как не принадлежащий Я, с другой - как собственное творение.

¹ «обеспечить вскармливание себя и объекта в надежде на освобождение и расширение Я до независимой интегрированной организации и достижение чувства идентичности».

- «неспособность любить и угроза эмоционального поражения».

Отклоняясь от известного мнения Фрейда, можно сказать: психосоматический симптом является негативным изображением перверсии. Упоминаемая здесь тесная связь между психосоматической реакцией и сексуально перверсным поведением основывается на сходстве динамики в ранних отношениях матери и ребенка. Мать, вызывающая у ребенка как сексуальную перверсию, так и психосоматическое заболевание, обращается либидинозно лишь к соматике ребенка, обеспечивая «внешнее нарциссическое питание» (Fenichel, 1945). Существенная разница заключается в том, что мать, вызывающая перверсию, загружает либидинозно все действия, касающиеся здорового аспекта детского организма, например, церемонию мытья, одевания ребенка, все манипуляции с его гениталиями. Тело ребенка при этом идолизуется. Она воспринимает его как созданную ею самой игрушку. В отличие от этого, мать, вызывающая в ребенке психосоматическое заболевание, реагирует либидинозным обращением лишь на дефекты и болезни детского организма. Здесь именно заболевание, симптом дают матери возможность выполнить функцию защищающего, согревающего вспомогательного Я по отношению к ребенку. Обе матери не способны принять ребенка как личность, признать за ним его права, они игнорируют растущую идентичность ребенка, в результате его потребность в автономии наталкивается на чрезвычайный страх быть покинутым и уничтоженным.

Следствием этого является последующее развитие бессознательного стереотипа повторяющихся реакций, сексуально перверсных в одном случае и психосоматических в другом, становящихся для пациентов единственной формой экзистенциального восприятия себя или поиска собственной идентичности. При этом ставшая деструктивной агрессия, характеризующая как сексуально перверсное, так и психосоматическое симптоматическое поведение, является выражением деформированной ранними повреждениями Я функции первично конструктивной агрессии.

По моему опыту, шизофреногенная мать характеризуется общей неспособностью быть матерью, то есть функционировать как внешнее вспомогательное Я ребенка. Расщепление идентичности матери здесь столь хаотично, что отщепленные псевдоотношения не могут сформироваться с достаточной стабильностью и последовательностью. Ребенок безоговорочно отдан во власть хаотического, непоследовательного поведения этой матери. Менее вредоносным является так называемый тип инфантильной шизофреногенной матери (Pankow, 1968), ожидающей, что ее ребенок будет обращаться с ней, как ее мать.

С моей точки зрения, между перверсиями и психосоматическими расстройствами существует целая шкала переходных состояний. Уже Гарма (1950, 1968) указывал на тесную связь психосоматической симптоматики и сексуально-перверсного реагирования - чаще всего бегства в гомосексуализм. Спелинг (1952, 1955, 1967, 1968) обращает внимание на то, что психосоматические пациенты часто демонстрируют поведенческое отреагирование, и видит также тесную связь

между этим поведением (фетишистские объектные отношения в широком смысле слова. - Г. А.), сексуальными перверсиями и психосоматическими реакциями. Она понимает эти формы патологии как проявления гиперактивности Я, защищающегося таким образом от угрожающей потери объекта и связанного с этим архаического страха разрыва отношений. Ее указание на то, что психосоматическая реакция часто сменяет поведенческое отреагирование и перверсное симптоматическое поведение, когда в ходе аналитической терапии врач в переносе воспринимается как угрожающее Сверх-Я больного, то есть интернализированный внешний объект, может, с моей точки зрения, пониматься и таким образом, что психосоматическая реакция у этих пациентов означает шаг в направлении интеграции Я, так что пациент в рамках терапии может начать во взаимодействии с врачом вместо разрушительного поведенческого отреагирования и психосоматического симптоматического поведения постепенно устанавливать более адаптивные формы отграничения Я.

Однако этот положительный аспект психосоматическая реакция получает, лишь если пациенту предоставляется возможность в рамках терапевтического взаимодействия распознать ее как конфликт идентичности и отграничения и если ему позволяют действительно выразить и проработать связанную с этим деструктивную агрессию. Этот момент я хотел бы осветить более подробно.

По моему опыту, мы можем различать две группы психосоматической симптоматики, которые я предложил обозначать как первичное и вторичное психосоматическое заболевание (Ammon, 1972 b). В первом случае затронуты первичные функции Я - нарушения пищевого поведения, зрения, слуха, походки, речи. Симптоматика при этом генерализована, фиксирована и малоподвижна, она находит свое выражение в целостном соматическом процессе. При вторичном же психосоматическом заболевании ступень формирования символов достигает уровня архаического языка органов. Симптоматика сильнее привязана к ситуации, чаще наблюдается смена симптомов.

Злоупотребление психоактивными веществами часто является формой поведенческого отреагирования, связанной с психосоматическими заболеваниями. Здесь наркотическое средство выступает в роли интернализированной злой матери, от которой пациент не может отделиться, пациент зависим от наркотика, он разрушает его изнутри как отравленное молоко матери. Наркотик в восприятии пациента имеет качества как внутреннего, так и внешнего объекта. Злоупотребление психоактивными веществами может чередоваться с психосоматическим заболеванием. Мой сотрудник Юрген Гете (1972) показал это в детальном изложении одного случая в своей работе «Психосоматический симптом и наркомания».

Важный вклад в аспект психологии Я психосоматического симптоматического поведения сделан моим давним сотрудником Дейтричем фон Крисом (1972b) в работе «Психосоматические синдромы как категории структуры Я». Фон Крис различает две группы психосоматических проявлений. Для него кри-

терием является состояние границы Я, которая должна компенсироваться с помощью симптома. Лежащая в основе патология представляет собой неспособность регулировать это состояние границ Я. Они или слишком широко открыты (ригидное состояние неспособности разграничения внешнего и внутреннего, фон Крис говорит о «гипноидно-симбиотическом состоянии Я»), или слишком жестко закрыты (дисфункциональная преграда между миром внутренних потребностей и внешним миром). В этих двух случаях психосоматический симптом служит разным целям. Фон Крис утверждает: «Психосоматические симптомы в контексте симбиотически-гипноидного расстройства Я, при котором имеется прямой доступ Я к психовегетативным функциональным механизмам (и обоюдная ранимость), обладают... специфической функцией закрытия проницаемых границ Я... Формирование отдельных психосоматических симптомов, выбранных из общей шкалы возможных расстройств, служит защите от дезинтеграции Я и является синтетической акцией Я. Психосоматический симптом предотвращает полное фрагментирование чувства соматического Я».

Иную функцию имеют психосоматические заболевания при «застывшей и псевдозакрытой структуре Я». Фон Крис констатирует: «В противоположность симбиотически-гипноидной структуре Я, в которой креативное состояние диффузии границ Я дисфункционально застыло, психосоматически реагирующий пациент защищает ригидно закрытыми границами Я креативное состояние Я, высоко аффективное состояние диффузии Я». Упомянутое здесь креативное состояние Я с преходящим раскрытием его границ я подробно осветил в работе «Креативность и развитие Я в группе» (Ammon, 1972a, ср. также v. Kries, 1972a).

Фон Крис продолжает: «Таким образом пациент приобретает фасадно функционирующее Я, живущее без аффектов и стабилизированное за счет ригидных гетерономных регуляционных механизмов. Эти люди чувствуют себя хорошо именно в ситуациях, когда ими управляют, на рабочем месте или в чрезмерно упорядоченном мире с жесткими правилами поведения, в особенности в больнице, где они сразу же приобретают идентичность психосоматически или соматически больного».

Анализ состояний Я с помощью понятий границ Я позволил фон Крису ввести важное, с моей точки зрения, различие при терапевтической работе. Он смог тем самым еще раз доказать пригодность сформулированных мной концепций психологии Я относительно генеза и динамики психосоматических заболеваний и дополнительно их дифференцировать.

Выяснилось также, что концепция психологии Я, отражающая структуру симптоматики в межличностном контексте ее генеза, пригодна и для понимания новых аспектов динамики инстинкта.

Ян Пол (1972), один из близких мне на протяжении многих лет сотрудников, предпринял на основе моей концепции интересную попытку понятийного • разъяснения вопроса об условиях возникновения конверсионного симптома в

сравнении с психосоматическим симптомообразованием. В своей работе «Конверсия и психосоматическое симптомообразование» он развивает гипотезу о том, что «способность к конверсии», о которой говорил Фрейд (1984), обусловлена дефектом развития соматического Я. Конверсионный симптом служит в этом случае двум различным тенденциям. С одной стороны, он делает возможным символическое выражение бессознательного конфликта между Я и инстинктом, являющегося следствием неудавшейся переработки эдипальной конфликтной констелляции; с другой же, он служит аутоагрессивной попыткой восстановления интегративности соматического Я, формирование которого в прездипальном симбиозе осталось задержанным и нарциссически дефицитарным из-за неправильного поведения матери и первичной группы. Пол утверждает: «Можно также сказать, что в частичном регрессе конверсионного невроза соматическое Я пытается нарциссически удовлетворить потребность своего интегративного отграничения, оказавшегося для него невозможным в первичных объектных отношениях, путем болезненного удержания онтогенетически более ранних конфликтных процессов. Оно предлагает свой старый, открытый регрессией дефект, более новый конфликт с инстинктом использует его как сцену для своего драматического выражения, что позволяет соматическому Я привлечь конверсионный симптом для своей репарации и интеграции».

На основе этого представления Пол развивает концепцию скользящей шкалы психосоматических заболеваний. «Психические заболевания с соматическим симптомообразованием можно ранжировать по скользящей шкале, в зависимости от размера повреждения первичных и вторичных функций, происшедших в ходе развития Я. Здесь ведущее значение приобретает формирование архаического Сверх-Я и его взаимосвязи с развивающимся Я. Классическая конверсионная истерия соответствует в таком случае первичному повреждению Я при высоких степенях развития вторичных функций Я, выступающих на службе его интегративных потребностей. Вплоть до психоза как генерализованной формы заболеваний Я проходит путь последовательно через актуальный невроз, прегенитальные и т. н. органические неврозы, а также психосоматический конверсионный симптом с плавными переходами между ними». Полу удалось детальным описанием клинического случая верифицировать изложенную здесь вкратце концепцию.

С моей точки зрения, она заслуживает интереса как попытка применения к истерии понятийного инструментария, полученного в рамках исследований психологии Я в раннем взаимодействии матери и ребенка. Он был исходным пунктом психоаналитической теории и практики, однако эти концепции мало изменились в ходе дальнейшего развития теории психоанализа. Я хотел бы подчеркнуть, что предложение Пола ранжировать спектр переходов психосоматической симптоматики от проявлений архаического дефицита Я до классических конверсионных симптомов не должно вести к размыванию структурных различий.

Если «способность к конверсии», «соматический ответ» в свете исследований ранних фаз развития Я представляется следствием онтогенетически приобретенного нарциссического дефицита, то это не может означать, что динамика процесса конверсии, воспользовавшаяся этим дефицитом, может быть приравнена к динамике психосоматического заболевания, которая не пользуется нарциссическим дефектом, а прямо служит защите от такого повреждения Я и его компенсации. Это различие я хотел бы подчеркнуть потому, что оно имеет существенные следствия для стратегии и техники психоаналитической терапии психосоматических заболеваний. С моей точки зрения, вклад Пола заключается именно в том, что он показал, что архаический уровень структурного повреждения Я должен быть, в том числе и при лечении классической конверсионной истерии, распознан, вскрыт и проработан.

Проблему дифференцирования конверсионного симптома и психосоматического заболевания, различия между вытеснением и защитой, для решения которой Пол сделал плодотворное, с моей точки зрения, предложение, анализирует также Александер Миттерлих (1954, 1961, 1968, 1973) в рамках своей концепции о том, что при психосоматическом заболевании происходит «двухфазное вытеснение», защита от угрожающих инстинктивных импульсов.

Вкратце эту концепцию он еще раз представил вместе с де Бором (de Boor, Mitscherlich, 1973). «Хронические психосоматические страдания, - утверждают они, - всегда имеют психоневротическую предысторию. Их развитие представляет собой двухфазный процесс». Сначала симптоматика выглядит «классически невротической» и «размыто дисфункциональной», оставаясь без «объективных органических коррелятов». Лишь во «второй фазе возобновленной защиты от конфликта» происходит ресоматизация, связанная с «регрессией представления конфликта до соматического страдания».

Миттерлих (1954, 1968) обозначил эту «вторую фазу возобновленной защиты от конфликта» как форму «поствытеснения». Такое поствытеснение в соматику необходимо, поскольку в результате внешних и внутренних напряжений «классические невротические» формы защиты не могут больше устоять перед угрожающими импульсами Оно. При этом он предполагает, что в соматическом ответе классического ряда дополнений (Freud, 1905a,b) «могут быть скрыты душевные травмы и их психосоматические последствия» (Mitscherlich, 1954). Эту мысль он позже уточняет, говоря о «расхождении между биофизическими потребностями ребенка и материальными и психическими условиями ухода за ним». Последние обусловлены «рядом дополнений врожденных и средовых факторов». «Образец» такого расхождения он видит во встрече «гиперсекреторного грудного ребенка» с «депрессивной фрустрирующей матерью» (de Boor, Mitscherlich, 1973), что, с моей точки зрения, смещает и искажает проблему, поскольку речь идет именно о биопсихических потребностях маленького ребенка.

В другой работе (Mitscherlich, 1966-1967) он выдвинул интересное предложение по дифференцированию. Он говорит о болезнях, являющихся еще психосоматическими, то есть не прерывающими связь симультанного психосоматического процесса, и обычных соматических заболеваниях, характеризующихся возникающей в конце концов соматической «автономией дефекта». Причину обрыва психосоматических связей, вызывающего хронизацию заболевания, он видит в «отщеплении Я от Оно» (Mitscherlich, 1961). Однако он не высказывается определенно относительно психодинамического процесса, обуславливающего это отщепление. С одной стороны, он подчеркивает, что механизм вытеснения слишком специфичен и что следует говорить скорее о «защите» (Mitscherlich, 1961), с другой стороны, он категорически утверждает, что речь идет о вытеснении в смысле поствытеснения (Mitscherlich, 1968).

С помощью анализа взаимоотношений «защиты» и «конверсии» де Бор (1965) пытался объяснить и понятийно уточнить концепцию двухфазной защиты. Он различает соматические симптомы истерической конверсии и органическую симптоматику вследствие различного содержания проявляющихся при этом инстинктов.

При конверсии речь идет о недостаточно вытесненных фаллических стремлениях эдипальной фазы, а у психосоматических пациентов «регрессия происходит прежде всего в сфере развития инстинктов, в то время как регрессивные процессы в сфере функционирования Я значительно реже играют какую-либо роль, чем при психозах». Я пациентов оказывается «в состоянии ощущения интенсивной угрозы и применяет вытеснение - тот защитный механизм, который был освоен на позднейших фазах развития и был в состоянии справиться с большими дозами аффекта».

Вместо эдипальных устремлений «конверсируются» теперь презэдипальные. Поскольку «эти импульсы представляются Я в особенности опасными после четкого разделения инстанций психического аппарата на Оно, Я и Сверх-Я, они должны быть вытеснены и аутопластически преодолены».

Поскольку регрессия до прегенитальной фазы развития инстинктов связана с «разрыхлением перекреста либидинозных и агрессивных импульсов», то «вследствие отделения инстинктов... агрессивные импульсы становятся более разрушительными, неумолимыми и грубо направленными против собственной личности».

Де Бор резюмирует: «В зависимости от степени регрессии, обособления инстинктов, силы и неадекватности аффектов для созревшего организма, ...конверсия... ведет к обратимым или деструктивным органам расстройствам. Это говорит о существенном различии между психосоматическими и истерическими конверсионными процессами».

Хотя Миттерлих и де Бор (1973) пытались подвергнуть дальнейшему дифференцированию это ортодоксальное представление добавлением концепции «базисного расстройства» Балинта (1968), с моей точки зрения, им все же не;

удалось устранить основную слабость концепции «двухфазной защиты». Она заключается, как я думаю, в функционально суженном представлении о Я. На основании того, что «функции Я» психосоматического пациента остаются интактными, они считают, что Я целиком оказывается в состоянии вступить в «возобновленную фазу защиты от конфликта» в плане конверсии прегенитальных содержаний инстинкта в соматику, когда «классическая невротическая» симптоматика первой фазы защиты не в состоянии защитить от угрожающих импульсов Оно.

С моей же точки зрения, интактность отдельных функций Я при одновременной беспомощности и панике Я вследствие фрустрации прегенитальных потребностей является признаком не сохраняющейся интеграции Я, а его расщепления. Поддержание функций Я оказывается возможным именно за счет их отщепления. Поэтому решающий разрыв, ответственный за возникновение соматического симптома, представляет собой не «отщепление Я от Оно», а расщепление самого Я, возникшее вследствие первичного разрыва межличностного психосоматического симультанного процесса в раннем детстве и проявляющееся в нарциссическом дефекте. Поэтому, с моей точки зрения, при высвобождении инстинктов в деструктивной динамике болезненного процесса проявляются не эти «особо опасные» импульсы фазы прегенитального развития инстинктов. Там проявляется скорее структурное повреждение Я, и не столько в отношении отдельных функций, сколько в отношении отграничения и переживания собственной идентичности.

Тем самым не имеется в виду, что развитие инстинктов и их нарушения не играют никакой роли в генезе и динамике психосоматических заболеваний. С моей точки зрения, развитие инстинктов и Я должны рассматриваться как параллельно протекающие процессы, которые сообщаются друг с другом и дополняют друг друга, не обязательно находясь в отношениях взаимной угрозы и подавления. Подавление инстинктов в период раннего развития, происходящее в особенности тогда, когда родители видят в либидинозных потребностях и желаниях ребенка прежде всего угрозу и признак асоциальных и опасных природных сил, которые должны быть подавлены и дисциплинированы, имеет скорее характер подавления и повреждения Я.

Именно в предьстории психосоматических больных мы постоянно обнаруживаем, что структурному повреждению Я ребенка сопутствует неосознаваемая родителями их защита от его потребностей, проявляющаяся в форме ригидных запретов, страха сексуальности. Родители, которые в силу собственного неосознаваемого страха перед инстинктами не способны понять потребности ребенка и поддержать их, когда они начинают осознаваться ребенком и дифференцироваться - это те самые родители, которые не в состоянии адекватно выполнять функцию внешнего вспомогательного Я по отношению к ребенку. В обеих сферах ситуация модельного подражания ведет к патогенной фиксации развития инстинктов и нарушению формирования границы Я.

Поэтому при психосоматических заболеваниях мы всегда находим также нарушенную динамику инстинктов, содержательно определяющую симптоматику и придающую заболеванию специфический колорит. Ответственным же за психосоматическое качество заболевания является объем структурного повреждения Я, детерминирующий форму заболевания. Это становится понятным, если уяснить, что способ восприятия инстинктивных потребностей – своих и ребенка – и реакции на них со стороны матери и первичной группы является решающим для степени гибкости и дифференцирования внешних границ Я, предоставляемых ребенку и постепенно интернализуемых им.

Таким образом, развитие инстинктов *per definitionem*¹ является межличностным процессом. Оно определяется динамикой этого межличностного процесса в гораздо большей степени, чем биологическим механизмом отдельных фаз развития либидо и их последовательностью. Поэтому структурное повреждение Я, лежащее в основе психосоматического заболевания, всегда связано с нарушением развития инстинктов. Но повреждение Я вызывается не угрожающей, асоциальной первобытной силой инстинкта. Причиной скорее является разрушительная динамика, запускаемая первичной группой стилем ее обращения с инстинктивными потребностями и стремлением к автономии и идентичности своих членов.

Психосоматический больной как носитель симптомов своей группы

Я уже указывал на то, что первичная группа и ее неосознаваемая динамика имеет решающее значение для возникновения того нарциссического дефицита в формировании границы Я ребенка, который, с моей точки зрения, лежит в основе психосоматического заболевания. Патогенетическая функция семейной группы, которая в формируемых ею структурах Я или слишком ригидно открыта по отношению к требованиям внешнего мира и бессознательным конфликтам своих членов, или слишком ригидно закрыта по отношению к внешнему и внутреннему миру, подробно исследовалась на примере семейных групп психосоматических пациентов (Bateson et al., 1969; Cohen et al., 1954; Ammon, 1971a, b, c, 1973a, c).

Как будет подробно разъяснено в дальнейшем, в первичной группе возникают структурные предпосылки, позднее обуславливающие при соответствующих пусковых ситуациях психосоматическое заболевание. Сколь значимым являются при этом групповая ситуация и ее бессознательная динамика, показывает ряд исследований, выявляющих корреляцию появления психосоматических реакций с актуальной ситуацией в группе больного.

¹ По определению (*лат.*).

Например, Руеш (1948) с сотрудниками при социально-психологических исследованиях американского военно-морского флота достоверно обнаружил, что у членов личного состава, недавно произведенных в офицеры, выше заболеваемость язвой двенадцатиперстной кишки, чем у их коллег с большим стажем. Важным патогенным моментом являлось то, что эти пациенты чувствовали себя чужаками в новой группе. Фланц, Розенштейн, фон Уекскилл (1956) сообщали о пациентах, заболевавших язвой желудка в момент, когда в ходе послевоенных событий они внезапно оказывались изолированными от своей привычной группы.

Тесную взаимосвязь принадлежности к группе и болезненного поведения продемонстрировал Сопп (1958) в статистическом исследовании большой группы. Он установил, что почтовые служащие имеют иной ритм заболеваний, сравнительно с другими, занятыми на производстве. Пик простудных заболеваний в основной массе приходится на декабрь, у почтовых же служащих он появляется с двухмесячным запозданием, хотя именно в рождественские праздники рабочая нагрузка у них наиболее высока. Сопп указывает на то, что именно она защищает от заболевания. Я думаю, что пик болезней у населения в целом также нуждается в объяснении, и предполагаю, что существенную роль при этом играет «рождественская депрессия», наблюдаемая в психиатрической и психоаналитической практике.

Рождество в нашей стране – прежде всего семейный праздник. Для большинства неблагополучных семейных групп он становится «семейным ритуалом», связанным с сильнейшими актуальными конфликтами, эмоциональными напряжениями и интенсивными воспоминаниями о пережитых разочарованиях и катастрофах. Поэтому рождественский праздник становится в нашем обществе, возможно, самым сильным и ригидным проявлением бессознательного Сверх-Я, заметным сегодня прежде всего в деперсонализованном навязчивом потребительстве. Без сомнения, это – существенный фактор в психодинамике патогенной волны у населения, которая в это время достигает максимума во всех формах заболеваний. Стрессовая ситуация для почтовых служащих выполняет, с моей точки зрения, в существенной мере защитную функцию по отношению к «рождественской депрессии», здесь кривая заболеваний достигает максимума по окончании маниакального периода защиты. Я понимаю, что высказываю лишь гипотезу, подтверждение которой потребовало бы обширных исследований. Важно подчеркнуть, что сама по себе производственная нагрузка не является достаточным объяснением появления или отсутствия психосоматических заболеваний, становясь весомой лишь в общей цепи психосоматических взаимосвязей.

Подтверждение важности групповых отношений для возникновения болезней дает также наблюдение Джореса, Путча (1959), говорящих о «смерти пенсионера», часто наступающей после прекращения профессиональной деятельности. Джорес (1960) справедливо полагает, что причиной большинства заболеваний является конфликт самореализации.

Важный материал о значении группы в процессе возникновения болезни дает также исследование, проведенное Х. Г. Вульфом и его сотрудниками (Wolff et al., 1960). Они проводят сравнение болезненного поведения в трех разных группах населения, в которых выявлены заболевания на протяжении 16-20 лет.

Члены групп (речь идет о заводских рабочих мужского пола, служащих женского пола и китайских иммигрантах) приравнены по физическому состоянию и переносимым нагрузкам в каждой группе, различия имеются лишь между группами. Зарегистрированные заболевания распределяются внутри группы неравномерно. В каждой группе примерно четверть ее членов имеет 50-75 % заболеваний, обнаруженных в группе в целом.

Дальнейшее исследование выявило, что у этих больных патология скапливается, как правило, тогда, когда они ввергнуты в сильные конфликты, связанные с эмоциональной интеграцией в социальное окружение. Вульф и сотрудники видят в этом подтверждение их тезиса о том, что заболевание следует понимать как прямое следствие не внешних факторов, а неадекватных реакций на окружающие условия.

Т. фон Уекскилл (1963) приводил эти исследования в своем информативном обзоре развития психосоматической медицины. Он считает эти результаты подтверждением своей концепции о значении психосоциальной динамики для болезненного процесса. Хотя его разделение на «болезни выражения», как он обозначает конверсионную симптоматику, «болезни готовности», в основном соответствующие классической концепции эквивалентов и «функциональные синдромы», понимаемые им как смешанные формы обеих групп, в целом соответствует данным психоаналитических исследований, он настаивает на «замене психологизирующего учения об инстинктах первыми наметками будущей науки о мотивациях».

Под мотивацией, о которой он говорит, что она может «представлять собой базисный психосоматический параметр», фон Уекскилл понимает силу, делающую «субъект и объект реальностью в действии». Она является основной категорией поведения, «обращением с миром» в обозначении фон Вейцккера (1940). В отличие от фон Вейцккера, у фон Уекскилла это представление связано не с расширением понятия Я, используемого им скорее рестриктивно в психоаналитически ортодоксальном смысле. «Наши действия, - утверждает он, - делаются не нашим Я. Они делаются мотивами, и наше Я играет при этом роль скорее режиссера, чем исполнителя». При этом действие определяется совершенно абстрактно как «переход мотива в специфическое поведение».

Этот шаг в абстракцию позволяет фон Уекскиллу систематически выходить за рамки индивидуальной психологии раннего психоанализа. В понятии «настроения» как специфической формы познания мира он приобретает важную категорию для понимания психосоматических заболеваний. «Болезни готовности» понимаются им как следствие вызванной «настроением» психовегетативной готовности, которая не может проявиться адекватным поведением

из-за отсутствия соответствующего мотива. Он подчеркивает значение группы, понимая ее как «пространство интеграции», так же выполняющее задачу интеграции на психосоциальном уровне, как «пространство интеграции» человеческого организма.

С моей точки зрения, слабость этой концепции, понимаемой фон Уекскиллом как шаг на пути к наддисциплинарной понятийной системе, заключается в том, что он не предлагает психодинамической концепции личности. В его теории отсутствует, так сказать, живое активное Я и представление о его развитии и нарушениях. Центральные понятия: настроение, мотивация, поведение - остаются абстрактными категориями, они в целом образуют теоретическую систему, которая в отдельных формулировках иногда приближается к познаниям психоаналитических исследований развития Я в группе, но в основном остается все же в сфере понятий.

Следствием является то, что фон Уекскилл создает широкий инструментарий для понятийно-конструирующего описания болезненного процесса, ничего, однако, не получая для лечения, для активных терапевтических действий. Поэтому его теория не является лечебной наукой, она остается исключительно в рамках наблюдения и построения понятий, ее цель - не живое терапевтическое взаимодействие, а наддисциплинарная понятийная система. Психоаналитические понятия, используемые им, из-за своей теоретичности теряют практический характер, который в рамках психоаналитических исследований представляет собой центральный критерий для любого понятийного построения. И все же можно сказать, что попытка фон Уекскилла на основе психоаналитических понятий «создать принципы разделения групп болезней и при этом определить место психосоматической медицины в рамках современной медицины» позволяет также определить особое теоретическое место психоаналитической психосоматики.

Я хотел бы вернуться к приведенным выше исследованиям, показавшим, что психосоматическое заболевание должно пониматься не просто как следствие общих воздействий окружающего мира, а как результат «неадекватного ответа», который пациент дает на свою жизненную ситуацию. С моей точки зрения, это не соотносится с результатами социально-медицинских исследований, проведенных в особенности Фланцем (1962), согласно которым решающим фактором патогенеза является ранняя первичная группа, в рамках которой приобретает «неадекватный ответ».

Исследование этой ситуации показывает, что неосознаваемый матерью и первичной группой запрет идентичности обуславливает структурное изменение Я, служащее основой для специфической предрасположенности к болезням. Такой запрет идентичности в раннем детстве в форме более или менее систематического отказа в элементарном жизненном праве узнать, кто ты, чувствовать себя особенным и уникальным человеком и реализовать себя, постоянно формируется в нашем обществе институционализированной произвол-

ственной сферой, в известной мере представляющей из себя огромные помещения без всякой идентичности и возможностей отграничения. Общество берет здесь на себя роль автономии и чувства идентичности патогенной матери - аспект, который, с моей точки зрения, в особенности выражен в учреждениях современного медицинского обслуживания.

Поэтому обезвреживание патогенного производственного мира и укрепляющих болезнь медицинских учреждений должно, с моей точки зрения, начинаться с групповых ситуаций, а не с остающихся поверхностными реформ в смысле косметического обрамления бюрократического запрета идентичности путем улучшения строительства и более «приветливого» убранства рабочего места. Гораздо важнее исследовать групповую ситуацию на рабочем месте относительно заложенного в ней запрета идентичности и с помощью психодинамических познаний изменить ее таким образом, чтобы группа стала не местом лишенного идентичности приспособления и подчинения внешним требованиям, а местом самореализации, признающей и поддерживающей право на жизнь и идентичность. Я вместе со своими сотрудниками сделал это детально в рамках предложений по давно назревшей реформе - по улучшению психиатрического обслуживания, разяснив, какими должны быть конкретные шаги реализации этой программы (Ammon, 1973a).

О чем здесь идет речь, явствует из поведения психосоматического больного в группе. В раннем детстве он приобрел предрасположенность к неадекватному «ответу» на стрессовые ситуации в форме структурного повреждения Я. Он несет с собой это онтогенетическое приданое, ответственное также за динамику, которая постоянно приводит его в ситуации, где он может заболеть. В основе - нарушение в группе внутренних объектов, интернализованной группой раннего детства, отграничение от которой ребенку было запрещено и от которой взрослый больной также не может отделиться. Стерлин (1971) говорил о «гироскопической функции» внутренних объектов, имея в виду гироскоп, автоматический стабилизатор сил ветра и течений, влияющих на курс судна.

У психосоматических больных функция внутренних объектов решительным образом нарушена. Мы обнаруживаем, с одной стороны, ее ригидную адаптацию к внешним системам регуляции поведения в смысле компенсаторного приспособления вовне. В этом случае внешняя группа должна внести коррективы в свои правила. С другой стороны, мы видим более или менее диффузное поведенческое отреагирование психосоматических больных в хаотических группах. Поиск вызывающей конфликт группы внутренних объектов ведется, так сказать, в реальности, чтобы таким образом изыскать возможность контроля внутренних объектов. Известен тот факт, что психосоматический больной часто приводит в движение целые группы учреждений, врачей и терапевтов, многие внешние объекты часто десятилетиям держатся в напряжении. Суть этой динамики, с моей точки зрения, заключается в том, что боль-

ной путем отщепления недифференцированного враждебного внутреннего объекта президипальной матери стремится к поддержанию своей интеграции именно с помощью контролируемой формы отщепления.

Винникот (1958, 1966) говорил в этом смысле о «scatter of responsible agents»¹, упоминая о пациентах, использовавших одновременно 20-30 таких «агентур». Групподинамический генез нарциссического дефицита возвращается здесь в форме проецируемой защитной реакции. Ригидно адаптированные больные так же, как и реагирующие хаотическим поведением, чрезмерно зависимы от внешней групповой ситуации, поскольку эта внешняя группа служит им заместителем отсутствующего внутреннего стабилизатора. Поэтому больной вынужден постоянно компенсировать состояние диффузной утраты ориентировки во внутреннем и внешнем мире дорогостоящим и пожирающим энергию защитным поведением. Воспроизводится система «как бы отношений», определенная уже первичной группой и интернализованная как фасад в смысле «ложного Я» (Winnicott, 1960).

С моей точки зрения, ригидная зависимость от внешнего объекта или группы внешних объектов, переживаемая как представительство внутреннего объекта и функционирующая в качестве внешнего стабилизатора Я, которому грозит дезинтеграция, формирует психодинамический фон описанного Энгером, Шмалем (1967) комплекса «беспомощности-безнадежности», который проявляется, по их наблюдениям в рамках 25-летних исследований, в начале каждого тяжелого заболевания. В их представлении беспомощность означает при этом утрату автономии Я, связанную с потерей жизненно важного внешнего объекта. Они обозначают как безнадежность утрату автономии Я, связанную с отчаянием больного, чувством неспособности активно изменить ситуацию, возникшую из-за потери объекта.

Этот комплекс «беспомощности-безнадежности», исследованный Энгером и Шмалем, с моей точки зрения, примыкает к психогенетически решающей ситуации в онтогенезе предрасположенности к заболеванию. Ибо психосоматический больной уже в детстве пережил ситуацию беспомощности и безнадежности. Беспомощность и безнадежность обозначают также взаимную психодинамическую связь потери объекта и идентичности, характеризующую приобретенным в симбиозе структурным дефицитом границ Я.

¹ «разбросе ответственных агентур».

ГЛАВА 2

Истории болезни и процесс терапии

В дальнейшем я хотел бы с помощью ряда репрезентативных клинических случаев аргументировать мою теоретическую концепцию, изложенную в предыдущей главе. При последующем изложении истории возникновения психосоматических заболеваний и хода лечения речь идет о пациентах, проходивших амбулаторную психоаналитическую терапию по большей части на протяжении многих лет. Удельный вес таких пациентов в моей практике показывает нижеследующий цифровой анализ данных за 1972 год.

Всего за этот год постоянную психоаналитическую терапию проходили 360 пациентов в возрасте 25-35 лет. Из них 156 (43,3%) демонстрировали отчетливые признаки психосоматических заболеваний. Однако лишь 32 пациента из этих 156 обратились за помощью в связи с именно этими жалобами.

У 107 больных признаки психосоматического заболевания определялись с самого начала, но обращение за помощью было вызвано психическими симптомами. Эти пациенты искали терапевтической помощи не столько из-за своей психосоматической симптоматики, сколько в связи с общими жизненными трудностями - проблемами на работе, страхом общения и неспособностью к установлению партнерских отношений. У 74 психосоматических больных ведущим симптомом была более или менее отчетливая депрессивная реакция.

30 пациентов с психосоматической симптоматикой уже в анамнезе перенесли явно психотический эпизод. У 19 пациентов психосоматической патологии сопутствовали сексуальные перверсии. У 70 пациентов психосоматическое заболевание было связано с отчетливой параноидной симптоматикой. У 70 психосоматических пациентов обнаруживалась обсессивно-невротическая структура личности. У 44 пациентов в ходе терапии наблюдалась отчетливая смена симптомов.

Психосоматические проявления охватывали широкий спектр органических и функциональных расстройств, таких как кожные заболевания, язвы желудка и кишечника, простудные заболевания, ларингиты, хронические бронхиты, воспаления лимфатических желез, камни в почках и печени, нарушения

сердечной деятельности, нервная анорексия, ожирение, дисфункция кишечника, бронхиальная астма, дисменорея, импотенция, заикание, судорожные приступы, нарушения зрения и походки, аллергии и т. д.

Лечение велось в 17 различных группах при 2 сеансах психотерапии в неделю. Ряд пациентов получали комбинированную индивидуальную и групповую терапию, некоторые пациенты - лишь индивидуальную терапию. Таков вкратце фон, на котором предстают приведенные далее наблюдения.

Вначале я хотел бы представить два коротких случая, показывающие динамику психосоматических заболеваний в рамках традиционного медицинского обслуживания, где пациенту по большей части навязывалась роль носителя заболевания. Это пациенты из США, однако, с моей точки зрения, они репрезентативны и для немецкого здравоохранения.

Мери: психосоматическое заболевание как эрзац идентичности

Пациентка Мери 47 лет госпитализирована в связи с вызывавшей опасения потерей веса и выраженной мышечной атрофией всех конечностей вследствие возраставшего употребления алкоголя и потери аппетита. В течение нескольких недель до поступления она страдала бессонницей, сопровождавшейся мыслями о заболевании раком. За 4 года до этого у нее была обнаружена желчнокаменная болезнь, но связанные с этим симптомы не побудили пациентку к лечению. За полгода до поступления она развелась после 26-летнего брака с успешным бизнесменом. 2 года назад она узнала, что муж сожигает ее со своей любовницей в их второй квартире в другом штате. Развод произошел без серьезных ссор. Супруг жил в непосредственной близости от пациентки. Большинство его костюмов на момент госпитализации еще находилось в ее шкафу. Она жила одна с пуделем и чувствовала себя покинутой и обманутой мужем, поддерживавшим ее существование не очень высоким ежемесячным пособием, установленным судом.

Пациентка была младшей из двух дочерей в семье пивовара, жила в городе на атлантическом побережье. «Пиво - моя большая страсть, - говорила она, - просто не могу от него оторваться, особенно от солодового». Отца она описывала как центральное, уважаемое лицо в семье. Он был симпатичным, добросердечным, с чувством юмора. Из-за хорошего обращения со своими пуэрториканскими рабочими у него были трудности с «белыми» профсоюзами. Он умер от рака предстательной железы, когда пациентке было 33 года. Она очень страдала от этой потери. Мать пациентки, как и отец, происходила из богатого дома. Своей младшей дочери она дала имя своей обожаемой знакомой из бостонской «аристократии». Сама она получила воспитание в привилегированном колледже и была очень «утонченной и строгой».

Обе дочери жестко контролировались матерью. Пациентка к моменту госпитализации все еще находилась в боязливой зависимости от своей 81-летней матери. Последняя отрицательно относилась к замужествам своих дочерей и добилась развода старшей через короткое время после ее вступления в брак. Обе дочери получили хорошее среднее образование, но дальше не учились и не приобрели какой-либо профессии. Пациентка несколько лет проработала манекенщицей. В 21 год она вышла замуж за процветающего коммерсанта, который был «очень похож на отца» и выполнял все высказывавшиеся ею желания. «Я получала от него все, что хотела». Не было, однако, ни тесного контакта, ни открытых конфликтов. Муж по большей части находился в разъездах, содержал вторую квартиру и любовницу. Отношения между супругами были стерильными, напряженными и скучными. После развода, который произошел без открытых ссор, по желанию пациентки, она жила одна. Ее жизнь, как и до того, протекала монотонно.

Ее заполняли прогулка с пуделем, завтрак, уборка двухкомнатной квартиры (каждый день!), приготовление пищи, обед (в одиночестве), снова прогулка с собакой, вечерняя встреча с также разведенной подругой, ужин перед телевизором (в одиночестве), сон. Пустоту этого всегда одинакового распорядка дня пациентка приглушала коньяком, потреблявшимися ею в огромных количествах маленькими отдельными дозами.

С парализующим страхом замечала она прогрессирующий упадок сил. Пассивным выжиданием она как можно дольше оттягивала поступление в больницу, опасаясь обнаружения онкологического заболевания. На приеме она выглядела депрессивной, апатичной, бессильно плачущей. Она говорила: «Я должна каждый день благодарить бога за прекрасную жизнь, которой жила и живу», что было защитой, потому что вскоре на вопрос о причинах такого настроения могла сказать: «Это от жизни». В заключение она говорила: «Я никогда не была самостоятельной, независимой от матери, и в муже искала своего отца».

Этот короткий пример непрожитой жизни (социально незаметный алкоголизм компенсирует хроническую потерю идентичности, все подавляющий страх рака становится центральным вопросом пациентки) является типичным для многих пациентов, которых мы можем встретить в любой клинике внутренних болезней. Пугает пустая рутина этой жизни, предстающей после слома фасада супружества как анонимный органический болезненный процесс. Ранний физический упадок и канцерофобия образуют единственный язык, на котором пациентка может воспринять и выразить как проблему свою «непрожитую жизнь», причем в особенности отчетливым становится панически тревожное и в то же время замороженное ожидание необратимой смертельной болезни.

Видно, что простое устранение симптомов здесь ничего не может дать и не может из непрожитой жизни сделать прожитую. Пациентка скорее как раз

жаждет онкологического заболевания, которое в качестве все подавляющего симптома может окончательно заставить замолчать оставшийся без ответа вопрос об идентичности.

Разрушительная динамика, которая запускается простым устранением симптомов, может быть проиллюстрирована нижеследующим примером.

Боб: психическая дезинтеграция как следствие простого устранения симптомов

Пациент Боб, 27-летний инженер, был принудительно госпитализирован в психиатрическую больницу с диагнозом «психопатия» в связи с социально опасным поведением. Он заперся в подвале, угрожая взорвать все здание вместе с собой, если немедленно не вызовут его мать, дядю, священника и телерепортеров. Когда некоторые из вызывавшихся им лиц прибыли на место происшествия, он добровольно сдался полиции. Журналисту он сообщил, что хотел привлечь внимание к своей катастрофической жилищной ситуации. Уже полгода он безуспешно ищет квартиру. Он отказался жить в приюте для бездомных. В этом штате можно чего-то добиться «лишь со скандалом». Поэтому любая угроза годится, лишь бы добиться своего.

Из полицейского протокола видно, что пациент уже несколько раз угрожал взорвать различные помещения вместе с собой. Однажды он уже проходил стационарное лечение в психиатрической больнице в течение двух недель после того, как угрожал убить ножом мать. Однако вскоре после этого ему было отказано во второй госпитализации по тому же поводу.

В беседе пациент сообщил, что угрозами взрыва хотел привлечь внимание к своим безуспешным усилиям достать квартиру; несмотря на настойчивый поиск, ему нигде не удалось получить жилье, это - «вопиющая несправедливость».

Пациент в течение 6 лет, с 21 года страдал хронической язвой желудка и желудочными кровотечениями. Впервые они появились, когда его отчим в ультимативной форме потребовал, чтобы он покинул родительскую квартиру. Через три недели после этой ссоры он был прооперирован в связи с прободением язвы. Ему позволили жить у родителей еще два года, после чего отчим его все-таки выгнал. Мать была в принципе на его стороне, но, несмотря на это, делала все, что хотел отчим. Она всегда находилась «между двух огней».

Пациенту удалось найти собственное жилье и работу по специальности. Три года спустя появление новых язв и кровотечений привело к резекции желудка. Пациенту было тогда 26 лет. В дальнейшем состояние его постоянно ухудшалось. «С тех пор, как отняли желудок, становилось все хуже и хуже». /Участившиеся обмороки неясной этиологии сделали его нетрудоспособным и повлекли за собой госпитализации длительностью по несколько месяцев. Он потерял работу и жилье. В промежутках между госпитализациями он снова

жил у родителей. Когда после очередной выписки отчим не пустил его домой, он договорился с матерью разыграть угрозу ее убийства, чтобы добиться помещения в психиатрический стационар, где он находился две недели, получая психофармакотерапию. Во второй раз эта «шутка», однако, не удалась. Вместо этого в психиатрической больнице был наложен запрет на его дальнейшие поступления. В связи с возобновившейся рвотой кровью он был помещен в соматический стационар, выписан через 2 месяца, и тогда начал угрозами взрывов привлекать внимание к происходящей с ним «вопиющей несправедливости», пока, наконец, через 3 недели не был госпитализирован в психиатрическую больницу принудительно.

Анамнез жизни этого пациента является показательным для патогенной динамики психосоматически патогенной первичной группы. Она образует общий психодинамический фон, связывающий «вопиющую несправедливость жилищной проблемы» пациента, его желудочную патологию, хирургическое устранение симптомов и последующее психическое и психосоматическое ухудшение. Она образует также психогенетическую основу его отреагированной, отчетливо близкой к психозу, симптоматики пограничного синдрома.

Мать пациента была незамужней продавщицей, жившей изолированно, без друзей и без связи с родительской семьей. Его отцом был нелегальный иммигрант из Мексики, который изнасиловал мать. Незадолго до рождения ребенка, когда беременность уже нельзя было скрыть, мать, будучи «не в состоянии перенести позор», предприняла суицидную попытку. Она постоянно в дальнейшем упрекала в этом больного. В раннем детстве пациента она выполняла тяжелую неквалифицированную работу, чтобы достать «сахар и молоко». Она вышла замуж за водителя, когда пациенту было 5 лет. Он описывает свою мать как очень нервную. Она всегда чрезмерно раздражалась по мелочам и часто кричала без повода. Мать и отчим избивали ребенка. Отчим ненавидел мальчика, часто вслух обзывал его «ублюдком». Мать тревожилась и старалась сделать «что-то лучшее» из пациента и дочери, появившейся вскоре после заключения брака. Пациент научился читать еще до школы благодаря суровой дисциплине и побоям матери. Он вспоминает стереотипный вопрос матери «Что это значит?», за которым следовали оплеухи при неправильном ответе. Сестру дрессировали сходным образом.

Отчим реагировал на «сплин» матери ревностью и презрительной руганью в адрес ребенка. Между родителями постоянно происходили ссоры. В детстве пациент страдал отсутствием аппетита, на что мать реагировала побоями, угрозами и разного рода насилием. В 6 лет домашний врач поставил диагноз стеноза аорты, который, однако, клинически не был верифицирован. Пациент связывает с этим диагнозом частые обмороки, появлявшиеся после этого примерно каждые полгода. Он оставался у родителей вплоть до 21 года. Отношения с матерью характеризовались ее ожиданием успеха и эмоциональной бедностью. Так, она дала ему возможность получить среднее и высшее

образование, но не понимала его эмоциональных потребностей. Она предавала ребенка, становясь на сторону соперничающего с ним отчима, сочувствуя лишь внешне и никогда не оказывая действенной защиты. С одной стороны, она регулярно навещала его в соматических больницах, с другой – ничего не предпринимала, когда отчим выгонял его из дома. С момента первого поступления в психиатрическую больницу ее визиты прекратились полностью.

Сам пациент не видел никакой связи между глубокой амбивалентностью своих отношений с матерью и своим заболеванием. Он подчеркивал, что никогда не чувствовал себя в безопасности, что мать всегда покидала его в критические моменты, но свою ненависть и разочарование в связи с этим он всегда обращал лишь на отчима. В ответ на побои отчима он хотел убить его, не зная лишь как обезопасить себя при этом. Побой же, получаемые от матери, он не воспринимал всерьез («каждый ребенок получает колотушки»), а свою желудочную патологию связывал лишь с недостаточностью питания в раннем детстве. Он сообщил, что после того, как был изгнан отчимом из дома при попустительстве матери, он страдал сильной депрессией и с паническим страхом ждал появления обморочных состояний, но фиктивную угрозу убийства матери, отражавшую глубокую амбивалентность их отношений, обозначил как «шутку». Все же психодинамика его симптоматического поведения проступает явственно, продолжая оставаться неосознаваемой самим больным.

Свое отвергание ребенка, являвшегося плодом насилия со стороны представителя презируемого национального меньшинства, мать компенсирует железной дисциплиной, которая должна сделать из досадного позорного пятна «что-то лучшее», а ей принести лавры совершенной матери. На психосоматический протест ребенка в форме анорексии она отвечала побоями; она безучастна к его ярости и беспомощности в отношениях с отчимом, появившимся на сцене в эдипальный период развития. Она предаст сына в отношениях с отчимом, никогда не оказывая ему защиты. Лишь обмороки ребенка приносят ему некоторую заботу. Позже мать позволяет отчиму выгнать сына из дома. Его депрессия и его протест остаются незамеченными, но органическое заболевание обеспечивает сохранение хрупкого равновесия патогенного симбиоза еще на два года. Единственная связь матери с ребенком, в которой та заинтересована, – его социальный успех вместо позора, связанного с внебрачным ребенком, от чего она хотела уйти путем суицида. Сын, в конце концов, должен принести ей всеобщее уважение.

Гиперадаптированная вовне, мать испытывает двойное напряжение, которое сообщает ребенку, не обеспечивая ему какой-либо защитной функции. С одной стороны, он должен своим успехом смыть и компенсировать ее позор, с другой, в течение первых пяти лет она дрессирует сына и держит его в полной изоляции. На нарушения пищевого поведения ребенка она реагировала неконтролируемыми вспышками гнева, поскольку здесь подвергалось непосредственной угрозе ее компенсаторное стремление иметь совершенного сына,

который заставит ее забыть о «позоре» своего рождения. Она вышла замуж, лишь когда ребенок научился читать, приобретя таким образом некоторую презентабельность. Но уважаемый статус, за который она в страхе цеплялась, дал ей только муж. Поэтому она могла лишь мнимо вставать на сторону сына.

Жилищная проблема больного, которую он обозначал как вопиющую несправедливость, предстает на этом фоне выражением изначально подавленной потребности быть принятым таким, каким он появился на свет, - слабым ребенком, зависимым от заботы матери. «Вопиющая несправедливость» состояла в том, что его с самого начала принуждали быть кем-то другим, заставляя компенсировать «позор» матери своими успехами в учении. На каждое несоответствие своим завышенным ожиданиям мать отвечала гневом, упреками и суицидными тенденциями.

После того, как пациент психосоматически отреагировал свою экзистенциальную «жилищную проблему» (то есть отказ в праве на жизнь и защищенную ситуацию в детстве, и был обречен на саморазрушающую связь с матерью, а позже с замещающей ее больницей), в дальнейшем он отвечал субпсихотическими реакциями на участвовавшие расставания с матерью, изгнание из родительского дома, удаление желудка (служившего ему сценой, на которой разыгрывался конфликт) и запрет на помещение в больницу. Если сначала он «в шутку» угрожал матери ножом, то теперь он грозил взорвать себя вместе с домом, то есть уничтожить целиком патогенный симбиоз после того, как обмороки и социальное самоуничтожение, к которому они привели, не дали ему постоянной заботы и внимания к себе.

Примечательным в описанной здесь динамике является полное отщепление происходящего от осознаваемых переживаний. Пациент цепляется за представление о том, что у него хорошие отношения с матерью. Не менее примечательным является практика традиционного медицинского обслуживания, основанная на таком же отщеплении.

С пациентом всегда обращались как с носителем симптомов. Для матери он был символом позора, его предстояло вышколить для роли гаранта компенсирующего социального успеха. Для больницы он был носителем язвы желудка, которую оперативно удалили. Из-за непонятных обмороков он стал казаться симулянтом, несмотря на очевидное ухудшение соматического состояния. Для психиатрической больницы он в действительности предстал симулянтом. Лишь в результате угрозы взрыва он вновь стал носителем симптома - на сей раз психиатрически классифицированного. На него навесили ярлык и госпитализировали как «социально опасный» случай психопатии.

С моей точки зрения, на этом примере видна психодинамика общества. Внебрачный ребенок интерпретируется как симптом позора матери. По отношению к учреждениям традиционного медицинского обслуживания пациент может легитимировать себя лишь с помощью манифестного симптомообразования, укрепляющего его ложную идентичность желудочного больного или психопата.

При этом пациент снова использует псевдокоммуникацию, чтобы обнаружить «вопиющую несправедливость», причиненную ему матерью. Его протест против своей жилищной нужды - попытка обратить внимание на запрет собственной идентичности уже на уровне социально принятых норм. Метафоричность истории его болезни, являющейся историей отрицания права на жизнь, остается неосознаваемой как им, так и учреждениям традиционного здравоохранения, в которых он лишь перешел с одного отделения на другое - из соматического в психиатрическое, в то время как основная проблематика идентичности не была затронута медициной, ориентированной лишь на симптом.

Оба примера, приведенные здесь вкратце: пациентка Мери, заболевшая желчнокаменной болезнью и страдающая канцерофобией, и пациент Боб, обращающий внимание на «вопиющую несправедливость» своего жилищного положения, - свидетельствуют, с моей точки зрения, о том, что генез и динамика психосоматических заболеваний могут быть адекватно поняты лишь как выражение неудавшегося формирования идентичности в рамках патогенной групповой ситуации. Помимо этого эти примеры иллюстрируют динамику общества в целом, учреждения которого реагируют лишь на симптомообразование, будь это желчнокаменная болезнь, язва желудка или социально опасное поведение психопата, в то время как патология идентичности остается без внимания.

Я хотел бы теперь обратиться к отдельным аспектам патологии идентичности, которая, по моему опыту, всегда связана с психосоматическим заболеванием. Особое значение в генезе психосоматических заболеваний, с моей точки зрения, имеет патогенный симбиоз матери и ребенка, который простирается за пределы нормального периода первых лет жизни. В дальнейших примерах будет показано, как эта патогенная семейная ситуация при психоаналитической групповой терапии вновь всплывает в психодинамике переноса, становится доступной осознанию и коррекции.

Беата: «патологическая верность» и «хроническое предательство себя»

Пациентка Беата, по профессии дизайнер, служащая в маленьком рекламном агентстве, была направлена на групповую психотерапию в возрасте 48 лет. Она жаловалась на сильный страх смерти, неспособность общаться, сниженную работоспособность и страх одиночества.

Она жила вместе с матерью всю жизнь в маленькой двухкомнатной квартире. Отец умер за год до этого, и теперь она боялась потерять мать, без которой чувствовала себя полностью беспомощной.

Ее психосоматическая история болезни включала тяжелую сердечную патологию, впервые появившуюся в форме ревматического миокардита в возрасте 21 года, нарушения деятельности пищеварительного тракта, нервную ано-

рексию, вегетодистонию, постоянную тахикардию, одышку, повышенную утомляемость. Из-за страхов и неспособности одной выходить из дома она уже в 14 лет получала психоаналитическую терапию. Постепенное улучшение состояния вновь сменилось спадом после того, как в результате тяжелой и продолжительной болезни умер отец. Аппендэктомия, перенесенная вскоре после этого, повлекла за собой выраженный страх смерти. Пациентка не могла есть и вскоре была повторно госпитализирована. Обследование не выявило органических признаков желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых расстройств.

Пациентка внешне выглядела миниатюрной, хрупкой, вела себя скованно, судорожно скорчившись при беседе, держа руки сзади.

Она была второй дочерью у родителей, на 6 лет моложе старшей сестры. Отец, по профессии дизайнер, владелец фирмы с широкими международными контактами, чувствовал себя художником. Пациентка описывала его как остроумного, жизнерадостного человека с неустойчивым настроением. С одной стороны, он был обаятельным и нежным, с другой - доводил жену и дочь до отчаяния капризными вспышками гнева и саркастически-ироничными колкостями. Часто были слезы, иногда он бил мать. У него постоянно были любовницы, которых он приводил домой, расхваливая перед семьей их преимущества. Пациентка описывала мать как неутомимую труженицу во благо семьи. Она была терпеливой, готовой смириться, однако часто депрессивной и в эти периоды эмоционально отгороженной.

Первые четыре года жизни пациентка провела в маленьком городе вместе с матерью и сестрой в доме родителей матери, мелких ремесленников. Отец разорился в годы экономического кризиса, вскоре после рождения пациентки. Сначала он работал в фирме родителей жены, но уже через полгода вернулся в родной город, где жил с любовницей и работал техническим графиком. Раннее детство пациентки проходило в семье родителей матери. Дедушка страдал неврозом навязчивости, контакт с окружающими был затруднен страхом заражения. Он был отчимом матери. Семейей командовала доминирующая, властная бабушка. Мать сильно страдала от расставания с мужем, который оставил ее с двумя детьми под предлогом материальных затруднений. Она компенсировала свою депрессию изнурительной работой в домашнем хозяйстве родителей и поверхностно безукоризненной программой воспитания пациентки, которую кормили по часам, отведывая порции на весах. Она была трудным ребенком, часто плакала.

На третьем году жизни в семье возникли острые конфликты из-за ночного энуреза больной. Сестра бабушки угрожала выставить пациентку на рыночной площади вместе с мокрой простыней. Зависимая от семьи, мать не могла защитить дочь. Она пыталась компенсировать недостаточное эмоциональное участие, балуя пациентку материально. Позже больная считала, что всегда сохраняла ощущение своей нежеланности и внутреннего одиночества. При этом в семье она считалась ребенком с богатой фантазией и рано научилась играть сама с собой.

Отец взял жену и двоих детей к себе, когда пациентке было 4 года. Ее эмоциональная неуверенность проявилась тогда в сильном страхе быть оставленной у бабушки, чем ей угрожали родители. Позднее пациентка идентифицировала себя с остроумным и импульсивным отцом. Старшая сестра считала ее ненужным в семье чужаком; занятые собой, родители игнорировали деструктивную динамику отношений между их отпрысками. В дошкольных детских группах ей удавалось поначалу занимать доминирующую позицию. В начальной школе, однако, вследствие гиперактивности пациентки вскоре начались конфликты с учителями и одноклассниками. Поскольку родители не оказывали поддержки, она привязалась к единственной подруге, в тени которой оставалась до конца школьного обучения, при этом чувствуя себя в семье чужой из-за отношения старшей сестры. Она стала тихим, погруженным в себя ребенком, беспрекословно давала списывать уроки подруге и другим одноклассникам, страдая оттого, что ее не замечали. Полностью погруженная в домашнее хозяйство мать хвалила перед сестрой и соседями невзыскательность пациентки: «Она такая разумная, с ней у нас никаких забот», или «Она не пропадет». Пациентка же завидовала агрессивности и кругу общения старшей сестры.

Ситуация в семейной группе определялась непрерывным конфликтом между родителями. Отец постоянно приводил домой любовниц, демонстрируя их как образец для подражания депрессивной и постоянно озабоченной матери. Пациентка ненавидела его за это. При этом воспитание было пронизано чрезвычайной враждебностью к сексу. Пациентка не получила сексуального просвещения, за исключением постоянных предостережений матери «не связываться» с мужчинами. Она сообщила, что получила информацию о сексе впервые в 21 год, при первом половом сношении, сопровождавшемся сильным чувством вины. Сильный страх сексуальности восходит к страху быть покинутой родителями, который пациентка испытывала в 11 лет, когда у ее 17-летней сестры начали появляться знакомые мужчины. Тогда напряжение между родителями прорывалось в открытом конфликте, и отец впервые ударил мать на глазах у пациентки. Перспектива разрыва семьи вызвала у нее сильный страх. Она защищалась от него принятием роли дочери, с которой у родителей «никаких забот», роли гармонизирующего посредника. Остальными членами семьи это было принято с благодарностью. Отец называл ее «спокойным полюсом» семьи. Это усиливало у пациентки депрессивный фон и эмоциональную погруженность в себя.

Ее подавляемая потребность показать себя оживленной, быть замеченной и принятой, выразилась в желании стать балериной. Она начала со свободных танцевальных импровизаций и в конце концов добилась разрешения родителей посещать класс балета. Однако это сопровождалось сильным чувством вины, участвовавшими простудными заболеваниями и явным ухудшением успеваемости в школе. Она вынуждена была прекратить танцевальные за-

нения вскоре после окончания школы, из-за физической слабости и повышенной утомляемости. Без особого интереса она решила, следуя по стопам отца, освоить профессию дизайнера. Учеба и работа шли с начала и до конца чрезвычайно замедленно, трудно.

Первое затяжное психосоматическое заболевание последовало за сильным разочарованием в отношениях с соучеником, с которым пациентка была обручена, после первого для них обоих сексуального опыта, сопровождавшегося сильным чувством вины. Она узнала, что жених изменил ей. Мать, возражавшая против этой связи с тревожными предостережениями, не оказала пациентке эмоциональной поддержки. Она воспринимала обручение как преждевременный и необдуманный шаг. Отец же реагировал ревностью к дочери. Он не упускал возможности обращать внимание пациентки на недостатки молодого человека язвительными замечаниями. Так неудачно закончилась вторая, с тревогой и робостью сделанная попытка обретения независимости после прерванного обучения танцам, которое также не одобрялось родителями. Ни от кого из членов семьи она не получила поддержки, все реагировали лишь критикой.

В этой ситуации пациентка сначала заболела тяжелой ангиной, осложнившейся сердечной патологией, диагностированной как ревматический эндокардит. После семи месяцев пребывания в стационаре она находилась еще восемь месяцев на постельном режиме дома, а затем вновь была госпитализирована на несколько месяцев в связи с острыми нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта (рвоты, понос). Мать неустанно ухаживала за пациенткой. Она столь же пунктуально соблюдала назначения врача, как в детстве кормила ее по часам. При этом она совершенно не воспринимала эмоциональную проблематику пациентки, ее потребность в близости с одновременным желанием выйти из роли «разумной», депрессивно терпящей и жертвующей собой ради других дочери. В болезни дочери она видела прежде всего подтверждение своих предостережений.

После длительного пребывания в стационаре, когда с помощью врачей пришлось учиться ходить и говорить, пациентка вернулась в двухкомнатную квартиру родителей. Здесь она обнаружила старшую сестру, вернувшуюся в родительскую семью с двумя детьми после распавшегося замужества. Новый экономический спад сделал сестру главной материальной опорой семьи. Ее детьми занималась мать, и пациентка вновь оказалась на отшибе в семейной группе. Она поправлялась медленно, испытывая сильные спады настроения.

Через семь лет после истории с первым женихом у нее вновь появились осторожные планы замужества, которые, однако, рухнули, когда в конце концов второй жених сообщил ей о том, что другая женщина ожидает от него ребенка. На разрыв отношений она вновь отреагировала желудочно-кишечным расстройством и быстро начала терять вес. Одновременно, однако, она ощутила чувство свободы. Она устроилась на работу в электротехническую фирму, и там у нее появился круг общения.

Когда сестра, вступив во второй брак, уехала с детьми за границу, оставив квартиру родителей, те отреагировали на это глубокой депрессией. Внезапно не стало ни главной материальной опоры, ни внуков, к которым в особенности была привязана мать пациентки. Больной приходилось теперь заботиться о пропитании семьи и заполнять место активной сестры, которой она и восхищалась, и завидовала. Через короткое время она не выдержала и свалилась с тяжелым сердечным приступом, сопровождавшимся страхом смерти, боязнью оставаться одной, бессонницей. В конце концов, она не смогла выходить одна из дома, требуя, чтобы мать постоянно ее сопровождала.

Теперь она оставила всякие помыслы о самостоятельной жизни и в дальнейшем постоянно жила с родителями. Ее жизнь определялась тяжелейшими состояниями тревоги и депрессии. Она избегала других людей и ситуаций, чувствуя относительное спокойствие лишь в присутствии матери. Она помогала матери в домашнем хозяйстве, причем мать, поддерживавшая чистоту в квартире с болезненной педантичностью, постоянно отстраняла ее от этой работы, заявляя, что она ничего не умеет и не сможет ничего правильно сделать.

По совету домашнего врача, систематически инфантилизируемая матерью пациентка начала психоанализ, оплату которого покрывала страховая компания и который продолжался 14 лет. Пациентка сообщала, что в результате трудной терапии ей удалось постепенно освободиться от своих страхов. Через полгода она смогла делать дома чертежные работы, которые приносил из рекламного агентства служивший там отец. Через 6 лет она отважилась придти туда в сопровождении отца. С одной стороны, она хотела быть с ним вместе и говорила, что и отцу нравилось показываться там с дочерью. С другой стороны, ей было тяжело переносить его садистические капризы, которыми он сводил на нет каждую попытку дочери завязать контакты с другими людьми и следовать собственным интересам.

Она познакомилась все же с сослуживцем, который поступил на работу незадолго до этого и оказывал ей знаки внимания. После длительного, осторожного сближения она вышла замуж за этого человека, который признался ей в своих гомосексуальных наклонностях. Она настояла на браке, надеясь исправить его и будучи не в состоянии далее чувствовать себя «загнанной в тупик». Через три года совместной жизни с ним у родителей, в течение которых половые контакты отсутствовали, он покинул ее ради гомосексуального любовника.

В это время закончился курс психоанализа, длившийся 14 лет. В присутствии матери пациентка чувствовала себя в относительной безопасности. Тревога же, как она говорила, в целом оставалась стабильной. Фактический развод (от формального она отказалась) был воспринят ею с облегчением. Она нашла себе новое рабочее место в маленьком бюро, где сидела в тесной ком-

натке с пожилым сотрудником. Продолжая жить с родителями, она через два года вступила в связь с женатым человеком, который поначалу обещал ей развестись, но потом категорически отказался от своих слов.

Потом после продолжительной и тяжелой болезни умер отец. У пациентки последовала операция аппендицита с постоянным страхом смерти во время госпитализации. Она не могла есть, резко потеряла в весе, говорила о страхе смерти своей и матери. Вскоре после выписки последовала новая госпитализация вследствие стойких расстройств желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой деятельности. Вновь пациентка испытывала сильный страх смерти. Затем она поступила ко мне на лечение.

В начале аналитической групповой терапии она чувствовала себя хронически больной. С одной стороны, после всех жизненных неудач у нее была сильная потребность начать все-таки все с начала, с другой стороны, она была чрезмерно тревожна, недоверчива, боялась, что это для нее слишком поздно и что она навсегда оказалась в тупике. В терапевтической группе она выглядела весьма тревожной, сидела, скорчившись в напряженной позе, поджав под себя ноги и руки. Тот факт, что в свои 48 лет она все еще жила у матери, представлялся ей поначалу чем-то само собой разумеющимся. Она считала, что нужна матери и не может просто так оставить ее одну после того, как все эти годы мать ей помогала.

В длинных монологах она рассказывала о своем детстве и юности. При этом на первом плане стояли отношения с отцом. Она вспоминала о бесконечных язвительных замечаниях, которыми он часто доводил ее и мать до отчаяния, так что мать забивалась в угол со слезами. С другой стороны, в рассказе чувствовалось восторженное, идеализирующее отношение к остроумному, интеллектуальному и художественно одаренному отцу, оно было смешано с бессильной диффузной злобой, с которой она говорила о его садистических мучениях и наплевательском отношении к себе. Мать поначалу оставалась на заднем плане. Из монотонных рассказов больной было видно, что она судорожно искала поддержки в семейной группе, постоянно наталкиваясь при этом на разочарования, так что в конце концов эти усилия начали ей казаться совершенно безнадежными.

Эти монологи пациентки вызывали у других членов группы реакцию противопереноса, сопровождавшуюся внутренним напряжением, одышкой, диффузной тревогой и чувством безнадежности. Члены группы давали себе отдушину в резкой критике семьи пациентки, упрекая в основном мать за то, что та не оказывала поддержки в ссорах с отцом. Пациентка наблюдала за этим с раздражением. Она расценивала это как агрессию по отношению к самой себе и защищала мать, заявляя, что сама во всем виновата, что ее страхи, беспомощность и несамостоятельность сделали жизнь матери такой тяжелой.

Самообвинения, постоянная готовность к мазохистскому самопожертвованию и страданию вызвали в группе, где больная была самой старшей по возрасту, сильные реакции противопереноса. Многие члены группы чувство-

вали сходство матери пациентки с собственными депрессивными и чрезмерно контролирующими матерями, выражая это сильными эмоциями. В особенности провоцировала группу ее ригидная защитная позиция, когда она с мечтательной ностальгией рассказывала о своих «счастливых» дошкольных годах, подавляя тем самым свою агрессию и потребность в самостоятельности.

Пациентка сначала была ошарашена эмоциональной реакцией группы на себя. Она видела в этом сходство с упреками и отвергающей критикой матери. Она стала описывать недостатки матери, ее эмоциональную ригидность и холодность, отвергающее отношение к себе. Никогда не было достаточной нежности, всегда она чувствовала себя одинокой и часто нежеланной, как будто это она принесла несчастье всей семье. Во внимании и заботе матери она могла быть уверенной, лишь когда заболела. В этой связи она вспоминала о целом ряде своих детских болезней, почти с триумфом сообщая, что тогда у постоянно занятой матери не оставалось другого выхода, кроме как заботиться о ней. Тогда ей подавали еду особого приготовления, мать читала ей вслух. При этом у нее всегда было сильное желание, чтобы мать взяла ее на руки, что та делала очень редко.

И сейчас ее отношения с матерью определялись постоянным выпрашиванием нежностей, попытками заговорить с ней, установить эмоциональный контакт. Когда мать болела и нуждалась в уходе, эта потребность особенно усиливалась. Пациентка была рада возможности ухаживать за матерью и баловать ее. Мать же неизменно реагировала ворчливым отверганием. Она отталкивала дочь локтем, поворачивалась к ней спиной, чаще всего с неприязненным вопросом: «Ну что тебе надо?»

Пациентка вспомнила, что всю жизнь у нее было чувство, будто она лишняя в семье, и что мать ее с себя стряхивает «как назойливую букашку». Отчетливо проявился и другой аспект амбивалентного симбиоза. Мать, отклоняя все усилия пациентки установить нежный контакт, инфантилизировала ее системой жесткого контроля. Она надзидала за каждым шагом 48-летней дочери, предписывала, что ей следует есть и как одеваться, снабжала каждое утро бутербродом. Она выпрашивала у больной, о чем говорилось на психотерапии, и поощряла пропуски сеансов.

Когда в ходе терапии пациентка постепенно начала возражать против этого, заявляя, что она уже не ребенок и может что-то делать сама, мать реагировала полным уходом в себя. Она говорила, что больна и беспомощна, нуждается в постоянном уходе, но при этом отказывалась есть, заявляя, что намерена умереть, поскольку дочь хочет от нее избавиться. Конstellляция патогенного симбиоза выступила здесь особенно отчетливо. Мать ригидно инфантилизует дочь, угрожая своей смертью, как только дочь дает понять, что хочет жить самостоятельной жизнью.

У пациентки появилось сильное чувство вины, она упрекала себя и обвиняла терапевтическую группу в том, что теперь окончательно потеряла отношения с матерью. Группа же воспринимала мать пациентки как вампира и

паразита, который не дает ей дышать. Пациентка, поначалу отвергавшая любое предположение о связи своих страхов с отношением матери, начала в результате реакции группы постепенно сомневаться в ее любви. Она вспомнила о том, что мать была непрерывно занята домашним хозяйством, убирала и готовила, но не проявляла никакого сочувствия к потребностям и конфликтам дочери в школьные годы и в пубертатном периоде. Она вспомнила, что мать пренебрегала ее эмоциональными потребностями и хвалила за непритязательность. Все больше всплывала проблема, связанная с навязываемыми ею самой себе внешним спокойствием и уравновешенностью, за которыми с самого раннего детства скрывался страх потерять мать и семейную группу.

В терапевтической группе это стало весьма отчетливым. Все больше пациентка жаловалась на то, что чувствует себя неуверенной в группе, что другие намного опередили ее, что она должна учиться у них, но никогда не успеет сделать это, поскольку слишком стара. Это для нее слишком поздно. Она говорила об этом детским и бессильным голосом. Как только в группе возникали резкие эмоции и агрессивные ссоры, она тревожно старалась все сгладить, успокоить и утешить других, уходя таким образом от конфликтов, которые казались ей опасными и ненужными. Лишь постепенно, благодаря реакциям других членов группы, она осознавала, что, несмотря на внешне подчеркиваемую беспомощность и слабость, она репрессивно действовала на групповую динамику.

Когда группа обозначила ее миротворческие усилия как «ложную гармонизацию» и пыталась дать ей понять, что не требует от нее полного самопожертвования и подчинения, она сильно расплакалась. Она боялась, что теперь группа хочет разрушить ее «мягкосердечие и дружелюбие». Без них она не хочет жить дальше, поскольку такая жизнь не имеет для нее смысла.

Она была не способна активно участвовать в работе над проблемами и трудностями других членов группы. Когда, однако, одна из больных продемонстрировала суицидные тенденции и уход в себя на группе, пациентка пришла ей на помощь. Она вспомнила о своих собственных депрессивных состояниях и прежде всего о депрессивных эпизодах своей матери, в которых она была окружена как бы невидимой стеной и столь недоступна, что пациентка каждый раз испытывала сильный страх ее потерять. Благодаря реакции группы она впервые в жизни ощутила, что ее чувства могут быть значимыми для других.

Симбиотический конфликт с матерью драматически обострился, когда пациентка примерно через три месяца после начала терапии предположила наличие у себя беременности. Она появилась на группе с пристыженным и подавленным видом и сообщила о своих опасениях. Воспринимая эту ситуацию как «невозможную и неприятную» в ее возрасте, она считала, что совершенно не способна обеспечить и воспитать ребенка. Когда группа не приняла эту версию и усомнилась в том, что она действительно не хочет беременнос-

ти, она ожила, казалась счастливой и более жизнерадостной, чем обычно. Стало ясно, что подавляемое желание иметь ребенка здесь является выражением желания собственной идентичности.

Вскоре она появилась вновь подавленной, тревожной и скованной, и группа заинтересовалась, узнала ли мать о беременности, и если да, то как она на это реагировала. Со слезами пациентка сообщила, что от матери повеяло ледяным холодом, она заявила, что пациентка должна знать, что надо сделать, поскольку в 48 лет уже нельзя родить ребенка. Группа реагировала возмущением, считая, что этот пример хорошо демонстрирует, насколько мать держит жизнь пациентки под своим контролем, как она давит ее, отрезая все пути к самостоятельности. Тут пациентка вспомнила о ситуациях, когда мать забирала у нее работу по дому, заявляя, что она не сможет сделать ее правильно. Мать постоянно ее критиковала, считая, что сама все делает лучше. После того как больная убирала комнату, мать делала это еще раз. Позднее выяснилось, что беременности в действительности нет. Пациентка приняла нерегулярность месячного цикла за беременность и тем самым невольно проверила реакции терапевтической группы и матери.

На одном из последующих занятий пациентка стала сетовать на безвыходность своего профессионального положения. Группа пристально рассмотрела упущенные ею возможности и предложила возможные на данный момент более благоприятные варианты трудоустройства. В ситуации, когда речь шла о ее профессиональной и социальной идентичности, пациентка впервые заговорила о своей психосоматической симптоматике. Отчаянно рыдая, она сказала, что группа не в состоянии представить себе испытываемые ею боли и тревогу, тахикардию и одышку. Ее чрезмерно утомляет всякая физическая нагрузка. В этом причина ее постоянной медлительности, делающая невозможной смену работы и нахождение удовлетворяющей деятельности. Взывание к психосоматическому симптому впервые (до этого ни пациентка, ни группа никак не касались этой темы) имело на этом отрезке терапевтического процесса отчетливый характер сопротивления и служило защитой от конфликта идентичности в профессиональном аспекте.

Проработка этого сопротивления представляла собой последующую фазу терапии. Пациентка бессознательно воспринимала психотерапевта как свою запрещающую мать. Она заявляла, что терапевт точно так же, как ее мать, критикует ее и считает, что все знает и умеет лучше, чем она сама. На это она реагировала сначала сильной тревогой и усилившимся чувством вины, ухудшившими ее состояние до уровня, имевшегося перед началом терапии. Одновременно она начала воспринимать в переносе на активную больную в группе вытесняемое ею чувство ненависти к сестре.

Но когда группа поняла ее отрицательную реакцию на мать и сестру и эмоционально поддержала ее, пациентка смогла постепенно принять свои агрессивные чувства. Она начала вступать в конфликт с лицами своего окружения, со сто-

роны которых чувствовала притеснение, контроль и предательство, открыто выражая свой гнев и разочарование. В период четырехнедельного перерыва в занятиях группы она посетила свою сестру, проживавшую с семьей за границей. Она впервые смогла воспринять сестру как человека, у которого тоже есть свои трудности, и помирилась с ней. Получив опору, она начала разбираться в отношениях с матерью и постепенно высвобождаться из симбиоза, в котором застряла.

Когда через полгода она закончила свою терапию, ею уже были предприняты первые шаги по изменению жилищной ситуации и появились планы на будущее, о которых она раньше не могла и подумать. У нее появился аппетит, прекратились расстройства пищеварения, появились новые профессиональные планы. Она работала уже на более крупное рекламное агентство, не страдала бессонницей и сама определяла, как ей одеваться. Она считала, что то, что долгий индивидуальный анализ сделал ей ясным «только в голове», групповая терапия заставила почувствовать гораздо глубже.

Группа была, с одной стороны, очень довольна терапевтическим успехом пациентки, в который она так много внесла и который воспринимала как свой собственный. С другой стороны, она поначалу оказала сильное сопротивление желанию пациентки прекратить терапию. Больная играла для многих членов группы центральную роль в оживлении проблематики отношений с матерью. Ее уход из группы означал, что теперь эти вопросы должны будут прорабатываться еще раз как собственные проблемы.

С моей точки зрения, следует особо подчеркнуть один момент. В первые месяцы терапии пациентка воспринимала внимание группы к проблеме ее идентичности как сильную угрозу. На требование стать самостоятельной, на критику родителей, державших ее в зависимом положении, в особенности матери, до мелочей регламентировавшей ее жизнь, она долгое время отвечала защитой родителей, чувствуя себя при этом мишенью нападения. Быть самостоятельной для нее означало лишиться защиты и родительского участия. Она получала это лишь в извращенной форме поверхностного и отщепленного больничного ухода и боялась заплатить за свое «выздоровление» потерей внимания к себе. Поэтому она долгое время старалась не обсуждать в группе отношения с матерью, поднимая лишь конфликт с покойным отцом. Каждое нападение на мать она парировала заявлением, что виноват, с одной стороны, отец, а с другой - она сама и ее беспомощность.

Эту ситуацию мазохистского сдвига бессознательного конфликта идентичности с целью недопущения его терапевтической проработки мы регулярно обнаруживаем тогда, когда пациенты еще не покинули первоначальную симбиотическую ситуацию и непосредственно живут с родителями или материально зависят от них.

Тогда терапевтическая работа наталкивается на особые трудности, ей постоянно угрожает актуальная жизненная ситуация пациента. В этом случае разрыв симбиоза матери и дочери удался лишь тогда, когда в результате пред-

полагавшейся беременности пациентки открыто проявился конфликт с инфантилизировавшей матерью и когда участие терапевтической группы сделало для пациентки возможным «корректирующее эмоциональное переживание» (Alexander, Ross, 1952), послужившее впоследствии основой для проработки конфликта идентичности.

Короткий срок процесса групповой терапии пациентки объясняется тем, что групповая психотерапия смогла очень быстро мобилизовать чувства, интенсивно исследовавшиеся пациенткой на протяжении 14 лет ее индивидуальной терапии. Однако, вследствие архаического страха расставания, испытывавшегося в симбиотическом переносе по отношению к первому психотерапевту, она была не в состоянии проработать в индивидуальном анализе свою деструктивную агрессию. Индивидуальная терапия поддержала ее, постепенно улучшилась ситуация в патогенной семейной группе, и она смогла трудиться. Не проработанная деструктивная агрессия пациентки способствовала сохранению архаического страха расставания. Несмотря ни на что, он оставался стабильным, как позднее рассказывала больная.

Лишь терапевтическая группа, расщепляя отношения переноса, дала пациентке возможность проявить вовне и проработать интернализированную деструктивную динамику отношений с матерью под защитой группы. Тем самым стало возможным, как позднее говорила пациентка, дать инсайту, полученному во время многолетней индивидуальной терапии лишь «в голове», подействовать гораздо глубже.

На последующих примерах станет еще яснее, что оживление и проработка деструктивной агрессии, интернализированной в результате архаического страха расставания, представляет собой центральную проблему психоаналитической терапии психосоматических заболеваний. Лишь это оживление и проработка деструктивной агрессии делает возможным выход из патогенного симбиоза с интернализированной «злой» матерью и отграничение собственной идентичности. Поэтому, как правило, проработка деструктивной агрессии становится решающим поворотным пунктом терапии. Позже я еще вернусь к этому.

Здесь же я хотел бы избежать еще одного недоразумения, с которым постоянно сталкивается концепция интернализированной «злой матери» и которое может быть вызвано или усилено описанием случая пациентки Беаты. Хотя цель терапии заключается в том, чтобы дать пациентке возможность свободного от иррационального чувства вины или тревоги отграничения от матери или первичной группы, задачей терапевта не является разоблачение матери и непосредственное нападение на нее. Будучи на стороне больного и сообщая ему об этом, он должен, однако, знать, что открытое разоблачение матери часто вызывает у пациентов чувство вины, усиливающее амбивалентно-деструктивную динамику интернализированных отношений матери и ребенка и угрожающее самим отношениям с терапевтом - основе всякой лечебной работы.

Поэтому солидаризация с пациентом должна состоять совсем не в тезисе, что мать – корень всех зол, а все хорошее и человеческое в отношениях с ней идет лишь с его стороны. Такая установка будет подыгрыванием симптоматическому поведению пациента, который будет чувствовать, что его не поддерживали, а покинули. Цель терапии, иными словами, – это не уничтожение интернализированной «злой матери», что воспринималось бы как угрожающая жизни потеря объекта, – а построение гибкой границы с интернализированным объектом как предпосылки свободной от вины и страха коммуникации с собой и окружающими.

Резкие нападки, направляемые группой в данном случае против матери больной, должны рассматриваться именно в этом контексте. Они представляют собой выражение реакции противопереноса группы на проявившуюся в поведении пациентки бессознательную идентификацию со «злой матерью». С помощью интерпретации этого переплетения реакций переноса и противопереноса в группе психотерапевту удалось направить на себя агрессию группы и пациентки именно потому, что она не присоединялась недифференцированно к нападкам на мать. Она могла тем самым, с одной стороны, сплотить группу и, с другой – дать пациентке возможность оживить и проработать в отрицательном переносе на терапевта деструктивную амбивалентность отношений с матерью под защитой группы.

Следующий пример еще более приближает к этой проблематике. Он проясняет функцию патологического симбиоза с ребенком в защите от конфликта идентичности психосоматической пациентки и показывает, какое значение это имеет для стратегии и тактики терапии.

Ютта: повторный патогенный симбиоз как укрепление симптомов

Пациентка Ютта, книготорговец, 31 год, к началу терапии работала у меня помощницей секретаря. Она поместила свою полуторагодовалую дочь в психоаналитический детсад при берлинском институте Немецкой Академии Психоанализа, где руководителем была Гизела Аммон. Ребенок поначалу с трудом осваивался в обстановке, демонстрируя психосоматические расстройства в форме тяжелых нарушений пищевого поведения. По мере же того, как ребенок начинал чувствовать себя хорошо в детсаду, у пациентки все более стал проявляться депрессивный аффект и снижение внимания к своему внешнему виду, что поначалу скрывалось за интеллектуальным, светским фасадом. Когда ей указали на это на родительской группе и посоветовали пройти психотерапию, она призналась, что с самого начала имела ощущение необходимости проработки собственных трудностей. У нее был сильный страх терапии, недоставало мужества начать ее. Маленькая дочь стала своего рода ее посланцем, она представила то, что, собственно, чувствовала мать. С большим страхом паци-

ентка начала работать в терапевтической группе, поскольку ей было сказано, что иначе ребенку нельзя помочь. Она была высокого роста, очень худой, одевалась экстравагантно, производя при этом впечатление некоторой неряшливости. Ее моторика характеризовалась скованностью и заторможенностью, выражение лица было маскообразным, голос хриплым, срывающимся. Она непрерывно курила.

Она стала жить отдельно от родителей 8 лет назад, ее образ жизни характеризовался частой сменой места жительства, профессии и партнеров. Отец ее дочери был студентом педагогического института, который расстался с ней, когда она отказалась прервать беременность. Она жила с ребенком в маленькой некомфортабельной квартире и работала нерегулярно, поскольку, как она говорила, постоянно удерживать рабочее место мешали вегетативные нарушения в форме повышенной утомляемости, головных болей, расстройств пищеварения. В первой беседе бросился в глаза ее псевдоэротический маскарад, за которым скрывались сильная тревога и настороженность.

Пациентка была единственной дочерью в семье, где было еще три брата значительно старше ее. Отец работал в маленьком городе архитектором строительного управления. В семье он выполнял функцию кормильца, в остальном оставаясь тенью. Пациентка описывала его как мягкого, сочувствующего человека. Последнее слово всегда оставалось за матерью, конфликты с ней всегда завершались его бегством в свою работу, позднее сыновья перестали уважать его.

Мать она описывала как строгую, аскетичную женщину. Она была главой семьи. После рождения трех сыновей ей страшно надоело беременеть. Она не хотела больше иметь детей вообще, в особенности дочь. С самого начала из-за пациентки у родителей возникло соперничество. Мать, не хотевшая ребенка и отвергавшая его за то, что это была девочка, при этом ревниво препятствовала контактам с отцом, приветствовавшим рождение дочери. Ее отношение к дочери характеризовалось механической чрезмерной заботливостью, с одной стороны, и внезапными вспышками гнева, при которых она бранила и избивала ее – с другой.

Процедура питания представляла собой господствующую форму коммуникации между матерью и дочерью. В раннем детстве перекармливание привело к чрезмерной полноте, вызывавшей насмешки окружающих. Несмотря на это, мать всегда полностью удовлетворяла ее аппетит, что сближало с ней пациентку. Позже при приступах голода она сама бежала к холодильнику, чтобы запихивать в себя все без разбора. Мать привязывала к себе больную, кроме того, и тем, что обязывала ее помогать по дому, отделяя ее тем самым от общения с братьями, которые могли играть, читать и выходить из дома, в то время как пациентка всегда должна была делать что-то по хозяйству под наблюдением матери.

На фоне рано появившейся полноты в возрасте 5 лет появились признаки энуреза, продолжавшегося до пубертатного периода. Это стало центром кристаллизации постоянной психотравмы, сопровождавшейся значительным напряжением. Каждую ночь мать будила пациентку и несла ее в туалет. Утром ее били за неопрятность. Мокрые простыни и матрацы демонстративно раскладывались перед дверью или на печке, что усиливало презрительное отношение к ней прежде всего со стороны братьев. Начиная с полудня, ей запрещалось пить.

Когда ей не надо было помогать матери по хозяйству, она любила играть вне дома. Отвергнутая собственными братьями, отказывавшимися играть с ней, с другими она становилась чрезвычайно агрессивной. Она дралась с соседскими детьми и предпочитала играть в футбол. Ее боялись, у нее не было друзей. По окончании младших классов она посещала женскую гимназию при монастыре, в котором ее агрессивные выходки жестко подавлялись. На это она реагировала резким снижением успеваемости и расширением проявлений энуреза за пределы ночного времени. Результатом было то, что в классе она оказалась еще более изолированной, чем дома. Пациентка позже описывала эту ситуацию как «ад». Ее заставляли каждый раз, когда она вставала со стула, вытирать сиденье губкой.

С другой стороны, проявления энуреза носили отчетливо демонстративный характер и, наряду с наказаниями и изоляцией, приносили ей внимание к себе, которое ей нравилось. С началом пубертата проявления энуреза исчезли. Совершенно неподготовленная пациентка восприняла и интерпретировала появление месячных как тяжелую болезнь. Семья реагировала на ежемесячные судороги, сопровождавшие появление менструации, участием и демонстративным миром, длившимся всегда, однако, лишь несколько дней. Параллельно происходила еще одна смена симптомов.

Сначала появились стойкие признаки гнойного фарингита и гингивита. На фоне этого она стала испытывать отвращение к приему пищи, иногда полностью отказываясь от нее. Быстрое снижение веса, из-за которого она зачастую не могла встать с постели, изменило ее внешний облик. Она стала худой, долговязой девочкой. Одновременно мать, до этого аноректичная, стала полнеть. Анорексия, чрезмерная полнота и ночной энурез в свое время отмечались как у матери, так и у бабушки больной.

Аноректическая реакция пациентки была связана с появлением состояний отчаяния и депрессии, сменивших агрессивное поведение предпубертатного периода. Нарциссическая проблематика пациентки проявилась еще раз, когда родители отклонили ее желание начать обучение вокалу. У нее было хорошее сопрано, и хор женской гимназии был единственным местом, где она чувствовала себя уверенной и находила признание.

На фоне углубляющейся симптоматики пациентка закончила курсы по книготорговле, не испытывая к этому интереса. Непрерывным курением она начала разрушать свой голос. По окончании обучения она ушла от родителей и нача-

ла хаотические странствия по целому ряду больших городов на родине и за границей, часто меняя при этом рабочее место и партнеров. С психосоматическими расстройствами, одиночеством и депрессией она боролась алкоголизацией, курением и приемом разного рода транквилизаторов. Когда она появилась в терапевтической группе, она была тощим существом с резкими, порывистыми движениями. Она старалась выглядеть небрежной, интеллектуальной, одевалась в мрачную, черную одежду, напоминавшую театральный костюм.

В терапевтической группе пациентка с самого начала вызвала резко амбивалентную реакцию окружающих. Ее мрачная внешность и маскообразная ригидность воспринимались как что-то неприятное и угрожающее, с другой же стороны, она вызывала сильный интерес к своей личности и проблемам, что, однако, наталкивалось на непробиваемую защиту с ее стороны. Она постоянно усаживалась рядом с психотерапевтом, надеясь на защиту от нападков группы, которых она опасалась. В поведении упрямое и упрекающее молчание чередовалось с однообразными монологами, в которых с почти оргастическими эмоциями группе преподносилась история ее жизни с потрясающими описаниями дурного обращения с ней и испытываемых ею страхов. Она рассказывала также о приступах физической слабости, испытываемых во время работы секретарем, об унижениях и зависимости, из-за которых она возненавидела свою работу. Вне зависимости от того, какой была реакция группы: безразличие, ужас, замороженность, участие или критика, – она была не в состоянии увидеть в ней что-либо, кроме непонимания и отвергания. Внешний защитный фасад безразличия делал ее недостижимой. В обсуждении проблем и трудностей других членов группы она не принимала никакого участия.

Попытки группы понять ее чувства и найти причины ее переживаний и поведения она считала абсолютно неадекватными. Все, что говорилось, было ей уже известно и давно отвергнуто как недостаточное. Она была не способна как показать свои чувства, так и отозваться на чувства других. Когда на это обращали ее внимание, она выглядела оскорбленной, разочарованной и обиженной. С одной стороны, она требовала конкретных советов, как ей вести себя, и реальной поддержки, с другой – оказывала упорное сопротивление всем попыткам группы что-то понять в ее хаотичной жизненной ситуации и внести в нее какой-то порядок; она знала все лучше других и всегда могла обосновать, почему предложения группы невозможно реализовать.

При этом отношения с дочерью играли центральную роль. Всегда, когда группа занималась анализом ее трудностей и пыталась говорить с ней, она заговаривала о симптомах и поведении дочери. Она упрекала себя и мазохистически сетовала о напрасных попытках стать хорошей матерью.

Организм дочери она воспринимала как расширение своего собственного, который сама не любила. Она испытывала отвращение к голоду ребенка, у которого вследствие сильной оральной фрустрации развилась гиперфагия, и находила особенно отвратительным, когда дочь ела сладости. Общее отноше-

ние пациентки к дочери концентрировалось на уровне ее психосоматических реакций. Она говорила о нарушениях сна, гиперфагии, бронхите дочери, задержке развития ее речи, считала себя виноватой в этом и хотела устранять это чисто медицинским путем. Страх контакта с дочерью носил архаические садомазохистские черты. Она, например, была не способна поднять ребенка, когда та ударила и разбила себе в кровь голову. Пришлось вмешаться отцу пациентки, который был в это время у них с визитом. Он поднял девочку, оказал ей помощь и успокоил.

Группа отреагировала на это сообщение пациентки, поданное как самообвинение, предположением, что это она хотела бы, чтобы ее поднял и утешил отец, который не делал этого, поскольку в семье с ним не считались, и он вынужден был искать убежища в работе. Пациентка не согласилась с этим, считая, что ей предопределено оставаться неудачницей в ролях жены, матери и человека.

Стало ясно, что пациентка повторяла в своем отношении к терапевтической группе амбивалентно-симбиотическое отношение к собственной матери. С матерью она также могла общаться лишь как дефектное существо с помощью своих болезней, энуреза, нарушений пищевого поведения и менструальных судорог. Собственные же интересы и потребности пациентки матерью жестко подавлялись. «Моя мать выколотила из меня мои собственные желания», - говорила она. Отношение к группе так же, как и к матери, характеризовалось ригидной фиксацией на психосоматическом уровне и шизоидным отщеплением всех других измерений ее жизненной ситуации. Она прерывала свое укоризненное молчание, лишь чтобы говорить о психосоматических симптомах - своих и дочери. Поскольку ничего в этой ситуации не менялось и она отвергала всякое участие группы, она заняла, таким образом, большое место в жизни группы, что усиливало ее неосознаваемое чувство вины и усугубляло симптоматику.

Она контролировала происходящее в группе и доминировала в ней с помощью своего симптоматического поведения так же, как в детстве держала за горло мать и первичную группу своей симптоматикой - динамика, которую она не осознавала и следовала ей произвольно. Преобладавший в момент терапии симптом пониженного питания она воспринимала с большой гордостью. Этот симптом невозможно было у нее ни «отнять», ни «отговорить» от него. Казалось, что она демонстрировала, что не нуждается в питании и может так же спокойно обойтись без терапевтических усилий группы. Ее физическая слабость не позволяла ей, однако, продолжать работать, она часто увольнялась, придерживаясь постельного режима. Она ненавидела работу помощника секретаря и испытывала на работе сильную тревогу, тахикардию, судорожные подергивания, приливы жара и холода, мешавшие работать. Все это она накапливала как боеприпасы для сеанса терапии, чтобы жаловаться на это и одновременно обвинять себя в этом. Группа реагировала на это, с одной

стороны, все более агрессивно, с другой стороны - с чувством вины. Она начала сомневаться в своей возможности помочь и вскоре чувствовала себя столь же жалко, как и пациентка.

Эту деструктивную динамику, которая постепенно угрожала остановить терапевтический процесс в группе в целом, удалось взять под контроль, лишь когда пациентка начала параллельно с групповой получать и индивидуальную терапию. Здесь она смогла впервые заговорить о своих хаотических партнерских отношениях и выразить свое отчаяние в связи с невозможностью оставаться с людьми, которых любит и с которыми хотела бы быть вместе. Прежде всего ей не хотелось иметь с ними сексуальных отношений. Своих сексуальных партнеров, с которыми у нее были деструктивные, часто перверсные отношения и у которых она была в полном подчинении, она презирала так же, как и собственное тело. Тем не менее, хотя в этих отношениях не чувствовалось удовлетворения, не было и страха.

Когда же с ней обращались участливо, дружески, когда казался возможным человеческий контакт, она всегда реагировала произвольным недоверием, отказывалась что-либо принять и резко обрывала отношения, чтобы затем чувствовать себя беспомощной, непонятой и крайне одинокой. Таким образом, она произвольно загоняла себя в ситуации, в которых ей казалось, что с ней плохо обращались, в то время как в действительности она сама разрушала удовлетворительно складывавшиеся отношения. При этом она была не способна распознать собственную роль в этой динамике. Каждое указание на то, что своим поведением она сама провоцирует враждебные реакции, она воспринимала как отвергание, каждое эмпатическое участие в своих конфликтах она встречала с недоверием.

Архаический уровень ее шизоидного расщепления личности, где она защищалась своим психосоматическим поведением, проявлялся в ее постоянных фантазиях, о которых она теперь впервые смогла говорить. Она видела себя в них новорожденной с врожденным уродством, огромной, раздутой головой и сморщенным маленьким телом. Здесь находили отражение ее аноректический синдром и интеллектуализирующая защита как выражение раннего расстройства соматического Я.

Поскольку больная в силу ее чрезмерного страха перед группой (она проецировала на группу, с одной стороны, презрение и агрессию, с которыми братья встречали ее энурез, с другой - контроль и отвергание, с которыми относилась к ней мать) не могла в ней работать, она через полгода, наконец, вышла из нее, чтобы продолжить индивидуальную работу с психотерапевтом, которая вела аналитическую терапию ее дочери. Она оставалась одновременно в родительской группе психоаналитического детского сада, которую вела психотерапевт ее прежней группы.

Таким образом, создавалась предпосылка для расщепления ее переноса, что оказалось невозможным в группе из-за страха перед ней. Она установила

отношения положительного переноса со своим прежним психотерапевтом, поскольку в родительской группе не чувствовала ничего угрожающего, а с новым психотерапевтом воспроизводила деструктивную динамику своих симбиотических отношений с матерью. Своим поведением она постоянно проверяла, можно ли положиться на участие и поддержку нового психотерапевта.

Таким образом, с помощью разделения терапевтической ситуации и возникшей благодаря этому дифференцировке симбиотического переноса удалось создать для пациентки атмосферу, в которой она не чувствовала для себя угрозу и могла принимать помощь в разрешении конфликта своей идентичности. Это существенно облегчалось тем обстоятельством, что психотерапевт вела одновременно маленькую дочь пациентки и тем самым могла прямо войти в репродуцированный симбиоз пациентки.

В силу того, что пациентка в терапевтической группе представляла симбиотические отношения с ребенком в целом как патологический симптом и тем самым скрывала положительные аспекты этого отношения из неосознаваемого страха, что группа ей не поверит и из ревности разрушит эту часть ее жизни, удалось провести коррекцию ее отношений с дочерью. Пациентка впервые была в состоянии разрешить своей дочери собственные потребности и притязания. Неосознаваемая динамика ее расщепленного переноса нашла, однако, свое выражение в том, что она относилась постепенно проявлявшийся успех лечения за счет прежнего психотерапевта, с которой у нее сохранялись хорошие отношения, в то время как с новым она реактивировала деструктивно-агрессивные отношения с матерью.

История болезни Ютты и краткое описание ее терапии могут, с моей точки зрения, показать психодинамику нарциссического дефицита, лежащего в основе психосоматического заболевания. В особенности отчетливо выступает деструктивная динамика семейной группы, в которой пациентке была отведена роль прокаженной и катализатора агрессии. Отвергаемая матерью и зафиксированная бессознательным соперничеством между родителями, она становится носителем неосознаваемых деструктивных напряжений в семейной группе. Вся семейная группа подыгрывает ее психосоматическим реакциям - обстоятельство, которое отчетливо выступает в связи с ее энурезом и менструациями. Потребность в отграничении и собственной идентичности подавляется и после отделения от семьи. В конце концов, она прячется в симбиоз со своей дочерью, в котором одновременноотреагирует и скрывает свое психосоматическое поведение.

Оба примера: пациентка Беата, живущая в 48 лет в симбиотической зависимости от матери в родительской квартире, и пациентка Ютта, воспроизводящая патогенный симбиоз собственного детства в отношениях с дочерью, - демонстрируют значение ранних отношений матери и ребенка для генеза нарциссического дефицита, который ответствен, по моему опыту, за деструктивную динамику психосоматического процесса. В обоих случаях выступает так-

же патогенная динамика семейной группы, в которой патогенный симбиоз имеет важную функцию поддержания лабильного равновесия семьи, которому постоянно угрожают бессознательные конфликты «здоровых» ее членов.

Обе пациентки - носители симптомов - выражают страх идентичности и бессознательный ее запрет семейной группой. Деструктивную динамику, которую запускает такой интернализированный запрет идентичности, как только носитель болезни пытается высвободиться из симбиотически застывшей первичной группы, иллюстрирует следующий пример пациентки, психосоматическое заболевание которой позволяет увидеть тесную связь с суицидальной динамикой и субпсихотическим пограничным синдромом.

Анна: психосоматическое заболевание как саморазрушительная защита интернализированного запрета идентичности

Пациентка Анна, студентка 26 лет, обратилась в связи с тяжелыми депрессиями и утратой работоспособности. За полгода до этого брат, моложе ее на 3 года, покончил с собой вскоре после ухода из родительского дома. Ее собственные суицидные тенденции, периодически возникавшие с 14-летнего возраста (с этого времени она постоянно держала при себе веревку, на которой могла бы повеситься), все более нарастали. Она испытывала постоянную тревогу и бредоподобное чувство вины перед семьей, которую покинула с началом обучения. С уходом из родительского дома резко обозначились и ее соматические симптомы.

Они проявлялись в виде вегетодистонии, выраженной физической слабости. Усиливалась близорукость, без контактных линз она выглядела слепой; усилилась дискоординация моторики. С раннего детства она часто спотыкалась, ушибы часто сопровождалась переломами. Движения были неуравновешенными, иногда гротескно искаженными. Тщательные обследования невропатологов не обнаруживали органических дефектов. Походка выглядела то танцующим парением, при котором она почти не касалась земли, то тяжелым топотом, как будто она несла на себе груз в три центнера. Неуверенность походки и близорукость часто делали ее беспомощной на улице, увеличивая опасность несчастного случая.

Один из них предшествовал началу лечения. На первую беседу она явилась, прихрамывая. Интернист посоветовал ей спортивные упражнения в связи с сосудистой слабостью; первая же попытка завершилась серьезным вывихом. Через полгода после начала терапии она сломала себе ногу на танцах.

Пациентка выросла в маленьком городе, второй в семье с четырьмя детьми. Отец был служащим, инвалидом войны, постоянно страдавшим от последствий ранений. Он терроризировал семью требованиями достижения соци-

ального успеха и внимания к состоянию своего здоровья. Когда через год после начала терапии он перенес инсульт, сопровождавшийся гемипарезом, пациентка реагировала сильным чувством вины, желанием и одновременно страхом смерти.

Мать пациентки страдала сильными депрессиями, которые скрывала за фасадом непрерывного самопожертвования во имя семьи. Ее брак был вынужденным решением, поскольку человек, с которым она до этого была обручена и которого очень любила, погиб на фронте. Она страдала язвенной болезнью желудка. Пациентка полагала, что рождением пятерых детей мать стремилась заместить потерю первого жениха. Поэтому же она более всего посвятила себя первому сыну, который был на 3 года моложе пациентки, рос болезненным и нуждался в уходе. Привилегированное положение старшего сына вызывало ревность отца пациентки. Вскоре после ухода из родительского дома в связи с началом обучения в высшей школе, этот сын покончил с собой в возрасте 20 лет.

Мать сама была покинутым ребенком. Ее отец умер, когда ей было 5 лет. Она выросла за границей у своей бабушки и тетки, поскольку у ее матери были другие интересы, прежде всего религиозные. Мать пациентки прилагала большие усилия по укреплению семьи, но отец был для нее тягостной помехой. Она очень приветствовала служебное перемещение отца, в связи с которым в течение трех лет (с трех до шести лет пациентки) он мог быть дома лишь в выходные дни, поскольку тогда «дети принадлежали ей полностью».

В воспитании детей господствовала враждебность ко всему плотскому, оно было пронизано религиозно мотивированным страхом телесного и сексуального. Нежностей не было, сексуальность предавалась анафеме, агрессивное поведение детей наказывалось отцом побоями, а матерью депрессивным дистанцированием. Семья принадлежала к религиозной секте, лозунги которой неукоснительно соблюдались в повседневной жизни. Любое проявление спонтанности считалось опасным, каждое прегрешение против правил, навязываемых семье отцом, считалось аморальным проступком. Индивидуальная активность запрещалась. Семья в целом была изолирована. Позволялись лишь контакты в рамках религиозной секты.

Детям не позволялось покидать сад родительского дома. Им нельзя было общаться с другими детьми или соседями, которых родители не могли контролировать. Отношения между детьми также были строго регламентированы. Пациентка, считавшаяся самой толковой, по наказу родителей помогала братьям делать уроки, за что они должны были платить ей из своих карманных денег. Отступления от разного рода предписаний и ограничений, уход из дома без разрешения, споры и драки наказывались отцом побоями. Мать тревожно старалась избегать всякого конфликта с отцом. Ее боязливое отношение к отцу отдаляло от него и детей. С другой стороны, она доносила ему обо всех проступках, за чем следовали наказания.

Эмоционального внимания дети устаивались, лишь когда болели и должны были оставаться в постели: Мать тогда постоянно заботилась о них, ухаживала, забывая о других детях. И отец, постоянно требовавший считаться с его болезнями, выказывал заболевшим детям неожиданное дружелюбие. Он посещал их в больнице, приносил подарки. Болезни и уход за больными занимали в семейной группе центральное положение, они представляли собой единственный уровень, на котором была разрешена эмоциональная коммуникация. При этом было особенно важно, чтобы болезнь была подтверждена врачом, потому что именно это оправдывало интенсивный уход. Мать, не способная к спонтанной эффективной коммуникации с детьми (она боялась предпочесть таким образом кого-то из них в ущерб другим и нарушить предписание поверхностной справедливости), особое значение придавала правильному медицинскому уходу и постоянному наблюдению, возглавлявшемуся на отпрысков.

В семье пациентка считалась общительным ребенком. Она компенсировала жесткие ограничения двигательной свободы и выражения агрессии поощрявшейся родителями интеллектуальной деятельностью. Она очень хорошо училась и находила особенное удовольствие в решении сложных задач и изучении языков. Благодаря интересу к музыке (она играла на флейте) ею было отвоевана своя комната, дававшая возможность большей свободы движения. Это, впрочем, вызвало у нее сильное чувство вины, поскольку потребность в собственности в семье табуизировалась. Она компенсировала чувство вины, как говорила позже, тем, что играла роль семейного клоуна и посредника, за которой скрывала свою тревогу и депрессии, к которым никто в семье не относился с пониманием.

В школе она, как всегда лучшая ученица, была изолирована от одноклассников, в чем родители не видели проблемы. Когда во время экскурсии она впервые удалилась от родительского дома, это вызвало у нее сильный страх, и она судорожно старалась не потерять контакт с соучениками. Выход из-под контроля родителей на время экскурсии вызвал у нее чувство вины, после этого она заболела тяжелым бронхитом. Чтобы не потерять связь с классом, она преждевременно прекратила соблюдать постельный режим, в результате чрезмерного приема медикаментов у нее развилась выраженная слабость сердечной деятельности, и она вынуждена была вернуться домой, где нашла участие и заботу семьи, но также была подвергнута дополнительным запретам. Теперь она должна была избегать переутомления, и ей запрещалось выходить из дома.

Отделение от жестких норм родительского дома с началом обучения в университете привело к нарастанию суицидных тенденций. С самого начала обучения она испытала сильное разочарование. У нее было настойчивое желание разобраться с религиозными представлениями, определявшими ее детство и юность; она чувствовала, что ее преподавателей не интересовали эти ее личные проблемы. Она воспринимала это как отвергание и запрет соединять

личные потребности с обучением. Впоследствии она училась автоматически, выполняя все, что предписывала программа обучения. При этом она считала необходимым быстро закончить учебу, чтобы не быть в тягость семье, которая в то время жила уже на пенсию отца. С другой стороны, предстоящее окончание учебы и уход из университета вызывали у нее сильную неосознаваемую тревогу. Несмотря на отличные отметки, она испытывала неудовлетворенность. Она чувствовала, что будущая профессия ее совершенно не интересует, в то же время не чувствовала в себе сил сменить специальность. Она упрекала себя, мучилась чувством вины перед семьей, что резко усиливалось в период сессий. С одной стороны, она чувствовала постоянное переутомление, с другой – не могла принять свои автоматически и отчужденно приобретенные успехи в учебе. Состояние пациентки ухудшилось после инсульта отца и последовавшего спустя полгода после этого самоубийства брата. Усилились суицидные тенденции, депрессии, снизилась работоспособность.

Она обратилась сначала к интернисту в связи с сосудистыми нарушениями, а после вывиха стопы – к психотерапевту, когда не могла уже бороться с депрессиями и суицидными тенденциями. Больше всего она боялась, что семья может что-то узнать о терапии и упрекать ее в этом.

Она была включена в терапевтическую группу. Когда в ходе интенсивной динамики переноса она все более идентифицировала семью с группой, ее охватила возрастающая тревога. Она чувствовала, что группа преследует ее, и эмоционально полностью ушла в себя. Суицидные тенденции резко усилились, что вызвало необходимость кратковременной госпитализации. Лишь постепенно, в ходе постоянных посещений врача удалось восстановить прерванную коммуникацию.

Наконец, пришлось пригласить мать, чтобы смягчить постоянную тревогу и чувство вины пациентки, установить между ними доверительные отношения и добиться у матери признания целесообразности терапии. Мать приехала. На просьбу дочери дать ей свободу и право самостоятельно устраивать свою жизнь она реагировала обидой. Она возбужденно подчеркивала, что контроль поведения пациентки есть выражение любви и заботы, что в семье все всегда держались друг за друга. Тем не менее, она обещала оставить дочь в покое, не требовать от нее постоянных писем и визитов. Мать и дочь помирились. Но в дальнейшем посыпались письма из дома с выражением тревоги всей семьи. Появился родственник – врач, чтобы навести порядок и серьезно упрекать больную за ее поведение.

Суицидные тенденции пациентки снова усилились. Мать, приглашенная для повторного посещения, на сей раз демонстрировала открыто отвергающую и враждебную установку к лечению, утверждая, что оно портит отношение дочери к ней и к тому же явно не помогает. Бросалось в глаза, что при всех встречах с врачами мать вообще не отвечала на вопросы о самоубийстве сына, происшедшем лишь год назад, игнорируя также суицидные тенденции пациентки. Она

говорила, что дочери надо всего лишь соблюдать правильный режим питания, сна и работы и принимать назначенные интернистом лекарства. Если она сама не в состоянии это делать, ей надо прервать учебу и вернуться домой.

Примечательным для симбиотической связи этой семейной группы и запрета идентичности в ней является письмо, полученное пациенткой из-за границы от бабушки, когда та узнала от матери о лечении. Поздравляя пациентку с днем рождения, она писала: «Я не могу тебе помочь, ты попала не в те руки. Твой дедушка был специалист по нервным болезням, и я тоже кое-что в этом понимаю. Он никогда не стал бы портить отношения матери с дочерью, в особенности в такой семье, как наша, где каждый предан друг другу и хочет добра. Мать – это центр семьи, к ней все тянутся, она все несет на своих плечах». Трудности пациентки она объясняла следующим образом: «По моему мнению, главная твоя беда в том, что ты потеряла веру в Бога. Лишь в ней ты обретишь мир. Не позволяй навязывать себе то, что тебе не подходит. Это лечение, направленное против матери, есть самое идиотское и сатанинское, о чем я когда-либо слышала». Вместо этого она рекомендовала пациентке принимать шалфей.

В этом письме бабушки особенно отчетливо выступает феномен неосознаваемого запрета идентичности, доминировавший в семейной группе. Эмоциональные конфликты считаются следствием утраты веры, адекватным средством от конфликта идентичности является шалфей, в то время как психотерапия, поддерживающая потребность пациентки в автономии, воспринимается исключительно как агрессия против матери, как нечто «сатанинское».

На письмо бабушки пациентка реагировала значительным усилением чувства вины. Лишь когда мать при своем втором посещении открыто заговорила о пренебрежении к потребностям своей дочери, чувство вины исчезло. Пациентка смогла понять, что мать заботилась, собственно, не о ней. Впервые она смогла прочувствовать свое право принадлежать к терапевтической группе и постепенно начала предпринимать самостоятельные шаги. По мере того, как она получала доступ к группе и воспринимала ее помогающей и менее угрожающей, она находила также доступ к самой себе.

Разрушительная динамика интернализованного запрета идентичности семейной группы, которая отвергает каждый шаг пациентки к автономии и самостоятельности и уже вызвала самоубийство брата, отчетливо выступила также как основа психосоматики пациентки. С раннего детства она страдала кожной патологией, которая, как известно, указывает на дефицитные отношения с матерью в раннем детстве, на недостаток телесной и эмоциональной близости с ней. Это было затем постоянным предметом озабоченных разговоров между матерью и дочерью, использования все новых кремов. То, что это – извращенная форма материнской заботы, явствует из того, что когда мать приехала в связи с острой угрозой суицида дочери, она привезла с собой мази, кремы и ультрафиолетовый облучатель, но была не в состоянии даже принять к сведению наличие опасности самоубийства.

В грудном возрасте (мать кормила ее искусственно и строго по плану) пациентка перенесла тяжелые расстройства пищевого поведения и диарею. Мать относилась к этому за счет недостаточности питания и пыталась витаминными препаратами устранить психосоматическую реакцию, которой ребенок реагировал на эмоциональную холодность матери. В возрасте двух лет после тяжелой ангины впервые появились нарушения моторики, диагностированные как хореатические последствия инфекции и также леченные лишь медикаментами. С тех пор сохранялись расстройства координации конечностей. В семье же за то, что она спотыкается и падает, ее дразнили «увальнем», в переломах обвиняли «слишком мягкие кости». Тяжелая топающая походка, которая была вызвана дискоординацией, принесла ей в семье кличку «слон», эмоциональная же неуверенность в себе вообще осталась непонятой.

В начале терапии пациентка была не в состоянии написать что-либо, кроме своего имени. На первых сеансах, когда она говорила о своей двигательной неуверенности, она вспомнила, что первым произнесенным ею словом было «падать». Сколь тесной была связь психосоматических нарушений зрения и походки с интернализированным запретом идентичности, ясно из ее рассказов о трудностях в учебе и страхе перед экзаменами. Хотя она не могла писать и при попытках читать воспалялись склеры, что делало невозможным ношение контактных линз (а очки она терпеть не могла), она была убеждена, что в силу ее выдающихся способностей сможет сдать экзамены без проблем. При этом ей не удавались даже маленькие подготовительные шаги.

Когда группа агрессивно атаковала ее фантазии всемогущества, за которыми она скрывала беспомощную неспособность правильно организовать занятия, она эмоционально ушла в себя. Она решительно отвергала попытки группы проанализировать ее симптомы и трудности в работе. Хотя терапевт защищал ее от группы, вызывая агрессию на себя, суицидальная регрессия пациентки усиливалась. В группе она оставалась замкнутой, застывшей. Без контактных линз и очков она сама себе казалась слепой и страдала от усиливавшихся фантазий самоубийства. Участие группы она воспринимала в отрицательном переносе как сильную агрессию и угрозу. Она говорила, что всегда хотела покончить с собой, когда у нее возникало чувство, что семья ее не отпустит. За фантазиями, все более принимавшими паранойяльно-психотический характер и, наряду с суицидной идеацией, вызвавшими необходимость уже упоминавшегося помещения в стационар, скрывался инфантильный страх расставания с семьей, от которого она пыталась защититься психосоматическим обездвиживанием.

На групповом занятии она вспомнила, что в раннем детстве на прогулке с семьей ей однажды отказали ноги. Она отстала, видела перед собой родителей, дом, знакомую дорожку, но была не в состоянии двигаться, отчаянно плакала и кричала, чего поначалу никто не заметил.

С раннего детства до 20-летнего возраста, когда она ушла из семьи, у нее часто был один и тот же сон, в котором отчетливо выступала динамика симбиотической связи с матерью. Она видела во сне, что лежала в постели в позе эмбриона и при этом очень боялась двигаться, поскольку каждое движение означало бы смерть. Похоже – скорчившись и в тревоге – выглядела она и в группе.

Чтобы расщепить и дифференцировать динамику инфантильного переноса, после кратковременного пребывания в клинике, во время которого психотерапия не прерывалась, было начато параллельное ведение индивидуально и в группе. Это позволяло больной, в зависимости от потребностей, консолидироваться как с психотерапевтом против группы, так и с группой против него, защищаясь таким образом от архаического страха преследования и расставания. Когда психотерапевту пришлось на месяц покинуть группу и его заменял другой врач, пациентка реагировала на это «несчастливым случаем». Когда впервые за долгое время пациентка вышла из изоляции и посетила вечеринку у сокурсницы, она сломала ногу во время танцев. В терапевтической группе она демонстративно клала ногу в бесформенной гипсовой повязке на стул в центре группового круга. Она казалась облегченной, приятно удивленной и почти гордой своей ногой в гипсе, которая, с одной стороны, ей мешала, с другой же – привлекала внимание в группе и к тому же позволила на четыре месяца отодвинуть экзамен, которого пациентка боялась.

На попытки группы анализировать симптом она отшучивалась, что вызывало сильную агрессию, в особенности у членов группы мужского пола. Мужчины бессознательно видели в гипсовой ноге эрегированный половой член и вследствие интеллектуализирующей защиты пациентки страдали от сильного страха кастрации. На это пациентка реагировала сильной тревогой и отвержением.

Когда группа не стала анализировать этот симптом, пациентка реагировала сильным страхом быть покинутой и уходом в себя. Позднее она жаловалась на это вернувшемуся психотерапевту, выражая свое разочарование и в группе. С упреком она говорила, что все мужчины в группе отказывались отвезти ее в машине домой после занятия, хотя ей трудно было ехать в общественном транспорте. Когда же группа напомнила, что она сама представляла гипсовую ногу как нечто веселое и забавное, отрицая всякое предположение, что это может иметь какую-то связь с ее проблемами и конфликтами, пациентка сначала была огорошена. Вскоре после этого со слезами она рассказала в группе о своем сне, который сделал понятной психодинамику ее симптоматического поведения. «Слон топает тяжелыми большими шагами по пустыне. Он оставляет огромные ямы в песке, наполненные кровью. Кровавые ямы возникают оттого, что женщины держат в песке свои руки, раздавливаемые слоньим копытом, которые они затем вынимают наружу».

Она была потрясена сном и видела в нем символ своего мазохизма. Она никогда не могла постоять за себя и даже подыгрывала родителям, называвшим ее за дискоординацию движений увальнем и слоном. Группа реагировала

на сновидение растерянностью и сильным чувством вины. Она узнала в нем ту роль, которую пациентка играла в группе - с одной стороны, поврежденной, истекающей кровью женщины, но с другой - слона, механически топящего напролом через группу, как будто ее вообще нет. В особенности для мужской части группы постоянным вызовом были ее интеллектуализированные и обесценивающие замечания. Группа считала, что пациентка своим поведением прямо-таки подставляет себя, мазохистски требуя, чтобы мужская часть группы потопталась на ее чувствах.

Из дальнейших ассоциаций пациентки и группы выяснилось, что слон в сновидении представлял семейную группу пациентки и ее жесткие правила, из-за которых любые попытки самостоятельных шагов вызывали удушающее чувство вины. Реакция обездвиженности пациентки была представлена зарытыми в песок и раздавленными там руками, которыми она не могла писать свою экзаменационную работу. Анализ сна показал одновременно, что слон представлял и саму пациентку или интернализированный в ней образ родителей, которые позволяли ей лишь деструктивное и неловкое поведение по отношению к себе и другим. Все отношения, которые она пыталась завязать, будь это в терапевтической группе или в университете, были неустойчивыми, постоянно на грани разрыва, и когда последний наступал, пациентка чувствовала себя в известной мере растоптанной и кровоточащей.

В этой связи стала ясной и функция тяжелых нарушений походки, зрения и частых травм пациентки. Частые травмы и переломы инсценировали ее архаический конфликт идентичности, ее потребность в автономии и страх расставания на уровне соматического Я. Сломанная и обездвиженная гипсовой повязкой нога служила одновременно демонстрацией страшного для больной разрыва с родителями или другими значимыми лицами и защитой от него. Несчастный случай произошел тогда, когда психотерапевт вынужден был покинуть пациентку и группу на месяц. Демонстрация расставания, которое бессознательно переживалось как разрыв отношений с врачом, на уровне соматического Я дало пациентке защиту от архаического страха расставания и деструктивной агрессии к терапевту. Она появилась в группе спокойной, считала свою сломанную ногу в гипсе забавной и почти гордилась ею. Попытки группы анализировать симптом натолкнулись, однако, на сильную защиту. Игнорирование же симптома было воспринято как то, что ее бросили, и сопровождалось разочарованием и бурными упреками, которые она смогла высказать открыто лишь в присутствии вернувшегося психотерапевта, а до этого скрывала за эмоциональным уходом в себя. Здесь особенно отчетливо видна психодинамика отраженного реакцией психосоматической защиты нарциссического дефицита.

В сильном симбиотическом переносе пациентка воспринимала расставание с терапевтом как экзистенциальную угрозу. Ее попытка компенсировать страх быть покинутой маниакальной защитой - танцами - привела к демонст-

рации конфликта в симптоме перелома ноги. Парализованная гипсовой повязкой нога символизировала также и парализованное Я пациентки, не способное сообщать другим о чувствах, связанных со сломанной ногой, о надежде на помощь и гнев на психотерапевта. Лишь когда он вернулся и смог служить ее вспомогательным Я, она начала говорить о своих чувствах, динамика которых зримо и пластично выразилась в сновидении со слоном.

Взволнованно вспоминала она, что мать любила ее и уделяла внимание лишь, так сказать, в безвольном и парализованном состоянии, когда она лежала больная в постели. Дискоординация и травмы вызывали у матери лишь раздраженную озабоченность «слишком мягкими костями» и сопровождалась контролем ее движений и насмешками над неуклюжестью. В женщинах из сна она узнала также и мать, боязливо пресмыкавшуюся перед отцом, оправдывавшим свою деспотичность соматическим заболеванием. Мать цеплялась за детей, неустанное обслуживание и контроль которых должны были вознаградить ее за вынужденный выбор супруга. Всем самостоятельным шагам пациентки мать или препятствовала, или лишь терпела их без внутреннего сопереживания. Она не могла следовать за интеллектуальными потребностями дочери, к ее музыкальным интересам она относилась с полным непониманием.

В проработке сновидения о слоне высветились также и конфликтные отношения с отцом. Стало ясно, что мужскую часть группы пациентка воспринимала как своих братьев и отца, от которых она никогда не получала эмоционального участия. Брат в симбиозе с матерью, возникшем благодаря своим психосоматическим болезням, представлял для нее первого жениха, погибшего на войне, вызывая тем самым сильную ревность отца. Вскоре после расставания с матерью, с началом учебы в университете, он покончил с собой за полгода до того, как пациентка начала свою терапию. От отца пациентка также получала эмоциональное внимание лишь тогда, когда она болела, лежа в постели, и отец посещал ее и приносил ей подарки. В остальном с его стороны были лишь жесткие требования успеваемости и постоянной заботы о нем. Он был фиксирован лишь на себе самом. Отношения между родителями были эмоционально скудны. И к интеллектуальным успехам, отличной учебе, которой пациентка пыталась привлечь его внимание, он оставался безучастным, следя лишь за тем, чтобы отметки соответствовали его требованиям.

В группе пациентка смогла впервые заговорить о разочаровании, которым она реагировала на эту нарциссическую изоляцию отца от нее. Ей всегда очень хотелось поговорить с отцом о своих проблемах и планах в учебе, но здесь она чувствовала себя отвергаемой. Подарки, которые он приносил во время ее болезни, она, с одной стороны, охотно принимала, с другой же - считала недостаточными, поскольку чувствовала себя непонятой в своем стремлении к идентичности. Эту динамику она повторяла в терапевтической груп-

пе, где скрывала свою боль и потребность в помощи за защитным фасадом, но при этом бессознательно ожидала, что группа должна угадать ее тайные желания эмоционального контакта и поддержки и удовлетворять их.

Когда этого не произошло, она реагировала сначала агрессией, затем подавленностью. Лишь постепенно, с помощью расщепленного в комбинированной терапии переноса, пациентка смогла найти доступ к здоровым и конструктивным зонам своего Я. Она почувствовала облегчение, когда в ответ на ее попытки вновь заняться игрой на флейте терапевт вместо того, чтобы критиковать ее за то, что она отвлекается от занятий в университете, приветствовал это как важный шаг в построении разумной сферы собственных интересов. Когда она узнала, что терапевтическая группа также участливо приветствовала эту попытку, постепенно развилась эмоциональная основа, позволившая ей вербализовать в группе свои разочарование и агрессию. Параллельно наметилось снижение психосоматической симптоматики, и она вновь смогла взяться за учебу.

Ситуация, однако, вновь осложнилась, когда подошел срок экзамена, отложенного в связи с переломом ноги, и пришлось интенсивно заниматься. Ее мучило навязчивое представление о том, что братья могут умереть, или с ними случится какая-то катастрофа, если она не сдаст экзамен. В этой связи она сообщила о сне, в котором нашла отражение тревога расставания и последовавший от этого паралич функций Я. Ей снилось, что она лежит в постели, и врач советует ей не двигаться, потому что она может заразиться трупным ядом, исходящим из соседних постелей.

В этом сне еще раз проявился неосознанный запрет идентичности, делавший невозможным расставание с интернализированной группой. В своих ассоциациях она вспоминала брата, который после расставания с матерью покончил с собой, и с которым она себя отождествляла. Ее сон проявил также и то, что эта идентификация - соприкосновение с трупным ядом - стала проблемой, хотя в выяснении отношений с отравляющей семьей, которой стала для нее группа, и в особенности в проработке архаической деструктивной агрессии она получала постоянную поддержку терапевта.

История пациентки Анны иллюстрирует тесную связь психодинамики «пресуицидного синдрома» и вызываемого им стойкого «жизненного уродства» (Ringel, 1953, 1969; Ammon, 1973h) с динамикой психосоматического расстройства. При этом отчетливо выступает защитный характер психосоматического симптоматического поведения. Суицидные тенденции пациентки усиливаются в момент обсуждения симптоматического характера нарушений. Она воспринимает предпринимаемые группой аналитические попытки выяснения неосознаваемого значения своих симптомов как экзистенциальную угрозу и отвечает бегством в параноически-психотическую реакцию.

Благодаря сдвоенной конфронтации с матерью и расщеплению архаикосимбиотического переноса в рамках комбинированной терапии пациентке постепенно удается научиться различать ситуации в терапевтической группе

от таковых в первичной семейной, а также принимать и использовать их. В ходе этого кратко описанного терапевтического процесса она постепенно смогла узнать, что ее суицидальность, психосоматическая симптоматика и параноически-психотическая реакция служат защите от интернализированного запрета идентичности, проявляющегося как в поведении матери при обоих ее визитах, так и в письме бабушки - нападении на терапию.

С моей точки зрения, мы вправе понимать психосоматический болезненный процесс вообще как «вялотекущее самоубийство». Деструктивная его динамика вызвана, как я думаю, интернализированной дефицитарной ситуацией эмоционально скудной первичной группы раннего детства. Недифференцированные и разрушительные объекты, не позволившие пациентке произвести отграничение собственной идентичности, получают характер структурного нарциссического дефицита, проявляющегося в приведенном примере в нарушении базисных функций Я - зрительном восприятии и координации моторики.

«Несчастные случаи» предстают как психосоматические призывы о помощи, артикулирующие симбиотический конфликт идентичности пациентки на уровне соматического Я. На этом уровне она демонстрирует свою потребность во внешнем вспомогательном Я, которому делегируются базисные функции Я (зрение и моторика) и с помощью которого она постепенно может получить уверенность в собственных соматических функциях. Центральное значение аспекта идентичности симптоматики явствует из того, что нарушения и «несчастные случаи» усиливаются тогда, когда она должна предпринять шаги, требующие идентичности, как, например, экзаменационные ситуации. Ядро нарушений Я образует неосознаваемый конфликт между архаической потребностью в зависимости и чрезмерным страхом расставания, с одной стороны, и не менее интенсивным страхом контакта - с другой.

В нарушении базисной функции Я-моторики, манифестировавшей уже на втором году жизни пациентки в качестве нарушения координации, диагностированного как «инфекционная хорей», можно видеть расщепление соматического Я. Отреагируемому симптоматическому поведению, наряду с расщеплением, сопутствует паралич функций Я. Бессознательный конфликт усмиряется гипсовой повязкой и парализующей неработоспособностью. Сюда же, с моей точки зрения, относится суицидальность пациентки. Самоубийство можно понимать как экстремальную форму «иммобилизации Я», которая, как архаическая защитная операция, служит охране границ Я пациентки, которым в равной мере угрожают каждый контакт и каждое расставание.

В другом месте я подробно описал парадоксальную психодинамику такой защитной операции на примере пожизненной суицидальности, которая, наконец, увенчивается самоубийством (Ammon, 1973h). Психосоматическое заболевание, с моей точки зрения, также представляет собой следствие такой деструктивной защитной стратегии, в которой неосознаваемый страх перед отграничением собственной идентичности, представляющий всякое

расставание с матерью как ее убийство, допускает собственную автономию лишь в форме вялотекущего саморазрушения. Проявляющееся и отражаемое в психосоматическом симптоматическом поведении расщепление Я пациентки запускает динамику, которая, с моей точки зрения, может рассматриваться как промежуточная форма между шизоидной и депрессивной защитными реакциями.

На этом я хотел бы остановиться подробнее. В депрессивной реакции поведение определяется сильным объектным голодом и навязчивым разрушением установившихся симбиотических объектных отношений. Это поведение предстает результатом патогенного симбиоза с матерью, которая бессознательно ожидает от ребенка, что он компенсирует ее собственный нарциссический дефицит и ее депрессивную пустоту. Он должен служить жизненным содержанием матери и вознаграждением за ее непрожитую жизнь. Ребенок получает внимание и любовь, пока соответствует этой бессознательной потребности матери. Его потребность в автономии и самостоятельности воспринимается депрессивогенной матерью как обида и наталкивается на ее защиту. Она реагирует упреком и вызывает в ребенке сильное чувство вины, которое в качестве интернализованной деструктивной агрессии также тормозит и разрушает всякий шаг к ограничению идентичности.

Шизофреногенная мать, напротив, прямо или косвенно запрещает и делает невозможными для ребенка внешние контакты, например, не позволяя ему чувствовать себя хорошо в отношениях с другими людьми. Она, однако, сама также не в состоянии функционировать как постоянный и надежный объект для ребенка, одновременно отвергая его в силу интернализованного страха перед контактом. Эта динамика, описанная как *double bind*, ведет к структурным повреждениям Я в виде нарциссического дефицита, проявляющегося в сильной бессознательной потребности зависимости при одновременном архаическом страхе контакта.

Обе формы нарушения Я, как правило, сопровождаются психосоматическими заболеваниями, причем, по моему опыту, психосоматика, связанная с депрессивной реакцией, в целом развивает скорее доброкачественную динамику, в то время как психосоматика шизоидной реакции тяготеет к более злокачественному течению. Между этими двумя полюсами существует, с моей точки зрения, целый спектр скользящих границ и смешанных состояний. Жесткие разделения неприемлемы.

Я думаю все же, что нарушение базисных функций Я, имеющееся в приведенном примере пациентки Анны, должно расцениваться как указание на выраженную шизоидную динамику. Я пациентки столь слабо и хрупко, что не может, так сказать, выполнить симптоматическую работу. Лишь когда происходит «несчастный случай», Я располагает диагностированным и описанным органическим симптомом, с помощью которого пациентка может отреагировать и интегрировать паралич своего Я в рамках соматического Я. Ее депрес-

сивная реакция появляется, когда она чувствует, что симптом недостаточно оценен. Параноически-психотическая реакция появляется, когда она боится, что симптом у нее отнимут в ходе психоанализа.

Терапевтическая техника должна учитывать этот бессознательный конфликт идентичности. Психосоматическая симптоматика не должна прямо анализироваться, поскольку это непосредственно усиливает суицидальные тенденции пациентки. Мишенью в суицидальных фазах скорее следует сделать глубокий страх идентичности и сильное чувство вины перед преследующей матерью и первичной группой в обход психосоматической симптоматики и в партнерстве со здоровыми сферами Я. Жалобы на нарушения зрения и моторики, неловкость и неуклюжесть должны восприниматься с дружеским, но сдержанным участием; акцент прежде всего должен ставиться на поддержке того, в чем пациентка может с успехом «двигаться», например, на игре на флейте – поначалу единственной области, в которой она уверена и может почувствовать собственные способности. На основе сформированного таким образом конструктивного терапевтического союза пациентка может с помощью комбинированной терапии постепенно узнавать, что зрение и ходьба есть переживания, которые неравнозначны утрате Я и разрушению матери, но делают возможным обретение и расширение идентичности.

Удо: психосоматическое заболевание как реакция на архаическую диффузность идентичности

Пациент Удо, студент факультета психологии в возрасте 21 года, обратился к психотерапевту после того, как за три месяца до этого уехал из родительского дома, начав учебу в университете. Он страдал болезненным гнойничковым поражением кожи, уродовавшим его инфантильное, женственное лицо и кожу всей верхней половины тела. Он жаловался на полную потерю работоспособности, снижение сосредоточенности, депрессию, чувство неполноценности и страх общения, исключавший для него сексуальные контакты. После первого полового сношения в возрасте 19 лет развилось воспаление мочевыводящих путей, оказавшееся резистентным к терапии. С пубертатного периода он страдал хроническими запорами, впервые появившимися после тонзиллэктомии. В возрасте 6 лет диагностирована мягкая форма детского паралича, в это же время падение послужило причиной легкого сколиоза.

Он вырос в семье среднего достатка четвертым из пяти детей: две сестры, старший и младший братья, появившиеся на свет почти ежегодно. Отец – ведущий инженер большого промышленного предприятия, выходец из бедной семьи. Пациент описывал его как чрезмерно ориентированного на социальный успех трудогилика-одиночку, семейного деспота. Он занимался преж-

де всего внешними вещами, своей карьерой, строительством собственного дома, финансирование которого делало необходимой жесткую программу экономики на протяжении многих лет, уходом за садом, в котором он в свободное время непрерывно «копался». От детей он требовал прежде всего послушания, порядка и чистоты, большое значение придавая соблюдению внешних приличий и скромности. Более всего он требовал постоянной благодарности за свои усилия. Чувства он не мог ни принять всерьез, ни выразить; к эмоциональным потребностям относился по большей части цинично. Нежности он позволял себе лишь изредка по отношению к дочерям. От сыновей же требовал твердости и мужественности, всегда при этом подчеркивая, что они ему «не приятели». Он страдал «чувствительным желудком» после язвы и строго придерживался диеты.

Пациент описывал мать как образец бескорыстия и самопожертвования. В противоположность отцу, она не была обидчивой и злопамятной. Она играла роль своего рода буфера между отцом и детьми. Ее попытки примирения были, однако, по большей части безуспешны. Она ничего не могла возразить отцу, которому боязливо повиновалась, и поэтому «в решающих ситуациях» никогда не становилась на сторону детей. Терпеливо страдая, она пыталась по возможности избегать агрессивных конфликтов. Отношение ее к детям характеризовала преимущественно внешняя забота, эмоционально же она была весьма ригидной. Она не испытывала эмоциональной привязанности ни к одному из детей, изматывая себя домашним хозяйством и непрерывным наведением порядка и чистоты. Контакт с детьми состоял прежде всего из дрессировки чистоплотности, пронизанной сильным страхом сексуальности. Все сексуальное и телесно «грязное» было для нее неприемлемо, она избегала всяких разговоров об этом. Пациент никогда не видел своих родителей и сестер в нижнем белье.

Семейная группа в целом была чрезвычайно изолирована. У отца не было друзей, отношения с родственниками были напряженными и формальными. По отношению к внешнему миру господствовала гиперadaptation. Перед соседями следовало прежде всего демонстрировать предельно корректное поведение, предотвращавшее возможные конфликты. Посещений, в том числе соседских детей, отец не допускал. Он хотел, как говорил пациент, «чтобы его не беспокоили хотя бы в собственных четырех стенах». Климат семейной группы определялся жесткими правилами и требованиями уважения к старшим, чистоты и порядка. Даже мелкие провинности, как, например, разбить чашку, наказывались отцом побоями, причем он, по словам пациента, доводил себя до приступов ярости. Мать, страдавшая от любого проявления агрессии, наказывала детей эмоционально холодным обращением и запирала их в случаях непослушания или шалостей. В целом эмоциональная коммуникация была скудной. Были постоянные конфликты с отцом, который всегда был недоволен поведением детей, делая кого-нибудь из них козлом отпущения и упрекая его в неудачах, неблагодарности или неспособности.

У всех детей позднее отмечалась какая-то симптоматика. У старших сестер развивались психосоматические или психотические реакции. Оба брата пациента демонстрировали асоциальное поведение, употребляли наркотики, зарабатывая на жизнь наркобизнесом и сутенерством. Старший брат уже в возрасте 9 лет пытался разными способами покинуть родительский дом. Природы в полицию и штрафы оставляли его безразличным. В 15 лет он стал алкоголиком и вступал в шумные ссоры с отцом, что со страхом воспринималось остальными членами семьи. Мать уходила от скандалов бегством в домашнюю работу. Когда оба брата пациента покинули родительский дом, чтобы играть в музыкальном ансамбле, у нее были депрессии, психосоматические приступы слабости, угрозы самоубийства.

Пациент реагировал на деструктивный климат семейной группы отчетливым замедлением развития. Он часто болел, за ним ухаживали мать и старшая сестра, бравшая на себя материнские функции. Он чувствовал себя неполноценным по сравнению с товарищами по играм. Соперничества с братьями он избегал, оставаясь в основном дома, где играл в одиночестве.

Его отношение к отцу определялось боязливым восхищением. Покорностью он пытался завоевать поощрение отца, соперничая с сестрами, более успешными в этом. Позже он стал любимчиком отца, который, однако, насмешливо относился к его пассивности и потребности в нежностях.

В возрасте 6 лет с началом занятий в школе он с тревогой воспринял необходимость отделения от дома. У него обнаружили легкую форму детского паралича, который лечили у гомеопатов, для чего часто приходилось ездить на прием в центр города. Эти поездки вместе с матерью вызывали у него сильную тревогу. Причину обращения к врачу ему не объяснили. В это же время на фоне общей дискоординации моторики в результате падения образовался легкий сколиоз.

Из-за сильного страха перед окружающими в школе он оставался изолированным. Он тяготился трудностями учебы, считался погруженным в мечтания и не участвовал в играх со сверстниками, считая, что не дорос до них. Из-за плохой успеваемости он вынужден был сменить школу и там добился более высокого положения в силу своих трудовых навыков, которые хвалил отец (он любил мастерить). В конце концов, он стал в семье примером интеллектуальности. Отец приводил его в пример братьям, но связывал похвалу с новыми требованиями. Он хотел, чтобы пациент надзирал за братьями и контролировал их. Агрессивные попытки пациента уклониться от этого подавлялись, что сопровождалось насмешками над его мягкотелостью и подчиняемостью.

Физическая недоразвитость была причиной чувства собственной неполноценности при запоздалом наступлении пубертата. Он страдал от запаздывания ломки голоса, подвергался насмешкам из-за детскости речи. Тем не менее, благодаря техническим навыкам и тому, что он примкнул к доминирующим одноклассникам, в школе ему удалось занять уважаемое положение. Друж-

бу же он заводил с более слабыми, которыми командовал, терроризируя своим техническим превосходством. Враждебный к сексуальности характер воспитания привел к тому, что мастурбации сопровождались сильным чувством вины. Он боялся стать слабоумным, если не удастся покончить с этим, что в особенности пугало его, поскольку интеллект был единственным средством обеспечить признание и похвалу окружающих. В 16 лет появились прыщи, которые он считал последствием онанизма.

Стыдясь своей неуклюжести и агрессивного соревнования, он избегал спортивных занятий со сверстниками. Несмотря на это, после двухлетнего участия в музыкальном ансамбле ему удалось прийти к удовлетворительному отношению к своим физическим данным. Благодаря детскому, женственному облику, подчеркивавшемуся длинными волосами, он вдруг стал звездой, которой восхищались. Какое-то время он был центром танцевальных вечеров, ему нравилось быть на виду. В то время, как прежде, он страдал от отсутствия подруги (ему нравилась девушка, которую он считал недоступной), теперь он смог установить отношения с другой, с которой все же расстался, не сумев преодолеть свои сексуальные страхи.

Отец предостерегал его от появления внебрачных детей, цинично заявляя, что с женщиной ложатся в постель, лишь когда не находят, о чем говорить. Это усилило чувство вины пациента из-за своих сексуальных потребностей. Чувствуя сексуальные потребности в отношениях с подругой, он воспринимал себя неудачником, который слишком глуп, чтобы быть интересным собеседником, и защищался от этого страха, демонстративно изображая отсутствие интереса. Легче становилось, лишь когда он мог утешать плачущую подругу. После отчаянно-драматического разрыва отношений с подругой у него развилась сильная депрессия. Он полностью ушел в себя, отказался от роли звезды, над которой посмеивался отец, и постоянно возвращался к утраченным успехам в своих мечтах.

Одновременно усилились гнойничковые высыпания, распространившиеся на верхнюю половину тела и ставшие предметом постоянной озабоченности, в том числе со стороны матери. При этом он страдал оттого, что не мог говорить о своем онанизме, сопровождавшемся сильным чувством вины, который он считал причиной кожной патологии. Он говорил, что мать заботилась лишь о его чистоплотности, проблемах с мытьем и внешним уходом за кожей и считал, что ее не следует отягощать своим чувством вины, одиночеством и страхом.

Его сильный страх идентичности обострился, когда по окончании школы встал вопрос о выборе профессии. Отец хотел, чтобы он поступил в технический вуз и тоже стал инженером. Пациент же боялся не справиться с этим. Его технический интерес служил прежде всего обеспечению парциальной коммуникации с отцом и получению его благоволения. Учеба же представлялась ему безнадежно непреодолимой трудностью и означала к тому

— же окончательный отказ от сценической деятельности, которая какое-то время помогала ему компенсировать архаический нарциссический дефицит. Под давлением отца он поступил в институт, но незадолго до начала занятий сломал ногу и поэтому не смог начать учебу. Уже с началом занятий в школе он ответил тяжелой травмой (падение с последовавшим сколиозом) на сильный страх предстоящего расставания с родительским домом, что позволило ему очень долго не ходить в школу. Сейчас же, к великому разочарованию отца, он решил стать психологом. Этому способствовало то, что он прочел ряд книг по психологии, после чего проникся уверенностью, что лишь психоаналитическое лечение может помочь ему справиться со своими конфликтами, страхом и зависимостью.

Полгода в тяжелой борьбе он пытался добиться взаимопонимания с разочарованным отцом, который считал, что в компьютерный век изучение чувств является бессмысленной и опасной роскошью, и который реагировал на попытки сына «анализировать» его с помощью почерпнутых из книг психологических терминов возмущением и возрастающей агрессией. У матери эти споры вызывали сильную тревогу, она пыталась все сгладить и, когда это не удалось, перенесла тяжелый сосудистый криз, который лишь усилил агрессию отца и чувство вины у сына.

После удавшегося, наконец, ухода от родителей (отец ответил на это разочарованным уходом в себя) спор переместился на финансовый уровень. Сын угрожал подать на отца в суд за невыполнение финансовых обязательств перед ним, отец настаивал на том, чтобы пациент оплачивал сначала свое обучение из собственных накоплений. В письме он упрекал сына одновременно как за то, что тот оставил семью, так и за то, что долгие годы он был обузой для семьи. Он обвинял его в болезнях матери, подчеркивая при этом, что оба родителя, наконец, впервые хорошо почувствовали себя после его ухода. Тут же он требовал, чтобы пациент разыскал своих братьев и направил бы их на правильный путь.

На это больной, который сначала воспринимал свой уход из дома как большой успех, реагировал снижением «работоспособности». Усилились кожные симптомы, тревога и моторная дискоординация. В мысленных разговорах с самим собой и фантазиях он постоянно спорил с отцом, упрекал его и пытался оправдаться. Наконец, усилившиеся депрессия, бессонница, нарушения сосредоточения и кожные симптомы стали причиной обращения к врачу.

В терапевтической группе пациенту было сначала очень трудно говорить о своих страхах и конфликтах. Он в основном молчал, был тревожным, подавленным и чувствовал себя посторонним. Динамика переноса сначала вывела на первый план отражавшийся защитой конфликт с авторитарностью отца, на который он отреагировал частыми опозданиями. Критику группы он отвергал с сильным возмущением, упрекая ее в том, что тут ему не лучше, чем в семье, в которой его тоже никто не понимает.

Позже, во время очередного конфликта из-за опоздания, он впервые заплакал и с волнением сообщил, что отец всегда предъявлял к нему требования, а затем покидал его. В этой связи он рассказал сон, в котором видно было желание нежности от отца и одновременно его изолированное положение в семье. Ему снилось, что он подходит к терапевту, рядом с которым стоит ко-терапевт, обнимает его с мольбой и любовью и при этом горько, но с облегчением, плачет. Потом появляется богато накрытый блюдами стол для группы, для него же самого там нет места. Из ассоциаций пациента и группы выяснилось, что сон отражает ситуацию пациента как в семейной, так и в терапевтической группе.

Он мог удерживать положение любимчика отца лишь за счет полного подчинения отцовским капризам и требованиям. Чтобы быть рядом с отцом и получать его признание, он отказался от многого, не получая в то же время никогда отцовской нежности, о которой так мечтал и которая доставалась только сестрам. По поводу того, что его не допустили к накрытому столу, он вспомнил, что и в семье он находился, так сказать, между двух стульев. Ему не принадлежало ничего: ни мать, занятая домашней работой и младшим братом, ни отец, предпочитавший сестер, ни старший брат, обращавшийся с ним как с соперником и постоянно подвергавший нападкам. С сильной завистью он воспринимал, что отец с нежностью относился к старшим сестрам и в более позднем возрасте, в то время как он сам устаивался лишь беглого кивка или шлепка, а в остальном получал только требования быть более твердым и мужественным и исполнять свой долг.

Стало ясно, что в переносе он воспринимает группу так же, как свою семью, в которой чувствовал себя одиноким. Он постоянно упрекал группу за то, что она о нем не заботится, что его не замечают. Все говорят о каких-нибудь страхах и проблемах, он же сам чувствует себя неспособным говорить о собственном чувстве неполноценности, вины, страхе общения. Его кожные высыпания усиливаются, улучшения не наступает, в то же время это наглядное проявление страдания не воспринимается группой всерьез. Когда группа занялась его одновременно агрессивной и плаксивой жалобой и приняла высыпания как действительную проблему, он впервые смог рассказать, каким грязным, отвратительным и липким он себя чувствует. Прыщи наливаются, нагнаиваются, он постоянно чувствует болезненный зуд и вынужден с усилием заставлять себя не чесаться. Изуродована вся верхняя часть тела. Он никому не может показаться раздетым, не может посещать плавательный бассейн, хотя это - единственная форма физического упражнения, которая ему нравится. Он отвратителен сам себе и уверен, что и другим тоже. Группа сочла это серьезной проблемой. Она не пыталась анализировать симптом, лишь посоветовав пациенту часто принимать душ и заняться уходом за кожей и лечением прыщей, чем он и так подолгу занимался в течение дня.

Пациент после этого впервые почувствовал себя принятым всерьез и с облегчением воспринял, что его симптом признан как объективная трудность.

Он мог теперь говорить также о сильном конфликте с авторитарностью отца, называвшего его в своих письмах «безмерным эгоистом», предупреждавшего об опасности разрушения добрых отношений между детьми и родителями под влиянием извне, предостерегавшего от грязи, связанной с преждевременным желанием жизненных наслаждений. Эти письма регулярно вызывали у пациента сильную депрессию, чувство вины и усиление симптоматики. Отец в заключение всегда уверял, что хочет не оттолкнуть от себя сына, а помочь ему задуматься, и подписывался ласкательной формой «твой па», в чем проявлялась его латентная и вытесняемая гомосексуальность. Группа сочла, что по отношению к пациенту он ведет себя как отвергнутый любовник, и настойчиво поддержала его усилия ограничиться от отца.

Постепенно пациент смог узнать, что за его чувством вины из-за писем от отца стоит также его сильный страх перед онанизмом и сексуальными желаниями вообще. Он вспомнил циничное замечание отца относительно сексуальных контактов и смог говорить также о постоянно возвращавшейся фантазии еще с пубертатного возраста, когда он испытывал оргазм в сексуальных снах. Он видел тогда вдруг перед собой белую улитку, которая раскручивалась. Относительно этого ему пришло в голову, что он увидел впервые такую улитку в возрасте трех лет, когда испытывал, лежа в постели, очень приятное чувство. Мать тогда склонилась над ним и сказала, что он не должен этого делать. Ассоциация показывает, что речь идет о ситуации запрета матерью онанизма в раннем детстве. Эта фантазия с улиткой не возникала с тех пор, как он в пубертатном периоде безуспешно пытался бороться с онанизмом.

В то время как пациент мог относительно свободно говорить о своем страхе онанизма, он интенсивно вытеснял проблематику своих гомосексуальных желаний по отношению к отцу. После сна, с которым он, так сказать, вошел в группу, он не рассказывал больше о других снах, сообщая, что видит лишь обрывки снов, сразу же забывая их, и реагировал на вопросы группы с возрастающим страхом. Кожные высыпания усилились, ему труднее было вербализовать свои мысли. На сеансе индивидуальной терапии, начатой по его просьбе, он рассказал о страшном сне, который видел несколько раз в возрасте 4-10 лет: «Я стою с моей семьей в поле, метрах в ста от дома, вдруг идет волк. Они начинают бежать к дому, я тоже хочу, но не могу, ноги стали тяжелыми. Все добежали до дома, а волк все ближе. Я кричу, зову мать и в страхе просыпаюсь». Здесь отчетливо видна заброшенность пациента, которого мать не защищает от требований отца. Те же чувства он испытывал в терапевтической группе, где не мог говорить об этом сне.

Его ситуация существенно улучшилась, когда он в течение нескольких недель смог принять участие в проекте терапии средой в загородном центре интенсивной групповой терапии при участии пациентов из других терапевтических групп.

Сначала он стеснялся раздеться во время работы до пояса (группа работала летом в саду), но затем он с удовольствием это делал, наслаждаясь пониманием и ободрением группы. Как и в своей психотерапевтической группе, он смог благодаря своему симптому вызвать к себе участие и интерес новой группы, но вскоре сузил свое взаимодействие с ней вследствие быстро возникшей симбиотической дружбы с одной из девушек. При этом отчетливо снизилась интенсивность кожных высыпаний, в особенности на лице.

По возвращении в терапевтическую группу значительно снизился его страх вербализации. Он хорошо включился в работу и требовал от всех членов группы честности, открытого выражения чувств, игрового поведения и протестовал против всякого стремления к продуктивности. Когда группа обратила его внимание на то, что свое требование открытости и спонтанности он высказывает предельно серьезно, как новое требование продуктивности, он смутился и обиженно оставил эту проблематику.

Позже он сделал еще одну попытку освободиться из своей изоляции участием во второй средовой группе, но увидел, что в ней его симптом встречает меньше интереса и участия, и почувствовал себя изгоем. Развилась диффузная тревога. Трудности вербализации и страх перед группой сохранялись и после возвращения в основную группу, хотя это сначала не было отчетливо видно. Когда, наконец, начали обсуждать его длительное молчание, он сказал, что больше не считает прыщи своей главной проблемой. За это время он узнал о себе слишком много, чтобы продолжать привлекать внимание с помощью этого симптома. С другой стороны, он не в состоянии говорить о диффузной тревоге, которую с тех пор испытывает. Он чувствует себя в целом плохо, неуверен в себе, его не принимают другие, все точно так же, как было в детстве.

В то время как в начале терапии на первом плане была проблематика конфликта с авторитарностью отца, сейчас отчетливо выступила динамика его амбивалентно-симбиотических отношений с матерью. Он вспоминал, что мать, которую он до этого периода терапии представлял идеалом доброты, постоянно разочаровывала и покидала его. Она постоянно была занята домашним хозяйством и внешними делами, бросая детей на произвол отца. Со слезами он описал сцену, которую пережил в возрасте 4 лет. Пришел дед Мороз с палкой, и мать на его вопрос о том, кто здесь не слушается родителей, показала на брата. Затем она неподвижно наблюдала, как дед Мороз (это был переодетый отец) засунул в мешок кричавшего и сопротивлявшегося брата. Он сам испытывал панический страх, что дед Мороз может унести брата и что то же самое может произойти и с ним, если он не будет послушным.

Стало ясно, что во все более регрессивном переносе, усилившемся благодаря функциональной утрате симптома (прыщей), который уже не мог служить ему средством установления контакта с группой, он воспринимал группу как покидающую его мать, недвижно смотрящую, как он бился в путях сво-

ей диффузной тревоги неосознаваемого конфликта идентичности. С другой стороны, он жестко сопротивлялся всем попыткам проработки в группе интроецированного конфликта с матерью. Он жаловался на холодное отношение к себе группы, затронувшей его сильную потребность в зависимости, и требовал больше тепла и нежности, чего сам другим членам группы не давал, воспринимая их как сиблингов своего детства. Он вел себя в группе все более скованно и замкнуто, утверждая, что это - следствие холодного отношения к себе.

В этой связи он вспомнил ситуацию, характерную для динамики его отношений с неспособной к коммуникации матерью. Когда ему было 10 лет, за какой-то проступок мать заперла его в чулане, и он угрожал ей, что выпрыгнет из окна, если она его не выпустит. Чулан был на втором этаже, и он действительно упал из окна прямо под ноги матери, которая в это время развешивала белье во дворе. Мать очень испугалась, но единственной ее реакцией была угроза донести об этом отцу, что она и сделала, хотя сначала обещала не делать этого. Результатом были побои отца.

Группа была в замешательстве, восприняв эту информацию (многие из ее членов вспоминали о своих эмоционально холодных, депрессивных и депотичных матерях), но реагировала с возрастающей агрессией на то, что пациент отказывался делить с группой сочувствие психотерапевта по этому поводу, требуя все себе. В группе развивалась динамика множественного противопереноса с соперничеством отдельных членов между собой за внимание к себе психотерапевта и агрессивной реакцией на открытое заявление пациента о том, что он нуждается в индивидуальной терапии, поскольку чувствует, что в группе его перестали понимать. В силу взаимно парализующего активность эффекта такой динамики, угрожающего групповому процессу в целом, пациента пришлось, в конце концов, вывести из группы для продолжения индивидуальной работы с ко-терапевтом.

На последнем групповом занятии, где прорабатывался уход пациента из группы и подводился итог его пребывания в ней, на первый план выступил важный аспект проблематики идентичности. В начале терапии его тревожило то, что его находили слишком женственным. В детстве над ним смеялись старшие дети из-за его пассивной привязанности к отцу. Ему постоянно давали новые прозвища, подвергавшие сомнению его мужественность, звали «писклявым» за детский голос и т. д.

Когда он плакал по этому поводу, отец защищал его, порицая братьев. Таким образом, он еще больше усиливал женственные тенденции пациента и его привязанность к себе, еще более изолируя его от завидовавших братьев. С другой стороны, он упрекал пациента в женственности, требуя мужского поведения. Конфликт обострился, когда отец заявил, что изучение психологии - бесполезное и не мужское дело. В начале терапии группа успокоила пациента заверением, что его учеба важна и приемлема, и что у него вполне мужская

внешность. Это он воспринял с некоторым изумлением, и конфликт потерял свою актуальность. На последнем групповом занятии проблему затронули вновь, поскольку исчезновение прыщей стало подчеркивать женственность его лица. Пациент был чрезвычайно смущен. К началу индивидуальной терапии он состриг свои свисавшие до плеч волнистые волосы.

Одновременно проявились его сильные неосознаваемые желания зависимости. Он неправильно понял назначенный за лечение гонорар, считал, что сначала речь шла о более мелкой сумме, и был разочарован, что психотерапевт оказалась не такой потворствующей и балующей, как он надеялся. Несмотря на это, он был чрезвычайно доволен, что ему удалось получить индивидуальное внимание к себе.

Центральной проблемой в индивидуальной терапии стала его бессознательная потребность в пассивности, потворстве, зависимости и нежности, нарциссической поддержке. Он рассказал о сне, который повторялся у него несколько лет. Ему снилось, что он вместе с девушкой, с которой хочет вступить в половой контакт. Она, кажется, не против, но он не знает, куда ему с ней пойти. Он ведет ее к себе домой, долго ищет, но не может найти ключ от квартиры. Когда он находит ключ, он просыпается, незадолго до осуществления своих желаний, с сильной тревогой потому, что опять не добился своего. Из его ассоциаций стало ясно, что навязчивая фиксация на сексуальных проблемах, представленная в повторяющемся сне, замещает его потребность в зависимости и нежности, в которой он себе не решается признаться.

Впервые он смог говорить о своем чувстве ненависти и садистических тенденциях в обращении с женщинами. Он говорил, что его покидали все женщины. Предвосхищая это, он сам мучил своих подруг, демонстрируя им мнимое отсутствие интереса и заявляя, что ничего по отношению к ним не чувствует. Он чувствовал себя уверенным, лишь когда после этого утешал плачущую в отчаянии подругу. Сейчас он смог распознать, что слезы подруги были в действительности его собственными, что ими он повторял свои отношения с матерью, которой был не нужен и которая утешала его, лишь когда он был болен и в отчаянии. В остальном же она всегда игнорировала его потребность в нежности, внимании и поддержке. Она занималась домашним хозяйством и отсылала его.

В этой связи он говорил о своем сильном чувстве вины. Он не способен выразить другим людям свою потребность в нежности и тепле и когда ему, например, хочется танцевать с девушкой, он чувствует, что готов провалиться сквозь землю от страха, что ему откажут. В этот момент он полностью парализован, не знает, как вести себя, и всегда ретируется, что часто похоже на бегство. Динамика желаний зависимости отчетливо видна в сновидении, о котором он рассказал вскоре после этого. За два года это был первый сон, который он полностью вспомнил. Он танцевал с двумя девушками, свободно двигаясь по танцплощадке. Потом он с независимым видом оставил их, чтобы принес-

ти себе что-нибудь поесть. Навстречу ему шла психотерапевт, которую он знал в лицо и по рассказам, но не был знаком. Она приветствовала его, обняла рукой за плечи, как будто знала его очень давно. Он чувствовал то же самое, был доволен и счастлив.

Непроизвольно вспомнились мать и сестры, он вспомнил о соперничестве с сестрами, а также о сильных инцестуальных желаниях по отношению к ним. Он завидовал их тесным отношениям с матерью - на более ранних этапах терапии на первом плане было соперничество с сестрами за внимание отца. С другой стороны, он сильно идентифицировал себя с ними. В своих сексуальных фантазиях он часто с наслаждением представлял себя девушкой, имеющей половые контакты с девушками. В особенности его возбуждало представление о ношении женской одежды в публичном месте. В ходе дальнейшего анализа сна он смог распознать, что эти желания и фантазии, связанные с сильным чувством вины и усиливавшие постоянные сомнения в собственной мужественности, были выражением желания получить нежность, тепло и понимание матери, которую он узнал в незнакомой и в то же время родной женщине-психотерапевте из своего сна. Наконец, он понял, что девушки из сновидения представляли терапевтическую группу и что уход от них «с независимым видом» представлял его уход из группы, которую он покинул, чтобы удовлетворять в индивидуальной терапии свои оральные потребности в нарциссической поддержке. Это было также уходом от сестер. Представленный в сновидении активный поиск орального удовлетворения отражал также его уход из семьи, который он символически совершил еще раз, оставив терапевтическую группу и настаивая на индивидуальной терапии. В особенности значимым для пациента было то, что терапевт не покинула его, а приняла его потребность в эмоциональном тепле и поняла его сильный страх, с которым он воспринимал и пытался вытеснить эту потребность.

В первой фазе терапии он цеплялся за идеализированный образ матери, отрицая ее роль в своем страхе и одиночестве. Всю вину за свою ситуацию он приписывал отцу, которого одновременно также идеализировал и которым восхищался за его интеллект и невероятную работоспособность. Во второй фазе терапии на первый план вышла эмоциональная жесткость и ригидность матери, которую он вновь пережил в группе.

Теперь он смог принять диадную ситуацию индивидуальной терапии как дружественный и поддерживающий симбиоз и, таким образом, был в состоянии заключить терапевтический альянс не на базе симптома, а наоборот, как основу проработки архаического страха идентичности и ее диффузии - причины вытеснения и отреагирования интернализированной дефицитарной ситуации в раннем детстве.

Это нашло выражение в возрастающей дифференцировке интернализированного образа матери. Он смог узнать, что мать в действительности не соответствовала ни идеальному образу самоотверженной, всегда доброй матери,

ни недифференцированному пугалу зловерной матери-предательницы. Теперь он говорил, что больше всего страдал от страха, которым мать реагировала на его эмоциональные потребности. Эта боязнь упоминания сексуальности, проявлений агрессии и спонтанности сделала мать такой жесткой и ригидной. В сущности, она была тревожной и инфантильной матерью-ребенком, ожидавшей от своих детей, что они сделают все, чтобы угодить отцу, от которого она всегда зависела. Постепенно он был в состоянии открыть в страхе своих потребностей, вновь всплывшем в индивидуальной терапии, интернализированный страх самой матери и дистанцироваться от него.

История болезни и вкратце представленный ход терапии пациента Удо являются, с моей точки зрения, примером бессознательной деструктивной динамики первичной группы, которая не позволяет своим членам развивать собственную идентичность. Ее эмоциональная бедность ведет к тому, что у детей развиваются тяжелые психические и психосоматические расстройства. Отчетливо проявляется динамика дифференцировки симптомов в семейной группе, выступающих вместо развития идентичности и заменяющих ее.

Господствующий психосоматический симптом пациента, гнойничковые высыпания, предстают отражением его отношений с интернализированными недифференцированными объектами раннего детства. С одной стороны, в уродстве кожных покровов проявляется бессознательный материнский страх того, что все телесное является грязным и отвратительным. С другой же стороны, болезненные высыпания представляют побои отца, которые вместо ожидавшейся нежности являются доминирующей формой мазохистского наслаждения телесным контактом с отцом. Пациент сообщал, что отец во время битвы был эмоционально очень возбужден и сам кричал едва ли не громче, чем избиваемый им ребенок, - обстоятельство, которое свидетельствует о либидинозно загруженной садомазохистской динамике происходящего. Побои, впрочем, прекратились по достижении пубертата. Высыпания служат пациенту, кроме того, фасадом, за которым он скрывает диффузность своей идентичности. Внешнее уродство скрывает женственность его облика и служит вытеснению сильных эксгибиционистских тенденций. С другой стороны, высыпания делают необходимыми длительный уход за кожей и лечение при участии матери, по крайней мере, внешне.

В особенности мне хотелось бы подчеркнуть изменения терапевтической ситуации в ходе лечения. В терапевтической группе благодаря тому, что симптом пациента воспринимается поначалу как таковой и не анализируется, впервые удается открыть ему свободный от иррациональных страхов и чувства вины доступ к группе и самому себе, то есть интернализированной группе. Симптом при этом в значительной мере исчезает, так как в средовой терапевтической группе пациента не только принимают вместе с симптомом, но и в ходе совместной групповой работы он находит много невербальных возможностей самовыражения и коммуникации, вербализация и проработка которых

может происходить на параллельных занятиях психотерапевтической группы. Когда же симптом перестает выполнять для пациента коммуникативную функцию и становится в этом смысле фиктивным и для него самого, он реагирует разочарованием и возрастающе ригидной защитой от ситуации в группе, которую в негативном переносе все больше воспринимает как враждебную и ограничивающую. С переходом на индивидуальную терапию пациент впервые переживает расставание с группой как свободное от иррационального чувства вины и страха быть уничтоженным, что связано с отчетливым усилением Я.

Повторение симбиоза в форме индивидуальной терапии, служащей восполняющему развитию Я, было в данном случае в особенности важным, поскольку пациент после опыта, полученного в интернализированной деструктивной первичной группе, распад которой он пережил сам, не смог использовать ситуацию терапевтической группы для проработки своих архаических потребностей зависимости и страха расставания. Хотя групповая терапия смогла вызвать отчетливое послабление симптоматики, он настаивал на том, чтобы его страхи прорабатывались лишь индивидуально. Это требование было выполнено, поскольку пациент с возрастающим страхом и регрессией отвечал на попытки группы участливо приблизиться к его конфликтам.

Описанные здесь изменения терапевтической ситуации относятся к типичным вариантам стратегии психоаналитической терапии архаических заболеланий Я и в особенности психосоматических реакций. Они сделали возможным в этом случае обойти симптом благодаря терапевтическим ситуациям, в которых симптом сначала принимается без аналитического раскрытия, чтобы затем перенести центр тяжести на поддержку конструктивных возможностей пациента и помочь ему при этом найти эти возможности. В общем можно сказать, что симптомообразование, служащее компенсации структурного нарциссического дефицита, возможно анализировать лишь в той мере, в которой пациенту активно открываются возможности замены симптома конструктивной работой. Здесь важнее, чем при терапии неврозов, чтобы терапевт или терапевтическая группа сначала что-либо дали пациенту, прежде чем пытаться аналитически устранить симптом. Этот дар должен происходить на уровне, на котором пациент способен взять что-то, а также дать что-то взамен, то есть коммуницировать.

Поэтому терапия психосоматических заболеваний требует в каждом случае многостороннего терапевтического инструментария, различных терапевтических ситуаций в их разнообразных комбинациях, которые позволяют создать пациенту оптимальные условия для восприятия, инсайта и проработки его конфликтов. Следующий пример иллюстрирует динамику многосторонне дифференцированной терапевтической ситуации в лечении психосоматического пациента.

Бруно: психосоматическая реакция, сексуальная перверсия и паранойя в групповой динамике

Пациент Бруно, студент химического факультета 22 лет, поступил на лечение в связи с фобиями и сексуальными проблемами. У него был сильный страх передвижения в самолете, автомобиле и по железной дороге. Впрочем, страха не было, если он сам был за рулем автомобиля. Его пугали громкие звуки, например, вой сирены, поскольку это могло быть признаком начавшейся ядерной войны. Он признавал, что вообще боится будущего. Он страдал от сильного чувства вины в связи со своими сексуальными потребностями. С пубертатного периода он страдал хроническим гастритом. Его дружелюбное, несколько женственное лицо было изуродовано прыщами, впервые появившимися также в пубертатном периоде. Оба симптома усилились после ухода из родительского дома с началом учебы в университете. Он признавал, что не чувствует болей лишь по несколько часов в день.

Он был принят во вновь сформированную терапевтическую группу. На первом году лечения его гастрит ухудшился, к этому присоединился артрит с гипертермией, что вызвало необходимость госпитализации на 6 недель. Там на лечение соматических симптомов пациент реагировал параноидной психотической реакцией, купированной сопровождавшей госпитализацию индивидуальной психотерапией. Последняя продолжалась после выписки из больницы.

Пациент был старшим из четырех детей (брат и две сестры), семья занималась гостиничным бизнесом под руководством бабушки с материнской стороны. За пределами своего отеля семья не имела контактов с окружающими людьми и миром. Пациент играл лишь со своими сестрами и братом.

Пациент описывает свою мать как строгую, аскетичную женщину. Она была жесткой по отношению к себе и другим. Она никогда не болела, во всяком случае, никогда внешне этого не показывала. К болезням пациента в детстве относились всерьез лишь тогда, когда они признавались «настоящими». Тогда мать ухаживала за ним. До семи лет он, по его словам, перенес «все, какие есть», детские болезни. Дважды у него была тяжелая пневмония, в шесть лет - тяжелый отит, через год - тонзиллэктомия. Частыми были затяжные простудные заболевания. Он был нежеланным ребенком. Мать до его рождения сделала аборт; вообще она хотела иметь девочку, считая, что дольше сможет удерживать ее при себе, в то время как мальчика она вынуждена будет приучать к твердости и самостоятельности.

Отец был на 18 лет старше матери, больной описывает его как «анально-обсессивный тип, типичного бюрократа с сексуальными зажимами, гастритом и слабыми нервами». Из страха перед ссорами он был под каблуком у подавляющей жены. С пубертатного возраста все чаще пациент вступал с ним

в конфликты, в ходе которых у отца были неконтролируемые вспышки ярости. Пациент, который никогда не мог выразить отцу свои разочарование и гнев, надеялся тогда, что отца постигнет «кара небесная».

Воспитание, в котором доминировала мать, определялось ригидной дрессировкой чистоплотности и чрезвычайной враждебностью к сексу. Мать позднее с гордостью рассказывала пациенту, что он очень рано стал чистоплотным. Он сам вспоминал, что часами сидел на прозрачном горшке, и что мать одновременно недоверчиво и заворожено разглядывала его фекалии прежде, чем с выражением отвращения удалить их. В то время как при «настоящих» болезнях мать тщательно ухаживала за пациентом, родители откровенно отвергали его эмоциональные потребности в тепле и близости, страх одиночества и фантазии. Его высмеивали и призывали «не притворяться».

Эмоциональная холодность, окружавшая его, видна в воспоминании о раннем детстве, рассказанном в ходе лечения. Была холодная зима, он стоял в саду без перчаток и сильно мерз. Он говорил: «Я должен стоять на холоде, я должен лишь голодать и мерзнуть, больше мне ничего нельзя». Как рассказывала мать, его кормили грудью лишь первые дни после рождения, затем кормили строго по часам точно взвешенными порциями из бутылки. В детстве у него была нервная анорексия. Он чувствовал, что мать его ненавидит, и боялся, что она его отравит. Мать избивала отказывавшегося есть пациента так, что соседи хотели подать на нее в суд за жестокое обращение с ребенком.

Жизнь семейной группы определялась фанатическим стремлением матери к чистоте. Дети должны были регулярно исполнять строго расписанные задания по домашнему хозяйству, выполнение которых не приносило ни похвалы, ни благодарности; лишь несколько снижался страх наказания. Мать была тогда всего лишь не довольна. Дети должны были быть послушными и незаметными. Громкие игры и агрессивные споры были запрещены, поскольку это могло беспокоить жильцов отеля. Виновником в ссорах между детьми, особенно между братьями, всегда считали пациента, потому что он был старшим по возрасту. Пациент провоцировал брата на драки, чтобы потом попытаться доказать родителям, что он хороший, а брат плохой. Между братьями были отношения соперничества.

Он безоговорочно подчинялся требованиям матери. Его агрессия проявлялась в том, что он раздражал мать формальным выполнением ее заданий, которые внутренне ненавидел, лишая ее оснований для упреков. Учился он хорошо. С началом занятий в школе детские болезни постепенно прекратились, как и навязчивые фантазии, преследовавшие его в дошкольном периоде, когда они не были замечены родителями, и вновь появившиеся в более поздней психотической реакции. Ему казалось, что мать хочет его отравить, что он не сын своих родителей, а искусственно созданное существо, и что за наружной дверью устроены ловушки, которые могут поглотить его при неосторожных движениях.

Вместо оставшегося незамеченным инфантильного психоза и серии психосоматических реакций в школьные годы все больше проявлялись изолированные интеллектуальные успехи, которыми пациент эксгибиционировал перед матерью. Учение и знания стали центральным аспектом его чувства собственной ценности. К своему телу он не имел никакого отношения. Спорт и драки были ему противны. По возможности он избегал их. Сильную изоляцию от сверстников и одноклассников (имя своего соседа по парте он узнал лишь через полгода) он компенсировал, выполняя в семье роль одаренного, интеллектуального ребенка, «единственного интеллектуала в семье». В дни рождения сестер и брата он был организатором и клоуном, развлекая всю семью. Позже он помогал брату готовить уроки, всегда давая при этом почувствовать собственное интеллектуальное превосходство. Брат ушел из школы, не окончив ее. У него также были психосоматические реакции - аллергия и астма.

Переход из начальной школы в гимназию был для пациента значимым в том отношении, что он впервые почувствовал какую-то социальную принадлежность. Он вступил в конфессиональную молодежную группу, объединявшую тесно спаянное меньшинство класса. С руководителем этой группы у него была тесная симбиотическая связь. Позже он основал вместе с ним молодежный клуб. В университете его выбрали в студенческий парламентов которым он постоянно был занят организационной работой. Признание в этих группах (его любили как певца, гитариста, мима, позже восхищались его блестящими академическими успехами) помогало ему лишь отчасти преодолеть глубокую эмоциональную неуверенность и чувство постоянной угрозы. Он страдал чувством вины в связи со своими сексуальными потребностями, страдал оттого, что лицо изуродовано прыщами, появившимися, как и гастрит, в пубертатном периоде и усугубившимися после ухода из дома. Родители и в 20 лет запрещали ему сексуальные контакты, предостерегали от опасностей и грозили наказаниями.

После смены места обучения из-за ухода из группы, в которой он был стабилизирован и чувствовал себя своим, его страхи, паранойяльные фантазии и сексуальные трудности усилились. Он начал интересоваться психоаналитической литературой, нашел, что это ему не помогает, и обратился за помощью к психотерапевту.

В терапевтической группе пациент добивался поначалу благосклонности психотерапевта и поэтому живо участвовал в групповом процессе. Он с самого начала претендовал на особое положение. В долгих монологах он описывал свои соматические симптомы и подробно сообщал об их истории. При этом он демонстрировал самостоятельный интерес к своему телу и особенно к его недостаткам. Он не мог, однако, говорить об аффективном опыте, определявшем его детство. Общими словами он говорил о «нарцисизме» и «вытесненных агрессиях». Описывая себя как «случай» психоаналитическими терминами, он был не способен ни показать собственные эмоции, ни распознать их у других.

Сон, рассказанный им во время первых групповых занятий, показывает это расщепление переживаний на сферу соматической дефицитарности и сферу интеллектуального порядка. Он видел в больнице врача, возившего на каталке ребенка с огромными головой и животом. Живот должен был быть оперативно удален. Потом шла другая сцена. Он видел себя учителем в школьном классе. Ребенок сидел перед ним и выглядел здоровым и умным. Терапевтическую группу он воспринимал так же, как класс. Он понимал терапию как своего рода обучение и требовал, чтобы члены группы во всем соглашались с терапевтом, что он понимал как неперенную предпосылку терапевтической работы. Он сам старался быть «лучшим учеником», старался восхищать и контролировать психотерапевтов. На агрессивные споры и выражение сильных эмоций он реагировал сильной тревогой и сразу же пытался примирить спорщиков или уйти от конфликта. С другой стороны, он страдал оттого, что не может показать себя в группе таким, каким он себя чувствует. В то время как в кругу друзей он представлял как большое дело свое вхождение в терапевтическую группу и свои провокационно-агрессивные выражения в адрес психотерапевта, в дневнике он видел свое поведение в группе неудачным и смешным.

Его сильная потребность в нарциссическом признании и самоутверждении в группе при одновременном страхе прямого контакта нашли выражение во втором сне, рассказанном также на одном из первых сеансов терапии. Ему снилось, что он сидит на сцене, возвышающейся над большим залом. Под ним находились отдельные группы молодежи, которые радостно и долго ему аплодировали. Группы стройным хором восторженно выкрикивали ему какие-то лозунги. Пациент радовался тому, что он в центре внимания и выражений симпатии, с другой же стороны, чувствовал себя нехорошо и постоянно хотел сказать, что все это ему не нужно.

Группу раздражало поведение пациента и его сны. С одной стороны, ее впечатляло «профессиональное» изложение собственного «случая», с другой же - нарастала агрессия, когда пациент категорически отвергал каждую попытку группы найти связь содержания снов с групповой ситуацией и говорить о его чувствах. Привилегированная позиция в группе, на которую он претендовал, вызывала у него сильную тревогу. Эмоциональную близость он мог выносить лишь в форме восхищения им, искренность которой он постоянно подвергал сомнению. Он сам был не способен к действительному участию в проблемах других. Позже, после своего ухода из группы, он говорил, что не имел контакта ни с одним из ее членов. Остальные пациенты были для него важны лишь как объекты для навязчивого интеллектуализирующего анализа. Охотнее всего он оставался бы один на один с терапевтом.

Когда группа коснулась этого отсутствия контактов и обратила внимание на его эмоциональную холодность, он воспринял это как полное отвержение. Он был как будто раздавлен, сидел, плача, дрожа и съежившись на своем месте возле двери, жалуясь на страхи и боли. В этой связи он сообщил о сильном

чувстве собственной неполноценности, которое испытывал в школе на занятиях физкультурой, и о своей зависти ко всем, кто свободно и спонтанно двигался, хорошо владея своим телом. Участие, с которым группа реагировала на его боли и одиночество, он, однако, не мог воспринять как высказанное откровенно и всерьез, так же, как и первоначальное восхищение его интеллектуальным блеском. Он высказывал серьезные сомнения в том, что терапевт вообще может ему помочь, и жаловался на то, что ему становится все хуже и хуже. Терапия приканчивает его так же, как и семья.

При этом он был не в состоянии распознать переносный характер своих переживаний и поведения в группе и реагировал на попытки группы заняться его проблемами жесткой защитой в форме полного неучастия. Он старался допустить обсуждение лишь тех конфликтов, решение которых считал найденным, сообщая его группе. При этом он особенно гордился своими способностями отсекал от терапии те проблемы, которые не мог решить сам, до тех пор, пока ему не начинало казаться, что он собрал достаточно информации для их решения.

То, что за этими усилиями избежать всякого признака зависимости и потребности в помощи стояла архаическая потребность в зависимости, показало поведение пациента в терапии. Он боялся окончания терапевтической ситуации, пытаясь, в особенности перед летними каникулами, по возможности оттянуть окончание занятий. Он пытался, наконец, защититься от страха расставания тем, что ушел из группы еще до начала каникул и не присутствовал на последних занятиях. Позже он говорил, что ощущает страх перед расставанием сначала как диффузное соматическое недомогание, а потом испытывает облегчение, когда это расплывчатое чувство соматического Я может связать с каким-нибудь соматическим расстройством. Эта проблематика отграничения с особенной ясностью проявилась в нарушениях пищевого поведения пациента. Как уже упоминалось, мать кормила его грудью лишь несколько дней после рождения, потому что у нее не хватало молока. Позже он вспомнил, что молоко было первым словом, которое он научился читать.

В детстве он боялся, что мать отравит его, и реагировал на это нервной анорексией. Позже он постоянно читал во время еды, «чтобы отвлечься». Еда всегда оставалась для него проблемой. Каждый прием пищи он воспринимал как мучительную процедуру, которой он мог подвергнуть себя лишь в специфических ситуациях, а именно, с одной стороны, в контакте с группой, но при этом все же отдельно от нее. Он ел один в своей комнате. Отец тоже питался отдельно от семьи.

Его сильная неуверенность в определении того, какое питание ему подходит, а какое для него – яд и может навредить, нашла выражение и в его сомнениях относительно терапии. Пытаясь вытеснить бессознательный конфликт, проявлявшийся в поведении в группе, нарушениях питания и постоянных сомнениях в правильности и эффективности терапии, он, как миссионер, пытался на началь-

ной стадии терапии обратить своих друзей и знакомых в психоаналитических пациентов. Позже он распознал в этом поведении попытку проверить терапевтическое питание (в оценке которого чувствовал себя неуверенным) сначала на своих друзьях с целью уменьшения собственного страха перед лечением.

Когда двое направленных им знакомых через короткое время прекратили терапию, поскольку не имели достаточной мотивации, пациент реагировал на это решением посылать отныне лишь тех друзей, которых он сам основательно проверит на пригодность и мотивацию. Такое поведение он уже демонстрировал по отношению к собственным конфликтам, когда говорил лишь о вещах, которые находил пригодными для терапии и, как ему казалось, держал под контролем. Так же, как по отношению к собственным конфликтам, относительно «направленных» им на терапию друзей и знакомых он полагал, что твердо держит в руках эту группу «своих пациентов» и что может извлечь их отсюда в любой момент.

Через полгода терапии, ход которой определялся попытками пациента скрыто доминировать в группе и заполучить благосклонность психотерапевта, он начал искать вне терапии групповые ситуации, которые намеревался использовать в псевдотерапевтических целях, когда группа показала, что не даст ему собой манипулировать. Вместе с несколькими друзьями и знакомыми из своего родного города он основал общежитие и совместный бизнес, в котором он, по его словам, играл роль делового авторитета, «серого кардинала», не занимая должности руководителя и не претендуя на нее. Его поведенческое отреагирование в этой группе говорит о бессознательном конфликте идентичности и глубокой амбивалентности, определявшей отношения в группе.

В общежитии произошел конфликт из-за квартплаты. Некоторые члены отказывались вносить свою долю. Конфликт вылился в обвинения домовладелицы, которая, по мнению группы, назначила слишком большую сумму взноса. Пациент, который был ответственным съемщиком и нес финансовые обязательства перед домовладелицей, пытался сначала обойти конфликт, внося недостававшие деньги из собственного кармана. Под руководством его соперника группа все же наняла адвоката для тяжбы с домовладелицей. Испуганный перспективой открытого конфликта, пациент пытался быть посредником, при этом он давал обеим сторонам разную информацию, что вынудило адвоката отказаться от ведения дела. Когда же домовладелица явилась в общежитие и разыгрался скандал между ней и его друзьями, пациент ушел из ситуации бегством в фантазию. Он наблюдал сцену, как если бы она его не касалась, и вспоминал ситуации детства, в которых мать призывала детей к порядку.

Здесь отчетливо выступает архаическая слабость Я пациента. Неспособный вынести конфликт или отграничить себя от требований окружающих, он старается поддержать свободные от конфликта отношения со всеми. От открытого конфликта он уклоняется бегством в прошлое и отказом от всех актуальных интересов.

Терапевтическая группа все больше воспринимала групповую активность, развернутую пациентом вне терапии, как угрозу собственной спаянности и продуктивности. Она пришла к заключению, что перегрузка и лихорадочная жизнь, которую он вел в бизнесе, служит ему лишь для того, чтобы саботировать всякие попытки терапевтической группы прорабатывать его проблемы ссылкой на утомление и нехватку времени. Когда стало известно, что пациент в группе общежития регулярно проводит «терапевтические» занятия, группа интерпретировала это как проявление его сопротивления терапевтической работе и упрекала его в том, что он уклоняется от проработки своих конфликтов, используя псевдотерапевтическую группу. Позже выяснилось, что почти все члены группы общежития страдали тяжелыми психосоматическими симптомами. Терапевтическая группа требовала от пациента, чтобы он прекратил выдавать себя за психотерапевта в общежитии. Она требовала, чтобы он идентифицировал себя с терапевтической группой и ее рабочей целью, считая, что пора уже признать там себя пациентом.

На эту конфронтацию, которую он воспринимал как экзистенциальную угрозу, пациент реагировал сильной тревогой и агрессивной защитой. В последующем его органическая симптоматика существенно обострилась. Он чувствовал постоянное переутомление и говорил о том, что хотел бы побыть 4 недели в санатории, быть там пассивным и чтобы за ним ухаживали.

Вскоре после просмотра фильма ужасов, в котором его потрясли сцены пыток (друзьям это было непонятно), он перенес приступ страха. Он чувствовал сильный озноб, дрожь во всем теле, но не хотел ничего предпринимать в связи с этим. Обратиться к врачу или другу было бы, с его точки зрения, признанием того, что он не все контролирует и действительно нуждается в помощи. Приступ сопровождался паническим страхом и чувством деперсонализации. Он длился более часа с несколькими невыносимыми пиками, в которых появлялся страх смерти. Приступ завершился рвотой, после чего наступило медленное улучшение. Непосредственно перед этим он пережил ситуацию, в которой чувствовал, что подруга предала и оставила его. Она нарушила данное ему обещание и приняла ЛСД. Его приступ страха был спровоцирован ее наркотическим состоянием и ощущением разрыва с ней.

Вскоре после этого развились лихорадочное состояние и сильные боли в коленном суставе. Друзья в общежитии не обращали на это внимания, подруга отказалась вызвать врача. Через 5 дней он, с трудом передвигаясь, добрался до врача и был направлен в больницу. Был диагностирован острый ревматический полиартрит, подозревалось наличие инфекционного очага. Лечение кортизоном привело к усилению гастрита и кожных высыпаний.

В больничной изоляции - дело было незадолго до рождества - потерю своей группы, служившей ему внешним вспомогательным средством стабилизации и отвлечения, пациент среагировал быстрой психотической дезинтеграцией. Развились страхи и идеи отношения, определявшие собой его ран-

нее детство. Из-за растерянности врачей, интересовавшихся лишь его органическими симптомами, и поверхностного, рутинного ухода возникло тревожное ощущение, что его все покинули, кульминаровавшее в рождественскую ночь открытой психотической реакцией. У него было бредовое представление, что он гомункулус, выведенный из реторты, и что врачи знают об этом. Казалось, что за ним постоянно наблюдают через встроенную в палату телекамеру и собираются отравить лекарствами.

В страхе он просил психотерапевтов о помощи и ежедневно приходил из больницы для индивидуальной психотерапии, которая велась неформально. Зачастую сеансы длились лишь 15 минут. Артрит исчез, когда он почувствовал, что психотерапевт относится к нему с пониманием. Он понял, что артрит был соматическим криком о потребности в хорошем психоаналитическом питании. На одном из этих терапевтических занятий он вспомнил о том, что уже ребенком думал, что его создали искусственным образом. В последующие годы он об этом совершенно забыл.

В бредовом переносе у него было чувство, что я и мои сотрудники знаем о содержании его бредовых представлений и наблюдаем за ним. Он вспомнил также о детском страхе, что его отравят. Тогда он думал, что мать в сговоре с другими членами семьи наблюдает за ним с помощью соответствующих технических средств. Непосредственно после этого он говорил, что в ожидании начала сеанса у него появляется сильное чувство внутреннего холода, исчезающее лишь в ходе сеанса. Одновременно он вспомнил о враждебном отношении родителей к сексу, об их предупреждениях, угрозах и запретах. Он высказывал желания смерти родителей и реагировал на это тревогой и сильным чувством вины. Вспоминая об этом, он дрожал всем телом и был близок к обмороку.

Теперь он мог говорить также о чувстве вины, испытывавшемся в связи с сексуальными желаниями и фантазиями. Он сообщал, что незадолго до госпитализации пытался избавиться от своей депрессии и тревоги с помощью сексуально-мазохистских игр в своем общежитии, игр со связыванием, бичеванием, показом порнофильмов и наблюдением сексуального акта. Чувство вины, испытываемое им в связи с этой сексуальной активностью, о которой он умалчивал в терапевтической группе, несомненно участвовало в усилении его соматических симптомов.

Постепенно пациенту, получавшему сначала по 5, затем по 4 сеанса индивидуальной терапии в неделю, удалось преодолеть недоверие к терапевтам и распознать динамику переноса в своем поведении. Наконец, он рассказал о сне, в котором были видны нарушенные отношения с матерью в их связи с его психосоматической реакцией.

«Я гулял вместе с родителями. Мы шли мимо луга, вдоль которого слева внизу была натянута проволока с маленькими иголками и крючками внизу. Наверху стоял грубый, глупый, скверно одетый старый крестьянин. На проволоку были нанизаны сначала шляпа, затем овца и кролик, у которых проволо-

ка шла через рот и заднепроходное отверстие. Крестьянин привел проволоку в движение, после чего шляпа пошла вперед, к иголкам, за ней побежала овца и затем кролик, который или сам бежал, или его тянули проволокой, теперь уже не знаю. Во всяком случае, овца хотела добраться до шляпы, а кролик до вымени овцы. Я не знаю уже, были ли у овцы внутренности разодраны крючками, когда она добралась до шляпы. Во всяком случае, с кроликом это произошло. Хотя он истекал кровью, он пытался из последних сил дотянуться до вымени овцы и сосать молоко. Я был в ужасе при виде этого, негодуя на мучителя животных. Моим родителям это было все равно, а моя мать постоянно чесала свою левую грудь и двигалась взад-вперед».

Анализ сна, проведенный с помощью ассоциаций пациента, показал в динамике переноса психогенез психосоматического расстройства как в отношении повреждения «внутренней кожи» в форме гастрита, так и в отношении наружных кожных высыпаний. В переносе он, как и в отношениях с матерью, чувствовал, что никогда не получал достаточно материнского молока и внешней теплоты. Он понял, что сам является этим кроликом, что при каждом движении, которым он стремится к вымени овцы, то есть материнской груди и олицетворяемому овечьим мехом теплу материнского тела, разрывает себя внутри крючьями проволоки, которой он связан с овцой. Он понял отрицательную реакцию материнской груди, которая в сновидении перемещается взад-вперед вместе с безразличной матерью, и вспомнил в этой связи рассказ матери о том, что его рано перестали кормить грудью. Чем больше кролик стареется, тем сильнее его боли и тем больше он истекает кровью. Он сказал, что это чувство разрывания колючками изнутри было особенно сильным, когда он требовал тепла, дружбы и понимания в отношениях, но не был способен выразить эту потребность. Тогда каждый раз он боялся, что другой человек безразлично отвернется – переживание, которое для него связано с ужасным страхом, поскольку он не может вынести расставания.

В интересующейся лишь шляпой овце из сновидения он узнал мать, вечно занятую лишь внешними делами. И колючая проволока оказалась ему пуповиной, ставшей орудием пытки: символическое изображение его симбиотической зависимости от матери. По поводу безразличия, с которым родители воспринимали сцену из сна, ему пришло в голову, что они всегда поверхностно воспринимали и отвергали его страхи, фантазии, его озноб и отчаянное стремление получить тепло и контакт, заявляя, что ему «не надо притворяться». Это была, так сказать, вербальная формула бессознательного запрета идентичности, постоянно выражаемого пациенту в поведении родителей.

Затем с сильным потрясением он узнал в сновидении изображение своего восприятия терапевтической ситуации. В безразличных родителях он узнал группу, отвергавшую и не понимавшую его, но также и обоих психотерапевтов, проводивших с ним индивидуальную терапию с начала психотического эпизода. Сильная деструктивная агрессия, угрожавшая ему в психотерапии,

проявилась в фигуре скверно одетого старого крестьянина, дергающего проволоку и мучающего животных. В нем он узнал психотерапевта, но также и самого себя. Эта деструктивная агрессия при одновременной симбиотической зависимости и неспособности к отграничению от интернализованных объектов, воспринимаемых враждебными, все более выступала как решающая конфликтная констелляция. Он воспринимал каждое предложение терапевтического альянса как экзистенциальную угрозу и нападение на свою интеллектуальную и психосоматическую фальшивую идентичность. Он мучился постоянными сомнениями, может ли он доверять лечению и врачам. При этом он колебался между соматическим и психотерапевтическим лечением и пытался столкнуть одно с другим.

Так, например, во время пребывания в стационаре ему удалось вовлечь в свое поведенческое отреагирование лечащих врачей и четырех пациентов клиники. Врачу отделения сначала он жаловался на свои страхи, переведя затем разговор на ее собственные психические конфликты и в конце концов убедив обратиться ко мне за психотерапевтической помощью. С лечащим врачом он обсуждал медицинские и общественные проблемы. Он добился доступа к своей истории болезни и с некоторой компетентностью следил за данными обследования. Когда врачи не смогли обнаружить предполагавшуюся органическую причину его заболевания, он начал сомневаться в их способностях, реагируя при этом упоминавшейся психотической реакцией. Позже его перевели в другую больницу, где новые врачи развивали новую теорию генеза его расстройств, которую он подвергал сомнению, ссылаясь на формулировки прежних специалистов. В то время как он отстаивал перед больничными врачами психогенное происхождение заболевания, на психотерапии он утверждал, что заболевание имеет органическую природу. Он пытался натравить терапевтов друг на друга, жалуюсь каждому из них с глаза на глаз на то, что другой его не понимает.

Когда он был, наконец, в состоянии постепенно распознать архаическую переносную динамику своего поведения и в индивидуальной терапии, которую продолжил после выписки из больницы, начал принимать терапевтический альянс, возникло выраженное поведенческое отреагирование. Создавая все новые трудности, он пытался постоянно держать врачей в озабоченности и напряжении, подвергая испытанию реальность и надежность терапевтического альянса. Его психосоматическая симптоматика и деструктивное отреагирование постепенно снизились, когда удалось сделать наглядными бессознательную амбивалентность пациента, его конфликт между архаической потребностью в зависимости и стремлением к отграничению и автономии в терапевтической ситуации, и тем самым обеспечить эмоциональный инсайт на этот конфликт и проработку связанной с ним архаической деструктивной агрессии.

Сначала на индивидуальной терапии пациента вели, меняясь, оба психотерапевта, позже – один из них. От сильного страха перед постоянно желаемой близостью он защищался с помощью регулярных посещений своего до-

машнего врача и лечащего врача в больнице, а также своей политической деятельностью в рамках разного рода групп. Эти контакты, служившие дифференцировке и контролю динамики переноса, допускались психотерапевтами. Центр тяжести в лечении был перемещен прежде всего на проработку конфликта идентичности, воспроизведенного в переносе, его страха перед зависимостью и потребности в ней, на поддержку в ограничении от интернализированной деструктивной группы.

Пример пациента Бруно, с моей точки зрения, достаточно ярко иллюстрирует деструктивную психодинамику нарциссического дефицита. При этом мне представляется важной психодинамическая связь между психосоматической реакцией, сексуальной перверсией и параноидно-психотической реакцией пациента.

Его поведение импонирует, с одной стороны, как постоянное бегство от интернализированной первичной группы с ее деструктивной динамикой, проявляющейся в форме навязанного первоначально, главным образом матерью, бессознательного запрета идентичности. С другой стороны, мы видим пациента в постоянном поиске внешних объектов идентификации, к которым он может симбиотически приспособляться и производить на них впечатление своей симптоматикой. Интернализированная деструктивная динамика нарушенного уже в пренатальном периоде отношения с матерью особенно проявляется в поведении пациента в группах. Он постоянно ищет группы, которые одновременно завораживают и контролируют с помощью своей односторонней интеллектуальности «серого кардинала» в форме эксгибиционистского поведенческого отреагирования. На более поздних этапах терапии он сказал терапевту, что может лишь тогда хорошо чувствовать себя в группе, когда держит ее «в кулаке». Одновременно он реагирует с сильной тревогой и бегством в психосоматическую реакцию, психоз или сексуально-перверсное отреагирование, когда перед ним возникает требование проявить себя как личность со своими конфликтами и страхами.

Мой ученик и сотрудник Питер Мольденхауер (1973) в своей уже упоминавшейся работе подробно исследовал динамику поведения пациента в группе, обозначив ее попыткой стабилизировать «фальшивое Я» (Winnicott, 1960) с помощью отреагированного симптоматического поведения. Это «фальшивое Я», которое он понимает как защитный фасад Я, структурно поврежденного нарциссическим дефицитом, служит поддержанию коммуникации с ролевыми предложениями окружающей среды. Эта коммуникация остается, однако, угрожаемой и нестойкой в результате деструктивной динамики интернализированной группы. Мольденхауер констатирует: «Пациент отреагирует свой конфликт, расщепляя свои установки на объект из страха перед истинными отношениями и разделяя свои чувства таким образом, что "хорошее" и "плохое" отделены друг от друга. В своих группах пациент инсценирует свой конфликт. Бессознательно он хочет разделить свои референтные группы на пред-

ставителей своих желаний и страхов с тем, чтобы превратить внутренний конфликт во внешний, который он тогда, как ему кажется, сможет контролировать. Пациент не может доверять своему внутреннему миру объектов, он ищет и создает себе соответствующий окружающий мир и находит в нем постоянные подтверждения своей параноидной недоверчивости». Следствием является «ригидная ритуализация взаимодействия». Межличностный контакт «ограничивается отдельными аспектами, бюрократически организуется, чтобы обеспечить функционирование человека как часть самого себя в ограниченном круге задач».

В своей работе Мольденхауер смог показать, что в динамике взаимодействия между «ложным Я» пациента и его референтной группой в деталях воспроизводится патогенная ситуация преэдиального симбиоза в рамках первичной группы, как в уходе в нарциссическую изоляцию, в психосоматический «симбиоз с самим собой», которым пациент реагирует на требования группы относительно своей идентичности, так и в подчинении «ложного Я» требованиям окружающего мира, проявляющемся в его деперсонализированной интеллектуальности.

С моей точки зрения, мы можем понимать отреагированное симптоматическое поведение пациента, его постоянный поиск нарциссического признания и подтверждения в группах, постоянное бегство от каждого подтверждения своей идентичности как ряд неудачных попыток найти межличностную ситуацию, которую он может воспринимать как доброкачественный симбиоз.

Когда в терапии его конфронтируют с деструктивной динамикой его произвольно повторяющегося симптоматического поведения, он постоянно реагирует сильной тревогой и заверениями в своем серьезном отношении к лечению. Его желание сотрудничать превращается, однако, в сопротивление, в чрезмерную потребность контроля, которым он защищается от страха перед терапией, то есть перед выяснением отношений с интернализированным запретом идентичности. То же касается его поведенческого отреагирования в референтных группах. С одной стороны, он постоянно отдавался чрезмерной зависимости от них: в общезжитии он доплачивал из собственных средств, в терапии он требовал постоянного согласия с психотерапевтом, в больнице он сразу же стал внимательным органическим образцовым пациентом, с другой же стороны, он не мог принять предлагавшиеся ему подтверждения и внимание и сомневался в откровенности или компетентности соответствующей группы.

Здесь особенно отчетливо выступает динамика больного с архаическим Я, бегущим от интернализированной группы и ищущим внешнюю, которая должна выполнять для него функцию одновременно внутренних и внешних объектов, то есть одновременно представлять интернализированную первичную группу и защищать от нее. Она, с моей точки зрения, определяет поведение психосо-

матического больного, который, как на это указывал уже Винникот (1966), находится в постоянном поиске объектов, от которых он одновременно зависит и в то же время может в любой момент дистанцироваться.

Лишь когда пациент постепенно научился принимать терапию как место переноса и восполняющего развития Я, ему удалось выработать менее деструктивные отношения с различными группами, дававшими ему, так сказать, постоянную возможность бегства. Чем больше он был в состоянии использовать терапевтическую ситуацию как доброкачественный симбиоз для разборки со своими архаическими страхами, тем менее он зависел от того, что его референтные группы прямо и непосредственно служили стабилизатором его «ложного Я».

Следующая далее история болезни может внести дальнейший вклад в понимание специфической динамики объектных отношений психосоматического больного, показанной на приведенном примере пациента Бруно, прежде всего в том, что касается отношений в группе. Речь идет о пациенте, психосоматическое поведение которого определяется сексуальной перверсией - фе-тишизмом и психосоматической реакцией.

Иёрн: психосоматическая реакция и сексуальная перверсия — тело как заместительный объект

Пациент Иёрн, студент-медик 24 лет, обратился к психотерапевту в связи с сильными страхами. Он чувствовал себя неспособным к удовлетворяющим его контактам, страдал от постоянного чувства собственной неполноценности, опасений потерпеть неудачу и неспособности заинтересоваться учебой. Первую попытку обучения он прервал, не закончив, после нескольких внешне успешно пройденных семестров. Теперь он чувствовал, что не выдерживает второй попытки. Он жаловался на то, что ему трудно сосредоточиться, на снижение работоспособности, чувство отчуждения, страх в контакте с подругой, с которой находился в тесных симбиотических отношениях, на чувство вины из-за своих сексуальных потребностей и перверсного мастурбационного ритуала, развившегося с пубертатного возраста.

Внешне его уродовали прыщи, появившиеся в пубертатном периоде и с тех пор делавшие его лицо гиперемированным и одутловатым, - обстоятельство, от которого он очень страдал. Он чувствовал, что производит на окружающих отвратительное, отталкивающее впечатление. С начала занятий и вызванного ими ухода из дома у него отмечалась выраженная вегетодистония с множественной, по большей части диффузной симптоматикой, по поводу которой он постоянно наблюдался врачами. Он страдал от стойких состояний повышенной утомляемости и истощения, частых головных болей, общего внутреннего напряжения со страхом смерти, тахикардией и ночными приступами

повышенной потливости. Незадолго до начала терапии была произведена тонзиллэктомия. С детства он страдал рецидивирующим отитом, хроническим аллергическим ринитом и запорами.

Незадолго до начала лечения он прервал групповую терапию у другого специалиста, в которой участвовал 18 месяцев, чувствуя, что не может говорить о своих трудностях и не избавится от психических и психосоматических симптомов.

Пациент был старшим из трех детей, близнецы (брат и сестра) появились через два года после его рождения. Отец, служащий системы образования, описывается им как тревожный, подчиняемый и трудолюбивый. Он старался добросовестностью и усердием добиться похвалы начальства, всегда избегал любого повода для возможной критики. Он придавал большое значение хорошей успеваемости. В семье он во всем подчинялся матери, хотя временами отмечались вспышки раздражительности. Несмотря на свою мягкость и подчиняемость, он проповедовал «мораль ригидной мужественности», был хорошим спортсменом и членом военно-спортивного объединения, к чему относился всерьез.

Свою мать пациент описывает как доминирующую в семье. Она держала в руках все нити управления, постоянно подгоняла отца и требовала от детей прежде всего порядка, чистоты и хороших отметок. Он описывал ее как деспотичную, активную, алчную, отвечавшую на каждое сопротивление своим требованиям и взглядам приступами истерического крика и слез, что всегда обеспечивало выполнение ее желаний. Сама же она часто ускользала от выполнения обращенных к ней требований, жалуясь в этих случаях на головные боли, переутомление и требуя к себе внимания и благодарности за свою самоотверженность.

Семейная группа в целом была изолирована и гипердаптирована к требованиям окружающего мира. Визиты гостей воспринимались по большей части как помеха. Даже когда приходили одноклассники, родители соблюдали строгий церемониал визита, стараясь не допустить сомнений в своей корректности и респектабельности. Внешние контакты всегда больше походили на «дипломатические приемы», причем главное внимание обращалось на соблюдение детьми правил приличия. Нормальная и относительно естественная атмосфера была в семье лишь тогда, когда «не мешали посторонние». Сексуальность была запрещена, агрессивные споры всегда подавлялись в зародыше обоими родителями. Отношения между родителями были крайне напряженными, особенно во время первых лет жизни пациента. Семья жила в это время у бабушки со стороны отца, чьим тираническим капризам отец беспрекословно подчинялся, даже если это вело к конфликтам с матерью больного. Мать рассматривала брак как вынужденное решение. Она познакомилась с отцом, когда тот лежал в больнице, где она работала медсестрой. Незадолго до этого ее жених погиб в автокатастрофе. Она горевала о нем многие годы спустя.

Рождение пациента приветствовалось обоими родителями. Желанным ребенком он был в особенности для матери, которая, как она говорила, ждала этого 30 лет. Поэтому ребенок с самого начала был предметом постоянной и любовной заботы, но также объектом честолюбивых ожиданий и требований родителей. Отец хотел прежде всего интеллектуального сына, которым семья могла бы гордиться, мать рано начала ригидную дрессировку чистоплотности, проводимую строго, без юмора, на основе сильной враждебности ко всему телесному и сексуальному. Пациент вспоминал позже, что маленьким ребенком часами сидел в туалете в ужасном страхе, регулярно получая затем побои от раздраженной матери, которая сама страдала от запоров.

Рождение близнецов было для пациента шоком. Он чувствовал себя покинутым матерью и реагировал отчетливой депрессией. Позже он вспоминал, как ребенком играл один, в то время как мать была занята близнецами и отделялась от его тоски поверхностным участием. В дальнейшем у него появился ночной энурез, который мать приняла к сведению с озабоченностью. Вплоть до пятилетнего возраста он спал в резиновых трусах, которые в особых случаях его заставляли одевать уже днем. Пациент связывал с этим чрезвычайно неприятные воспоминания. Когда резиновые трусы перестали использоваться, он заболел легким менингитом, надолго уложившим его в постель и заставившим родителей еще многие годы спустя обращаться с ним особо щадящим образом. Пациент воспринял эту, вызванную болезнью, заботу матери с глубоким удовлетворением. Его отношения с близнецами определялись сильным соперничеством – он радовался, когда их ругали и били, и был рад, когда в качестве больного имел абсолютную прерогативу на заботу матери.

Из страха перед физическим взаимодействием он не отваживался постоять за себя в конфликтах со сверстниками. Его часто били, он прибегал домой с плачем, и его утешала мать, ругавшая сверстников. В начальной школе он избегал игр с мальчиками, общаясь в основном с девочками. За это его дразнили «бабником». Его изоляцию усиливало то обстоятельство, что учителя выделяли его как первого в классе ученика, а также потому, что отец имел немаловажную должность в системе образования. Он был близок с учителями, был образцовым учеником, выступал от имени класса, позже был любимцем приходского священника, с которым имел дело по линии молодежной религиозной группы. В семье он был носителем интеллектуальности и идиолом обоих родителей из-за своей отличной успеваемости. Как интеллектуальную «звезду» семьи, его по большей части освобождали от помощи в домашнем хозяйстве, перекладывая ее на близнецов, в особенности на сестру. Это вызывало у него сильное чувство вины, его отношения с сестрой были особенно жесткими и скованными. В возрасте 10-14 лет его отношения с соучениками улучшились. Он много занимался спортом, но никогда не был вполне уверен в признании своих товарищей.

В пубертатном периоде он реагировал сильным чувством вины на свои сексуальные потребности и опыт мастурбации. Дружбу с девочками он боязливо скрывал как от друзей, так и от родителей. В этот период появились усиливавшиеся признаки эритрофобии и кожные высыпания. Появившийся тогда же открытый туберкулез легких усугубил всю ситуацию. Во время годичного пребывания в отдаленной клинике (его не посещали родители и друзья) он оказался в сильной изоляции. Он скучал по дому и постоянно задумывался о своей судьбе и состоянии здоровья. Туберкулез он связывал с онанизмом и навязчиво старался в последующем избегать «сильного возбуждения». В клинике пациенты были строго разделены по полу. Считалось, что «амурные отношения» плохо отразятся на течение заболевания.

Выписанный раньше времени из-за чрезмерной тоски по дому, пациент жил в постоянном страхе рецидива из-за неосторожного поведения и неправильного образа жизни. Эту озабоченность в особенности разделяла мать. Она призывала пациента излишне беречь себя и на каждое отступление от ригидных правил, которым он должен был подчиняться, реагировала озабоченными упреками. Поэтому по возвращении из клиники пациент чувствовал себя еще более изолированным. Кожные высыпания, уродовавшие его лицо, усилились, всякий контакт с девушками сопровождался сильным страхом, связывавшимся с внешностью. Социальные контакты были редуцированы. Он не должен был переутомляться, должен был рано ложиться спать и избегать всякой алкоголизации. Поэтому он в основном оставался дома, чувствуя себя несчастным, потому что хотя он и был хорошим учеником, но не имел каких-либо духовных интересов и способов выражения.

В этой мучительной ситуации он ориентировался на ранние формы удовлетворения потребности, определившие его прегенитальную сексуальность в отношениях с матерью и самим собой. Он приобрел перверсный ритуал мастурбации, сначала в фантазии, затем с помощью реального предмета – фетиша. Сначала при мастурбации он фантазировал, что его трусы и полотенце – это резиновые трусы и пеленки, позже сам с сильным чувством вины покупал себе в аптеках резиновые трусы, в которые испражнялся, а затем онанировал и мочился. При этом он очень боялся, что все откроется, оргазм всегда сопровождался чувством вины и отвращения. С другой стороны, возможность того, что это станет известно, приносила ему интенсивное наслаждение. После ухода из дома он носил пеленки и резиновые трусы по несколько дней, причем тот факт, что он может мочиться и испражняться, будучи незамеченным другими, в особенности возбуждал его.

Параллельно постепенному развитию его перверсного ритуала, сопровождавшегося чувством наслаждения, страха и вины, усиливалось его все более фанатичное благочестие. Он вступал в церковные группы сектантского характера и долгое время думал, что превосходит других людей в «силе веры». С помощью достигаемой в медитации «непосредственной связи с Богом» он надеялся найти силы для отказа от своего перверсного поведения.

Поскольку он считал, что прыщи делают его отвратительным, и был убежден, что другие находят его таким же, он бросался в лихорадочное участие в группах, организовывал кружки в школе и общине. При этом он чувствовал, что его постоянно контролируют, наблюдают за ним, и был не в состоянии принять оказываемое ему уважение. Он начал непроизвольно контролировать свое поведение в группах. Его проблемы усилили появившиеся позднее речевые затруднения. Постоянно заботясь о том, чтобы его не перебивали и чтобы не потерять нить, он вскоре приобрел репутацию «горячей головы», которая всем занимается «на полных оборотах».

С началом учебы в университете он уехал из дома, чрезвычайно тяжело переживая это расставание. Он был убежден, что его родители – «лучшие в мире», хотя никогда не мог говорить о своих страхах и конфликтах ни с отцом, ни с матерью. В ходе обучения он уклонялся от встреч с соучениками, поставив перед собой задачу досрочно закончить курс. Одновременно он страдал от одиночества и был разочарован отсутствием друзей. В это время появились множественные вегетативные нарушения и трудности сосредоточения. В последующем он стал принимать участие в деятельности разнообразных общественных студенческих групп, лихорадочно выступая против всякого рода авторитарных фигур. При этом он потерял всякий интерес к предмету обучения (он учился на теологическом факультете), казавшемся ему теперь «невозможным», в то же время оставаясь недовольным характером общения в группах, организацией которых неустанно занимался. Он чувствовал, что его отвергают за недостаточность «теоретических познаний», его психосоматическая симптоматика обострилась, продолжала снижаться работоспособность. Как он позже говорил, у него было чувство, что его физически разрывают.

Он непроизвольно избегал всякого общения, был не в состоянии следить за ходом беседы или читать и лихорадочно искал образ группы, в которой ему было бы тепло, а дружескую обстановку и признание не приходилось бы завоевывать социальным успехом. Смена факультета и места обучения усилила его изоляцию. Он начал алкоголизироваться, пытаясь в случайных знакомствах удовлетворять свои симбиотические потребности. Наконец, он обрел отношения заместительного симбиоза с женщиной, которую значительно превосходил интеллектуально, восхищаясь ее наивностью. Впервые он мог установить сексуальный контакт, но в дальнейшем все более страдал от симбиотической ригидности отношений. Он бросил занятия, которые воспринимал с возрастающим страхом, залеживался в постели, испытывая физическую слабость и тревожное беспокойство, и, наконец, обратился к врачу, чтобы освободиться, как он говорил, от «преждевременной жизни на пенсии». Через 18 месяцев он прекратил терапию, разочарованный отсутствием результата. Через короткое время он обратился ко мне в связи с нарастающей подавленностью и физической слабостью.

На первой стадии лечения пациент сидел в группе молча, почти неподвижно, в тревоге оглядываясь вокруг себя. Когда с ним заговаривали, он рас-

сказывал о чувстве диффузного страха, подавлявшем его, который он не мог ни с чем конкретно связать. Он выражал сильное желание откровенности и честности в группе. В ходе динамики переноса группа воспринималась им все более враждебной. В особенности его пугали агрессивные споры, на которые он отвечал все большим эмоциональным уходом в себя. При расспросах об этом он вспомнил, что в семье любые формы открытого эмоционального спора и, особенно, проявления агрессии были запрещены. Всякие попытки к этому душились родителями в зародыше, чаще с замечанием, что подобные неконтролируемые сцены в порядочной семье неуместны. Ребенком он почти никогда не плакал.

На эмоциональные сцены в групповом процессе, воспринимавшиеся им как угрожающие и агрессивные, он отвечал чувством дереализации и сильным сомнением в искренности группы и терапевта, о котором, однако, не отваживался говорить. Вместо этого он жаловался на невротическую зажатость своей семьи, университета, общества в целом. Себя же самого он выставлял нуждающимся в помощи по поводу соматических симптомов, «жертвой бесчеловечного общества». При этом он давал понять, что считает себя одаренным, способным, интеллектуальным, призванным решать большие задачи. Его симптомы представлялись ему необъяснимым пятном на идеальном представлении о себе. Каждую попытку группы разобраться в том, как он в действительности воспринимает свои трудности, какие желания, разочарования и агрессивные чувства с этим связаны, он в ужасе отвергал, замыкаясь в себе, когда группа отказывалась принять его объяснение происходящего жалобами на общество в целом. Подавленность, ощущаемая пациентом, позволяла предполагать его выраженную латентную суицидальность. В силу этого ему были дополнительно предоставлены еженедельные сеансы индивидуальной терапии с групповым психотерапевтом.

Уже на первом таком сеансе он сказал, что чувствует себя обязанным рассказать группе о своих перверсных действиях, но не смеет из-за сильного страха. Ни о чем же другом он говорить не может, поскольку тогда будет чувствовать, что избегает своей главной проблемы и не принимает лечение всерьез. В основном поэтому он прекратил свою первую групповую терапию. Тогда он рассказал об этом прежнему психотерапевту, и симптом внезапно Исчез после ее насмешливого предложения «все это бросить». Фантазии с резиновыми трусами появлялись с тех пор лишь во сне, но связанное с перверсией и сексуально-перверсными фантазиями чувство вины, о котором он не отваживался говорить в группе, оставалось. На это ему было сказано, что он может говорить в группе о своем симптоме, когда захочет, что было им воспринято с большим облегчением.

На индивидуальной терапии говорилось, в основном, об отношениях пациента с подругой. Кроме членов терапевтической группы, она была единственным человеком, с которым он общался, и отношения с ней воспринима-

лись с амбивалентным чувством. С одной стороны, он с гордостью и удовлетворением сообщал о сексуальных отношениях с ней, которые помогали ему чувствовать себя более сильным и отказаться от своего перверсного мастурбационного ритуала. С другой стороны, он обвинял подругу в своей изоляции. Она отпугнула его друзей своей скованностью и тревожностью. Его фантазии оставить подругу и познакомиться с другими женщинами, с которыми ему было бы лучше, вызывали в нем, однако, сильное чувство вины и неуверенности. Он считал, что подруга преследует его своей ревностью. В постоянных спорах с ней он пытался избавиться от этого чувства вины. Он страдал оттого, что не может считать ее интеллектуальным собеседником так же, как мать и сестер. Поэтому он чувствовал себя скованным и контролируемым, особенно в присутствии других людей.

В то время как он гордился внешностью подруги, он отвергал ее страхи и проблемы как нечто презренное. Одновременно он боялся, что подруга недовольна им и желала бы видеть в нем сильного, бесстрашного мужчину. В связи со скованностью, которую он чувствовал, бывая с подругой на людях, он вспомнил о «дипломатических приемах» в семье, где он должен был доказывать свою благовоспитанность. Эти ситуации он воспринимал как чрезвычайно неприятные, краснел и замолкал. С тех пор у него остался страх, что при посторонних он все время делает что-то не так.

Проецируемые на подругу страхи и постоянные упреки приводили к постоянным спорам из-за пустяков, сопровождавшимся побоями, слезами, угрозами расстаться и, наконец, примирением в изнеможении. Пациент вспоминал, как в спорах его подавляла и терроризировала мать. Ее упреки: «как ты можешь так поступать со мной», «такое не говорят своей матери» - вызывали у него сильное чувство вины. Когда мать в конфликтных ситуациях прикрывалась своими психосоматическими симптомами и жаловалась на боли, он всегда чувствовал себя виновником этого, был беспомощным и бессильным. Эта ситуация воспроизводилась в симбиотически-амбивалентных отношениях с подругой. Он страдал от убеждения, что не может достаточно дать ей, что его чувства к ней недостаточно сильны и откровенны и что он может потерять ее из-за своей бранчивости.

Проработка чувства вины и неспособности отграничиться от подруги в этой первой фазе индивидуальной терапии определялась усилиями освободить пациента от подавлявшего чувства вины. Когда он говорил на терапии о своем лихорадочном поведении и торопливой речи, он вспоминал, что всегда боялся разочаровать мать и огорчить ее. В семье его отношения с матерью считались особенно близкими, и он всегда боялся разрушить их своим поведением.

Он никогда не получал истинного участия со стороны родителей. От его жалоб на плохое настроение и скованность, особенно усилившихся после перенесенного туберкулеза, они всегда отделялись замечанием, что у него для этого нет никаких оснований. Пациент видел в этом еще один упрек и чувствовал

себя неудачником, который не в состоянии мужественно переносить свои болезни и страхи. Эта динамика повторялась в отношениях переноса на индивидуальной терапии. Он тревожно опасался рассердить психотерапевта, быть ей в тягость и предъявлять на нее права. В группе он постоянно подчеркивал, как сильно укрепляет его индивидуальная терапия. Эти частые заверения носили при этом отчетливо требовательный и заклинаящий характер. Он не хотел допустить, чтобы психотерапевт что-то требовала от него или агрессивно на него реагировала. Сообщения о симбиотических отношениях с подругой, в которых он отреагировал свой архаический страх расставания, сначала аналитически не интерпретировались, хотя было ясно, что при этом он, в сущности, говорит о своих отношениях с психотерапевтом. Каждую попытку анализа своих чувств он воспринимал как непосредственное нападение, на которое реагировал глубоким разочарованием и эмоциональной отгороженностью.

В терапевтической группе он говорил сухим, деревянным голосом, увеличенными формулировками, часто вызывая смех своей демонстративной трагикомичностью. Он стал клоуном в группе, защищаясь от подавлявших его страха и грусти гротескным выражением своих чувств. Одновременно он страдал от эмоционального барьера, возведенного вокруг него клоунским фасадом и делавшего его недостижимым. Когда группа непосредственно не принимала его сильные жалобы на всех невротиков, жертвой которых он себя чувствовал и поведение которых описывал гротескными формулировками, он чувствовал себя уничтоженным и описывал себя как невротический хлам, как слабого, одержимого страхами. Однако тут же вновь называл себя жертвой большого города, для которого противоядием могут быть лишь лесной воздух, покой и удаленность от мира.

Когда группа подвергала сомнению его проекции и мазохистские самообвинения, не относясь в то же время к ним агрессивно, он реагировал беспомощностью и тревожным молчанием. Его тревожность все больше воспринималась группой как вымогательство. Будучи конфронтирован с безмерностью своих мазохистских самообвинений и со своими проекциями, он смог, наконец, говорить о том, что в группе он тяготится ожиданием от себя продуктивности. Он считал, что должен демонстрировать любой ценой активное сотрудничество, хотя считает себя неполноценным и не принадлежащим к группе. В этой связи он вспомнил, что находил признание в семье лишь благодаря своим интеллектуальным усилиям, что получал там титулы «графа», «маэстро», что ему была уготована роль звезды. Отец хотел послать его в школу уже с пяти лет, поскольку хотел иметь исключительно интеллектуального сына, - шаг, которому воспрепятствовал лишь менингит пациента.

В дальнейшем он постоянно был первым в классе, образцовым учеником, по всем пунктам соответствуя желаниям отца, но позже постоянно страдал от ощущения, что учителя несправедливо предпочитают его другим ученикам прежде всего из-за должности отца и что своему месту лучшего в клас-

се он обязан нечестным манипуляциям: он оговаривал своих одноклассников перед учителями, отчего всегда считал недействительными и лживыми как свой успех, так и похвалы окружающих. Он всегда страдал от представления, что его братья и одноклассники ненавидят его за этот лживый успех. На этом материале группа проработала его тревожное и отгороженное поведение, его непроизвольную клоунаду и высказала предположение, что сильный страх соперничества, который он испытывал к группе, должен быть связан с особым положением в ней, которое он приобрел благодаря своей индивидуальной терапии.

Затронутая здесь конфликтная динамика его отношений в группе отчетливо проявилась во время участия в группе терапии средой. Он надеялся на быстрое улучшение и излечение и хотел прежде всего научиться общаться в группе. Относительно своих психосоматических симптомов и страха общения он ждал прямо-таки чуда. Однако при этом он испытывал сильный страх.

На терапии средой он развил беспокойную, живую гиперактивность. В группе он производил впечатление своим демонстративным, трагикомически-чаплинским поведением, ужасными историями, которые сам придумывал и частым громким пением. На производственных совещаниях и во время терапевтических сеансов в группе он преимущественно молчал. В начале сеанса он часто удалялся в туалет, появляясь оттуда со значительным опозданием. Когда об этом заговорили, он сначала реагировал шумной защитой. Когда же его называли проблемным членом группы, он мог, наконец, заговорить о своих страхах, которые испытывал в особенности по отношению к девушкам в группе. Он сказал, что постоянно чувствует себя неуверенным, затравленным ребенком, который не должен показывать своих чувств. В этой связи он рассказал о двух снах, в которых проявилась бессознательная амбивалентность его отношения к группе и психотерапевту (группа терапии средой велась его лечащим врачом).

Во сне он видел психотерапевта одновременно как милую и красивую, но в то же время уродливую и больную, как его мать. Он чувствовал, что психотерапевт постоянно контролирует его, что вызывало у него ярость и агрессию. Во сне ему представлялось, что он уже несколько дней страдает запорами. Во втором сне он видел себя с психотерапевтом в поезде и возбужденно разговаривал с ней. Позже он пил с ней кофе в замке. В этом сне он испытывал сильное ощущение счастья, представлялось, что его не мучают запоры. Группа поняла эти сны пациента как выражение его желания продолжать индивидуальные сеансы во время терапии средой, иметь терапевта только для себя. В этой связи пациент рассказал, что пролил молоко, которое ему было поручено покупать, когда подумал, что так же отгораживает себя от группы, как другой ее член, о котором говорилось на терапевтическом занятии накануне. Группа поняла этот акт как бессознательный призыв о помощи и как выражение протеста против группы, которая, как он считает, пренебрегает пациентом. Он

говорил далее о своем разочаровании терапевтом, которая, как и его мать, не оказывает достаточного внимания и поддержки, о своем страхе перед выражением собственной агрессии.

Молоко, разлитое им, предназначалось для маленьких детей, сопровождавших матерей-пациенток на терапию средой. Пациент испытывал неловкость в основном по отношению к ним. Он считал, что не должен выражать к ним агрессию. В ходе дальнейшей проработки его сна выяснилось, что в переносе он воспринимал этих детей как своих братьев, с которыми его всегда обязывали хорошо обращаться и которым он всегда завидовал из-за их близости с матерью. В конце этого занятия, на котором пациент впервые смог оставить свои клоунские приемы и принять участие группы, его поведение отчетливо изменилось. Исчезла его беспокойная гиперактивность, а также запоры, он был, наконец, в состоянии выражать положительные чувства по отношению к группе и отдельным ее членам.

После того как на терапии средой была проработана сильная потребность пациента в зависимости и его соперничество с братьями, по возвращении в терапевтическую группу он мог лучше, чем раньше, говорить о своих проблемах. При этом сначала на первом плане были его мучительные соматические симптомы и аллергия. Подробно рассказывая о своих болезнях и их истории (в особенности о туберкулезе, который он считал поворотным пунктом своей жизни), он представлял себя группе как человека отталкивающего, неполноценного, внушающего отвращение. На индивидуальной терапии он говорил преимущественно о своих соматических переживаниях. Подробно рассказывал о запорах, из-за которых повсюду опаздывал и с помощью которых терроризировал других людей. В этой связи он вспомнил, что в детстве все должно было идти по команде, по жесткому графику родителей. Мать, которая сама страдала запорами, постоянно контролировала его стул и постоянными упреками и побоями принуждала оставаться в туалете до завершения дефекации. И позже его режим жестко контролировался, в особенности после заболевания туберкулезом. Конфликты же и страхи пациента родителями полностью игнорировались. Когда отец узнал о психотерапии пациента, он сказал, что сын, должно быть, «сбился с ритма» и что все трудности исчезнут, если он найдет «старый ритм». Теперь пациент смог понять, что его запоры были попыткой вырваться из навязанной родителями «системы времени», попыткой болезненной, поскольку она была связана с бессознательным чувством вины.

В связи со своей перверсией он говорил также о сексуальных страхах, о беспомощности, с которой мать хотела просветить его, когда ему было 16 лет, о предупреждениях относительно «прожженных женщин» и об опасности возможного появления ребенка. Когда он узнал, что у терапевта есть кошка, он заговорил в группе об отвращении к шерсти животных и ко всякой форме грязи, выражая свой гнев в связи с тем, что животные получают больше любви,

чем люди. Вскоре после этого он рассказал в группе о сне, в котором была видна психодинамическая связь его психосоматического заболевания и сексуальной перверсии. Он сидел с терапевтической группой в помещении, куда вдруг ворвались несколько маленьких, уже поджаренных поросят, превратившихся в маленьких кошек. Одновременно группа увеличилась за счет вновь прибывших людей. Кошки прыгали на него, цепляясь когтями за тело, он отчаянно пытался отодрать их от себя, испытывая при этом сильную боль. Ему удалось, наконец, освободиться и вышвырнуть кошек из помещения. Он с облегчением закрыл за собой дверь, но группа снова открыла ее. При этом в группе смеялись, давая понять, что все это не страшно. Тут он проснулся с чувством страха и изнеможения.

Группа и пациент спонтанно поняли этот сон (первый, рассказанный им в группе) как представление его ситуации в группе. В постоянно увеличивающейся группе во сне он узнал семью, которая так выросла для него за счет рождения других детей. В поджаренных поросятах он нашел выражение соперничества с ними, от которого старался избавиться. В группе терапии средой жарили поросенка, которого пациент с большим удовольствием крутил на вертеле над открытым огнем. Относительно кошек он вспомнил о матери, к близости и нежности которой всегда стремился, чувствуя при этом давление ее притязаний и требований. Его потребность в зависимости, близости и одновременно тревога и защита от этого проявились в отношениях переноса на группу и психотерапевта.

Теперь он смог понять, что его кожные высыпания, разрушение его кожи было связано с этим конфликтом, представленным во сне борьбой с кошками. В том, что группа во сне не находила ничего страшного в этом конфликте и вновь впускала кошек, он обнаружил свое недоверие и агрессию к группе, в которой воспроизводилась преследующая мать, за признание которой он постоянно боролся. Одновременно он смог распознать и дружественный аспект отношения к себе группы, которая дала ему понять, что видит его потребность в зависимости и нежности с одновременным страхом перед этим как проблему, в проработке которой будет его поддерживать.

Недоверие и страх перед группой все же преобладали. Лишь на индивидуальной терапии, определявшейся динамикой положительного переноса, пациент смог понять, что в жареных поросятах из сна представлена также его сексуальная перверсия, о которой в группе еще не говорилось. Когда кожные высыпания усиливались параллельно развитию его перверсного мастурбационного ритуала, он воспринимал себя как раздувшуюся свинью. Теперь он смог понять тесную связь соперничества с братьями, то есть страха перед потерей матери, со своей сексуальной перверсией, прообразом которой была реакция энуреза, которой он реагировал на рождение других отпрысков, и появление прыщей, делавших его похожим на «красную свинью». В этой связи он вспомнил о времени, когда мать неза-

долго до рождения братьев была госпитализирована. Он был к этому не готов и реагировал сильным страхом, на который тогда никто не обратил внимания.

На занятиях, посвященных проработке его сна, пациент вступил в фазу ожесточенных споров с доминировавшими членами группы женского пола, поведение которых он считал бесчувственным и кастрирующим. Впервые он был в состоянии открыто выражать свою агрессию, что группа поняла и поддерживала как признак значительного прогресса. Одновременно проявилась его потребность в зависимости. Он вновь добился индивидуальной терапии в дополнение к групповой. Когда после каникул возобновились групповые занятия, он отреагировал на то, что психотерапевт опять уделяет внимание не только ему одному, отчетливой психосоматической реакцией. На первое групповое занятие он явился с белой повязкой на глазах, был подавлен и вызвал сочувствие в группе. У него появился кератит, осложнившийся аллергической реакцией на прописанные врачом лекарства и продержавшийся почти две недели. Воспаление исчезло, когда он смог говорить на индивидуальной терапии о своей ревности и страхах по отношению к членам группы. Во время каникул он чувствовал, что ему отдают предпочтение, и боялся вызвать к себе ревность группы. Одновременно он завидовал приятным впечатлениям других членов группы о проведенных ими каникулах.

Психодинамика его сексуальной перверсии стала видна, когда несколько позже подруга покинула его на две недели, уехав с визитом к родителям. Его отношение к ней значительно улучшилось в ходе терапии. Он чувствовал себя более свободным, менее контролируемым и преследуемым и не ощущал больше непроизвольной потребности отграничиваться от нее постоянными агрессивными спорами. Тем не менее, расставание было для него шоком, и впервые за два года он возобновил свой навязчивый мастурбационный ритуал. Он чувствовал себя при этом свободнее и спокойнее, чем раньше, смог купить резиновые трусы без прежнего страха и сообщил на индивидуальной терапии об интенсивном чувстве счастья и тепла, которое испытывал в момент ношения трусов. В этой связи он вспомнил, что в детстве во время ношения трусов часто фантазировал, что он крестьянский мальчик, живущий на удаленном хуторе, где много домашних животных. В особенности приятным для него при этом было представление, что он один лежит на соломе, одетый лишь в резиновые трусы, где скапливаются все экскременты и которые никогда не чистятся. В этой фантазии видно особое место объекта фетиша. Оно на границе между внутренними объектами, представленными здесь экскрементами, и внешними, отсутствующими в фантазии (на хуторе никого нет, кроме пациента), но которые представлены навязанными родителями резиновыми трусами.

В то время как пациент считал приятным свое отношение к резиновым трусам как к своего рода «промежуточному объекту», он страдал от кожных высыпаний, также имевших функцию «промежуточного объекта». В его сне они

мой силой его убеждения. Когда же он рассказал на группе, что намеревается начать психоаналитическое обучение и стать аналитиком, группа в противо-переносе реагировала недовольством и предостережениями. Она считала его претенциозным, переоценивающим себя. Пациент реагировал испуганной дисфорией и отчетливым усилением психосоматики. Позже он вербализовал свое разочарование группой. Он вспомнил, что в семье от него всегда ждали наивысших успехов в учебе и что его широковещательные заявления всегда вызывали восхищение и подтверждение со стороны родителей. Реальные же усилия приобрести больше независимости и самостоятельности всегда подавлялись, по большей части со ссылкой на его хрупкое здоровье. Родители, в особенности мать, считали его своим идолом до той поры, пока он, так сказать, ежедневно приносил свои успехи как доказательство любви к ним. Его же страхи и конфликты они считали просто неприемлемыми, и когда после ухода из дома он потерпел неудачу в учебе и сменил свою будущую специальность, они реагировали непониманием и озабоченными упреками, усилившимися, когда в конце концов он стал шофером такси. Он понял, что мог учиться и работать, лишь пока получал непосредственное принятие со стороны родителей, и что отказался от всяких шагов в направлении независимости и самостоятельности, чтобы завоевывать это принятие.

В истории болезни и кратко представленном ходе лечения пациента Йёр-на видна, с моей точки зрения, динамика бессознательного запрета идентичности, компенсированного сексуально перверсными и психосоматическими защитными механизмами. Его отщепленная эмоциональность, не находящая выражения в ригидной коммуникативной системе, застывшей и гиперадаптивной вовне семейной группы (пациент не должен быть грустным, он почти никогда не плачет), находит свое выражение сначала в ряде психосоматических заболеваний, в реакции энуреза, хронических запорах, эритрофобии, менингите и открытом туберкулезе легких, которые, с одной стороны, еще более изолируют пациента и привязывают к матери, с другой же - дают лишь отщепленную форму удовлетворения потребности в нежности и обращении. То же самое касается его отчужденной интеллектуальности и гиперактивных отношений в группах.

В симптоме кожных высыпаний и сексуальной перверсии выражение эмоциональных потребностей, страха и аффекта замещается первично-процессуальным органическим реагированием. Кожные покровы и резиновые трусы представляют при этом внешние объекты, воспринимаемые враждебными, от которых пациент не может отграничить себя. В то время как приятный, но сопровождаемый чувством вины перверсный акт можно понимать как замещение недостаточности аффективного обращения и тепла матери, кожные высыпания, уродующие внешний облик, представляются символическим выражением его разочарования и покинутости. Пациент, не способный плакать, плачет, так сказать, своей заболевшей кожей.

Как перверсная, так и психосоматическая симптоматика редуцируется, по мере того как в рамках терапевтической ситуации, снабжающей его участием, пациенту впервые удастся найти словесные формы выражения своих переживаний, которые он воспринимает не как чуждые своему Я и лишние, а как действительное проявление своего существования. Это касается его потребности в зависимости, его соперничества с братьями, его страха расставания, идентичности и интернализированной деструктивной агрессии. Особенно важным я считаю то, что предоставление разнообразно дифференцированной ситуации лечения в форме комбинации групповой, средовой и индивидуальной терапии делает для пациента возможным с помощью расщепления амбивалентного переноса нахождение доступа к своим чувствам, связанным с симптоматическим поведением. Он может оставить свое симптоматическое поведение в той мере, в какой ему удастся воспринять себя в словесном выражении чувств в межличностных рамках терапевтического поля существующим, открытым и принимаемым.

В то время как деструктивно-враждебное Сверх-Я интернализированной матери и первичной группы позволяло лишь тайное переживание и восприятие своих эмоциональных потребностей (он мог чувствовать себя существующим лишь во время аутоагрессивного перверсного и психосоматического акта), расщепление недифференцированных объектов интернализированного Сверх-Я впервые сделало возможным все более освобождающееся от иррационального чувства вины и деструктивных навязчивостей восприятие и переживание собственных потребностей.

Регрессом до архаических защитных операций он реагирует всегда, когда что-то угрожает расщеплению его переноса. Например, когда подруга на время оставляет его и прерываются отношения, в которых он воспроизводит свой перенос на психотерапевта, а также когда группа после каникул снова собирается, и он видит, что психотерапевт принадлежит уже не только ему одному. В отличие от начального этапа терапии ему все же в обоих случаях •удается получить в ходе лечения инсайт на переносный характер своих реакций, которые после этого исчезают.

Тесную психодинамическую взаимосвязь психосоматической реакции и сексуальной перверсии демонстрирует также следующий пример, в котором видна связь этих форм защиты с психодинамикой наркотической зависимости.

Эберхард: камни в почках как «сгусток агрессии»

Пациент Эберхард, техник 30 лет, обратился после того, как его психосоматические симптомы, несмотря на медицинское лечение в течение пяти лет, ухудшились так, что он не отваживался один выходить из дома из страха внезапного наступления сердечного приступа, почечнокаменной колики или об-

морока. Он страдал тяжелейшими депрессиями, жаловался на слабость побуждений, общее снижение интересов и полную утрату работоспособности. К его психосоматическим симптомам относились также мигренозные головные боли, периодические сердечные приступы, сопровождавшиеся страхом смерти, почечные колики, головокружения и обмороки, гастрит, потливость и бессонница. За полгода до начала терапии он был госпитализирован на длительный срок в связи с обострением почечнокаменной болезни. Камень при попытке извлечения из мочеточника раскололся, отдельные осколки остались в мочевом пузыре.

Пациент испытывал страх, считая, что болен неизлечимой болезнью. Повторные обследования интернистов не обнаруживали органики, за исключением патологии почек. Еще за три года до начала лечения ему советовали обратиться к психотерапевту, когда не было обнаружено органических коррелятов появившихся сердечных приступов. После нескольких попыток пациент оставил поиск психотерапевта. Вместо этого он все более злоупотреблял алкоголем и транквилизаторами, которыми пытался защититься от страха неизлечимого заболевания. Из-за этого домашний врач в конце концов направил его в психиатрическую клинику, откуда он поступил к нам на лечение.

Наряду с психосоматической симптоматикой, тяжелыми депрессиями, алкоголизмом и токсикоманией, он демонстрировал навязчивое сексуально-перверсное поведение. Он использовал обувь как фетишистский объект, испытывая сексуальное возбуждение и оргазм при виде туфель с пряжками определенного фасона. Он сильно страдал от этой перверсии, которую скрывал от жены (он женился за год до начала терапии) и которую мог воспроизвести лишь с проститутками.

Пациент вырос единственным ребенком в условиях хаотического воспитания. Мать происходила из зажиточной семьи. Она была алкоголичкой с запоями по несколько дней каждые полтора-два месяца. Пациент описывает ее как эмоционально неустойчивую, недалекую и ненадежную. В периоды абстиненции она коротала время за кофе и бриджем со знакомыми. Она часто болела, страдала диффузными соматическими расстройствами, в связи с которыми постоянно наблюдалась врачами и о которых непрестанно говорила. В своих отношениях с пациентом она была хаотичной и непостоянной. Она дрессировала его, готовя к роли «маленького кавалера», заставляя приветствовать ее партнерш по бриджу книксеном и целовать им руку. К визитам гостей она его наряжала, чтобы вместе с гостями им восхищаться, в остальное время она оставляла его одного, не обращая внимания на его желания и тревоги. Заботу и внимание она проявляла, лишь когда он болел.

Отец пациента занимал в семье второстепенное положение. Он был на 10 лет моложе матери. Пациент описывает его как мягкотелого «Дон Жуана», постоянно зависимого от матери. Отец также был алкоголиком. Отношения между родителями были по большей части напряженными.

Центральной фигурой семейной группы был старший брат матери, успешный бизнесмен, доминировавший в семье в силу своего богатства, мать зависела от него в финансовом отношении. Он был неоспоримым вождем семейного клана, к которому, кроме семьи пациента, относилось несколько младших братьев матери. Не имея детей в браке, он с согласия жены имел несколько любовниц, которых постоянно менял. Он любил шумные празднества, на которые приглашались как члены семьи, так и любовницы, и был там сверкающим центром внимания. При этом он был ревнив и озабочен тем, чтобы не иметь соперников. Пациент сообщал позже, что дядя очень раздраженно реагировал, когда женщины на устраивавшихся им приемах танцевали с другими мужчинами.

Самые ранние воспоминания пациента были связаны с празднествами в доме дяди. Маленьким ребенком он тогда ползал вокруг праздничного стола и К общему увеселению щипал женщин за икры. Затем его укладывали спать в том же помещении на кушетке вдали от стола. Просыпаясь, он обнаруживал себя обычно в одиночестве, в незнакомой ему постели. Страх, с которым он это воспринимал, ни в ком не вызывал сочувствия; напротив, это веселило взрослых, над ним подшучивали. Дядя, в честь которого его называли, был образцом для пациента; он восхищался им и боялся его. Его всегда заверяли в том, что он единственный племянник и должен стать его наследником. С другой стороны, он чувствовал, что дядя пренебрегает им, боялся его силы и замечаний и был разочарован механическим и безличным стилем его обращения к себе. Детство пациента определялось частой сменой воспитателей. Из-за войны он часто бывал в разлуке с матерью и жил тогда с теткой в имении дяди. Тетка заставляла его плавать голым для «укрепления тела» и заниматься гимнастикой. В остальном его предоставляли самому себе. С большим страхом он воспринимал визиты дяди и матери, которые навещали его по выходным. Между родителями часто бывали ссоры с взаимными упреками в супружеской неверности.

Доверительные и нежные отношения имелись лишь с бабушкой, у которой он находил любовь, внимание и тепло. Она рассказывала ему истории, пела детские песни, рассматривала с ним книжки с картинками, читала, брала к себе на колени. Пациент вспоминал сцену из этого времени, которую он связал со своим фетишизмом. Он сидел верхом на бабушкиных коленях, она раскачивала ногами и пела ему. На ней были коричневые замшевые туфли с широкой застежкой, украшенной лентой. Он вспоминал, что вид ритмически раскачивавшейся туфли вызывал тогда в нем интенсивное чувство наслаждения. Подобное чувство он испытывал и при виде книги с картинками, которую подарила ему бабушка. Там был изображен принц в коротких бархатных штанах, чулках в обтяжку и великолепных туфлях с пряжками, украшенными драгоценными камнями. Эта книга стала для него самой любимой, он часто листал ее.

На эмоциональную неуверенность в отношениях с матерью и прочими, всегда занятыми собой взрослыми пациент реагировал разного рода болезнями. С 3 до 20 лет он страдал рецидивирующим тонзиллитом, вызывавшим необходимость постельного режима и приносившим ему бурную заботу матери. Его контакты со сверстниками были нерегулярными и часто нарушались постоянными переездами. На начало школьных занятий в возрасте шести лет он ответил тяжелым воспалением легких. Пребывание в больнице сопровождалось сильным страхом. В школу он ходил неохотно и учился посредственно. Однако его трудности сосредоточения и апатичность оставались незамеченными. Саму школу родители не воспринимали всерьез. Когда пациент позже начал сближаться с учителем, которого уважал и чувствовал, что тот его понимает и отличает, на его формирующиеся духовные интересы родители реагировали насмешкой и отверганием. С интересом воспринималась лишь его игра на фортепиано, которой он производил впечатление на мать и ее подруг, при том этот интерес не выходил за пределы поверхностной похвалы за техничность исполнения. Позже он мечтал стать знаменитым концертирующим пианистом, которым восхищается элегантная публика. Отвергание и насмешка, на которые наталкивались в семье его культурные интересы, проявлялись и в том, что в качестве образцов для фантазируемой роли пианистов ему указывали на таперов, игравших салонную музыку в барах и кафе. Вопрос о его профессии вызывал так же мало интереса, как и успехи в школе. Считалось решенным делом, что он войдет в фирму дяди (большое предприятие по обслуживанию автомобилей) и станет его преемником.

После с трудом выдержанных выпускных экзаменов он пережил тяжелое разочарование. Дядя к этому времени тяжело заболел (вследствие усилившегося диабета были ампутированы обе ноги) и был озлоблен тем, что ушло время опьяняющих празднеств. Он объявил пациенту, что вопрос о наследстве окончательно не решен, сначала ему нужно получить диплом инженера, а потом будет видно. Мир рухнул для пациента. В растерянности и испуге он начал обучение в техническом вузе, первую сессию сдать не смог и ушел оттуда, закончив несколько семестров ценой невероятных усилий. Все больше он страдал от чувства неполноценности. Появилась диффузная симптоматика его психосоматических расстройств, он все меньше общался с сокурсниками и погружался в фантазии о том, что он пианист, пользующийся любовью публики. В это время он начал пить. Он был на содержании у пожилых женщин и развил навязчивый сексуально перверсный ритуал, который с сильным страхом воспроизводил с проститутками.

Когда дядя вскоре умер, завещав фирму своему компаньону, а не пациенту, он бросил учебу. У него была временная работа шофера в мелких фирмах. Наконец он нашел место на большом заводе, где студентом проходил практику. Он получил специальность техника, но становился все более депрессивным, видя закрытыми те пути к социальному взлету, на которые всегда рас-

считывал. В бегстве от одиночества, перверсного поведения и депрессий он женился на бухгалтерше из этой фирмы, после того как мать благодаря маленькому наследству, доставшемуся ей от дяди, помогла ему снять меблированную квартиру. Вскоре после этого его психосоматические симптомы и наркотическое поведение усугубились. Он становился все менее работоспособным. Беспокоили сердечные приступы и обмороки неясного генеза, заболевание почек сделало неизбежным стационарное лечение. Усилились алкоголизации, он принимал в возрастающих дозах диазепам и был, наконец, направлен в психиатрическую больницу, где находился несколько недель, участвуя там в групповой терапии, на которой тревожно молчал. Наконец, он был направлен ко мне для психотерапии.

Во время первого посещения его сопровождала жена, без которой он уже боялся выходить из дома. Он выглядел ожиревшим, одутловатым, с тревожным и недифференцированным выражением лица. Из-за сильного страха перед группой его вели классическим индивидуальным анализом с частотой 5 сеансов в неделю. На терапии он очень быстро развил интенсивный, симбиотически тесный перенос, сильная амбивалентность которого, проявлявшаяся деструктивной динамикой психосоматического и перверсного отреагирования, сначала намеренно не анализировалась, чтобы как можно дольше работать с положительными аспектами переноса. Он был пунктуален в посещениях сеансов и старался угодить терапевту демонстративным сотрудничеством.

Во время первой фазы аналитического процесса пациент воспринимал аналитика в переносе прежде всего как дядю, которого обожал и боялся и который в конце концов предал и отверг его. Уже в этой фазе удалось заговорить о бессознательном конфликте идентичности пациента, вопросе «кто я?», «кем мне позволено быть?». Пациент вспомнил, как дядя ревниво следил за тем, чтобы никто, кроме него, не был в центре устраиваемых им празднеств, в особенности стараясь оттолкнуть на второй план мужей приглашенных женщин. Он вспоминал, что всегда стремился понравиться дяде, но никогда не чувствовал себя принимаемым. В этой связи он вспомнил также об учителе, с которым сблизился в последние школьные годы. Тогда дядя особенно издевался над обозначившимися интеллектуальными интересами пациента, считая всех учителей ненужными. Это вызывало большую неуверенность в пациенте, на терапии он живо вспомнил, в какое отчаяние поверг его этот конфликт. С окончанием школы он потерял две отцовские фигуры одновременно. Уважаемого учителя он больше никогда не видел. Дядя его грубо отверг, отослал на учебу с неопределенными перспективами. Анализ на этой первой фазе определялся сильным страхом того, что терапевт также покинет его в беде. У него развилась прямо-таки наркотическая зависимость от терапии, которая еще более усиливалась, когда он пытался обойтись без алкоголя и диазепама. На занятия он приносил очень много аналитического материала как подарок аналитику, чтобы выказать благодарность за то, что его впервые в жизни выслушивают

всерьез. Одновременно он превращал анализ в ригидный ритуал. Приходя и уходя, он неловко и неуклюже кланялся, делая тот поклон, которого требовала от него мать в детстве.

Он много сетовал на свое бесформенное раздувшееся тело и на то, что часто теряет ощущение отдельных частей его. С большим облегчением он воспринял, что терапевт говорил с ним о совершенно реальных возможностях диеты и лечебной физкультуры, не отвергая изначально его ожирение как проблему. Одновременно он жаловался на то, что аналитик предъявляет к нему завышенные требования. Стремясь улучшить физическое самочувствие, он начал заниматься спортом, при чем усилилась его склонность к обморокам. Когда, наконец, он был доставлен в больницу в связи с несчастным случаем, откуда вскоре был выписан после назначения сосудистых препаратов, в ходе анализа он смог понять, что эти обмороки были связаны с бессознательным желанием отдаться аналитику. Эту потребность, воспринимавшуюся им с сильной тревогой, он не мог артикулировать в ходе анализа, вместо этого он отреагировал ее в спортивных занятиях, надеясь, что с тренированной, подтянутой фигурой он будет более привлекателен для аналитика.

Он вспомнил, что его сексуальные потребности всегда отрицались и отвергались в семье. Хотя там беспорядочные сексуальные связи дяди, тетки, отца и т. д. не были секретом, мать всегда, в особенности с началом пубертатного периода, когда он перестал быть красивым маленьким мальчиком, с возмущением дистанцировалась от малейших упоминаний о сексуальности. Отец пугал его венерическими заболеваниями, внебрачными детьми и гомосексуальными соблазнителями. Дядя же, по существу содержавший гарем, сердился и ревновал, когда пациент в возрасте 12 лет однажды танцевал с матерью на одном из семейных торжеств. Он сам никогда не испытывал удавшегося полового контакта. Его связи с женщинами старше себя, в которые он начал вступать со студенческих лет, сопровождались для него одновременно чувством наслаждения и болезненного унижения. Его фетишизм и визиты к проституткам вновь приводили его в унижительные и опасные ситуации; единичные гомосексуальные конфликты пугали и отталкивали его. Отношения с женой, которые он обозначал как удовлетворительные и товарищеские, сексуально практически ничего не значили. Его жена страдала дурно пахнущей экземой области гениталий и головы.

Проработка диффузности его сексуальной идентичности сначала сопровождалась бурным поведенческим отреагированием пациента. После окончания сеанса терапии он выискивал проститутку, носивших туфли с пряжками, которыми он предлагал им наступать на свой половой член. Лишь в такой форме психодраматически представленной и вытесненной кастрации он мог испытать оргазм. Таким образом он потерял много денег и подвергался насмешкам проститутки, когда при попытках совершить обычное сношение оказывался импотентом. В остальном его поведение носило черты выраженного вуайе-

ризма. Он часто довольствовался долгим наблюдением за проститутками или рассматривал витрины обувных магазинов, испытывая оргазм от одного вида туфель с пряжками.

Он с облегчением почувствовал, что его поведение не встречает морализирующего порицания терапевта, который с участием отнесся к его тревоге и социальной изоляции, вынуждавшей получать сексуальный опыт лишь в такой унижительной форме. Потом он впервые начал рассказывать о своих снах в ходе анализа. Во сне, проработка которого стала поворотным пунктом терапии, он видел элегантного молодого человека в придворном платье «времен королевы Луизы». На нем были облегающие панталоны белого шелка с чулками и богато украшенные туфли с пряжками. Под одеждой угадывался половой член. Вдруг он заметил, что это не мужчина, а сама королева Луиза. При этом он проснулся в сильной тревоге. Его ассоциации показали, что королева Луиза представляла его мать. В этой связи он вспомнил, что ребенком всегда пытался заглянуть матери под юбку, чтобы выяснить, есть ли у нее половой член. В связи с туфлями с пряжкой он вспомнил бабушку, качавшую его на коленях. При виде ее раскачивавшихся туфель он испытывал возбуждение. Постепенно с помощью дальнейших ассоциаций он смог узнать, что туфли с пряжкой представляли фантазируемый половой член матери, который он всегда искал в своих навязчивых перверсных действиях. Неосознаваемая идентификация с матерью стала отчетливой, когда он вспомнил, что его мигренозные головные боли, которые часто испытывала сама мать, непосредственно предшествовали сексуально перверсным действиям. Перверсный акт был для него, таким образом, единственной возможностью освободиться от головных болей. Здесь стало видно, что его перверсия явилась попыткой отграничиться от интернализированной матери, которая одновременно идеализировала его и бросала в трудную минуту.

Он всегда подчеркивал, что воспринимает женщин лишь как придаток туфель с пряжками, и теперь смог понять, что сам, в качестве «маленького кавалера», был «вещью-объектом» и придатком матери. Решающим вопросом, который он постоянно задавал своим перверсным поведением, был вопрос о собственной сексуальной идентичности. «Позволено ли мне быть элегантным мужчиной в придворном одеянии и туфлях с пряжками, или я должен воспринимать себя королевой Луизой с половым членом? Позволено ли мне быть мужчиной и отграничить себя в качестве такового, или я должен функционировать как половой член матери, идеализируемый маленький кавалер, любовник на содержании у пожилых женщин?» Вопрос о праве на собственную идентичность и ее отграничение встал на этой фазе аналитического процесса ввиду симбиотической потребности пациента в зависимости как первоочередной, в сравнении с эдипальным кастрационным страхом, также проявлявшимся в его описанном перверсном поведении. Он стоял в центре проработки Страх.

Из ассоциаций пациента стало ясно, что королева Луиза из сна представляет также аналитика, воспринимаемого в переносе как мать. Пациент смог понять, что его перверсное отреагирование связано также со страхом, что воспринимаемый в переносе как мать аналитик может отказать ему в праве на мужскую идентичность и требовать от него, чтобы он оставался несамостоятельным придатком, «вещью-объектом». Поэтому вопрос во сне был направлен также и к аналитику: «Вправе ли я быть самим собой? Вправе ли я отграничить себя от аналитика?» Аналитик получил в переносе для пациента функции Сверх-Я и воспринимался как олицетворение его враждебных и недифференцированных требований. Для динамики его симптоматического поведения центральное значение, которое имел затронутый здесь конфликт идентичности пациента, проявилось и в том, что после проработки сна он впервые оказался в состоянии иметь удовлетворяющий сексуальный контакт с женщиной, с которой познакомился в своей фирме. Он сказал, что впервые почувствовал себя мужчиной. В особенности его радовало то, что с ней он мог не только иметь сексуальные отношения, но и разговаривать на взаимно интересные темы. Его перверсная симптоматика и мигренозные головные боли исчезли. Позже ему удалось сформировать адекватные половые отношения и со своей женой, психосоматическое заболевание которой после этого редуцировалось.

Его первоначальная полнота исчезла уже в начальной фазе терапии. После транзиторного усиления в ходе переноса приступы обмороков и болей в области сердца перестали появляться, отчетливо снизились проявления гастрита. Почечные колики перестали быть регулярными и не требовали госпитализации. В целом психосоматическая симптоматика, которая, за исключением обмороков, аналитически не прорабатывалась, исчезала по мере того, как пациент мог найти и принять участие и поддержку в проблематике своей идентичности.

В ходе терапии последовательно повышалось его служебное положение. Он был назначен руководителем отдела. Однако он страдал оттого, что коллеги с дипломом имели перед ним преимущество, несмотря на более низкую, с его точки зрения, квалификацию по сравнению с ним. Ему удалось получить длительный отпуск для завершения учебы; дипломная тема была связана с работой в фирме. На этом этапе анализ был завершен.

Состояние ухудшилось на последнем году терапии. Состояние матери, сильно заботившее его, ухудшалось по мере улучшения его собственного. У нее развился тяжелый артрит, она почти ослепла. Алкоголизм усилился, она страдала от утяжелявшихся депрессий. От отца пациента она ушла к любовнику, который также страдал депрессиями, алкоголизмом и психосоматическими мигренями.

Пациент реагировал на прогрессирующее ухудшение состояния матери сильным чувством вины. Он чувствовал свою ответственность за нее и считал, что не должен оставлять мать. Строились планы переезда в другой город в качестве инженера фирмы. При проработке этой проблематики отграниче-

ния усилились почечные симптомы. Пациент присутствовал на публичном докладе терапевта по проблемам психосоматики, в котором сообщалось о случае почечнокаменной болезни. В ходе своего анализа он развил сложную теорию, которой объяснял свою почечнокаменную болезнь, полагая, что его симптоматика более сложна и замысловата, в сравнении со случаем, представленным в докладе. Когда терапевт не стал углубляться в эту теорию, интерпретировал ее как попытку пациента стать еще более хорошим аналитиком почечнокаменной болезни, пациент впервые за три года анализа реагировал открытой агрессией в адрес терапевта, которую, однако, сразу же нейтрализовал. В дальнейшем он на короткое время регрессировал к перверсному поведению, мастурбируя перед телевизором при виде туфель с пряжками. После этого он принимал диазепам, чтобы уснуть. Он почувствовал облегчение, когда аналитик, которому он рассказал это с резкими упреками к себе, не был ни рассержен, ни разочарован, но отметил, что пациент может гораздо лучше контролировать свои симптомы, чем раньше, интерпретируя это как признак возросшей силы Я. До этого открытая агрессия к аналитику за все время терапии не выражалась, и каждая попытка затронуть деструктивно-агрессивную сторону динамики переноса отвергалась с большим страхом. До окончания анализа он придерживался ритуализированной вежливости в форме чрезмерно корректных поклонов. Хотя его поведение в ходе анализа становилось все более свободным, и он радовался своей обретенной вновь сексуальной идентичности и профессиональным успехам, окончательно закрепленным полученным дипломом, в его манере вести себя сохранялись неестественность, театральность.

Через полгода после окончания анализа он вновь посетил аналитика, исполненный сильной агрессии, которую выразил открытыми упреками. Почечные колики усилились. Он хотел бы знать, действительно ли может рассчитывать на обещания аналитика о готовности прийти ему на помощь, и может ли он положиться на него. Сейчас он опять болен и без средств, чтобы оплачивать анализ. Было предложено продолжать лечение бесплатно.

В последующие полгода пациент впервые осмелился открыто выражать свою агрессию в адрес аналитика. Он нецензурно обзывал его, называл также «алчным кровососом», которому два года подряд вынужден был носить деньги, да еще отдавать их с благодарным поклоном. Он смог выразить также свой гнев и разочарование дядей и отцом. Дядю он называл уже «ненадежным развратным козлом», нашедшим свой конец на дне бутылки. Отца он считал мальчиком, удовлетворяющим похоть матери, на которого тоже нельзя положиться. С сильным волнением он вспоминал о холодности матери, которая занималась с подругами лишь трескотней о своих болезнях и постоянно предавала его. Себя самого он видел лишь как наемного танцора для старых теток.

Постепенно он смог понять, что его агрессия была следствием сильного бессознательного страха расставания, мобилизованного предстоящим вскоре завершением учебы и открывающейся в связи с этим перспективой самостоя-

тельности. Свою почечнокаменную болезнь теперь он смог понять как выражение бессознательного конфликта идентичности. Камни в почках, как сказал он, есть не что иное, как «сгустки его агрессии».

Во время первой части анализа он всегда старался быть пунктуальным. Теперь он являлся нерегулярно, гонорара не платил и всеми мыслимыми способами подвергал испытанию надежность аналитика. В ходе проработки его агрессии постепенно исчезли почечные колики, впоследствии не возобновлявшиеся. Он успешно закончил обучение, а через полгода и анализ, и как инженер занял место руководителя исследовательского отдела в филиале его фирмы в другом городе. В его внешности и манере вести себя, производившей в начале терапии впечатление преувеличенного приличия, произошли ясно видимые изменения. Окончание учебы освободило его от тревожного смущения перед «образованными людьми», он также отважился снова играть на фортепиано, чего ранее не делал во избежание «возможного протеста соседей».

История болезни и хода терапии пациента Эберхарда, представленная здесь вкратце, обращает наше внимание на центральную роль деструктивной агрессии как следствия интернализованного неосознаваемого запрета идентичности в психодинамике перверсной и психосоматической патологии. С моей точки зрения, интересно, что терапия разделилась на два этапа. Вследствие сильного страха перед группой, понятного на фоне интернализованной хаотично реагирующей первичной группы, на произвол которой он был отдан, лечение было вынужденно начато в рамках классического стандартного психоанализа. В ходе интенсивного переноса ему удалось проработать отдельные аспекты диффузии своей идентичности. Однако он не способен артикулировать деструктивно-агрессивную сторону своих амбивалентных отношений в переносе. С сильным страхом он реагирует на каждую попытку аналитика затронуть деструктивную агрессию, скрывающуюся за гиперкомпенсированной вежливостью и почтительностью. Вплоть до окончания первой части лечения он держится за ригидное ритуализированное поведение. Однако ему удается закончить анализ по собственному решению и найти тем самым отграничение от аналитика, хотя и в слишком общей, недифференцированной форме. Лишь потом, после возвращения, он осмеливается подвергнуть аналитика испытанию требованием бесплатного лечения и открыто выразить по отношению к нему интернализованную агрессию. Первичное недоверие, которым пациент с больным Я защищается от притязаний враждебно-деструктивного Сверх-Я, отчетливо проявляется в переносе на аналитика. С моей точки зрения, для этого пациента было исключительно важно узнать, что аналитик позволил ему уйти, когда он захотел окончить анализ, что он позволил ему расставание, не отяготив при этом чувством вины. Пациент смог тем самым интернализировать аналитика, одобряющего его стремление к независимости, как то Сверх-Я, с которым он впервые находился в мире. Благодаря этому была заложена основа терапевтического союза по ту сторону симбиотически-амбивалентного от-

ношения в переносе. По возвращении к терапии стало возможно использовать анализ как место открытого выражения и проработки страха расставания, идентичности и деструктивной агрессии. Терапевтическая работа стала в действительности его собственным делом. Он смог также отказаться от навязчивой ритуализации аналитической ситуации, определявшей первую часть лечения - обстоятельство, которое, с моей точки зрения, должно пониматься как выражение возросшей силы его Я.

Сколь важным именно для психоаналитической терапии психосоматического заболевания является возникновение терапевтического союза, пронизывающего динамику переноса, показывает пример другого пациента, направленного на анализ его отцом. У него была двусторонняя почечнокаменная болезнь, он страдал сильными коликами, при которых камни не отходили. Относительно короткое лечение определялось изначально негативным переносом на аналитика, которого он воспринимал как агента отца и воплощение враждебных притязаний Сверх-Я. Себя самого пациент описывал как застывшего под невероятной тяжестью. Он говорил, что камни в почках - это, собственно, его «каменное сердце», а также сердце ненавистного отца. Оба камня отошли после сеанса терапии, характеризовавшегося сильными агрессивными выпадами против аналитика. Пациент прекратил анализ вскоре после этого, не получив инсайт на переносный характер своей агрессии. В случае же пациента Эберхарда удалось с помощью положительного, хотя и сильно амбивалентного переноса сделать видимыми отдельные аспекты диффузии его идентичности и страха расставания. И здесь перенос Сверх-Я на аналитика и связанная с этим ставшая деструктивной агрессия стали решающей проблемой лечения, к которой удалось прямо подойти лишь во второй половине терапевтического процесса.

Сильная деструктивная агрессия, по моему опыту, регулярно связанная с симптомом почечнокаменной болезни, является выражением неудавшегося отграничения от преэдиальной деструктивной матери, которая в качестве враждебного Сверх-Я препятствует шагам к переживанию и отграничению собственной идентичности. В сексуальной перверсии пациента Эберхарда отчетливо проявляется этот конфликт отграничения. С одной стороны, он навязчиво воспроизводит ситуацию, в которой идеализируется матерью и либидинозно загружен как «вещь-объект», с другой стороны, эта регрессия связана с психодраматическиотреагированной кастрацией как в рамках самого перверсного акта, так и в смысле социальной кастрации, воспринимаемой через унижающие и постоянно подвергающие опасности обстоятельства перверсных контактов. Приступы обмороков, в которых онотреагирует свои женственные желания отдаться аналитику, и мигренозные головные боли, предшествующие перверсному акту и заменяемые им, предстают психосоматическим компонентом перверсной формы защиты. С моей точки зрения, оба симптома носят скорее конверсионно-истерический характер и могут пониматься как резуль-

тат бессознательной идентификации с матерью, являющейся, в свою очередь, следствием приобретенного пациентом в самом раннем детстве нарциссического дефицита. Эта «дыра в Я» отчетливо проявляется в его наркотическом поведении, в симбиотической потребности в зависимости от аналитика и сильном страхе перед агрессией и расставанием.

Почечнокаменная болезнь пациента предстает как прямое выражение интернализированной деструктивной агрессии против эмоционально холодной, покидающей матери. Пациент долгое время не в состоянии связать эмоции и воспоминания с этим заболеванием, в отличие от своих конверсионно-истерических симптомов. Лишь в связи с обострением своего бессознательного конфликта идентичности перед окончанием учебы и после первого расставания и отграничения от аналитика, пациент может связать болезнь со своей интернализированной деструктивной агрессией, которую он оживляет и открыто проявляет в переносе. Он видит свои камни в почках как «сгустки агрессии». В ходе проработки этой агрессии симптом исчезает. Окончание обучения и анализа он воспринимает как удавшиеся роды, по сравнению с которыми его почечные колики и отхождение камней кажутся выкидышами.

Я часто находил у больных почечнокаменной болезнью психодинамическую связь между неразрешенным симбиозом с матерью, отчетливо женственной идентификацией и сильной деструктивной агрессией, неосознаваемой вследствие интернализации. Еще Гродек (1926) указывал на то, что отхождение камней может пониматься как психодраматическое представление родов. Я сам наблюдал, как один пациент, в детстве идеализируемый матерью, бабушкой и теткой в силу своей художественной одаренности, будучи впоследствии успешным художником, зависимым от неkritичного восхищения своей жены и подруг, заболел почечнокаменной болезнью во время беременности и родов жены. Параллельно рождению трех детей он перенес три колики, в ходе которых производил на свет почечные камни, страдая от болей, будучи окруженным любовной заботой всей семьи и добившись того, что отхождение камней сопровождалось большей радостью и облегчением окружающих, чем появление на свет детей. Здесь особенно отчетлива динамика семейной группы. Почечные колики прекратились, когда все дети начали учиться в школе. И здесь в основе болезненного процесса находился неосознаваемый конфликт идентичности. Перспективу стать отцом своих детей пациент воспринимал с сильной тревогой. Его собственный отец, неудавшийся литератор, стал алкоголиком, вскоре после рождения пациента мать ушла от опустившегося отца и переехала к своей матери, от которой всю жизнь оставалась зависимой.

Следующий пример больного с множественной психосоматической симптоматикой, который в связи с тяжелым кризисом идентичности также реагировал почечнокаменной болезнью, может проиллюстрировать психодинамику неудавшейся аутоагрессивной идентификации с эмоционально холодной

преэдиальной матерью. Он показывает, кроме этого, роль бессознательной динамики семейной группы в возникновении психодинамической связи психосоматической реакции с психозом. Брат этого пациента заболел манифестной шизофренией.

Георг и Мартин: психосоматика и психоз в среде деструктивной семейной динамики

Оба брата, Георг и Мартин, поступили на лечение друг за другом с промежутком в два года. Георг, моложе брата на три года, обратился к нам, будучи 26-летним студентом. Он бросил учебу после двух попыток в разных специальностях, внешне успешно закончив в общей сложности пять семестров, страдая от мучительных навязчивых застреваний мышления и депрессивного состояния, сопровождавшегося снижением побуждений и суицидными мыслями. С начала обучения он жил отдельно от родительского дома, находился в социальной изоляции и к началу терапии имел лишь одного друга, к которому был амбивалентно симбиотически привязан, соперничал с ним и чувствовал с его стороны сексуальную угрозу и преследование. Он испытывал тяжелые нарушения сосредоточения, снижение умственной продуктивности, затруднения в общении, физическую слабость, общую заторможенность, периодические ощущения сжатия в области сердца, сопровождаемые страхом смерти. От лечения он ожидал помощи в поиске выхода из полной неуверенности и навязчивых застреваний. После прежних двух неудач он хотел начать третью попытку обучения.

В ходе двух лет лечения, когда пациента с тяжелыми нарушениями субпсихотического уровня вели на групповой и индивидуальной терапии, устойчивые рабочие отношения с ним установить не удалось. Всякую форму эмоционального контакта он воспринимал как экзистенциальную угрозу. С другой стороны, он боялся также интеллектуального симбиоза, к которому, несмотря на это, стремился, усиливая деструктивную динамику своей положительной и отрицательной фантазии избранности. В связи с открытой психотической реакцией параноидного типа он был госпитализирован, в последующем прервал психотерапию и обращался в течение нескольких недель, на этот раз по поводу своих психосоматических нарушений. Для него было важно, чтобы его считали пациентом с органическим заболеванием. Тем не менее, в ходе клинического обследования не нашлось органических признаков ни периодических приступов сильной стенокардии, ни синдрома раздражения корешков спинномозговых нервов в шейном и поясничном отделах. Через полгода он решил продолжить психотерапию, но непосредственно после этого вновь был госпитализирован по поводу параноидной психотической реакции. После выписки он прервал терапию и бежал в симбиотические отношения с подругой.

Старший брат Мартин, чиновник системы просвещения, поступил на лечение в возрасте 31 года по совету брата после того, как посетил его во время первой госпитализации. Наряду с сильным страхом одиночества его мучило чувство неполноценности и вины, несмотря на признанные внешние служебные успехи. В своей профессиональной работе он страдал от чувства отчужденности в отношениях с другими людьми (особенно с женщинами), от своей эмоциональной холодности и страха общения.

С раннего детства он страдал рецидивирующим бронхитом с астматическим компонентом и частыми простудными заболеваниями. Эти соматические жалобы представляли для него поначалу непосредственное выражение его проблематики. Между братьями была тесная эмоциональная привязанность, оба отмечали теплоту и участие друг друга. Старший брат сильно идентифицировал себя с младшим. Уже в детстве он всегда чувствовал, что должен защищать его, всегда заступался за него, дома часто брал на себя вину за его шалости, получая за это наказание. С другой стороны, он всегда восхищался интеллектуальными способностями брата и завидовал ему. Он говорил позже, что часто не может без слез думать о несчастьях брата и что с раннего детства разделял с ним чувство покинутости, «одиночества и помрачения судьбы».

Мать растила обоих братьев в стесненных материальных обстоятельствах в маленьком протестантском городе. Сама мать росла в многодетной семье прусского офицера, где воспитание многочисленных детей совершалось в соответствии с жестким регламентом. После смерти мужа, который погиб на фронте, когда старшему сыну было четыре года, она вынуждена была заботиться о семье без чьей-либо поддержки. Оба пациента описывали ее как доминирующую личность. Она была умна, умела произвести на окружающих блестящее впечатление, но внутренне была эмоционально ригидна. Она восприняла смерть мужа и разрушение семьи как экзистенциальную потерю и очень страдала в своем изолированном и зависимом положении беженки и зависимой от начальства служащей. Во время встречи с психотерапевтом она выглядела переутомленной, с маскообразным лицом, тревожно старающейся закрыться интеллектуально-морализирующим фасадом от конфронтации или выражения любой эмоции. Во время этого визита она говорила, что после причиненного ей войной краха жизни она стремилась только к одному - приготовить сыновей к возможному повторению такой экзистенциальной утраты. Она старалась дать им такое воспитание, которое позволило бы им собственными силами преодолеть нужду, которую ей пришлось выстрадать.

Семья в целом жила в социальной изоляции. Мать, с одной стороны, старалась удовлетворять внешние потребности сыновей в пределах возможного, с другой же стороны, опасалась избаловать детей слишком сильной эмоциональной заботой. Она избегала хвалить детей при посторонних, «чтобы они не задавались», но хвалила других детей, выставляя их образцами для подражания. Тревожные усилия, чтобы не дать внешнему миру никаких поводов

для критики и конфликтов, приводили к тому, что при ссорах с соседями и соседскими детьми она всегда занимала их сторону, присоединяясь к упрекам в адрес своих сыновей. Для нее было очень важно, чтобы дети не вступали в конфликт с внешним миром, она сама представляла им его требования, жалуясь при этом на черствость и холодность других людей.

В отношениях с сыновьями она, с одной стороны, стремилась к внешней справедливости. Никто не должен быть любимчиком. С другой стороны, ее отношение к обоим братьям было весьма различным. В то время как старший считался «сыном отца» и из-за внешнего сходства с ним был баловнем в семье отца, мать сильно идентифицировала себя с младшим братом. «Мы оба, - говорила она ему, - вырезаны из одного дерева». Оба брата считали мать требовательной и неучастливой. Это позже хорошо показал старший брат Мартин в приводимом далее коротком отчете о своих психосоматических заболеваниях, написанном им для психотерапевта.

Первый отчет пациента Мартина

Уже с самого раннего детства я страдал астматическим бронхитом. Как рассказывала мать, это было осложнение коклюша, перенесенного в 1945 году во время бегства от русских. С тех пор симптомы закрепились. Сколько помню, всегда были трудности с дыханием. Воспоминания о бегстве также связаны с этим: продуваемые вокзалы, холодные купе, голод, ночь и туман в полной приключениях поездке на запад.

В ранние годы из-за слабого здоровья мне часто приходилось бывать в детских приютах на северных островах. Там я чувствовал себя ужасно и тосковал по дому. Кроме того, насколько я помню, меня очень подавляли обслуживавшие нас медсестры. Хорошо помню одну. За какой-то проступок, а *может* быть в связи с болезнью, она подняла меня рано утром с постели и отчитала. Когда родился мой брат, и мать находилась в роддоме, мне было три года. Меня отдали женщине, которая со мной плохо обращалась. Обычное наказание было - «взять с собой на кухню». Там я должен был сидеть с хозяйкой дома на скамейке, в то время как она резала лук, а я плакал от боли в глазах. По словам матери, эта женщина меня терпеть не могла.

Осознал я эти вещи и мучился от уверенности, что умру раньше времени от удушья, только в школе, где-то со второго класса. Все школьное время было сплошным мучением, на занятиях я чувствовал, что задохнусь от выделений в бронхах. Я едва мог дождаться конца урока, чтобы выйти в туалет и там всю эту дрянь выплюнуть, что давало облегчение на пару часов. Потом все начиналось сначала. Я часто обращался к врачу и подвергался операциям, всегда связанным со слизистыми и гнойными воспалениями. То это были миндалины, то заражение крови на пальце, то воспаление легких, то аппендицит с последующей операцией. Я всегда считал, что с этим надо примириться, и ничего сам не предпринимал против симптомов. Я никогда не мог считать походы к

врачу действительной активностью в этом направлении. Это продолжалось долго - приступы потливости, частые простуды, постоянный кашель. В особенности в группах, на семинарах или занятиях я чувствовал мучительное приближение кашля, из-за чего предпочитал одиночество, чтобы можно было спокойно выплюнуть мокроту.

В это время я был под контролем матери. Основным, что помню, было ее постоянное давление. В этой связи вспоминаю, что маленьким мальчиком я лежал в постели матери рядом с ней. Я чувствовал, что не должен двигаться и сейчас задохнусь от ее запаха. Ее тело было огромным, теплым и издавало удушливый запах. Я чувствовал также, что должен оставаться под одеялом, где не хватало воздуха, короче, я постоянно боялся задохнуться. Это ощущение до сих пор преследует меня иногда как навязчивая фантазия, которую я должен продумать до конца. Самым жестоким способом смерти, который можно придумать и который всегда преследовал меня, было погребение живьем. Ко мне часто возвращалось чувство, что я задыхаюсь, особенно на людях - дома за обеденным столом, в церкви или других общественных местах; в этих ситуациях я чувствовал ужасную ненависть и страх, от которого я мог защититься только изолирующей меня мыслью «они же все дураки» или внезапно возникавшим представлением, что их лица искажены, что они чем-то больны и их радость притворна. Вместе с несколькими друзьями, которые тоже были «проницательными», мы фантазировали, что мы - избранные, можем видеть всех насквозь, убеждаясь в их лживости. Как и мать, я испытывал одиночество. В сущности, это была реализованная фантазия погребения заживо или смерти от удушья. Вынужденная изоляция сопровождалась сильным страхом соприкосновения с кем-либо, проявлявшимся в высыпаниях и прыщах, которые сохранились до 23-24 лет. До сих пор у меня излишне чувствительная кожа.

Когда мать хотела дотронуться до меня, я вздрагивал; то же самое было потом при телесном контакте с моими подругами. Нежное прикосновение я воспринимал как коварное нападение и не мог считать это чем-то дружеским. Я думаю, что с этим страхом соприкосновения с людьми или вещами, стремлением держаться от этого подальше, связана моя близорукость. Я мог выносить действительность лишь в расплывчатом состоянии в противоположность матери, которая до сих пор гордится своим прекрасным зрением. Если я что-то хотел видеть, я должен был подойти близко. Я не мог как следует видеть доску в классе, в сумерках казался себе почти слепым. Покупались очки со все более сильными стеклами, меня преследовал страх, даже уверенность, что когда-нибудь я совсем ослепну. В нашей семье я один близорукий. Конечно, причина может быть другой, фактом является лишь то, что о возникновении близорукости в момент, когда она у меня появилась, я думал то же самое, что и сейчас. Для меня было совершенно ясно, что плохое зрение должно было помочь мне смягчить невыносимую действительность, связанную с давлением на меня матери.

Пациент, написавший этот отчет, в детстве подвергался жестким требованиям матери быть отличником в учебе. В возрасте 12 лет при смене школы его успеваемость резко снизилась, в особенности по естественным дисциплинам. Мать, придававшая большое значение оценкам и гордившаяся собственными познаниями, начала часами вдальбивать пациенту уроки и пыталась внешней муштрой, а часто и побоями, улучшить его успеваемость. Он воспринимал это как мученичество и тренировку сумасшествия. Пациент сообщал, что с тех пор уже никогда не мог переступить порог школы без страха. Он чувствовал себя постоянно слабым и «пришибленным», страдая от представления о своей глупости. Он потерял всякий интерес к школе и под давлением матери стал учиться механически и отчужденно. У него не было представлений о будущем. Решение стать преподавателем в гуманитарной профессии было принято механически и без внутренней убежденности.

После вынужденного расставания с матерью из-за начала занятий в высшей школе он, тем не менее, учился весьма охотно и долго. Он много и усердно работал. На семинарах он считался самым умным, однако чувствовал, что это признание, которое еще более укрепила успешная защита диплома, пришло для него слишком поздно. Он был удивлен, что его сокурсники требуют от себя и других так мало по сравнению с ним. Свои разочарование и холодность он компенсировал фантазией, что найдет защищенность в сфере гуманитарных наук. Окончание университета и начало работы в школе он воспринял, как и преподавательскую практику перед этим, с сильным страхом, от которого защищался механическим дисциплинированным сосредоточением на преподаваемом материале. Он чувствовал, что коллеги его не понимают, боялся, что выбрал не ту профессию, и страдал от чувства бессмысленности и отчуждения. Одновременно усилились его психосоматические симптомы. Лишь когда он начал относительно самостоятельно преподавать в старших классах, его состояние на какое-то время улучшилось, чтобы вскоре вновь утупить чувству рутины, «внутренней холодности» и одиночества.

Тесная связь между его бессознательным конфликтом идентичности и психосоматической защитой проявилась особенно отчетливо, когда по окончании обучения потребовалась его профессиональная и человеческая идентичность, на что он реагировал, с одной стороны, бегством к матери, с другой - тяжелой психосоматической реакцией в форме почечнокаменной болезни и тяжелого бронхита.

Мы дословно приводим его рассказ о заболевании и предшествовавшем конфликте.

Второй отчет пациента Мартина

Меня поместили в городскую больницу из-за камня в почке. Симптомы появились утром, за завтраком, когда я выпил чашку чая. Внезапно начались боли, столь сильные, что я вынужден был встать. В туалете я напрасно ждал

облегчения, сначала я думал, что речь идет о вздутии живота. Наконец я пошел к себе в комнату, хозяйка позвала врача. Поскольку моча была с примесью крови, он предположил почечную колику.

В больнице мне каждые 3-5 часов делали обезболивающие уколы. Так продолжалось около трех недель. Одновременно развился тяжелый бронхит. Лечащий врач думал, что камень сам отойдет, и поэтому нет смысла принимать лекарства. Камень, так сказать, катапультируют движения при колике, и, конечно, он не мог сказать точно, когда это произойдет - через несколько дней или недель. В конце концов, это стало невозможно выдерживать. Меня перевели в другую больницу, где меня лечил хороший уролог. Тогда он впервые сделал снимок. Камень застрял в нижней трети мочеточника. Надежда на самопроизвольное отхождение была невелика, поскольку камень находился там уже свыше двух недель. Врач вытащил его петлей. Колики прошли, и через неделю меня выписали. Камень был оксалатом. С тех пор у меня не было почечных симптомов.

Мне было ясно, что этот эпизод был связан с предшествовавшими неделями или месяцами. В это время у меня была связь с женщиной, которая меня сексуально очень устраивала. Но мы уже не встречались так регулярно, к тому же моя студенческая жизнь уже год как закончилась. Отъезд из города, где находился университет, был, собственно, концом наших отношений, но я все еще иногда изредка посещал ее, раз в несколько месяцев. После нашей последней встречи она забеременела. Сначала она думала, что это просто задержка месячных, но потом убедилась, что находится на втором месяце беременности. В это время я сдавал второй выпускной экзамен.

В разговоре по телефону моя подруга была очень тревожна, говорила, что должна, сколько удастся, скрывать беременность от своей матери, с которой жила вместе. В горячности я сказал: «Не лучше ли сделать...», я не договорил, что именно. Она сразу поняла, что я имею в виду, и горько заплакала, сказав, как я могу даже думать об этом. Я сразу же поехал к ней. Она сказала, что брак был бы единственным выходом из положения, но этого я боялся больше всего. Я подумывал об этом, но просто не мог представить себе такой шаг. Она не хотела иметь ребенка вне брака. При этой встрече я сказал лишь, что позабочусь о враче. Приехав домой, я сразу позвонил и сказал, что не могу согласиться на сохранение беременности. Она была в отчаянии и говорила, что я не должен бросать ее в таком положении. Хотя я твердо решил способствовать аборту, после этого разговора я вновь заколебался. Чтобы «разъяснить» положение, я снова поехал к ней. Эти поездки на автомобиле по забитым шоссе были просто убийственными. Я проводил практически все время в машине, мотаясь взад-вперед к ней и на работу, на которую я только что устроился. Она настаивала на браке. В это время что-то во мне умерло. После всех этих колебаний я решил и не способствовать аборту, и не жениться. Мы договорились, что после родов она переедет ко

мне; об этом у меня были наивные представления. Я думал или отдать ребенка моей матери, или быстро жениться на другой женщине, с которой меня [связывала бы не только сексуальность. После отчаянного сопротивления, моя мать изъявила свою готовность к этому. Подруга тоже согласилась отдать ребенка, и внешне все казалось в порядке. Я несколько раз был у нее после этого, это было трудно, поскольку она не хотела меня видеть. Когда я звонил, она сразу вешала трубку. Но я узнал, что она обратилась к врачу, который делал ей какие-то уколы для прерывания беременности. Опять потянулись недели. Уколы не возымели действия. От постоянного напряжения я был совершенно измотан, появилось даже какое-то безразличие. Я долго ничего не слышал о ней, пока не удалось неожиданно встретиться у места ее 'работы. Ничего не изменилось. Она хотела отдать мне ребенка после родов. Я спросил, как она себя чувствует. У меня было сильное чувство вины, и я надеялся узнать, что с ней. От уколов у нее была сильная слабость. Она была бледной и растерянной. Потом ее госпитализировали. Там ее готовили к операции, она испытывала ужасные боли. Позже она рассказала, что даже не заметила, как произошел выкидыш. Плод длиной в 7 сантиметров оказался в унитазе, и она его просто смыла.

Я воспроизвел на себе то, что вытерпела моя подруга. Мы, должно быть, сильно отождествляли себя друг с другом. Потому что мой камень в почке и вызванное им кровотечение появились в тот же день, когда с ней случился выкидыш с кровотечением. Об этом я узнал много позже. Рассказала мне об этом мать, когда я все еще лежал в больнице, камня уже не было, и колики прошли. Целых четыре месяца мы провели в тревоге из-за неясности наших отношений.

В этом рассказе отчетливо виден сильный бессознательный страх идентичности пациента, отражаемый психосоматическим заболеванием. Тревога сопровождала окончание учебы и экзамен, сделавший его учителем, поскольку он чувствовал свое несоответствие профессиональным требованиям и с неохотой покидал защищенную обстановку университета. Беременность подруги непосредственно усилила страх идентичности в отношениях с женщинами. Из-за чрезмерной враждебности матери к сексуальной стороне жизни он страдал от расхождения между своими сексуальными потребностями и стремлением к нежности и эмоциональному контакту. Подруга, с которой он познакомился во время учебы в другом городе, была его «постельной» партнершей. Ее требование жениться на ней означало, что он должен окончательно отказаться от желания иметь отношения, содержащие нечто большее, чем отщепленную от остальных зон личности сексуальность. Представление о том, что он бросает подругу с ребенком, постоянные упреки в неверности и ненадежности мобилизовали сильное чувство вины, усугубляемое отчаянием и упреками, которыми подруга реагировала на его предложение сделать аборт.

В этой ситуации пациент обратился к своей матери, чтобы она помогла ему избежать как брака с нелюбимой подружкой, так и упрека в неверности и бесчеловечном обращении с ребенком. Одновременно он реагировал психосоматическим заболеванием. Его почечнокаменная болезнь представляется попыткой, так сказать, взять на себя рождение ребенка, угрожающего разрушить хрупкое равновесие его жизни, и вынести свой конфликт идентичности в форме соматического заболевания. Сопутствующий бронхит реактивирует форму патологии, которая в детстве служила ему средством заставить подавляющую и требовательную мать ухаживать за ним в больнице. Таким образом, он пытается избежать отграничения и определения своей идентичности в ролях учителя, мужа и отца.

Деструктивная динамика этой психологической защиты, проявляющаяся как бронхит в рассказе пациента, еще раз видна в связи с кризисом идентичности, предшествующим его почечному заболеванию. Пациент говорит, что в ответ на требование подружки в нем «что-то умерло» - замечание, которое, с моей точки зрения, выражает психодинамику саморазрушительного отщепления его бессознательного страха идентичности. Через два года он начал психотерапию в группе, не выдержав страха одиночества.

Пациенту Мартину, краткая история болезни которого здесь представлена, удалось с помощью психосоматического заболевания сначала компенсировать нарциссический дефицит, приобретенный в отношениях с постоянно контролирующей и чрезмерно требовательной матерью, а позже спрятать архаический страх идентичности за фасадом отщепленной социально успешной интеллектуальности. Он был нелюбимым ребенком, изуродованным кожными высыпаниями и очками, которые раздражали мать. Ему мешали одышка и постоянные простуды. Трудности в учебе, страх перед материнской муштрой делали его беспомощным. Когда он начал лечение, он был толстым, расплывшимся, с недифференцированным, гипомимичным, тупо преданным выражением лица. Он все же успешно закончил университет и внешне хорошо справлялся с работой. Его письменный стол был, как он говорил, его крепостью, где он, хоть и страдал от одиночества, но чувствовал себя в некоторой безопасности.

Младшему же брату Георгу учеба не далась. Он был любимым сыном матери. Пока брат с постоянными бронхитами находился в больницах, мать часто брала его с собой на курорты. В противоположность брату, он был красив, вызывая к себе и позднее, в студенческие годы, интерес своей мрачно импозантной манерой вести себя. Мать же была не способна соответствовать потребности ребенка в близости и нежности. Пациент сообщал позднее, что всю свою жизнь чувствовал эмоциональный холод. При этом он идеализировал интеллектуальную одаренность брата, восхищаясь его «философскими» замечаниями. Пациент чувствовал, что мать его одновременно соблазняет и покидает, восхищается и наказывает, и реагировал аутистическим уходом в религиозно окрашенные фантазии. В школе он все быстро схватывал и был

усерден, что положительно оценивалось, но при этом чувствовал себя в изоляции от соучеников, учителя тоже уделяли ему мало внимания. Это повторяло домашнюю ситуацию, где мать занималась прежде всего нелюбимым старшим сыном и его трудностями в учебе. Мать не считала аутистический уход в себя пациента проблемой.

Первые признаки тяжелого психического заболевания появились в пубертатном периоде, когда пациент начал сомневаться в своих фантазиях изобретательства и впал в навязчивые мудрствования. В этом периоде впервые появились сердечные спазмы. Пациент просыпался с внезапным страхом смерти, чувством жжения и сдавливания в области сердца. Несмотря на отсутствие органических признаков при обследовании, с тех пор его постоянно лечили лекарствами; мать следила за тем, чтобы он делал укрепляющие физические упражнения. Появившееся одновременно состояние полного паралича мотивации и интересов объяснялось болезнью сердца. От своего страха сексуальности (пациент испытывал сильное чувство вины в связи с мастурбацией) он периодически пытался защититься актами эксгибиционизма во время частых прогулок по лесу, которые его обязывали проделывать для укрепления сердечной деятельности. На расставание с матерью с началом учебы он реагировал возрастающей психической запущенностью, от которой неоднократно пытался спастись, пускаясь в симбиотические гетеро- и гомосексуальные отношения. Неизменный крах этих отношений, уход из университета и нарастающая изоляция вынудили пациента начать лечение.

Описанные здесь вкратце истории болезни обоих пациентов Мартина и Георга показывают картину патологически застывшей семейной группы, в которой господствует сильный неосознаваемый страх перед матерью. Неспособная защитить детей и дать им эмоциональное тепло и заботу, она требует от сыновей поддержки в своих усилиях по гиперадаптации, избеганию конфликта, чтобы таким образом защитить себя от внешнего мира. Оба сына с самого начала находятся под давлением чрезмерных ожиданий социального успеха со стороны матери. Она ожидает от них вознаграждения за потери и усилия в собственной жизни. Оба сына вовлечены в динамику *double-bind*. С одной стороны, мать с беспощадной строгостью предъявляет сыновьям требования окружающего мира. Она требует хорошей успеваемости и гипернормативного поведения. С другой стороны, она постоянно жалуется сыновьям на холодность и враждебность этого мира. В то время как со старшим сыном она обращается как с дураком и неудачником, которому пытается беспощадной муштрой вдолбить школьные познания, младшего сына она идеализирует из-за его интеллектуальных способностей. Оба сына чувствуют, что их контролируют и эмоционально дистанцируют.

Старший сын, идентифицирующий себя с покойным отцом, постоянными заболеваниями выдавливает из матери заботу и внимание, одновременно пытаясь уйти от выполнения ее требований. Младший сын реагирует бегством

в фантазии аутистического всемогущества и избранности. На каждую попытку сыновей отстоять свои права в разногласиях со сверстниками мать отвечает упреком в том, что дети недостаточно любят и поддерживают ее, принося огорчения своими ссорами и конфликтами. Младший любимчик Георг удовлетворяет бессознательное желание матери быть всемогущей. Он - вундеркинд, «философ», лучший ученик в классе, им восхищаются учителя и сверстники. Позднее он демонстрирует остающуюся неопределенной психосоматическую симптоматику и, наконец, бегство в психоз. Старший сын Мартин реагирует на завышенные требования и одновременно эмоциональное пренебрежение матери отчетливой психосоматической симптоматикой. Его плохая успеваемость ведет к многолетним агрессивным ссорам с матерью. Из-за этого у него сильное чувство вины, ведущее к аутодеструктивному отграничению от матери. Младший сын, который с большой тревогой воспринимает ссоры между матерью и братом, не находит формы выражения агрессии против нее. Он соединяет как свои аутистические фантазии всемогущества, так и усилия по определению своей сексуальной и профессиональной идентичности с сильным чувством вины и страхом потерять мать.

Оба брата идентифицируют себя друг с другом. Отношения, однако, резко амбивалентны. Оба брата страдают от чувства вины из-за того, что недостаточно поддерживают друг друга и позволяют матери ссорить их между собой. Основу общности составляет чувство, что мать их бросила. Хотя отношения обоих сыновей с матерью определяются сильным страхом сексуальности и воспитанием, враждебным ко всему телесному, различие заключается в том, что мать отвергает старшего сына из-за его непривлекательности, отождествляя себя с другим сыном, физической привлекательностью которого восхищается. В отношениях со старшим сыном она функционирует, таким образом, как мать, вызывающая психосоматическое заболевание, в то время как ее поведение по отношению к младшему сыну запускает, напротив, шизофреногенную динамику. Патогенное действие этой динамики усиливается еще и тем, что мать скрывает различное отношение к детям поверхностной псевдосправедливостью, усиливая тем самым амбивалентность и зависть в отношениях детей между собой. Как психосоматическое заболевание старшего сына, так и психотическая реакция младшего предстают отражением различных аспектов неразрешенного конфликта идентичности матери. В отношениях со старшим сыном она воспроизводит свои конфликтные отношения с мужем, который, как она чувствует, предал и покинул ее; в младшем сыне она воспроизводит себя со своими бессознательными фантазиями всемогущества, являющимися обратной стороной ее страха катастрофы.

Сходство и различия в психодинамике симптомогенеза обоих пациентов отчетливо проявились в ходе терапии. Близкий к психозу младший брат продемонстрировал сильную интеллектуализирующую защиту, реагируя сильной тревогой на всякий признак участия и понимания своей ситуации. В терапев-

тической группе он чувствовал себя изолированным и непонятым, прилагая большие усилия к тому, чтобы контролировать происходящее в группе длинными монологами. На индивидуальной терапии он воспринимал терапевта в переносе как идеализирующую и одновременно непонимающую мать. Он много говорил о своих неопределенных соматических симптомах, усталости и сниженной работоспособности. С другой стороны, он воспринимал всякую форму участия как соблазнение и требование сверхчеловеческого социального успеха, которое, в конце концов, загнало его в психоз.

Старшему же брату, напротив, удалось в ситуации терапевтической группы проработать переносное восприятие ее как «удушающей» матери. Ему удалось также постепенно отграничить себя от «более счастливого» брата, которого он вновь воспринимал в некоторых членах группы. По отношению к ним он впервые смог выразить сильную агрессию, испытываемую к предпочитаемому матерью брату. При этом в рамках динамики переноса стал понятен язык его симптоматического поведения в групповых ситуациях. Его одышка и бронхит ухудшались всегда, когда он чувствовал себя подавляемым и контролируемым группой как матерью и был не в состоянии говорить. С помощью группы он смог сам постепенно распознать эту связь и с большим облегчением избавился от чувства вины, которое испытывал по отношению к матери и брату из-за своей деструктивной агрессии.

В то время как здесь постепенно удалось понять психодинамику различных симптомов бронхита, кожных высыпаний, близорукости, ожирения и почечнокаменной болезни как следствия расщепления Я, страха идентичности и нарушения соматического Я, при диффузных психосоматических симптомах младшего брата это оказалось невозможным. Он был не в состоянии связать эмоции со своими соматическими проявлениями. Напротив, он жаловался, что не чувствует связи со своим организмом и воспринимает его как тягостную обузу. Его постоянные усилия точно идентифицировать свои боли - для этого он обращался к разным врачам - представлялись выражением поиска органического симптома, который служил бы выражением его страха и деструктивной агрессии. Позже в его паранойально-психотических фантазиях проявился полный распад психотического Я. Во время галлюцинаций он чувствовал, что его голова - большой аппарат, со всех сторон принимающий зрительные и звуковые сигналы, на которые он невольно должен отвечать, а также что у него «что-то отнято из мозга». Фантазии раздутого всемогущества перемежались представлениями о том, что он - крошечный, как грудной младенец. Он часто чувствовал, что парит над самим собой, состоя при этом только из своих рук.

Структурное нарушение расщепленного Я, проявляющееся здесь на языке психотических галлюцинаций, интегрировано у старшего брата в рамках границ тела. В целом, можно сказать, что оба пациента - один в форме психоза, другой в форме психосоматического заболевания - отреагировали и представили бессознательный страх катастрофы, постоянно довлеющий над матерью

и определявший ее отношения с сыновьями. При этом заболевание младшего сына, с которым мать особенно идентифицировала себя, развивает злокачественную динамику - терапевтического контакта не удастся добиться, он реагирует психотически и постоянно остается в финансовой зависимости от матери. Старшему же брату удастся отграничение от матери, хотя и воспринимаемое с чувством вины. Он может пойти на союз с терапевтом и постепенно распознать в переносе динамику своего поведения. Оба пациента функционируют в своем симптоматическом поведении как зеркало, в котором отражается бессознательный конфликт идентичности матери,отреагируемый ею в отношениях с сыновьями.

Затронутую здесь зеркальную функцию психосоматического заболевания, ее межличностный генез и психодинамику я хотел бы проиллюстрировать далее на следующем примере терапевтической группы, почти все члены которой реагировали психосоматической симптоматикой, когда психотерапевт оставила группу на три недели.

Цепная психосоматическая реакция в групповом аналитическом процессе

Группа, о которой здесь идет речь, находилась в начальной фазе терапевтического процесса. Контакт между членами группы лишь начал устанавливаться, и отдельные пациенты, страдавшие преимущественно психосоматической и сексуально-перверсной симптоматикой, продолжали испытывать страх и недоверие к группе в целом. Об этих чувствах, однако, открыто не говорилось, они отражались в интеллектуализированных спорах.

Когда стало известно, что психотерапевт покинет группу на три недели, чтобы вести терапию средой в другом месте, группа изъявила желание участвовать в ней в надежде на то, что это решающим образом улучшит групповую атмосферу. Отказ вызвал реакцию разочарования. В течение недель, предшествовавших отъезду психотерапевта, группа продемонстрировала сильную тенденцию обойти неоднократно поднимавшуюся проблематику расставания, отшутиться от нее. На первом занятии, проводимом замещающим психотерапевтом, почти все члены группы жаловались на необъяснимую усталость, апатию, неприятное самочувствие и психосоматические симптомы, проработка которых определяла терапевтический процесс в последующие недели.

Пациентка Элизабет, студентка 24 лет, до этого в основном молчавшая в группе, пожаловалась на боли в спине, суставах и внизу живота. Она обратилась к врачу в связи с приступообразными ревматическими симптомами и лихорадочными состояниями, возникавшими в последние два года всегда, когда ее посещала мать. С начала терапии боли, однако, не возникали.

В группе она до того высказывалась лишь изредка, чтобы пожаловаться на страх перед непонятными ей ощущениями, которые она не могла охарактери-

зовать. В особенности она жаловалась на то, что с начала терапии начали усиливаться трудности в общении. Группа поняла эти страхи как реакцию на разрушение ее ригидного гипернормативного фасада - интерпретация, которую пациентка не могла принять. Она чувствовала непосредственную угрозу и была разочарована тем, что не получает от психотерапевта конкретных советов и указаний, как ей вести себя. Она повторяла, что не может говорить в присутствии психотерапевта, и вспоминала о том, как ее мать, одна из преподавателей ее школы, часами читала ей лекции о том, как надо себя вести. Мать она описывала как доминирующую и властную, восхищалась ее умением формулировать мысли, признавая при этом, что мать никогда не понимала ее проблем и была ее на глазах у всего класса. Уверенной она себя чувствовала, лишь когда была больна и мать ухаживала за ней.

Ребенком она заболела открытой формой туберкулеза и часто рецидивировавшим отитом. В подростковом возрасте возникла бронхиальная астма. Обострения гнойного тонзиллита возникали до четырех раз в год. Приступы ревматизма появились впервые, когда она в начале обучения в университете ушла от матери, спасаясь бегством в симбиотическом браке. Сильная бессознательная амбивалентность отношений с матерью, от которой она продолжала зависеть и после свадьбы, отчетливо выступила в ситуации расставания с психотерапевтом. Она сказала, что чувствует облегчение с ее уходом и может теперь, наконец, говорить. Одновременно она жаловалась на то, что психотерапевт не понимала ее, возмущалась и была разочарована тем, что и в терапии должна сама все решать. Ее психосоматическая реакция представлялась ответом на бессознательный страх быть наказанной и покинутой терапевтом. При этом пациентка получала возможность прервать свое молчание и обратиться к группе с просьбой о помощи.

Пациентка Мария, менеджер 24 лет, также до этого в основном молчавшая в группе, заговорила на первом занятии нового психотерапевта. Она сказала, что в изменившейся ситуации чувствует такое напряжение, что просто не может молчать, сообщила о внезапно появившихся поносе и рвоте, считая это реакцией на разочарование, испытанное при попытке сексуального контакта с приятелем мужа. Она пожаловалась на скуку и однообразие в своем браке, в который вступила, чтобы освободиться от родителей.

В этой связи она рассказала о подавляющей тесноте, которую ощущала дома. Мать была депрессивной и тревожно контролировала каждый шаг пациентки. Ей дали имя сестры, умершей маленьким ребенком за четыре года до ее рождения, о которой мать продолжала горевать. Отношения между родителями всегда были напряженными. Мать преследовала отца чрезмерной ревностью. Часто бывали ссоры. Однажды отец бросился на мать с ножом. Находясь рядом, пациентка испытывала сильный страх при таких конфликтах, цепляясь за мать. На каждую попытку самостоятельности пациентки мать отвечала усилением депрессии и упреками. Пациентка испытывала из-за этого по-

стоянное чувство вины. Мир в семье воцарялся, лишь когда она бывала больна. Мать тогда самоотверженно ухаживала за ней. Отец приносил подарки, играл с ней, чего в другое время обычно не происходило.

Сильную зависимость от матери и страх перед агрессивными выяснениями отношений пациентка вновь пережила в переносе на группу и психотерапевта. Она была, однако, не способна говорить о своих чувствах, оставаясь преимущественно молчаливой и неподвижной. На расставание с психотерапевтом она реагировала психосоматическим заболеванием. С помощью этого симптома она впервые смогла заговорить о своей депрессии, страхах, одиночестве и воспользоваться участием группы. При этом стало заметно сходство ожиданий, предъявляемых пациенткой к замещающему психотерапевту и к мужу, с помощью которого она надеялась освободиться от зависимости в родительской семье. Одновременно она испытывала сильный страх снова испытать разочарование.

Психодинамическая связь между разорванной и давящей семейной ситуацией пациентки и ее психосоматической реакцией стала особенно отчетливой на дальнейшем отрезке терапии. К этому времени в группу должен был войти ко-терапевт мужского пола. На эту тему пациентка увидела испугавший ее сон, о котором она не смогла рассказать группе «за недостатком времени». В связи с лихорадочным простудным состоянием, приковавшим ее на неделю к постели, она пропустила несколько занятий. По возвращении в группу она сообщила, что заболела потому, что в группе ее обошли вниманием, из-за чего она не могла говорить.

Во сне, так испугавшем ее, она пережила следующую сцену: родители неподвижно лежали в постели, ее супруг лежал рядом. Она сидела у двери, следя, чтобы никто не вошел. Чувствовалась какая-то угроза. На стене, как плакат, висел портрет незнакомой женщины. Ей стало страшно, и она разбудила мужа. Кто-то сказал, что ее страх вполне понятен – замечание, которое она во сне связала непосредственно с портретом женщины. Тут она проснулась в сильном страхе. Будучи не в состоянии отличить сон от реальности, она действительно разбудила мужа.

Группа поняла этот сон как представление позиции, занимаемой пациенткой в группе. Здесь она также сидела преимущественно у двери, следя, так сказать, чтобы не вошло что-то опасное. Ее собственные ассоциации показали, что такую опасность она бессознательно видела в предстоящем приходе ко-терапевта. Помимо этого, ее ассоциации свидетельствовали о неосознаваемом конфликте идентичности, переживаемом в переносе. В связи с портретом незнакомки, испугавшим ее во сне, она вспомнила многочисленные фотографии покойной сестры, чье имя она носила. Мать часто показывала ей эти фотографии, подчеркивая, какой хорошей была сестра и сколько радости доставляла ей, в отличие от пациентки. Это вызывало у больной сильное чувство вины. Портрет образцовой умершей сестры представал как выражение враждебного Сверх-Я,

запрещавшего любой самостоятельный шаг. Пациентка смогла увидеть, что воспринимала группу и психотерапевта как застывших во сне родителей, от которых она не получала поддержки в своей конфронтации с покойной сестрой. В муже, к которому она взывала во сне о помощи, и в голосе, говорившем, что ее страх понятен, она узнала появившегося ко-терапевта, от которого ожидала помощи и понимания реактивированного в группе конфликта идентичности.

Ее сильное бессознательное чувство вины перед матерью, которую она боялась потерять, она перенесла на группу и психотерапевта. Будучи не в состоянии распознать и вербализовать его, она совершила бегство в болезнь в бессознательной надежде получить таким образом внимание к себе обоих психотерапевтов. В обеих ситуациях, как относительно страха быть покинутой психотерапевтом, так и относительно появления ко-терапевта в группе, она надеялась с помощью психосоматической симптоматики получить доступ к группе и собственным конфликтам. Ее психосоматические реакции были примечательны также и тем, что пациентка была среди тех трех членов группы из 10 человек, в анамнезе которых выраженные психосоматические проявления отсутствовали. Наряду с сильной депрессией отмечалась общая заторможенность соматических функций, но без отчетливой симптоматики. Ее психосоматические реакции выглядели попытками обеспечить внимание к себе группы.

На смену психотерапевта отреагировал страхом быть покинутым также и пациент Альфред, студент 22 лет. У него был сильный страх перед группой, от которого он защищался постоянными агрессивными спорами, в связи с чем был включен в параллельную индивидуальную терапию у сотрудницы, временно замещавшей ушедшего психотерапевта. Изменившаяся таким образом терапевтическая ситуация затрудняла ему расщепление интенсивных отношений переноса. В то время как в группе он отреагировал прежде всего свою деструктивную агрессию, индивидуальную терапию он воспринимал положительно. Расставание с групповым терапевтом и перспективу делить своего индивидуального психотерапевта с группой он воспринимал как двойное расставание. В этой ситуации у него появились головные боли, столь сильные, что временами ему казалось, что глаза «выпрыгнут из головы».

В этой связи ему вспомнилась сцена с матерью, которую он описывал как постоянно депрессивную, беспомощную и инфантильную личность. Когда ему было 12 лет, он застал ее, вернувшись из школы, более печальной и бледной, чем обычно. Он попытался подойти и спросить у нее, что случилось, но она накричала на него, требуя оставить ее в покое. Позже он узнал, что она пыталась отравиться таблетками. Отец не воспринял это всерьез, отделавшись ироническими комментариями, пациент же испытал сильный страх потерять мать. С тех пор он постоянно боялся, что мать может повторить эту попытку.

Он был младшим сыном и чувствовал, что депрессивная мать не любит его, хотя старшие братья считали, что его балуют, и завидовали ему. Внимания со стороны матери он мог добиться лишь с помощью слез, беспомощно-

сти и болезней. В детском и подростковом возрасте он страдал хроническим тонзиллитом и частыми поносами. Позже у него появились неопределенные желудочные симптомы, дермографизм и близорукость, усиливавшиеся всегда, когда он чувствовал себя покинутым. Из-за плохого состояния здоровья его часто отправляли в детские медицинские интернаты. Мать говорила при этом, что его направляют туда потому, что он ее не любит. Пациент, чувствовавший, что мать его не понимает и наказывает, каждый раз испытывал сильный страх и был не в состоянии завязать контакты с другими детьми в интернате.

В ситуации переноса он вновь пережил эти деструктивные отношения с матерью. Он хотел сначала принять участие в проекте терапии средой, но затем испугался этого. Участие в терапии средой означало для него необходимость покинуть психотерапевта, которую он воспринимал в переносе как «хорошую мать», оказавшись вместе с «плохой матерью» и «детьми из интерната», какими он видел нового психотерапевта и членов средовой группы. В своей группе он чувствовал угрозу утраты индивидуального психотерапевта, которую теперь вынужден был делить с остальными членами группы. В этой ситуации он реагировал сильными головными болями, выражавшими одновременно его желание внимания психотерапевта и защиту от агрессии к группе, которую он не решался проявить в присутствии врача.

С особым драматизмом проявилась психосоматическая реакция в связи со сменой психотерапевта у 29-летней пациентки Хельги, почтовой служащей, которая уже до этого часто бывала лидером в группе и сейчас взяла на себя эту роль. Сразу после последнего перед отъездом терапевта занятия она перенесла на работе коллаптоидное состояние, в связи с чем была госпитализирована. Все коллеги отнеслись к этому с дружеским участием. На следующем занятии, первом, проводимом новым психотерапевтом, она выразила свой гнев по поводу того, что прежний психотерапевт ее покинула и предала. До последнего момента она не хотела верить в то, что терапевт действительно оставит группу, и воспринимала свой обморок как призыв не уезжать, а вместо этого заботиться о ней.

В этой связи она вспомнила о своей матери, которая проявляла к ней внимание лишь во время болезней. В остальном же мать, которую пациентка описывает как депрессивную, занималась главным образом своими собственными чувствами. Она часто жаловалась дочери на свою несчастную и неудавшуюся жизнь и доводила ее до слез грустными песнями. Амбивалентность ее отношения к дочери отчетливо проявилась, когда однажды она высунула ее, пятилетнюю, из окна пятого этажа, говоря при этом: «Я могла бы тебя выбросить, но не делаю этого, потому что люблю тебя».

В детстве пациентка часто болела. С пубертатного периода она страдала приступами мигрени и хроническим нефритом. С начала профессионального обучения стали появляться сосудистые нарушения, связанные с

перемежающимися ощущениями жара и холода, головными болями. Частыми были бытовые травмы. На окончание курса индивидуальной терапии в 150 сеансов она отреагировала несчастным случаем, сильно ошпарившись кипятком.

На втором занятии, проводимом замещающим терапевтом, пациентка рассказала об агрессивной ссоре с матерью, которую она упрекала в плохом отношении к себе, что в особенности осознала со времени последнего группового занятия. В ответ на это мать надавала ей пощечин. Пациентка сказала, что теперь окончательно поняла, кем в действительности является мать, и что она без сожаления намерена разбегаться с ней. Группа поддержала ее в этом открытом споре, но испытывала при этом сильную тревогу. Некоторые пациенты боялись, что должны сделать то же самое, при этом окончательно потравив внимание со стороны своих матерей.

На следующем занятии пациентка появилась с обширной экземой верхней губы, уродовавшей все лицо. Она говорила о сильном чувстве вины перед матерью, извинившейся перед ней за побои. Перед группой она испытывала страх, опасаясь быть отвергнутой из-за экземы. В этой связи она рассказала о следующем сне. Она ехала в поезде. Между поездом и перроном находилась черная вода. Ей удалось спрыгнуть с поезда и добраться до камня, лежавшего ниже уровня воды. Вода была столь глубока, что она могла утонуть. Тут неожиданно появилась на перроне дружелюбная женщина, которая бросила ей канат и спасла ее.

Проведенный с помощью ассоциаций пациентки анализ сна осветил ее проблемную ситуацию, в которой она воспринимала уход терапевта как опасность для жизни. Прыжок из движущегося поезда представлял изображением ее поведенческой реакции, которой она пыталась защититься от деструктивной агрессии к группе и психотерапевту. Одновременно во сне проявилось то, что пациентка могла принять помощь замещающего психотерапевта, которую она узнала в дружественной незнакомке из сна.

На следующем занятии пациентка была впервые в состоянии вербализовать свою сильную агрессию к группе. Она упрекала группу в том, что все время должна говорить за других, что от нее многого требуют, что ее загнали в роль матери, которая ей вовсе не нужна. Ей неприятно, что ее постоянно используют как «мусорную свалку» проблем других членов группы. В проработке ее эмоционально выражаемых упреков стало ясно, что она воспринимает в переносе терапевтическую группу как мать, которая требовала от нее возмещения за свою неудавшуюся жизнь и до сих пор ежедневно звонила ей, чтобы пожаловаться на свои заботы, несчастья и болезни. После проработки этой динамики переноса состояние пациентки значительно улучшилось. Она чувствовала себя хорошо, впервые за долгое время позволила себе слушать много музыки и проявляла интерес к окружающим. Психосоматическая симптоматика также смягчилась.

Незадолго до возвращения терапевта она посетила замещающего психотерапевта для индивидуальной беседы. У матери была сильная простуда с гипертермией, у нее самой – геморрагический цистит. Она говорила о сильном страхе и чувстве вины перед психотерапевтом, возвращение которой ожидалось к следующему групповому занятию. В этой связи она рассказала о следующем сне: «Я шла по очень тонкому льду с полыньями. Я хотела добраться до судна, на котором меня ожидала мать. Я думала, что не сумею это сделать, я все время падала. Но все же мне удалось снова ощутить твердую почву под ногами. Вместо матери я нашла на судне женщину, которая сердечно и тепло меня приняла. Женщина была алкоголичкой».

В проработке сна пациентка увидела представление своего трудного, отягченного недоверием и амбивалентностью пути к терапевтическому союзу с группой, который предстал как судно во сне, и к психотерапевту, возвращения которой она ожидала с сильным страхом. Относительно дружелюбной алкоголички, принявшей ее во сне вместо матери, она вспомнила редкие дружеские встречи с отцом, который лишь тогда расставался со своим ригидным обсессивным фасадом, когда бывал пьян. С этими воспоминаниями было, однако, связано и сильное чувство вины. Мать ненавидела алкоголь и часто посылала пациентку привести отца из пивной. Пациентка смогла увидеть, что в переносе воспринимала замещающего психотерапевта как ставшего в результате употребления алкоголя доступным и дружелюбным отцом, и что ее сильный страх перед возвращением психотерапевта был следствием реактивированного в переносе конфликта с матерью.

Кроме этого, сон показал, сколь хрупким и непрочным было слабое Я пациентки. Положительные отношения с замещающим психотерапевтом воспринимались ею столь же ненадежными, как и редкие проявления дружеского внимания со стороны отца. На возвращение терапевта она реагировала отчетливым усугублением нефрита, из-за чего пропустила несколько занятий. С помощью группы ей все же постепенно удалось вербализовать свой гнев и агрессию к психотерапевту. Со слезами она могла теперь говорить, что непроизвольно и постоянно разрушает отношения именно с теми людьми, которые ей нравятся и пониманием которых она дорожит. В этой связи она сообщила о сне, прямо связавшем деструктивную динамику этой амбивалентности с ее психосоматическим заболеванием.

Она была вместе с сослуживцем, который ей очень нравился, но, несмотря на это, чувствовала во сне агрессивную напряженность. Он взял длинную острую иглу и уколол ее в бок на уровне почки. С помощью иглы он вытаскил из тела кровоточащие внутренности с замечанием, что это надо удалить, чтобы не стало хуже. Группа и пациентка поняли этот сон как выражение ее желания открыто высказать свое отчаяние, агрессию и потребность в зависимости и нежном обращении с собой группы, но также и как требование помощи со стороны других членов группы подобно тому, как это сделал сослуживец во сне. Сон

был понят группой также как представление ситуации в группе, как требование проработать с вернувшимся психотерапевтом страх членов группы быть покинутыми, проявившийся в форме цепной психосоматической реакции.

Примечательно в этом кратко представленном эпизоде начальной фазы группового процесса, с моей точки зрения, то обстоятельство, что в ситуации, когда вся группа чувствует экзистенциальную угрозу быть покинутыми, выразителями этого страха становятся именно самые тяжелые пациенты. При совместной обработке психосоматической реакции своих членов группа впервые нашла возможность выразить агрессию и страх, которые не смогла вербализовать до расставания с психотерапевтом. На этой основе развилось сильное чувство сплоченности группы, позволившее ей отграничиться от вернувшегося психотерапевта и в возрастающей мере вербализовать испытываемые к ней агрессию и разочарование. По мере того как это происходило, и распознавалось значение переноса, в группе стихала психосоматическая симптоматика.

Здесь в рамках терапевтической группы особенно отчетлив динамический аспект генеза и динамики психосоматического поведения. Психосоматические реакции внезапно учащаются, когда группа чувствует угрозу своему существованию в связи с потерей центральной фигуры. Они снижаются по мере того, как удается вскрыть связь между страхом быть покинутыми в группе и страхом идентичности отдельных членов в преломлении отношений переноса.

Господствующая в переносе динамика нарушенных отношений с преэдипальной матерью проявляется также во втором эпизоде в форме психосоматической реакции группы. Когда группа собралась через три месяца на первое занятие после месячных каникул, у четырех членов обнаружилась глазная патология. У одной из этих больных развился сильный амбивалентный перенос на ко-терапевта мужского пола, о чем она не могла говорить в группе, у другой это началось после того, как она сделала попытку высвободиться из симбиотического брака и познакомиться с другим мужчиной. Еще один больной пожаловался на близорукость, внезапно усилившуюся с вхождением ко-терапевта в группу.

При проработке этой симптоматики стало видно, что группа в целом находилась в кризисной ситуации, сопровождавшейся сильным страхом. Многие члены группы начали высвободяться из своих симбиотических партнерских отношений и впервые почувствовали себя в состоянии самостоятельно уехать на каникулы и завязать новые знакомства. При возвращении в группу следствием этих усилий по приобретению автономности и эмансипации было чувство вины. Почти все пациенты реагировали сопротивлением на возобновление терапии. Они жаловались на то, что снова должны стать пациентами, «чувствовать себя больными и слабыми и иметь проблемы». Группа воспринималась здесь в переносе как симбиотическая мать, не позволяющая пациентам вести собственную независимую жизнь. Глазные симптомы предстают выражением бессознательного чувства вины по отношению к властной матери. И здесь центральный, охватывающий всю группу конфликт выразился сначала на уровне психосоматической симптоматики.

ГЛАВА 3

Включение группового процесса в научные исследования и терапию

Психосоматическое заболевание как выражение межличностной патологии Я и группы

С помощью историй болезни и хода лечения, излагавшихся в предшествующих разделах, я пытался на репрезентативных примерах отразить клинический опыт, который послужил основой этой книги и который формирует мои концепции. При этом я прежде всего стремился отчетливо показать психодинамические связи между индивидуальным болезненным процессом и патологией группы, членом которой был или является больной. Эта связь, которая пока исследовалась на примере психотически реагирующих пациентов (здесь в первую очередь следует привести исследования Bateson et al. (1969) и M. B. Cohen et al. (1954)), с моей точки зрения, также имеет решающее значение для генеза и динамики психосоматических заболеваний.

Во всех примерах мы находим, что первичная родительская группа пациентов разорвана бессознательным напряжением, члены ее удерживаются вместе насильно. Группа ригидно изолирована от окружающей социальной среды жесткой гипернормативностью относительно требований общества. Во всех случаях первичная группа не справляется со своей решающей для успешного развития ребенка задачей обеспечения для него «facilitating environment» с помощью ограничения и защиты. Вместо этого мы обнаруживаем, что пациенты уже в самом раннем детстве служат родителям, в особенности матери, инструментом поддержания собственного психического равновесия. Во всех случаях ребенку отказывают в праве на ограничение собственной идентичности. Интернализация этого неосознаваемого запрета идентичности матерью и первичной группой предстает как психодинамический центр психосоматического заболевания.

Пример пациентки Мери, поступившей в клинику с желчнокаменной болезнью, хорошо иллюстрирует функцию психосоматического заболевания. Оно является выражением саморазрушающей заместительной идентичности,

за которой скрывается непрожитая, мертвая жизнь. Пример пациента Боба, реагирующего на оперативное устранение психосоматического симптома субпсихотической дезинтеграцией, иллюстрирует защитный характер психосоматического заболевания, символически представляющего собой крик о помощи нелюбимого ребенка, воспринимаемого матерью как «позорное пятно». Патогенная динамика затянувшегося симбиоза выступает в примере пациентки Беаты, не способной отделиться от матери. Непрожитая жизнь пациентки стала содержанием жизни матери. Болезнь пациентки служит матери прямой компенсацией собственной несостоявшейся жизни, больная является внешним носителем симптомов матери. Сходную динамику показывает пример пациентки Ютты, в деталях повторяющей в своих психосоматически морбогенных отношениях со своей маленькой дочерью интернализированные деструктивно-симбиотические отношения с матерью.

Групподинамический аспект генеза психосоматического симптоматического поведения особенно отчетливо выступает на примере пациентки Анны. Ее генерализованное психосоматическое расстройство в форме общих нарушений моторики и зрения позволяет увидеть тесную взаимосвязь психодинамики суицидального поведения, паранойяльно-психотической реакции и психосоматического заболевания. Реакцией на архаическую диффузность идентичности является психосоматическое заболевание пациента Удо. Деструктивная динамика семейной группы, закрытой для коммуникации внутри и снаружи, выступает на этом примере особенно отчетливо. Все братья пациента реагируют тяжелыми психическими расстройствами в форме психосоматических и психотических заболеваний, а также антисоциального поведения. Тесную психодинамическую взаимосвязь сексуальной перверсии и психосоматического заболевания документируют примеры пациентов Бруно, Йёрна и Эберхарда. На примере пациента Бруно можно также видеть связь психосоматической симптоматики с паранойяльно-психотической реакцией и поведенческим отреагированием в группе. Бросающиеся в глаза параллели с сексуально-перверсным фетишистским поведением в примере пациента Йёрна иллюстрируют особую функцию замещающего объекта, выполняемую организмом психосоматически больного. Центральное значение интернализированной деструктивной агрессии в связи с психосоматическим и сексуально-перверсным поведением продемонстрировал пример пациента Эберхарда. Наконец, пример братьев Георга и Мартина позволяет понять психосоматическую и психотическую реакцию как отражение бессознательного конфликта идентичности, отреагированного матерью в отношениях с сыновьями. Различие в симптоматическом поведении братьев является прямым выражением расщепления материнского Я.

Последний пример психосоматической цепной реакции в терапевтической группе, являвшейся проявлением неудавшейся попытки психологической защиты от бессознательного страха расставания, показал, как на уровне бес-

сознательного групподинамического процесса может предстать центральная конфликтная ситуация, лежащая в основе генеза психосоматического заболевания и определяющая динамику психосоматического симптоматического поведения. Я имею в виду воспринимаемый как угрозу для жизни страх расставания, которым развивающийся ребенок реагирует на расставание с преэдипальной матерью и на непонимание с ее стороны.

В этом смысле можно сказать, что психосоматическое заболевание, как и другие формы архаических заболеваний Я, с которыми оно преимущественно связано, следует понимать как дефицитарное заболевание. Оно говорит о том, что пациент в самом раннем детстве не получил со стороны матери жизненно важного нарциссического подкрепления в форме эмоционального и тактильного контакта в достаточной степени, и поэтому приобрел структурный нарциссический дефицит уже в фазе развития соматического Я, делающий невозможным отграничение от матери и первичной группы, а также шаги к переживанию и реализации собственной идентичности. Психодинамика «поражения» по Энгелу и Шмалу (1967), характерная для возникновения каждого тяжелого органического заболевания, восходит к самым ранним ситуациям развития психосоматического больного. Она определяет опыт познания себя и окружающего мира в форме интернализованного, отщепленного и проявляющегося в симптоматическом поведении страха расставания и идентичности. Психосоматический больной, выражая бессознательные конфликты всей группы, выполняет важную функцию поддержания ее гомеостаза. Он необходим для ее сохранения.

Эта гипотеза является результатом изучения и лечения 1987 пациентов, которыми занимались я и мои берлинские сотрудники Германской Академии Психоанализа с 1965 года. Из этих 1987 пациентов 35% имели психосоматические нарушения. В 11% случаев семья распалась после того, как ее покинул «носитель симптомов», чтобы, например, учиться в другом городе. В 21% случаев роль центрального носителя симптомов брал на себя другой член семьи, часто сама мать. Можно сказать, что для того, чтобы сохранить семью от распада, роль носителя симптомов приходится брать на себя самому слабому члену семейной группы. В 3% случаев наступала психотическая реакция другого члена семьи после того, как ее покидал носитель психосоматических симптомов.

С моей точки зрения, в изучении затронутой здесь межличностной динамики психосоматического процесса заключается решающая задача психоаналитического исследования этой проблемы. Однако психоанализ может быть адекватным в решении этой задачи лишь тогда, когда выйдет за рамки индивидуально-психологической концепции классической теории неврозов и интегрирует в свою теорию и практику динамику бессознательных групповых процессов. Психоаналитическое исследование развития Я в группе и его нарушений, давно проводимое мной и моими сотрудниками, дало уже ряд важ-

ных результатов, прежде всего в области психоаналитического исследования и лечения тяжелых психических заболеваний, к которым, как я считаю, относятся психосоматические заболевания.

Систематическое вовлечение группы и ее бессознательной динамики в исследование и лечение нарушений психического развития - это богатый последствиями научно-теоретический шаг, значимый, с моей точки зрения, именно для исследований психосоматики, поскольку вовлечение группы в исследование и терапию связано с коренной сменой внутренних взаимосвязей ее теории. Вместо изолированного биологического организма в форме физиологического аппарата с его биохимическими процессами и закономерностями, каким его представляет естественнонаучная медицина и индивидуально-психологическая модель традиционного психоанализа, выступает «сверхорганизм», как обозначил группу еще в 1651 году английский философ Гоббс. Этот «сверхорганизм», основная единица биологического, психического и социального существования человека и группы, понимаемая как отграниченное поле многомерно детерминированных и взаимодействующих сил, должна стать несущей конструкцией в исследованиях психосоматики.

В особенности это относится к проблеме деструктивной агрессии, динамика которой является решающей для психосоматического симптоматического поведения. Изучение психосоматических процессов в групповой среде показывает, что саморазрушительная динамика психосоматической реакции, которая в рамках индивидуально-психологической концепции традиционного психоанализа интерпретируется как выражение врожденного инстинкта, может пониматься как реакция на деструктивную динамику распавшихся групп. Такие группы описывались в предшествующих главах. Они не могут сформировать когерентное силовое поле вследствие своих бессознательных конфликтов и поэтому не могут служить как «*facilitating environment*» для своих членов. Их расщепление и стереотипные обсессивные структуры, скрытые от сознания участников и служащие защите от открытого распада группы, становятся онтогенетическим прообразом нарушения Я слабейших членов, загоняемых в болезнь и служащих группе в качестве индивидуальных носителей симптомов. С моей точки зрения, патогенный симбиоз матери и ребенка, деструктивная динамика которого ответственна за возникновение структурного нарциссического дефицита, должен рассматриваться как реакция на латентную разорванность окружающей первичной группы.

Из этого тезиса о комбинировании аспектов психологии Я и групповой динамики следуют далеко идущие задачи для психосоматического исследования. Для семейных групп психосоматических больных следовало бы требовать проведения столь же глубокого анализа, какой уже проводился в основополагающих исследованиях с психотическими больными. На основе таких исследований могли бы быть сконструированы психологические тесты, делающие возможным раннее выявление лиц, предрасположенных к психосоматическим

тическим заболеваниям, и проведение целенаправленных профилактических мероприятий. Интересные шаги в этом направлении сделаны Рихтером, Бекманом (1969), а также недавно Ханом (1971). Особенного внимания заслуживают исследования ранних стадий психосоматических заболеваний в психоаналитических детских садах (Gisela Ammon, 1973).

Сюда могут быть привлечены и психофизиологические исследования в узком смысле слова, особенно проведенные в США. Они могут проводиться в рамках изучения групповой динамики для установления физиологических и биохимических коррелятов психодинамики группового процесса.

Но центральная задача психосоматического исследования заключается в последовательном психодинамическом анализе клинической ситуации и самого терапевтического процесса. Терапевтическая ситуация и взаимодействие между терапевтическими учреждениями, группами и пациентами, а также взаимодействие пациентов между собой и в здоровой среде становятся центральным предметом исследования. При этом особое значение приобретает психоаналитическая групповая терапия. Об этом я хотел бы рассказать подробнее.

Психоаналитическая групповая терапия как инструмент для лечения и исследования психосоматических заболеваний

В последние десятилетия психоаналитическая групповая терапия стала одним из важнейших инструментов для исследования и лечения психических заболеваний. В обеих областях она значительно расширила радиус психоаналитической работы. С моей точки зрения, причина этого развития в том, что терапевтическая группа обеспечивает прямой доступ к широкому видению психических процессов. В специфической динамике межличностных отношений в «здесь и сейчас» терапевтической ситуации психоанализ распознает выражение интернализованных, первоначально всегда межличностных, бессознательных интрапсихических конфликтов, возникших в прошлых жизненных ситуациях пациента и приобретающих вторичную патогенную автономию.

Терапевтическая группа при этом является более чем простым расширением диадной ситуации классического анализа. Она делает возможным возникновение целой сети межличностных отношений, которые взаимно влияют и перекрывают друг друга, индуцируя многообразно дифференцированные процессы переноса. Таким образом, терапевтическая группа становится сценой, на которой разыгрываются как инфантильные, так и актуальные конфликтные ситуации ее членов, неосознаваемые компоненты которых распознаются в группе и могут стать доступными осознанию и проработке с помощью последовательных интерпретаций переноса и сопротивления.

При психоаналитической групповой терапии речь идет не о простом применении классической формы психоанализа лечения в группе. Она скорее включает дальнейшую сферу терапевтической работы, которая, благодаря своей особой динамике переноса, не только значительно углубляет, дифференцирует и уточняет наше видение генеза психических нарушений, но и делает возможным психотерапевтическое лечение тех пациентов, которые в самом раннем детстве перенесли прямое и структурное повреждение личности и до сих пор считались непригодными для анализа. Как было показано в предшествующей главе, это особенно относится к психосоматическим пациентам.

В предыдущих главах я описал психосоматическое заболевание как приобретенное в самом раннем детстве структурное повреждение Я в форме нарциссического дефицита, который с помощью симптоматического поведения более или менее саморазрушительным образом компенсируется и отражается. При этом я пытался показать тесную связь между психосоматическим заболеванием и другими формами архаических заболеваний Я, например, психозами, пограничным синдромом и сексуальной перверсией, также являющимися реакцией на задержанное и искаженное в раннем детстве развитие Я и идентичности вследствие патогенной динамики симбиоза с матерью.

Задача психоаналитической терапии при этих заболеваниях Я радикально отличается от классического лечения неврозов, ориентированного на эдипальные нарушения, поскольку симптоматическое поведение, связанное с архаическими заболеваниями Я, имеет иную функцию по сравнению с симптомом эдипального невроза. Оно не является, как при эдипальном неврозе, выражением интрапсихических конфликтов между развитыми психическими структурами, ставших неосознаваемыми в результате вытеснения, динамика которых в бессознательном ведет к первоначально непонятному частичному затруднению в переживаниях развитого и отграниченного Я. Симптоматика архаических заболеваний Я скорее является проявлением того, что оказались невозможными дифференцировка и отграничение психических структур. Поэтому в симптоматическом поведении проявляется не просто ограничение Я в смысле более или менее генерализованного снижения его функциональных возможностей. Скорее симптом призван напрямую заместить отсутствующую психическую структуру, он служит компенсации нарциссического дефицита и защите связанного с этим дефицитом архаического страха расставания и уничтожения. Поэтому симптом ни в коем случае не должен анализироваться напрямую. Такое устранение симптома, как показано, часто приводит к психотической дезинтеграции пациента, с отнятием симптома лишенного жизненно важного для него защитного механизма. Терапия имеет скорее задачу обеспечить больному восстановление Я и идентичности, что позволит ему постепенно получить инсайт на архаические потребности и страхи, определяющие его симптоматическое поведение, и постепенно приобрести более успешные формы обращения с собой и окружающим миром.

Центральной проблемой психоаналитической терапии становится то обстоятельство, что пациенты в силу своего нарциссического дефицита не способны наблюдать и осмысливать свое поведение и переживания. Пациенты в состоянии шизоидной отщепленности совершенно не в состоянии воспринимать бессознательные потребности и страхи,отреагируемые ими в симптоматическом поведении. Фридман (1972) придерживается мнения, что пациенты, сформировавшие в самом раннем детстве дефицитарное Я вследствие педагогической запущенности, «непригодны для анализа». Он считает, что за фасадом нарушений переживаний и поведения у этих пациентов нельзя обнаружить неосознаваемые конфликты, анализ которых привел бы к изменению психических структур и новой организации личности. Он предполагает, что ранний дефицит опыта и его структурные последствия следует расценивать так же, как нарушения развития, проистекающие из врожденных расстройств важных органов чувств, как, например, при врожденной слепоте. Действительно, фон Сенден (1932) обнаружил, что оперативное удаление серой катаракты у слепорожденных в зрелом возрасте воспринимается ими как тяжелая травма, связанная с массивным прорывом чувственного опыта, для которого в организме не сформированы механизмы его переработки в переживаниях и поведении. Впоследствии этим пациентам было практически невозможно приобрести визуальную ориентировку. Некоторые после многомесячных попыток привыкания в отчаянии просили снова вернуть им слепоту.

С моей точки зрения, это наблюдение на пациентах с ранним дефектом соматического Я и вытекающим из этого дефицитом опыта опровергает предположение Фридмана (1972) о том, что приобретенный в результате педагогической запущенности в раннем детстве дефицит опыта не воспринимается как травматичный и поэтому не связан с бессознательными конфликтами. Если он говорит об этих пациентах: «One must assume a situation of which one can say there is literally nothing to analyze. I believe precisely this to be the case in the individual who has suffered severe early environmental deprivation»¹, то это справедливо лишь в том отношении, что не могут быть обнаружены невротические корреляты интрапсихических конфликтов. Но это не означает, что нет конфликтов вообще и поэтому невозможна никакая психоаналитическая терапия. Когда в центре находится межличностная ситуация, проблема отграничения вовне и внутрь, она имеет лишь другую задачу. Речь идет не о том, чтобы уже приобретенный, но вытесненный и ставший бессознательным, опыт снова стал доступным для сознательного Я благодаря устранению вытеснения. Речь скорее идет о том, чтобы обеспечить Я возможность вообще приобретать опыт. Или, на примере пациента, о котором сообщал фон Сенден (1932), можно сказать: недостаточно слепорожденному открыть глаза, ему нужно также помочь

¹ Нужно принять ситуацию, о которой можно сказать, что в ней нет буквально ничего для анализа. Я поверил в это, чтобы быть единственным, кто перенес серьезную раннюю депривацию.

научиться видеть. В приложении к лечению психосоматически реагирующих пациентов это означает: недостаточно отнять у них симптом, им надо при этом помочь заменить симптоматическое поведение, представляющее собой в своем стереотипном повторении также форму слепоты и неспособности к приобретению опыта, более успешными и гибкими формами усвоения опыта и защиты от травмирующих повреждений.

«Предполагается ситуация, о которой можно сказать, что здесь буквально нечего анализировать. Я думаю, что именно это имеет место в случае индивидуума, перенесшего тяжелую раннюю социальную депривацию».

Александр (1950) говорил об «эмоциональной бреші», остающейся в больном после устранения органического симптома. Он подчеркивал также опасность психотической дезинтеграции, которая может следовать из этого. Эта «эмоциональная брешь» как раз и обозначает «дыру в Я», структурный дефицит в границе Я пациента, поэтому целью терапии должно быть содействие пациенту в формировании функционально эффективной границы Я, которая, в конце концов, делает ненужным отщепленное психосоматическое симптоматическое поведение, заменяющее или защищающее такую границу Я. Из этой задачи вытекают коренные различия в технике классической психоаналитической терапии невротизов и психоаналитической терапии психосоматической реакции - болезни Я.

В то время как при психоаналитической терапии невротизов в рамках классического анализа пациент обладает предпосылкой для аналитической работы - когерентной границей Я, благодаря которой становятся возможными рефлексия и инсайт- при лечении психосоматического пациента терапевтическая ситуация сама своей структурой берет на себя функции отграничения Я и наблюдения за больным, помогая ему постепенно интегрировать ее как свои собственные границы Я. Иными словами, психоаналитическая терапия в этом случае должна сама создать структурную предпосылку способности к прохождению анализа и сообщить их пациенту.

Это относится, конечно, не только к психоаналитической терапии психосоматических пациентов, но и к терапии архаических болезней Я вообще. Поэтому разработанные приемы психоаналитического лечения психозов, пограничных синдромов и сексуальных перверсий, описанные мной (Ammon, 1973a, d, e, f; 1974), могут быть также использованы в лечении психосоматических пациентов. Центральное значение при этом имеет основной тезис, что симптом, служащий, как, например, при психосоматическом заболевании, пациенту архаической защитной формацией, которая ему срочно нужна для поддержания интеграции и функциональных способностей Я, не должен становиться прямой мишенью психоаналитического вмешательства. Его нужно скорее обходить - техника, описанная Кнайтом (1953) для терапии пограничных синдромов и Кханом (1968) для терапии сексуальных перверсий (см. также Ammon, 1973a). Аналитик должен пытаться прямо говорить с пациентом о его страхах, деструктив-

ной агрессии, потребностях и фрустрациях. Поэтому в центре внимания не соматический симптом, а повреждения раннего детства, их бесконечно возобновляемые проявления в его переживаниях и поведении. В центре терапевтического взаимодействия находится прежде всего его искаленная и деструктивно деформированная потребность в автономии и идентичности.

В особенности важна при этом обработка деструктивной агрессии пациента, в которой проявляется его конфликт идентичности. Лишь когда удастся осознать деструктивную агрессию как проблему, ее межличностный генез в интернализированной первичной группе и актуальных представительствах (актуальных группах пациента) сделать доступным его эмоциональному переживанию и инсайту, лишь тогда достигается уровень терапии, на котором возможна проработка бессознательного конфликта идентичности. Лишь тогда может удастся вместо заместительной идентичности психосоматического пациента прийти к свободному от иррационального чувства вины и страха отграничению своей идентичности вовне и внутрь, расширяя ее теперь благодаря конструктивной агрессии и креативности. По нашему опыту, проработка деструктивной агрессии, эмоциональное переживание и рефлексирующий инсайт на ее генез чаще всего становится поворотным пунктом терапевтического процесса.

Для терапии деструктивной агрессии во всех формах ее проявления особенно пригодна психоаналитическая групповая терапия и развиваемая мной с 1959 года психоаналитическая терапия средой (Ammon, 1959, 1970a, 1973a, b, e). Существенным здесь является прежде всего расщепление переноса, в особенности интенсивного и симбиотического у психосоматически реагирующих пациентов, достигаемое благодаря расширению числа участников терапевтической ситуации. Это расщепление переноса в форме «мультилатерального переноса» позволяет в терапевтической ситуации легче переносить выбросы деструктивной агрессии, изначально связанной с архаическим симбиотическим переносом. С другой же стороны, группа в целом может восприниматься отдельными участниками как мать – обстоятельство, на которое в особенности обращал внимание Вальтер Шиндлер (1952, 1966). На уровне исследованных Биомом (1961) первично-процессуальных групповых процессов группа может стать прямым отражением «мира первобытной пещеры» (Spitz, 1955), на значение которого в генезе психосоматических нарушений уже указывалось. С другой стороны, расщеплению соответствует непрямая концентрация переноса, делающая возможной глубокую регрессию вплоть до первых этапов развития Я и доступ к модусу функционирования Я и его состояниям, восходящим к периоду до разделения Я и Не-Я.

Группа также предоставляет поле для опыта, в котором реализуется актуальное поведение пациентов в различных группах его функционирования. На этом уровне она представляет собой групподинамическую лабораторию. Средний уровень формирует ситуация переноса, в которой группа воспринимается как семейная и становится сценой бессознательных эдипальных конфликтов и их динамики.

Тем самым создается ситуация, в которой проявляются все аспекты и фазы развития Я и инстинктов в связи с базисной межличностной динамикой бессознательных групповых процессов, что является предпосылкой инсайта у пациентов. Фоулкес (1965) удачно назвал этот эффект бессознательной групповой динамики «матрицей» всех сознательных и бессознательных процессов в группе. Я сам указывал на то, что группа в ходе терапевтического процесса становится одновременно реальным и символическим олицетворением Я отдельных ее членов в сознательных и неосознаваемых, здоровых и больных аспектах. При этом параметры групповой динамики и патологии Я терапевтического процесса восстановительного развития Я и идентичности образуют две стороны одного процесса, они могут адекватно распознаваться лишь в их взаимосвязи. В этом – одна из существенных задач психоаналитика (Ammon, 1973b, e; 1974).

Значение, которое групповой процесс имеет как для возникновения лежащего в основе психосоматического заболевания нарциссического дефицита, так и для симптоматического поведения психосоматика, подробно представлено в предшествующих главах. Предлагая психосоматическому пациенту для обработки его симптоматики терапевтическую ситуацию психоаналитической групповой терапии, мы, с одной стороны, соответствуем ситуации возникновения, в которой была приобретена предрасположенность к психосоматическому заболеванию, с другой – пусковой ситуации, в которой позже манифестировало заболевание. Но прежде всего мы идем навстречу доминирующей тенденции в симптоматическом поведении психосоматика с больным Я. В бегстве от деструктивной динамики своей интернализированной группы он постоянно ищет внешнюю группу, которая, как «хорошая мать», может защитить его от деструктивной динамики интернализированной группы. Однако, внешняя группа может функционировать как «хорошая мать» лишь тогда, когда она одновременно представляет интернализированную группу «злой матери» раннего детства. Это обстоятельство объясняет глубокую амбивалентность, которая определяет объектные отношения психосоматических пациентов и характеризует их переживания и поведение в группах.

Группа должна выполнять для этих пациентов одновременно две функции. С одной стороны, она должна быть группой внутренних объектов. Это проявляется в том, что пациент пытается своим симптоматическим поведением сделать всех членов своей жизненной группы, так сказать, статистами в своей симптоматической драме. Он требует от них безоговорочного подчинения своим потребностям. С другой стороны, группа должна представлять собой реальную группу внешних объектов, в которой пациент мог бы получить реальную опору и которая дает ему ориентиры во внешней реальности. Иными словами, больной ожидает, чтобы группа стала границей его Я и функционировала бы в этом качестве. В своем террористическом поведении он навязывает ей эту функцию и пытается дирижировать группой.

Своим зависимо подчиненным поведением он, так сказать, делегирует эту функцию группе и безвольно приспосабливается к ней. Оба рисунка поведения предстают как реакция на архаический страх расставания, из-за которого отграничение как от интернализированной, так и от внешней группы воспринимается экзистенциальной угрозой, «чрезмерным страхом уничтожения» (Richter, Beckmann, 1969).

Терапевтическая группа должна подготовить гибкие рамки, в которых отдельные члены группы могли бы отреагировать свой конфликт отграничения. Она должна одновременно включать рамки психодинамических отношений, которые помогли бы пациентам распознать значение своего психопатологического поведения. С одной стороны, она должна сделать возможным эмоциональное переживание конфликта. С другой же, в смысле «corrective emotional experience» (Alexander, 1952), она должна сделать возможной коррекцию этого эмоционального переживания и рефлексирующий инсайт.

Как я показал в другом месте, возникновение «групповой границы» является неременной предпосылкой того, что терапевтическая группа может выполнить эту задачу. При этом «групповой границей» я называю процессуальную групподинамическую инстанцию, благодаря которой группа гибко отграничивается от внешнего мира, терапевта и психопатологических переживаний и поведения отдельных своих членов. Лишь с возникновением такой «групповой границы» группа становится когерентным психодинамическим силовым полем, в котором могут отражаться процессы переноса (Ammon, 1970a, 1972a, 1973e, 1974). Она служит прообразом границы Я, которую члены группы постепенно формируют или делают гибкой в ходе восстановительного развития Я. Ее возникновение возможно, лишь если терапевт в своей функции «центральной фигуры» (Redl, 1971) группы в состоянии открыться навстречу переживаниям переноса и деструктивной агрессии в симптоматическом поведении пациентов и своим поведением в группе показать, что поведение переноса и деструктивную агрессию можно понять, не подыгрывая ей подчинением или бегством.

С постепенным формированием «групповой границы» группа сама все более перенимает функцию отграничения от внутренней и внешней деструкции, поначалу воспринимаемой лишь терапевтом. Тем самым она приобретает все большую автономию и свою специфическую групповую идентичность. Таким образом, терапевтическая группа все более становится «межличностным внутренним пространством», в рамках которого пациенты могут оставить свое слепое симптоматическое поведение по мере того, как группа помогает им учиться видеть все шире и распознавать и прорабатывать конфликт идентичности, отреагируемый на уровне тактильного соматического Я.

Как и граница Я, «групповая граница» имеет функциональный аспект и аспект идентичности, служащий ей как структурный прообраз.

Члены группы отражают поведение отдельных пациентов, поведение терапевтов и поведение группы в целом на всех уровнях вербальной и невербальной, эмоциональной и интеллектуальной коммуникации. Они функционируют как круг различных зеркал, в которых во многих различных аспектах отражается симптоматическое поведение отдельных членов. В качестве «обратной связи» это поведение комментируется переживаниями и вербальными и невербальными высказываниями членов группы. Пациенты выполняют, таким образом, функцию ко-терапевтов.

Например, мы можем постоянно наблюдать, что пациенты, которые не в состоянии получить инсайт на их собственное поведение, все же оказываются в состоянии с удивительной точностью распознавать переживания и поведение других пациентов, проникая в их психодинамику. Это функциональный аспект групповой границы, которая конфронтирует отдельного пациента с его поведением и, благодаря расщеплению его переноса, делает для него возможным инсайт, поначалу частичный, на болезненное, деструктивное в его поведении.

Группа как целое также формирует единство, когерентное психодинамическое силовое поле. По смыслу это отражает круг, образованный сидящими участниками. Она может переживать себя как это единство, и в этом смысле переживания и поведение отдельных пациентов могут пониматься как индивидуально специфичный вклад в групповой процесс. Единство, переживаемое и рефлекслируемое как таковое, как когерентное целое, отграничивает группу вовнутрь от отдельных ее членов и вовне от внешней реальности.

Функциональный аспект и аспект идентичности групповой границы и границы Я не могут быть жестко отделены друг от друга, это два аспекта одного и того же группового процесса, сменяющие и дополняющие друг друга в сознательном восприятии происходящего.

Для терапевтической техники из этого следует, что наблюдаемое в группе поведение протекает одновременно на различных уровнях переноса. С одной стороны, каждый пациент своей вербальной и невербальной коммуникацией выражает свои интрапсихические конфликты. С другой стороны, он определяется в своем поведении реактивирующимися в переносе на других членов группы межличностными конфликтами в своих отношениях в раннем референтном окружении. Кроме того, развивается отношение переноса отдельных участников к группе в целом, воспринимаемой, как правило, в качестве матери, а также перенос всей группы на терапевта или терапевтов. Само собой разумеется, что наряду с этим развивается отношение переноса отдельного пациента на терапевта или терапевтов.

Различные психодинамические взаимосвязи различных интрапсихических, межличностных и групподинамических аспектов происходящего в терапевтической группе раскрываются в интерпретациях терапевта. При этом, в зависимости от удельного веса интерпретируемого процесса, акцент возлагает-

ется на динамику в группе в целом, на динамику межличностного взаимодействия в группе или на интрапсихические конфликты отдельных участников. Жесткое разделение различных аспектов, ограничение уровнем группового взаимодействия, будь это динамика интрапсихического конфликта отдельных членов или динамика группы в целом, с моей точки зрения, не оправдано, хотя отдельные уровни происходящего в терапевтической работе в разные моменты на какое-то время могут доминировать. Затронутые здесь основные принципы терапевтической техники психоаналитической психотерапии я детализировал в изданной мною книге «Групповая психотерапия» (Ammon, 1973b).

Вопреки все еще распространенному среди психоаналитиков предрассудку, групповая ситуация не имеет следствием уплощение психических процессов. Напротив, именно групповая ситуация может инициировать чрезвычайно глубокую динамику. В силу этого она, в особенности, показана для лечения более тяжелых психических заболеваний (Ammon, 1973a). Это относится и к психосоматическим заболеваниям. Групповая ситуация, благодаря не прямой интерпретации, облегчает обход защитных формаций психосоматического симптоматического поведения. Пациент может идентифицировать себя с другими участниками и относить к себе интерпретации, которыми терапевт и группа отвечают на это. С моей точки зрения, исключительно важно, что терапевтическая группа позволяет прямо конфронттировать пациента с его поведением. Здесь психоаналитик может быть значительно активнее, чем в индивидуальной ситуации индивидуальной терапии, поскольку группа в целом в состоянии вынести и проработать более сильную конфронтацию, поддерживая тем самым отдельного пациента. Активная конфронтация важна потому, что в терапии психосоматических больных мы, в отличие от классической терапии неврозов, не должны ждать, что пациент сам будет искать терапевтический контакт и давать материал для обсуждения в форме фантазий и осмысления своей проблематики. Напротив, терапевту приходится самому активно обращаться к больному, он должен как прямо конфронттировать и провоцировать его, так и прямо демонстрировать свое эмоциональное участие и теплоту в форме активно проявляемой эмпатии. Следовательно, терапевт должен постоянно предлагать прямое и активное взаимодействие, чтобы таким образом способствовать пациенту в выражении своих чувств, что часто является предпосылкой для того, чтобы тот вообще узнал о них.

Иными словами, с точки зрения терапевтической техники, психосоматическое заболевание должно пониматься и лечиться прежде всего как «органический психоз», то есть симптоматика так же не становится мишенью, как и при психоаналитической терапии психозов. Здесь, где бессознательное отреагируется на соматическом уровне так же, как при психозе в межличностной сфере, прямое аналитическое устранение симптомов было бы так же бессмысленно, как и при лечении психозов. Или, на примере упомянутого выше пациента фон Сендена (1932): мы должны сначала помочь пациенту сформировать

эмоциональные и структурные предпосылки способности видеть, прежде чем оперативное вмешательство устраним бельмо и откроет глаза. Это происходит благодаря тому, что последовательно активное поведение терапевта (как конфронтация, так и сообщение поддержки и эмпатии) поможет пациенту уяснить неадекватность его симптоматического поведения, одновременно предоставляя ему средства развития собственных конструктивных и креативных функций Я вследствие идентификации с психотерапевтом и конструктивными функциями группы.

При этом особенно важна проработка деструктивной агрессии пациента. В рамках интересного исследования групповой динамики Миллс (1964) показал, что идентификация члена группы с ее лидером может возникнуть лишь после проработки деструктивной агрессии, что позволяет группе постепенно перенимать интегрирующие функции лидера и тем самым вступать в общий процесс приобретения опыта и научения, делающий группу группой (см. также Ogilvie, 1965). В терапии пациентов с больным Я, особенно психосоматиков, это имеет центральное значение. Лишь когда удастся их конфронтация с деструктивно-агрессивным поведением и его проработка в терапевтическом взаимодействии, эти пациенты могут начать идентифицировать себя с аналитиком, интернализируя конструктивно-агрессивные аспекты своего поведения как границу Я. По нашему опыту, этот шаг, одновременно предоставляющий первую форму свободного от чувства вины отграничения от терапевта, связан с тем, что пациенты могут выйти из «психосоматического статуса» диффузной дезориентированности внутрь и наружу и постепенно начать развивать более дифференцированные формы конструктивно-агрессивного поведения по отношению к себе и окружающим вместо описанных выше архаических реактивных защитных механизмов. Однако при этом аналитик не должен ждать, что психосоматический пациент сам вынесет деструктивно-агрессивную динамику своего поведения как проблему для терапии. Его симптоматическое поведение служит именно тому, чтобы благодаря отщеплению целых областей опыта и функционирования сделать эту деструктивную динамику своего поведения чуждой Я, что как раз и характеризует «психосоматический статус». Поэтому важно прямое обращение к личности этих пациентов в обход их психосоматического и часто также интеллектуализирующего защитного фасада.

Ситуация терапевтической группы создает для этого особые предпосылки и делает возможной применение специфической техники. Например, мы можем постоянно наблюдать, что в многообразном переплетении проекций и идентификаций в группе спонтанно создаются психодинамические констелляции, представляющие патогенные групповые ситуации раннего детства. Психосоматики воспринимают эти ситуации на первично-процессуальном уровне их бессознательного переживания точно так же, вытесняя и отрицая в сознательном поведении. В этих ситуациях на основе точного анализа своего

противопереноса в «здесь и сейчас» терапевт может с помощью активного психодраматического представления внутренних объектов пациента открыть для него доступ к бессознательным переживаниям, помогая ему тем самым экстернализовать бессознательный конфликт с этими внутренними объектами. Тем самым может подвергнуться осмыслению и проработке интернализованная деструктивная агрессия в «межличностном внутреннем пространстве» группы, где она переживается пациентом и группой.

При этом речь идет не о простом катарсическом отреагировании пациента, вызванном психодраматическим представлением психотерапевта, и не о формализованной психодраме. Скорее здесь последовательный анализ противопереноса позволяет терапевту заострение спонтанной первично-процессуальной динамики группового процесса, идущей в основном в форме невербальной коммуникации. Вступая на первично-процессуальный уровень коммуникации, психотерапевт может, с одной стороны, общаться с пациентом напрямую, в обход защитных механизмов, с другой стороны, своим поведением он стимулирует группу в целом к усилиям по активному анализу первично-процессуально представленной конфликтной ситуации пациента. Эта техника особенно важна для лечения психосоматически заболевших пациентов, чья шизоидная структура не позволяет им самим найти доступ к внутренним объектам и богатой конфликтами динамике. Группа образует защитные рамки для этой формы непосредственного терапевтического взаимодействия. Она берет на себя роль «хорошей матери» в смысле «окружающего мира как матери» (Winnicott). Она предоставляет пациенту «*facilitating environment*», под защитой которого он может научиться обращаться со своими архаическими страхами расставания и идентичности относительно интернализованных объектов без того, чтобы спастись бегством в симптоматическое поведение, делающее эти страхи отщепленными и недоступными.

При этой терапевтической технике, соответствующей «вхождению в мир психоза» – как нам об этом известно из терапии психозов – речь идет также о форме первично-процессуальной коммуникации, знакомой нам по процессам сновидений. Терапевт представляется пациенту угрожающим внутренним объектом, так сказать, в форме персонажа сновидения, на который он отвечает непосредственно и первично-процессуально. При этом с помощью групповой границы группа в целом образует фон сновидения, перенимая, таким образом, функцию границы Я. Она помогает пациенту рефлексировать и интерпретировать психодраматическое взаимодействие с терапевтом и его реакциями (Ammon, 1973 e, f). Важность этой формы психоаналитической прямой терапии именно для психосоматически реагирующих пациентов подтверждается и тем, что эти пациенты в силу их повреждения Я часто не способны видеть сны или распознавать сноподобные переживания как таковые и интегрировать их в прочие переживания и поведение. Лишь в рамках терапии переживание сна обретает значение для этих пациентов и часто становится клю-

чом для терапевтической работы. Впрочем, здесь имеется отчетливая параллель со сновидениями психотически реагирующих пациентов, факт, который я детально осветил в ряде публикаций (Ammon, 1972d, 1973g).

Формирование сновидений у психосоматически заболевших пациентов является, с моей точки зрения, неисследованной областью, хотя именно здесь открывается доступ к структуре Я и бессознательному конфликту идентичности больных. Я постоянно обнаруживал, что сновидения психосоматически заболевших пациентов отличаются особым качеством. Они выражают бессознательные конфликты пациентов своего рода психосоматическим образным языком. Подобно тому, как в ответах психосоматиков на тесте Роршаха часто встречаются обозначения органов, их сновидения часто загружены органами интересами.

Так, например, когда во время учебного анализа возникли сомнения, удастся ли кандидату стать психоаналитиком, и он отреагировал на это психосоматической реакцией, ему приснился следующий сон: на хирургической операции у него удалили сердце и держали перед его глазами. С чувством глубокого удовлетворения он видел хорошее кровенаполнение сердечного мускула и отсутствие признаков ожирения. Лишь с одной стороны сердца висел маленький жировой лоскут. Проработка идентичности кандидата как психоаналитика (он долго не решался избрать эту профессию) сопровождалась повторными сердечными приступами, в связи с которыми он нуждался во врачебной помощи. Вечером накануне этого сна он чувствовал давление в области сердца и опасался повторения приступа. Анализ сновидения показал, что в этот период он бессознательно воспринимал свой учебный анализ как сильную угрозу, как болезненное и страшное вмешательство в его жизнь. Во сне же вмешательство было безболезненным и осуществлялось в сознании, сердце же – символ его живой идентичности, подвергавшийся угрозе в результате учебного анализа, выглядело сильным и неповрежденным. Происходило двойное вытеснение бессознательного конфликта идентичности, реактивированного в результате проработки его на учебном анализе. Во-первых – на уровне прямого психосоматического отреагирования в форме острой сердечной боли, во-вторых – во сне, который представил этот конфликт несуществующим также на уровне органического языка. Оба раза, однако, его Я оказывалось парализованным и пассивным. Как его сердечные жалобы, так и испытанное во сне исполнение желания удалось в ходе анализа понять как попытку защиты от угрозы идентичности, сопровождаемой сильным бессознательным страхом.

В другом случае психосоматически заболевший пациент, страдавший сердечной патологией, после сильного сдавливания в области сердца видел сон, в котором он был закрыт в тесном помещении. Он чувствовал себя как бы парализованным, неспособным к попыткам освободиться и проснулся с сильным страхом. Здесь сновидение, по открытым Фрейдом (1900) законам рабо-

ты сна, перевело жизнь органов в символику сновидений. В то время как психосоматическая реакция (боли в области сердца возникли в ходе реактивированного бессознательного конфликта зависимости и расставания) выводит бессознательный конфликт пациента на уровень органного языка, сон выставляет самого пациента на место сдавленного и угрожаемого сердца. Органное чувство воспринимается здесь как чувство соматического Я.

В обоих случаях как психосоматическая реакция, так и соответствующее поведение во сне (даже если во втором сне прямая органная речь отсутствует, и пациент сам занимает место органа) являются выражением бессознательного конфликта идентичности и отображают структуру Я спящего пациента на первично-процессуальном уровне. В другой публикации я подробно осветил этот аспект психологии Я сновидения, который уже упоминал Эриксон (1954), и указывал при этом на связь индивидуального формирования сновидений с бессознательной динамикой группы, членом которой является больной (Ammon, 1973f). В приведенных материалах о ходе лечения мы находим несколько снов психосоматически заболевших пациентов, их структура является прямым отражением структуры Я спящего. Такими, например, являются сны пациентов Бруно, Йёрна и Хельги. Во всех этих снах повреждение Я пациента прямо проявлялось в форме разрушения тела, а паралич функций Я манифестировал в форме тревожной пассивности или отчаянной борьбы за контакт или ограничение.

Однако очень часто мы видим, что психосоматически заболевшие пациенты или вообще не в состоянии видеть сны, или имеют трудности в различении между сном и реальностью. Из-за ригидных защитных структур эти пациенты или не могут получить доступ к первично-процессуальным переживаниям, или они беспомощны, находясь, полностью в их власти. В описанной форме прямого психодраматического взаимодействия терапевт может идти навстречу этому обстоятельству. В рамках терапевтической ситуации он олицетворяет внутренние объекты психосоматически застывших пациентов, а в своем активном поведении психодраматически представляет их деструктивную динамику. Приняв на себя за больного специфическую функцию Я первично-процессуальной работы образования сна, на уровне первично-процессуальной коммуникации он может обойти симптоматическое поведение пациента и фасад его защитных механизмов, прямо достигая его бессознательного конфликта идентичности. Появление снов у психосоматически заболевших пациентов часто представляет собой важный диагностический критерий продвижения терапевтического процесса и развития Я пациента. Он показывает, что пациент нашел доступ к своим внутренним объектам.

Ясно, что вышеописанная терапевтическая техника предполагает наличие у аналитика низкой тревожности, достаточной способности к первично-процессуальной коммуникации и возможна лишь при постоянном контроле противопереносов. При отсутствии страха это значительно облегчается груп-

повой ситуацией. В этом смысле можно сказать, что терапия психосоматически заболевших пациентов требует от терапевта, чтобы он последовательным анализом своего противопереноса и рефлексивной инструментализацией терапевтического взаимодействия взял на себя за пациента значительную часть той аналитической работы, которая в классической терапии неврозов ожидается от самого пациента. Здесь, с моей точки зрения, имеется опасность, связанная с концепцией «двухфазного защитного процесса» Миттерлиха. Расширенная концепция вытеснения и конверсии укрепляет традиционную психоаналитическую технику, созданную в форме так называемого стандартного метода для терапии неврозов, и застилает взгляд на насущные для лечения психосоматических больных изменения в постановке задач, структуре и технике терапевтической работы. Активная, ориентированная на психоаналитическую терапию психозов форма психоаналитического лечения психосоматических заболеваний в моем описании имеет целью не «нейтрализацию» или «сублимацию» врожденного инстинкта разрушения, представляющего, с моей точки зрения, ничем не доказанную и многим опровергнутую гипотезу. Ее целью скорее является симбиотическая диффузия идентичности психосоматика, его нарциссический дефицит и архаический экзистенциальный страх, которые выдвигаются в центр терапевтической работы. Деструктивная агрессия является не инстинктом, который надо смягчить и дисциплинировать, а реактивным защитным механизмом, интернализированным у больного, который в самом раннем детстве был подвержен экзистенциальному страху быть покинутым. Интернализированная деструктивно деформированная агрессия может быть превращена в конструктивную, если удастся установить терапевтическую ситуацию, в которой пациент может экстернализовать интернализированную первичную группу и ее деструктивную динамику и вновь пережить связанный с этим экзистенциальный страх. При этом, как я показал, психосоматик опирается прежде всего на психоаналитически рефлексивную активную помощь аналитика.

Предлагая пациенту помощь и защиту в его усилиях по интеграции экзистенциального страха уничтожения в своих переживаниях и поведении, психотерапевт и группа часто впервые делают возможным для больного позитивно-конструктивную идентификацию с внешними объектами, которая становится основой чувства Я, впервые свободного от иррационального страха и чувства вины, переживания свободы собственного существования. Лишь когда это удастся, когда преодолена решающая фаза развития Я и идентичности по выходе из симбиоза с интернализированной «злой матерью» и первичной группой, тогда создается основа для дальнейшей психоаналитической работы, в ходе которой благодаря меняющимся идентификациям деструктивная агрессия постепенно вновь преобразуется в конструктивную. Она служит расширению и дифференцировке Я и его ограничению, то есть вновь обретенной или впервые пережитой идентичности.

В ходе терапевтического процесса такого восполняющего развития Я и идентичности в группе психосоматическое симптоматическое поведение все более теряет функциональную ценность для пациента. По мере того, как действительная идентичность выстраивается за фасадом психосоматической псевдоидентичности, в конце концов, оно разваливается как картонный домик. В конце этого процесса – расставание с терапевтом и группой, которое, по опыту, сопровождается реактивацией симптоматического поведения и должно быть относительно быстро проработано. «Психосоматический статус» не является более заменителем идентичности, он стал костюмом, который можно снять без вреда для личности. Расставание с группой и психотерапевтом ставит, так сказать, точку в формировании собственной идентичности. Оно сравнимо, если еще раз вернуться к примеру фон Сендена, с операцией, возможно болезненной, но открывающей глаза пациенту, который перед этим научился видеть.

После этого очерка теории и техники активной психоаналитической терапии психосоматических заболеваний в рамках психоаналитической групповой терапии я хотел бы остановиться на особых возможностях, открываемых этой формой терапии для исследования психосоматических заболеваний. По сравнению с классической стандартной ситуацией психоанализа, преимущество, предоставляемое групповой ситуацией, в этом отношении имеет большое значение. Терапевтическая группа позволяет привлечь ко-терапевтов и наблюдателей в ситуацию терапевтической работы. Она дает значительно более высокий уровень контроля и объективности сделанных наблюдений. По нашему опыту, сама группа воспринимает приход ко-терапевтов и посещение наблюдателей в основном как обогащение терапевтической ситуации (Ampion, 1973e). Помимо этого, психодинамическое силовое поле группы дает нам возможность исследовать генез психосоматических реакций, их течение и динамику в «здесь и сейчас» групповой ситуации. Мы можем видеть, на какое поведение в группе пациент реагирует психосоматически.. Рисунок его поведения в группе и реакция группы на него, позиция, занимаемая им в группе, – все это дает нам информацию о том, какое пространство мать и первичная группа предоставляли пациенту в период раннего детства.

В процессе восстановительного развития Я и идентичности пациента мы можем наблюдать также процессы сдвига симптомов, характерные для многих психосоматических заболеваний и коррелирующие с межличностной ситуацией в терапевтической группе. Как представитель раннего симбиоза в первичной, актуальных жизненных и производственных группах, терапевтическая группа дает ключ к психодинамике пациента в этих ситуациях.

Особенно интересными для исследования мне представляются психосоматические цепные реакции, которые мы можем наблюдать в терапевтических группах и которые я проиллюстрировал на одном примере. Группа как целое реагирует в этих случаях на уровне соматического Я, она сама

становится олицетворением соматического Я своих членов, нарушения Я которых проявляются здесь в межличностном сдвиге симптомов в соматическом Я всей группы.

Выделение особых возможностей, предоставляемых высоко дифференцированным инструментом терапевтической группы для исследования и лечения психосоматических заболеваний, не означает, однако, что психоаналитическая групповая терапия показана для каждого психосоматического больного. Несмотря на то, что многие пациенты очень быстро находят групповую ситуацию полезной, мы часто сталкиваемся с пациентами, которые из-за чрезвычайного страха перед группой не в состоянии ее использовать. Здесь, как это было видно в приведенных выше примерах, показана индивидуальная психоаналитическая терапия или комбинация обоих подходов. Но это ничего не меняет в принципах терапевтической стратегии и техники. На место ситуации со многими участниками выступает диадная ситуация или комбинация с ней. Дальнейшей возможностью является комбинация различных форм терапии в смысле временной последовательности. Пациент, если он, например, вследствие своей бессознательной динамики постоянно попадает в группу в излишне крайнюю позицию, задерживая ее развитие, может проработать эту проблему в рамках индивидуальной терапии и позже вновь вернуться в группу.

Приведенные клинические иллюстрации показали, как важно, чтобы «терапевтическое поле» медицинского учреждения, будь это частная практика, клиника или психосоматическое отделение больницы, располагало достаточным числом комбинирующихся друг с другом терапевтических ситуаций, чтобы оптимально соответствовать терапевтическим потребностям пациента. Однако это означает, что терапевтическое учреждение в целом должно функционировать как терапевтическая группа, то есть как когерентное психодинамическое силовое поле. Непременной предпосылкой для этого является то, чтобы терапевты и их сотрудники сами воспринимали себя как группу, и чтобы деятельность учреждения в целом была структурирована с психодинамической точки зрения. Ибо там, где пациент не может войти в терапевтическую группу, учреждение само должно принять на себя функции терапевтической группы, то есть защищенного «межличностного внутреннего пространства», в рамках которого пациент мог бы получить инсайт на свои конфликты (Ampion, 1973a).

Здесь возникает также проблема отграничения от традиционной органической медицины и ее учреждений. Хотя, с моей точки зрения, уже не подлежит сомнению, что психосоматическое заболевание является выражением тяжелого психического нарушения, адекватное лечение которого может происходить лишь в рамках психотерапии, это все же не делает участие интерниста изначально лишним. Пока пациент нуждается в помощи интерниста или другого специалиста, такое лечение должно проводиться. Важно, чтобы лечащие врачи сотрудничали в рамках бригадной работы, свободной от предрассудков,

что настойчиво подчеркивал еще Александер (1950). По моему опыту, успешное сотрудничество и коммуникация между соматическими и психоаналитическими терапевтами - решающая предпосылка для того, чтобы лечение могло пациенту.

В любом случае психотерапевт должен не дать вовлечь себя в подыгрывание органической симптоматике пациента. С самого начала в рамках психоаналитической терапии вопрос о симптоме, вопрос «что у меня?» должен систематически заменяться вопросом «кто я?» и прорабатываться в ходе терапевтического взаимодействия как вопрос идентичности. При этом, само собой разумеется, психосоматический симптом не всегда возможно полностью устранить. Психоаналитическое лечение психосоматических пациентов относится к труднейшим и сложнейшим видам терапии. И хотя обратимость тяжелых форм заболевания гораздо выше, чем это принято думать в традиционной медицине, в некоторых случаях приходится довольствоваться тем, что симптом остается и далее подлежит исключительно соматической терапии.

Когда же удастся получить инсайт больного на конфликт идентичности, определяющий его симптоматическое поведение, и поддерживать его, прорабатывать этот конфликт идентичности как таковой, не отщепляя вопрос симптома и не скрывая его, все это, по опыту, всегда сопровождается отчетливым снижением симптоматики. И здесь справедливо, что аспект идентичности терапевтического процесса имеет абсолютный приоритет перед простым устранением симптомов. Здоровье есть не отсутствие болезни, а защищенность и свобода собственной идентичности, ее конструктивно агрессивная и креативная реализация в группе.

В заключение я хотел бы особенно подчеркнуть этот аспект психосоматической проблемы. Мы постоянно видим, как не только практический врач, но и психотерапевт советует психосоматическому больному: «Ограничивайте себя, не превышайте ваши возможности» именно тогда, когда пациент собирается сделать шаги в направлении активного определения и расширения собственной идентичности. С моей точки зрения, это неправильно. Главное - это не уберечь больного от страхов, напряжения и конфликтов, связанных с шагом к собственной идентичности и ее расширению, от которых он скрывается бегством в свои симптомы, а сопровождать больного в направлении этих страхов, волнений и конфликтов, поддерживая и помогая в их конструктивном преодолении. Любая другая позиция означает содействие страху идентичности и бегству пациента и, в конце концов, сотрудничество с интернализованным запретом идентичности. Сотрудничество тем более опасное, что оно предстает внешне как ответственное участие, хотя на деле является лишь проявлением страха терапевта не совладать с конфликтом идентичности своего пациента. Щадящее отношение, рекомендуемое больному, на самом деле относится к самому терапевту. Здесь скорее можно предположить у терапевта бессознательную потребность всемогущества, нуждающуюся в слабостях пациента,

чтобы находить себе постоянное подтверждение, чем точно воспроизводится патогенное отношение матери к ребенку. Решающим для терапии психосоматических заболеваний является именно то, что терапевт может отпустить пациента из детства и из терапии, позволяя ему свободное от вины отграничение как от интернализованных враждебных идентичности объектов, так и от самого себя.

В заключение я хотел бы изложить соображения, связанные с выводами из изложенной в этой книге концепции структуры и динамики психосоматических заболеваний для организации медицинского обслуживания. Так же, как генез и динамика индивидуальной болезни может быть понята лишь в контексте группы, членом которой был или является больной, лечащий врач может понять динамику своего взаимодействия с психосоматическими пациентами только в рамках контрольной группы. В этой связи особое значение приобретает разработанная М. Балинтом техника, позволяющая дать врачам возможность в рамках психоаналитически ориентированной групповой работы получить инсайт на свое поведение с больными. Так называемые группы Балинта представляют собой, по моему опыту, великолепный инструмент для того, чтобы дать не имеющим психоаналитического образования врачам доступ к психодинамическим проблемам, постоянно связанным с лечением психосоматических заболеваний. Эти группы, в которых врачи исследуют как различные картины заболеваний своих пациентов, так и феномены переноса и контрпереноса в отношениях с больным, могут служить мостами для двух направлений. В больших клиниках они могут служить улучшению взаимодействия между представителями различных врачебных специальностей, в особенности между психоаналитиками и интернистами. Они могут также быть связующим звеном между клиническими учреждениями и частнопрактикующими врачами. Таким образом, они содействуют постепенному созданию поддерживающих рамок для психоаналитической терапии психосоматических заболеваний, что имеет огромное значение для успеха терапевтической работы.

Для психосоматических отделений больших клиник, которые неизбежно растут, с моей точки зрения, обязательно функционирование их терапевтических бригад как постоянной балинтовой группы. В моей книге «Динамическая психиатрия» я детально описал, какое решающее значение имеет группа терапевтической бригады и ее подгрупп как инструмент терапии и исследования психических заболеваний. Ибо в бессознательных напряжениях и конфликтах в группе воспроизводятся конфликтные ситуации пациентов. Большое значение здесь имеет последовательная групповая работа терапевтической бригады в форме бригадных совещаний, на которых все сотрудники докладывают о своих наблюдениях. По моим наблюдениям, при этом особенно важны доклады персонала, который обязательно должен привлекаться к участию в этих совещаниях. Указания персонала на рисунок поведения и жизненные

привычки пациентов, наблюдения за тем, как пациенты едят, спят, как они говорят и как реагируют на условия клиники, а также на посещения друзей, знакомых, родных и т. д., позволяют нам получить прямое представление о соответствующих стилях общения больного и, по моему опыту, часто более ценны, чем целые батареи психологических тестов.

Наряду с психиатрами, психотерапевтами, специалистами по групповой динамике, интернистами, невропатологами, гинекологами и другими специалистами, в терапевтическую бригаду такого отделения непременно должны также входить социальные работники с особой подготовкой, задача которых состоит в том, чтобы установить контакт с семейной и жизненными группами пациентов, чтобы привлечь их к сотрудничеству с лечебными учреждениями. И здесь справедливо то, что один-единственный визит домой, позволяющий ознакомиться с жизненной ситуацией пациента, может дать больше информации для диагноза и терапии, чем длительные психологические исследования. Это, само собой разумеется, относится и к посещениям интернистами на дому психосоматических больных.

Регулярные бригадные совещания, на которых собирается вся доступная информация о поведении пациента в клинической ситуации терапевтического поля психосоматического отделения, о стиле его жизни и жизненной ситуации, об установках его референтного окружения к его болезни, которая может быть сопоставлена с его поведением в терапевтической группе и на индивидуальной терапии, выполняют двойную задачу. С одной стороны, они служат упорядочению всей важной для терапевтической работы информации и образуют в этом отношении центральный инструмент терапии, с другой же - служат также как важный исследовательский инструмент для групповой динамики терапевтического процесса. Исследования структуры и динамики терапевтических учреждений, особенно в сфере психиатрического обслуживания, показали, что эффективность учреждения в целом непосредственно зависит от качества этого инструмента - всей терапевтической бригады (Stanton, Schwarz, 1954, Caudill, 1958).

Мне постоянно приходилось убеждаться в том, что интенсивная группово-динамическая работа с сотрудниками терапевтической бригады: врачами, сестрами, санитарями, социальными работниками и управленческим персоналом, от секретаря до директора, - является важной предпосылкой для построения «терапевтического поля» в рамках такого учреждения. Ибо именно в лечении психических заболеваний - и это, с моей точки зрения, относится также к психосоматическим картинам - важно, чтобы сотрудники терапевтической бригады имели возможность говорить с пациентами о своих чувствах и проблемах, получая инсайт на свое поведение (Ammon, 1973d).

Таким образом, бригада психосоматического отделения в рамках большой клиники может стать зерном кристаллизации для изучения психо- и социодинамики болезненного процесса и медицинского обслуживания. Врачи

бригады могут консультировать в других отделениях и таким образом содействовать постепенной интеграции психосоматических концепций в практику и теорию соматической медицины.

Точно так же, как терапевтическая бригада, включающая всех сотрудников, подгруппы и специалистов, является центральным терапевтическим инструментом психосоматического отделения, психоаналитическая групповая терапия является центральной формой лечения, которое в особых случаях может комбинироваться с другими терапевтическими ситуациями. Здесь желательно учреждение поликлиники, которая могла бы позволить пациенту продолжать работу в своей терапевтической группе и по выписке из стационара. Такое терапевтическое учреждение, находящееся, так сказать, на границе внебольничного и стационарного обслуживания и, само собой разумеется, тесно сотрудничающее с направляющими больных врачами, особенно целесообразно именно в приложении к психосоматическим заболеваниям в силу возникающих здесь проблем реабилитации. Работающие в рамках поликлиники амбулаторные терапевтические группы могут также служить снижению количества направлений на стационарную терапию.

Наконец, здесь в рамках психосоматического отделения и в связи с психоаналитическим обучением могут быть созданы дополнительные возможности для подготовки групповых терапевтов, что повышает лечебные и исследовательские кадровые возможности. Такое сотрудничество могло бы также привести к широкому нозологическому разбросу обслуживаемых пациентов, от однозначно психосоматических до пациентов с преимущественно психотическими проявлениями в смысле спектра, в свое время постулированного Фрейдом. С моей точки зрения, это не недостаток, а наоборот, обогащение как терапии, так и исследования. По нашему опыту, гетерогенная и многообразная психопатология членов терапевтической группы при достаточной гомогенности возраста и интеллекта представляет собой одну из важнейших предпосылок для богатого и интенсивного лечебного процесса. Чем больше в группе различных клинических состояний, тем более дифференцированным будет лечебный процесс, в рамках которого они действуют как активирующие факторы. Сюда же относится и то, что в психоаналитической групповой терапии при продвижении группового процесса пациенты все более принимают на себя функции ко-терапевтов по отношению друг к другу под координирующим руководством терапевта. Нецелесообразно формировать группы исключительно из психосоматических пациентов, в особенности с гомогенной симптоматикой. Это, по опыту, часто ведет к застою терапевтического процесса. Гарма (1973) сообщил в этой связи об интересном опыте. Он мог противодействовать застою терапевтического процесса в гомогенной группе язвенных больных введением в нее двух пациентов с язвенным колитом, плодотворно используя для терапевтической работы различия в конфликтах при обоих синдромах, основанные на разнице их психодинамики.

Психосоматическое отделение в целом должно формировать собственное «терапевтическое поле» в тесном сотрудничестве с сопредельными областями психиатрии - психоанализом и соматической медициной. С моей точки зрения, оно более всего будет отвечать своей задаче при понимании психосоматических заболеваний как специфической области спектра архаических болезней Я. Как «терапевтическое поле», служащее одновременно исследованию возникновения болезней и процессу лечения в группе, оно было бы одновременно социально-психологической лабораторией, парадигмой гуманизации медицины и общества.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Alexander F.* (1934): The influence of psychic factors upon gastro-intestinal disturbances: a symposium. I. General principles, objectives and preliminary results. In: Psychoanal. Quart. 3, p. 501.
- Alexander F.* (1935): The logic of emotions and its dynamic background. In: The scope of psychoanalysis, NY, Basic books, 1961.
- Alexander F.* (1940): Psychoanalysis revisited. In: The scope of psychoanalysis, NY, Basic books, 1961.
- Alexander F.* (1943): Fundamental concepts of psychosomatic research: psychogenesis, conversion, specificity. In: Psychosom. Med. 5, p. 205.
- Alexander F.* (1950): Psychosomatic medicine: its principles and applications. NY, Norton.
- Alexander F.* (1954): The psychosomatic approach in medical therapy. In: The scope of psychoanalysis, NY, Basic books, 1961.
- Alexander F., French T., Pollock G.* (1968): Psychosomatic specificity.- Univ. Chicago Press, Chicago.
- Alexander F., Ross H.* (1952): Dynamic psychiatry. - Univ. Chicago Press, Chicago.
- Ammon G.* (1972): Psychosomatische Syndrome bei Kindern und ihre Aufhebung. - Ignatius Loyola Univ., Rom.
- Ammon G.* (1973): Vorläufer psychosomatischer Erkrankungen. - In: Dyn. Psychiat. 6, S. 11-32.
- Ammon G.* (1959): Theoretical aspects of milieu therapy. - Menn. School. Psychiat., Topeka.
- Ammon G.* (1966): Beobachtungen und Erfahrungen eines Psychiaters und Psychoanalytikers mit den Lacandon-Maya Mittelamerikas. In: Mitt. Berl. Ges. Anthropol. 1, S. 52-55.
- Ammon G.* (1968): Die "schizophrenogene Mutter" in der Übertragung. - In: Dyn. Psychiat. 1, S. 34.
- Ammon G.* (1969): Zur Psychodynamik und Gruppendynamik der Aggression. - In: Wege zum Menschen 21, H. 5.
- Ammon G.* (1970a): Gruppendynamik der Aggression - Beiträge zur psychoanalytischen Theorie, - Berlin, Pöhl.
- Ammon G.* (1970b): Gruppe und Aggression. Eine psychoanalytische Untersuchung zur Aggressionsdynamik der Familiengruppe. - In: Gruppendynamik der Aggression. Berlin.

Ammon G. (1971a): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie. I.-Dyn. Psychiat. 4, S. 9-18.

Ammon G. (1971b): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie II. - Dyn. Psychiat. 4, S. 123-167.

Ammon G. (1971c): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie III. -Dyn. Psychiat. 4, S. 181-201.

Ammon G. (1971d): The psychosomatic symptom in its relation to ego and group dynamics. - In: Proceedings of the 1 Int. Congress Int. College Psychosom. Med. Guadelajara.

Ammon G. (1971 e): Zum Problem der Soziogenese psychosomatischer Erkrankungen. Vortrag Soz.- med. Inst. FUB 16.11.1971.

Ammon G. (1972a): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: Gruppendynamik der Kreativität. Pinel, Berlin.

Ammon G. (1972b): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. Dyn. Psychiat. 5, S. 223-251.

Ammon G. (1972c): Zur psychoanalytischen Theorie der psychosomatischen Reaktion. In: Proceedings of the II Int. College Psychosom. med. Basel, Karger.

Ammon G. (1972d): On the psychodynamics of dream, psychosis and reality in schizophrenia, under the aspect of ego-regulation (with case study). In: Rubinstein D., Alanen Y. (Eds.) Psychother. Schizophren. Int. Congress Serv. 259, S. 122-129. Amsterdam, Excerpta medica.

Ammon G. (1973a): Dynamische Psychiatrie - Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie Darmstadt: Luchterhand.

Ammon G. (1973b): Gruppenpsychotherapie - Beiträge zur Theorie und Technik der Schulen einer psychoanalytischen Gruppentherapie. Hamburg, Hoffmann & Campe.

Ammon G. (1973c): Aggression und Ich-Entwicklung in der Gruppe. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Aggressionstheorie. Z. Psychother. med. Psychol. 23, S. 61-72.

Ammon G. (1973d): Psychoanalytische Milieuthérapie. Dyn. Psychiat. 6, S. 112-130.

Ammon G. (1973e): Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie. In: Gruppenpsychotherapie. Berlin, Pinel.

Ammon G. (1973f): Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion. In: Gruppenpsychotherapie. Berlin, Pinel.

Ammon G. (1973g): Pränatale Phantasien und Traum im gruppenanalytischen Prozess. In: 2 Kongreß Int. Stud.-Gem. Pränat. Psychol. Paris.

Ammon G. (1973h): Zur Psychodynamik des Suizidgeschehens. Med. Welt 24, 44.

Ammon G. (1974): Was ist psychoanalytische Therapie? Z. Psychother. med. Psychol. i.Druck.

Apfelbaum B. (1966): On ego-psychology: a critique of the structural approach to psychoanalytic theory. Int. J. Psychoanal. 47, p. 451-475.

Balint M. (1958): The basic fault. Therapeutic aspects of regression. London, Tavistock.

Bateson G et al. (1969): Schizophrenie und Familie. Frankfurt, Suhrkamp.

Bergmann G. (1936): Funktionelle Psychologie Berlin.

Bernard C. (1855): Lecons de physiologie experimental applique a la medicine. Paris, Bailliere.

Bernfeld S. (1944): Freud's earliest theories and the school of Helmholtz. Psychoanal. Quart. 13, 3.

Boor C. (1965): Zur Psychosomatik der Allergie, insbesondere des Asthma Bronchiale. Bern, Huber.

Boor C, Mitscherlich A. (1973): Verstehende Psychosomatik: ein Stiefkind der Medizin. Psyche XXVII, S. 1-20.

Bruch H. (1971): Obesity and orality. Dyn. Psychiat. 4, p. 241-257.

Briich H., Turaine G. (1940): Obesity in childhood V: the family frame of obese children. Psychosom. Med. 2, 2.

Burger-Piaget M. (1973): Observations cliniques de regressions foetales, impulsion au suicide et incidences contre-transferentielles. Dyn. Psychiat. 6, p. 177-198.

Cannon W. (1920): Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. NY, Appleton.

Cannon W. (1932): The wisdom of the body. NY, Norton.

Caudill W. (1958): The psychiatric hospital as a small society. Cambridge, Mass., Harvard Univ. Press.

Clanser G. (1971): Die vorgeburtliche Entstehung der Sprache. Stuttg., Enke.

Cohen M. et al. (1954): An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychoses. Psychiat. 17, p. 125-139.

Cremerius J. (1957): Freuds Konzept über die Entstehung psychogener Symptome. Psyche XI, S. 125-139.

Denker R. (1973): Einführung zu V. v. Weizsäcker: der Gestaltkreis. Frankfurt, Suhrkamp.

Deutsch F. (1922): Psychoanalyse und Organkrankheiten. Int. Z. Psychoanal. 8, S. 290-306.

Deutsch F. (1924): Zur Bildung des Konversationssymptoms. Int. Z. Psychoanal. 10, S. 380-392.

Deutsch F. (1926): Der gesunde und der kranke Körper in psychoanalytischer Betrachtung. Int. Z. Psychoanal. 12, S. 493-503.

Deutsch F. (1933): Biologie und Psychologie der Krankheitsgenese. Int. Z. Psychoanal. 19, S. 130-146.

Deutsch F. (1939): The choice of organ and organ neuroses. Int. J. Psychoanal. 20, p. 252-262.

Deutsch F. (1949): Thus speaks the body I. An analysis of postural behavior. Transactions NY Acad. Sc. Series 2, 19, p. 2.

Deutsch F. (1953): The psychosomatic concept in psychoanalysis. NY, Int. Univ. Press.

- Deutsch F.* (1959): Symbolization as a formative stage of the conversion process. NY, Int. Univ. Press.
- Dreyfuss G.* (1908): Nervöse Dyspepsien. Zit. nach Kütemeyer W.: Körpergeschehen und Psychose. Stuttgart, Erike, 1953.
- Dunbar F.* (1954): Emotions and bodily changes. NY, Columbia Univ. Press.
- El-Safti M.* (1973): Die Konzeption des Körper-Ichs unter besonderer Berücksichtigung der Beiträge von Paul Schilder. Dyn. Psychiat. 6, S. 57-64.
- Engel G, Schmale A.* (1967): Psychoanalytic theory of psychosomatic diseases. J. Am. Psychoanal. Ass. 15, p. 344.
- Erikson E.* (1946): Identity and the life cycle. NY, Int. Univ. Press. 1959.
- Erikson E.* (1954): The dream specimen of psychoanalysis. J. Am. Psychoanal. Ass. 2.
- Fain M.* (1966): Regression et psychosomatique. Rev. franc. psychoanal. 30, p. 451-456.
- Federn P.* (1913): Beispiel von Libidoverschiebung während der Kur. Int. Z. Psychoanal. 1, S. 303-306.
- Federn P.* (1926): Einige Variationen des Ich-Gefühls. Int. Z. Psychoanal. 12, S. 263-274.
- Federn P.* (1927): Narzißmus im Ich-Gefüge. Int. Z. Psychoanal. 13, S. 420-438.
- Federn P.* (1952): Ego psychology and the psychoses. NY, Basic.
- Fenichel O.* (1945): The psychoanalytic theory of neurosis. NY, Norton.
- Fischer S., Cleveland S.* (1958): Body image and personality. Princeton, van Nostrand.
- Foulkes S., Anthony E.* (1965): Group psychotherapy. London, Penguin.
- Freedman D.* (1972): On the limits of the effectiveness of psychoanalysis: early ego and somatic disturbances. Int. J. Psychoanal. 53, p. 363-369.
- French T., Alexander F. et al.* (1941): Psychogenic factors in bronchial asthma. Psychosom. med. monographs II and IV, No I, II. Washington, Nat. Research Council.
- Freud A.* (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen. Wien, Int. Psychoanal. Verl.
- Freud A.* (1945): Indications for child analysis. Study Child I. NY, Int. Univ. Press.
- Freud S.* (1893): Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene, vorläufige Mitteilung. Ges. W. Bd. I, London, Imago.
- Freud S.* (1894): Die Abwehr-Neuropsychosen. Ges. W. Bd. I, London, Imago.
- Freud S.* (1895a): Briefe an Wilhelm Fließ. London, Imago 1950.
- Freud S.* (1895b): Studien über Hysterie. Ges. W. Bd. I, London, Imago.
- Freud S.* (1895c): Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als 'Angstneurose' abzutrennen. Ges. W. Bd. I, London, Imago.
- Freud S.* (1900): Die Traumdeutung. Ges. W. Bd. Will, London, Imago.

- Freud S.* (1904): Die Freudsche psychoanalytische Methode. Ges. W. Bd. V, London, Imago.
- Freud S.* (1905a): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Ges. W. Bd. V, London, Imago.
- Freud S.* (1905b): Bruchstück einer Hysterieanalyse. Ges. W. Bd. V, London, Imago.
- Freud S.* (1905c): Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). Ges. W. Bd. V, London, Imago.
- Freud S.* (1909): Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. Ges. W. Bd. VII, London, Imago.
- Freud S.* (1910): Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung. Ges. W. Bd. VIII, London, Imago.
- Freud S.* (1914a): Zur Einführung des Narzißmus. Ges. W. Bd. X, London, Imago.
- Freud S.* (1914b): Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten. Ges. W. Bd. X, London, Imago.
- Freud S.* (1915): Das Unbewußte. Ges. W. Bd. X, London, Imago.
- Freud S.* (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Ges. W. Bd. XI, London, Imago.
- Freud S.* (1917): Brief an G. Groddeck. Briefe 1873-1939. Frankfurt, Fischer, 1958.
- Freud S.* (1918): Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. Ges. W. Bd. XII, London, Imago.
- Freud S.* (1923a): "Psychoanalyse" und "Libidotheorie". Ges. W. Bd. XIII, London, Imago.
- Freud S.* (1923b): Das Ich und das Es.. Ges. W. Bd. XIII, London, Imago.
- Freud S.* (1926): Zur Frage der Laienanalyse. Ges. W. Bd. XIV, London, Imago.
- Freud S.* (1932): Brief an V.v. Weizsäcker. Zit. nach v. Weizsäcker V. Natur und Geist. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1954.
- Freud S.* (1938): Some elementary lessons in Psycho-Analysis. Ges. W. Bd. XVII, London, Imago..
- Garma A.* (1950): On the pathogenesis of peptic ulcer. Int. J. Psychoanal. 31, p. 53-72.
- Garma A.* (1953): The internalized mother as harmful food in peptic ulcer patients. Int. J. Psychoanal. 34, p. 102-110.
- Garma A.* (1958): Psychische Faktoren bei gastrischen Krisen und Duodenalulcera. Z. Psycho-som. Med. 4, S. 57-60.
- Garma A.* (1968): The psychosomatic shift through obesity, migraine, peptic ulcer and myocardial infarction in a homosexual. Int. J. Psychoanal. 49, p. 241-245.
- Garma A.* (1973): Gruppenpsychoanalyse bei Patienten mit Ulcus Pepticus. Dyn. Psychiat. 6, S. 2-10.
- Götte J.* (1975): Psychosomatisches Symptom und Sucht. Dyn. Psychiat. 5, S. 252-265.

Graber G. (1970): Ursprung, Einheit und Zwiespalt der Seele. Vor- und nachgeburtliche Entwicklung des Seelenlebens. München, Goldmann.

Graber G. (1972): Neue Beiträge zur Ehre und Praxis der Psychotherapie. München, Goldmann.

Groddeck G. (1917): Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik. Wiesbaden, Limes.

Groddeck G. (1926): Über Gallensteine und Gallensteinkoliken. Die Arche 2, 15.

Grotjahn M. (1966): Franz Alexander: the western mind in transition. In: Alexander F. et al. (Eds.) Psychoanalytic pioneers. NY, Basic.

Hahn P. (1971): Der Herzinfarkt in psychoanalytischer Sicht. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.

Harlow H., Harlow M. (1962): The effect of rearing conditions on behavior. Bull. Menn. Clinic 26, p. 213-224.

Harlow H., Harlow M. (1966): Learning to love. Am. Scient. 54, p. 3.

Hartmann H. (1939): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Stuttgart, Klett, 1960.

Hartmann H. (1948): Essays on ego psychology. NY, Int. Univ. Press, 1964.

Hartmann H. (1956): Essays on ego psychology. NY, Int. Univ. Press, 1964.

Hartmann H., Kris E., Loewenstein R. (1946): Psychoanal. Study Child II. NY, Int. Univ. Press

Hau T. (1973): Peri- und pränatale Faktoren der Neurosenätiologie. In: Graber G. et al. (Hrsg.) Vorgeburtliches Seelenleben. München, Goldmann.

Head H. (1911/12): Sensory disturbances from cerebral lesions. Brain, 34, p. 187.

Hebb D. (1949): Organization of behavior. NY, Wiley.

Hebb D. (1955): The mammal and his environment. Am. J. Psychiat. 3, p. 826.

Huber G. (1972): Zukunftsperspektiven einer psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Fortschr. Neurol. Psychiat. Grenzgeb. 40, S. 515-533.

Jacobson E. (1954): The self and the object world. Vicissitudes of the infantile cathexes and their influence on ideational and affective development. Psychiat. Study Child IX. NY, Int. Univ. Press

Jores A., Puchta H. (1959): Der Pensionierungstod. Med. Klin. 42, S. 1158.

Jung C. (1907) Über die Psychologie der Dementia Praecox. Halle, Marhold.

Kemper W. (1942): Die Störungen der Liebesfähigkeit beim Weibe. Leipzig, Thieme.

Kemper W. (1949): Enuresis (Bettnässerleiden). Heidelberg, Schneider.

Kemper W. (1950): Die funktionellen Sexualstörungen. Stuttgart, Thieme.

Kemper W. (1954): Organwahl und psychosomatische Medizin. Z. Psychother. med. Psychol. 4, S. 101-113.

Kemper W. (1958): Persönlichkeitsstruktur, Konfliktart, Organwahl und psychosomatische Medizin. Z. Psycho-som. Med. 4, S. 186-192.

Kerman E. (1946): Bronchial Asthma and affective psychosis: two cases treated with electric shock. Psychosom. Med. 8, p. 53.

Khan M. (1968): Reparation of the self as an idolised internal object. Dyn. Psychiat. 1, p. 92-98.

Knight R. (1953): Management and psychotherapy of the borderline Schizophrenic patient. Bull. Menn. Clin. 17, p. 139-150.

Krehl L. (1929): Krankheitsformen und Persönlichkeit. Leipzig.

Kries D. (1972a): Kreativität und Aggression. Zur Ich-Psychologie schöpferischen Verhaltens. In: Ammon G. (Hrsg.) Gruppendynamik der Kreativität. Berlin, Pöpel.

Kries D. (1972b): Psychosomatische Syndrome als Ich-Aufbau-Kategorien. Dyn. Psychiat. 5, S. 266-276.

Kütemeyer W. (1953): Körpergeschehen und Psychose. Stuttgart, Enke.

Lichtenstein H. (1961): Identity and Sexuality. A study of the interrelationship in men. J. Am. Psychoanal. Ass. 9.

Lichtenstein H. (1964): The role of narcissism in the emergency and maintenance of a primary identity. Int. J. Psychoanal. 45, p. 49-56.

Loch W. (1959): Vegetative Dystonie, Neurasthenie und das Problem der Symptomwahl. Psyche XIII, S. 49-62.

Loch W. (1967): Psychoanalytische Aspekte zur Pathogenese und Struktur depressiv-psychotischer Zustandsbilder. Psyche, XXI, S. 758-779.

Margolin S. (1953): Genetic and dynamic psychophysiological determinants of pathophysiological processes. In: Deutsch F. (Ed.) The psychosomatic concept in psychoanalysis. NY, Int. Univ. Press.

Marty P. (1958): La relation objectale allergique. Rev. franc. psychoanal. 22, p. 5-33.

Marty P. (1968): A major process of somatization: the progressive disorganization. Int. J. Psychoanal. 49, p. 246-249.

Mason W. (1968): Early social deprivation in the nonhuman primates: implications for human behavior. In: Glass D. (Ed.) Environmental Influences. NY, Rockefeller Univ. Press.

Meng H. (1934): Das Problem der Organpsychose. Int. Z. Psychoanal. 20, S. 439-458.

Mills T. (1964): Authority and group emotion. In: Bennis W. et al. (Eds.) Interpersonal Dynamics. Homewood, Dorsey.

Mirsky J. (1958): Physiologie, psychologic and social determinants in the etiology of duodenal ulcer. Am. J. Digestive Diseases, 3, p. 285.

Mitscherlich A. (1954): Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung. Psyche, VII, S. 561.

Mitscherlich A. (1961): Anmerkung zur Chronifizierung psychosomatischen Geschehens. Psyche XV, S. 1.

Mitscherlich A. (1966/67): Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I, II. Frankfurt, Suhrkamp.

Mitscherlich A. (1968): The mechanism of bi-phasic defense in psychosomatic diseases. Int. J. Psychoanal. 49, p. 236-240.

Mitscherlich A. (1973): Verstehende Psychosomatik: ein Stiefkind der Medizin. *Psyche* XXVII, S. 1-20.

Moldenhauer P. (1973): Beziehungen zwischen psychosomatischem Syndrom, Verhalten in der Gruppe und Selbst - eine Fallstudie. *Dyn. Psychiat.* 6, S. 33-56.

Nilsson A. (1970): Paranatal emotion adjustment. A prospective investigation of 145 women. *Acta Psychiat. Scand.* p. 220.

Ogilvie D. (1965): Aggression and identification. *J. Personal. Soc. Psychol.*, 1.

Pankow G. (1968): Gesprengte Fesseln der Psychose. München, Reinhardt.

Pflanz M. (1962): Sozialer Wandel und Krankheit. Stuttgart, Enke.

Pflanz M. (1972): Die medizinische Versorgung der Hypertoniker in der Bevölkerung. *Rhein. Ärztebl.*, 22.

Pflanz M. et al. (1956): Social psychological aspects of peptic ulcer. *J. Psychosom. Research.* 1, p. 68.

Pohl J. (1972): Konversion und psychosomatische Symptombildung. *Dyn. Psychiat.* 5, S. 277-289.

Ramzy L., Wallerstein R. (1958): Pain, fear and anxiety. *Psychoanal. Study Child* XIII, NY, Int. Univ. Press

Rapaport D. (1951): The autonomy of the ego. In: Knight R. et al. (Eds.) *Psychoanalytic psychiatry and psychology*. NY, Int. Univ. Press, 1954.

Rapaport D. (1958): The theory of ego autonomy: a generalization. *Bull. Menn. Clin.* 22, p. 13.

Redl F. (1971): Erziehung schwieriger Kinder. München, Piper.

Richter H. (1964): Zur Psychodynamik der Herzneurose. *Z. Psychosom. Med.* 10, S. 253.

Richter H., Beckmann D. (1969): Herzneurose. Stuttgart, Thieme.

Ringel E. (1953): Der Selbstmord; Abschluß einer krankhafter Entwicklung. Wien/Düsseldorf, Maudrich.

Ringel E. (1969): Selbstmordverhütung. Bern, Huber.

Rottmann G. (1973): Untersuchungen über Einstellungen zur Schwangerschaft und zur foetalen Entwicklung. In: 2. Tagung der Int. Stud.-Gem. Pränat. Psychol. Paris.

Ruesch J. et al. (1948): Duodenal ulcer. A socio-psychological study of naval enlisted personnel and civilians. Berkeley, LA.

Sami-Ali (1969): Preliminaire d'une theorie psychanalytique de l'espace imaginaire. *Rev. franc. psychanal.* 33, p. 25-76.

Sandler J. et al. (1963): The ego and the ideal self. *Psychoanal. Study Child*. NY, Int. Univ. Press.

Sandler J. et al. (1965): Notes on childhood depression. *Int. J. Psychoanal.* 46, p. 88.

Schaefer H. (1966): Grundsätzliches zum Problem der "Soziosomatik". *Verh. Dt. Ges. Kreisl. Forsch.* 32.

Schaeffer F. (1961): Pathologische Treue als pathogenetisches Prinzip bei schweren somatischen Erkrankungen. *Nerv. A.*, 32.

Schilder P. (1924): Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers. Berlin, Springer.

Schilder P. (1925): Entwurf einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Wien, Int. Psychoanal. Verl.

Schilder P. (1931) Über Neurasthenie. *Int. Z. Psychoanal.* 17, S. 36.

Schilder P. (1935): The image and appearance of the human body: studies in the constructive energies of the psyche. London, Paul, French, Trubner.

Schindler W. (1952): Family pattern in group formation and therapy. *Int. J. Group Psychother.* 1, p. 100-105.

Schindler W. (1966): The role of the mother in group psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.* 16, p. 198-202.

Schneider P. (1973): Zum Verhältnis von Psychoanalyse und psychosomatischer Medizin. *Psyche* XXVII, S. 21-49.

Schultz-Hencke H. (1940): Der gehemmte Mensch/Stuttgart, Thieme.

Schultz-Hencke H. (1951): Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart, Thieme.

Schur M. (1950): Basic problems of psychosomatic medicine. In: Herma H. et al. (Eds.) *Elements of psychoanalysis*. NY, World.

Schur M. (1953): The ego in anxiety. In: Loewenstein R. et al. (Eds.) *Drives, Affects, Behavior*. NY, Int. Univ. Press.

Schur M. (1955): Comments on the metapsychology of somatization. *Psychoanal. Study Child* X, NY, Int. Univ. Press.

Senden M. (1932): Raum- und Gestaltauffassung bei operierten Blindgeborenen vor und nach der Operation. Leipzig, Barth.

Simon W. (1973): Hören - ein Urphänomen der Weltbegegnung. In: 2. Tagung der Int. Stud.-Gem. Pränat. Psychol. Paris.

Sopp H. (1958): Was der Mensch braucht. Düsseldorf, Econ.

Sperling M. (1952): Psychotherapeutic techniques in psychosomatic medicine. In: Bychowski G. et al. (Eds.) *Specialized techniques in psychotherapy*. NY, Basic.

Sperling M. (1955): Psychosis and psychosomatic illness. *Int. J. Psychoanal.* 36, p. 320-327.

Sperling M. (1967): Transference neurosis in patients with psychosomatic disorders. *Psychoanal. Quart.* 36.

Sperling M. (1968): Acting-out-behavior and psychosomatic Symptoms: clinical and theoretical aspects. *Int. J. Psychoanal.* 49, p. 250-253.

Spitz R. (1945): Hospitalism: an inquiry into the genesis of Psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal. Study Child* I. NY, Int. Univ. Press.

Spitz R. (1955): Die Urhöhle: zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in der psychoanalytischen Theorie. *Psyche* IX, S. 641-667.

Spitz R. (1957): No and yes: on the beginning of human Communications. NY, Int. Univ. Press.

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Spitz R.</i> (1969): A genetic field theory of ego-formation. NY, Int. Univ. Press.	
<i>Stanton A., Schwartz M.</i> (1954): The mental hospital. NY, Basic.	
<i>Stephanos S.</i> (1973): Analytisch-psychosomatische Therapie. Bern, Huber.	
<i>Stierlin H.</i> (1971): Die Funktion innerer Objekte. Psyche XXV, S. 81-99.	
<i>Stierlin H.</i> (1973): Vorwort zu Schilder P.: Entwurf einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Frankfurt, Suhrkamp.	
<i>Straufi A.</i> (1955): Unconscious mental processes and the psychosomatic concept. Int. J. Psychoanal. 36, p. 307-319.	
<i>Tausk V.</i> (1912): On masturbation. Psychoanal. Study Child VI. NY, Int Univ. Press.	
<i>Uexkiill T.</i> (1963): Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Reinbek, Rowohlt.	
<i>Weakland J.</i> (1956): Double-bind Hypothese und Dreier-Beziehung. In: Bateson G. et al. Schizophrenic und Familie. Frankfurt, Suhrkamp.	
<i>Weizsdcker V.</i> (1933): Korpergeschehen und Neurose. Analytische Studie iiber somatische Symptombildung. Int. J. Psychoanal. 19, S. 16-116.	
<i>Weizsdcker V.</i> (1940): Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegten. Stuttgart, Thieme.	
<i>Weizsdcker V.</i> (1949): Psychosomatische Medizin. Psyche HI, S. 331-341.	
<i>Weizsdcker V.</i> (1954): Natur und Geist. Gottingen, Vandenhoeck & Ruprecht.	
<i>Winnicott D.</i> (1958): Rezension von M. Balint: The doctor, his patient and the illness. Int. J. Psychoanal. 39.	
<i>Winnicott D.</i> (1960): The maturational processes and the facilitating environment. London, Hogarth.	
<i>Winnicott D.</i> (1966): Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects. Int. J. Psychoanal. 47, 510-516.	
<i>Wisdom J.</i> (1961): Ein methodologischer Versuch zum Hysterieproblem. Psyche XV, 10.	
<i>Wittkower E.</i> (1960): News of the society. Twenty years of north american psychosomatic medicine. Psychosom. Med. 22, p. 308-319.	
<i>Wittkower E.</i> (1965): Progres recents en medecine psychosomatique. Rev. Med. Psychosom. 7, p. 345-364.	
<i>Wolff H. et al.</i> (1960): Human ecology, disease and schizophrenia. Am. J. Psychiat. 117, p. 193.	
<i>Wynne L. et al.</i> (1958): Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. Psychiat. 21, p. 205-220.	
<i>Wyss D.</i> (1961): Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfangen bis zur Gegenwart. Gottingen, Vandenhoeck & Ruprecht.	

Предисловие.....	5
Глава 1. К психоаналитической теории психосоматических заболеваний.....	7
От психофизиологии к психоанализу.....	10
«Психоаналитическая ситуация» как инструмент исследования и терапии.....	12
Истерическая конверсия.....	19
«Эквивалент приступа тревоги».....	20
Психосоматический симптом как симптоматическое поведение.....	22
В поиске соматического языка.....	24
Психосоматический симптом как судьба инстинкта.....	25
Организм как символ.....	25
Соматический язык как «поток конверсии».....	27
От концепции эквивалентов к «вегетативному неврозу».....	31
От концепции эквивалентов к корреляту одновременности.....	39
От психоаналитического учения о неврозах к «медицинской антропологии».....	41
Психосоматический симптом как изменение Я.....	46
Психосоматический симптом как результат ресоматизации функций Я.....	51
Соматическое чувство Я и его нарушения.....	55
Возникновение соматического Я в рамках ранних отношений матери и ребенка.....	58
Психосоматически морбогенные отношения матери и ребенка.....	
Психосоматическое симптоматическое поведение ребенка как выражение бессознательного конфликта идентичности матери и первичной группы.....	71
Психосоматическое симптоматическое поведение как действие интернализированной «злой матери».....	73
Психосоматическое заболевание в спектре архаических болезней Я.....	78
Психосоматический больной как носитель симптомов своей группы.....	88

Глава 2. Истории болезни и процесс терапии.....	94
Мери: психосоматическое заболевание как эрзац идентичности.....	95
Боб: психическая дезинтеграция как следствие простого устранения симптомов.....	97
Беата: «патологическая верность» и «хроническое предательство себя».....	101
Ютта: повторный патогенный симбиоз как укрепление симптомов ...	112
Анна: психосоматическое заболевание как саморазрушительная защита интернализованного запрета идентичности.....	119
Удо: психосоматическое заболевание как реакция на архаическую диффузность идентичности.....	131
Бруно: психосоматическая реакция, сексуальная перверсия и паранойя в групповой динамике.....	144
Йёрн: психосоматическая реакция и сексуальная перверсия - тело как заместительный объект.....	156
Эберхард: камни в почках как «сгусток агрессии».....	171
Георг и Мартин: психосоматика и психоз в среде деструктивной семейной динамики.....	183
Цепная психосоматическая реакция в групповом аналитическом процессе.....	194
Глава 3. Включение группового процесса в научные исследования и терапию.....	202
Психосоматическое заболевание как выражение межличностной патологии Я и группы.....	202
Психоаналитическая групповая терапия как инструмент для лечения и исследования психосоматических заболеваний.....	206
Библиография.....	227

Гюнтер Аммон
ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ
ТЕРАПИЯ

Главный редактор *Янковский Л.*
Зав. редакцией *Авидон И.*
Ответственный редактор *Певчее В.*
Художественный редактор *Борозенец П.*
Технический редактор *Васильева Л.*
Корректор *Ростовцева И.*

ООО Издательство «Речь».
199004, Санкт-Петербург, В. О., 3-я линия, 6 (лит. «А»);
Лицензия ЛП № 000364 от 29.12.99.

Подписано в печать 29.08.2000. Формат 60х90 1/16.
Печ. л. 15. Офсетная печать. Тираж 5000 экз. Заказ № 1582.

Отпечатано с диапозитивов в ГПП «Печатный двор»
Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания
и средств массовых коммуникаций.
197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.